

Zakkaartje Chronische Nierschade

Conform NHG-Standaard Chronische nierschade

Wat is chronische nierschade?	Bij wie nierfunctie bepalen?	Diagnostiek
Chronische nierschade = ≥ 3 mnd verlaagde eGFR (< 60) én/of verhoogde albuminurie (ACR ≥ 3) eGFR: CKD-EPI-formule; géén leeftijdscriterium Albuminurie: via albumine-creatinineratio (ACR) in ochtendurine <i>Komt voor bij ~1 op de 8 mensen. Risico op HVZ $\approx$ diabetes + risico op nierfalen.</i>	Bepaal eGFR + ACR bij: - Diabetes mellitus - Opstellen/controle cardiovasculair risicoprofiel (CVRM) - Oriënterend onderzoek waarbij nierfunctie/urine bepaald is - Patiënt ≥ 70 jr bij wie medicatie wordt gestart waarbij nierfunctie van belang is	Anamnese / dossier - Over-/onderschatting eGFR? (spiermassa, amputatie, bodybuilder) - Beloop nierfunctie; snelle daling ($> 15\%$) $\rightarrow$ denk acuut - Niet-nefrogene albuminurie: UWI, koorts, ontregelde DM, hartfalen, inspanning - Oorzaken: hypertensie, DM, vaatlijden, nierziekte/familie - Nefrotoxische medicatie: NSAID, RAS-remmer; dehydratie Onderzoek - Bloeddruk; lengte + gewicht (BMI)

Stadiëring & risico (eGFR $\times$ albuminurie)	Diagnose bevestigen & vervolg		
eGFR (ml/min) $\downarrow$ / ACR (mg/mmol) $\rightarrow$	A1 normaal < 3	A2 matig 3-30	A3 ernstig > 30
G1 ≥ 90	laag	mild	sterk
G2 60-89	laag	mild	sterk
G3a 45-59	mild	matig	sterk
G3b 30-44	matig	sterk	sterk
G4 15-29	sterk	sterk	sterk
G5 < 15	sterk	sterk	sterk

Risico op HVZ, progressie & sterfte: ■ laag ■ mild verhoogd ■ matig ■ sterk verhoogd

Bevestig chronische nierschade met een herhaalmeting; activeer bij elke eGFR < 60 de medicatiebewaking en meld de eGFR aan de apotheek. De grootste gezondheidswinst zit in bloeddruk (RAS-remmer bij albuminurie), leefstijl en het vermijden van NSAID's. Verwijs bij eGFR < 30 , ACR > 30 , rood risico of progressie

Medicatiebewaking	Behandeling	Wanneer verwijzen?
Bij elke eGFR < 60: activeer medicatiebewaking - Maak ICPC-code nierinsufficiëntie aan in HIS - Geef actuele eGFR door aan de apotheek (wettelijk bij < 50) - Pas dosering bekende én nieuwe medicatie aan (o.a. metformine, DOAC, digoxine, sotalol, allopurinol) - Vermijd NSAID's (nefrotoxisch); paracetamol bij pijn - Bij koorts/braken/diarree: halveer RAS-remmer/diureticum, staak NSAID/metformine/SGLT2 tijdelijk	Cardiovasculair (grootste winst) RR-streef $< 130/80$; behandel $\geq 130/80$ (rood: aanbevelen) - Kwantificeer CVR (rood = zeer hoog; geel = SCORE $\times 1,5$) - Individualiseer streefwaarden bij korte levensverwachting/comorbiditeit Leefstijl - Zout < 6 g/dag, stoppen met roken, bewegen, gezond gewicht - Jaarlijkse griepvaccinatie; géén eiwitbeperking in de 1e lijn	Verwijs internist-nefroloog bij: (Vermoeden) acute nierschade $\rightarrow$ met spoed - eGFR < 30 (tijdig, i.v.m. nierfalen) ACR > 30 (ernstig verhoogde albuminurie) Sterk verhoogd risico (rood in tabel) - Progressie: eGFR-daling $\geq 25\%$ + stadiumverslechtering, óf ≥ 5 ml/min/jaar - Vermoeden specifieke/erfelijke nierziekte of sedimentafwijkingen <i>Niet verwijzen kan bij korte levensverwachting en veel comorbiditeit, dan zelf behandelen, medicatiebewaking blijft.</i>

Medicatie: 1e keus	Medicatie: dosis aanpassen	Medicatie: vermijden & ziektedagen
RAS-remmer 1e keus bij ACR ≥ 3 (matig/ernstig verhoogde albuminurie), ook zonder hypertensie - ACE-remmer of ARB; niet combineren Controle na 1-2 wkn: kalium + eGFR; daling eGFR $\leq 20\%$ is acceptabel - Bij hoge zoutinname minder effectief $\rightarrow$ zoutbeperking / diëtist Statine LDL $\geq 2,6$: rood $\rightarrow$ aanbevelen; oranje $\rightarrow$ overweeg (keuze/dosis: CVRM)	Dosis aanpassen bij lage eGFR Metformine: max 2×1000 mg bij eGFR 30-50; stop < 30 DOAC: dosis o.g.v. eGFR; vaak gereduceerd Digoxine & sotalol: lagere dosis / langer interval Allopurinol: starten en ophogen o.g.v. eGFR Ook o.a.: lithium, rosuvastatine, amoxicilline/clavulaanzuur, sommige antibiotica <i>Volg altijd het HIS/G-Standaard-advies en overleg zo nodig met de apotheek.</i>	Vermijden / opletten NSAID's: gecontra-indiceerd (nefrotoxisch); ook zelfzorg. Kies paracetamol Let op bij: RAS-remmer, aldosteronantagonist, diureticum, NSAID $\rightarrow$ risico op acute nierschade + hyperkaliëmie Ziektedagen (koorts/braken/diarree) - Halveer tijdelijk: RAS-remmer/aldosteronantagonist; overige antihypertensiva - Staak tijdelijk: diureticum, metformine, SGLT2-remmer, NSAID (indien mogelijk definitief) - Hervat zodra hersteld, spreek dit af met de patiënt.

Controlefrequentie	Inhoud controle	Metabole complicaties (alleen rood)
Geel (mild): 1 $\times$ per jaar Oranje (matig): 2 $\times$ per jaar Rood (sterk): bij nefroloog; indien toch 1e lijn: 2-4 $\times$ /jr <i>Sluit aan bij DM-/CVRM-controle.</i>	- eGFR + ACR; check verandering stadium; geef eGFR door aan apotheek - Bloeddruk + cardiovasculair risicoprofiel - Leefstijl en medicatie (incl. zelfzorg-NSAID's) Bij RAS-remmer/diureticum: min. jaarlijks K^+ en Na^+ - Overweeg jaarlijkse medicatiebeoordeling	Rood in 1e lijn: bepaal 2-4 $\times$ /jr fosfaat, kalium, calcium, Hb - PTH-bepaling en actief vitamine D niet meer standaard - Overleg bij afwijkingen met de internist-nefroloog