

Goede voeding in de predialyse fase kan ziekteproces vertragen

Voeding speelt een belangrijke rol bij nierziekten. Door de voeding en de leefstijl aan te passen kan de patiënt de voortgang van de ziekte vertragen en zo het moment van nierfunctievervangende therapie uitstellen. In de predialyse fase vindt de dieetbegeleiding bij voorkeur plaats op een predialyse poli.

Inez Jans is diëtist en werkt sinds 1982 in Ziekenhuis Gelderse Vallei. Nierziekten en dialyse zijn haar voornaamste aandachtsgebieden. Ook maakte ze, namens het netwerk Diëtisten Nierziekten Nederland (DNN) deel uit van de werkgroep die de *Multidisciplinaire richtlijn predialyse* opstelde. De eerste vraag die hierbij opkomt is: wanneer spreekt men van predialyse? Jans: “Daar zijn geen landelijke afspraken over gemaakt, het is afhankelijk van het behandelcentrum. Steeds meer dialysecentra hebben een uitgebreide predialyse poli. In het algemeen kun je zeggen dat er sprake is van predialyse als de geschatte kreatinineklaring onder de 30 ml/min/1,73 m² komt. Er moet daarbij wel een neergaande lijn in de klaring en/of andere lab uitslagen zichtbaar zijn en nierfunctievervangende therapie, zoals dialyse of transplantatie, moet tot de mogelijkheden behoren.”

Mensen met nierschade worden ook in de eerstelijnsgezondheidszorg behandeld. Jans benadrukt echter dat als een patiënt naar de nefroloog wordt verwezen, dit een logisch moment is om ook de dieetbehandeling in de predialyse poli te laten plaatsvinden. Ze voegt hier aan toe: “Door de vergrijzing neemt het aantal patiënten met nierschade toe. Bovendien zijn klinische laboratoria veel meer gespitst op mogelijke nierschade, zo wordt bijvoorbeeld vaak automatisch de klaring berekend. Er worden dus meer patiënten herkend. Er zijn echter veel oudere patiënten met een lage, maar stabiele nierfunctie. Die kunnen vaak goed in de eerstelijns behandeld worden. In de Landelijke Transmurale Afspraak Chronische nierschade staat vermeld wanneer verwijzing naar de tweede lijn zinvol is.”

Multidisciplinaire richtlijn

Een belangrijk doel van de richtlijn is het bereiken van eenduidigheid. “Binnen de DNN werkten we altijd al eenduidig. Maar het gaat hier om een breed gedragen multidisciplinaire richtlijn, en dan is het belangrijk om elkaars verantwoordelijkheden en werkwijzen te kennen”. In de werkgroep waren ook patiënten vertegenwoordigd. Zij hadden een geheel eigen inbreng. Jans licht toe: “Dat was eigenlijk heel leuk. Juist de patiënten in de werkgroep wilden doorverwijzing naar de diëtist opgenomen zien in de richtlijn. Ze hadden de ervaring dat doorverwijzen niet altijd gebeurde, omdat een arts dat niet nodig vond. Er is dan ook tevens een patiëntenversie van de richtlijn ontwikkeld.”

Het doel van de multidisciplinaire behandeling is dialyse zo lang mogelijk uit te stellen, complicaties van nierschade zoveel mogelijk te voorkomen en patiënten goed voor te bereiden op nierfunctievervangende behandeling. Jans nuanceert dit wel: “De nefroloog schat in of dialyse of niertransplanta-



Inez Jans werkt sinds 1982 als diëtist in Ziekenhuis Gelderse Vallei in Ede. Zij is voorzitter van de werkgroep kwaliteit en lid van de werkgroep richtlijnen van de Diëtisten Nierziekten Nederland (DNN)

Website *mijnnierinzicht.nl*

Mijnnierinzicht.nl is een website die door de makers van *dieetinzicht.nl* (Bonstato) speciaal is ontwikkeld voor nierpatiënten. Hierop vinden nierpatiënten niet alleen informatie over gezonde keuzes op het gebied van voeding, maar ze kunnen er ook doelen stellen, laboratoriumuitslagen en bloeddrukwaarden registreren, hun medicatie bijhouden en nog veel meer.

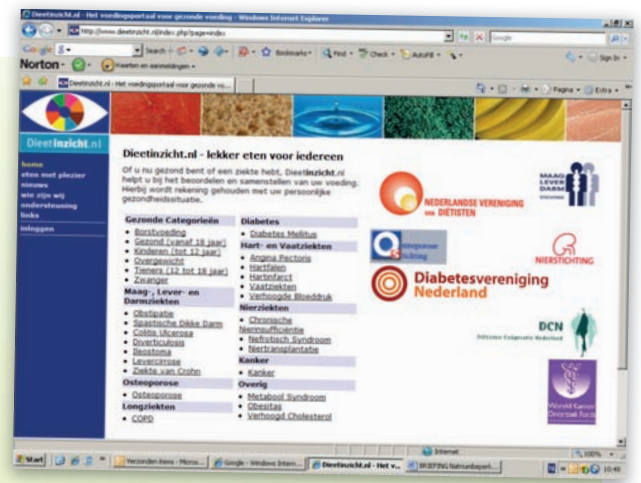
De site sluit qua inhoud aan op het zelfhulpboek *Leven met chronische nierschade*.

Een nierpatiënt kan zijn zorgverleners (bijvoorbeeld zijn nefroloog en/of diëtist) machtigen om deze gegevens in te

zien. Zij kunnen indien nodig hierover met de patiënt contact opnemen.

Zorgverleners kunnen ook via *mijnnierinzicht.nl* een duidelijk overzicht krijgen van alle afspraken en berichten van hun patiënten. Op verzoek is het voor een ziekenhuis ook mogelijk eigen vragenlijsten toe te voegen die de nierpatiënt kan invullen voorafgaand aan een bezoek aan het ziekenhuis.

Door het gebruik van de site krijgen nierpatiënten het gevoel dat ze meer grip krijgen op hun ziekte.



Ze voeren zelf de regie met hun nefroloog, diëtist en andere hulpverleners als coaches.

(Bron: www.nierstichting.nl: Informatie voor professionals - juni 2011)

tie tot de mogelijkheden behoort. Voor de groep patiënten die geen nierfunctievervangende behandeling zullen ondergaan zijn deze richtlijnen echter ook van toepassing, behalve uiteraard de richtlijnen die de voorbereiding betreffen.”

Progressiefactoren

In de richtlijn is sprake van een aantal progressiefactoren die de aard van de voedingsinterventie bepalen, namelijk hypertensie, eiwit en vocht, proteïnurie en hyperglykemie. Jans: “Een heel belangrijke factor is hypertensie. Bijna iedereen met nierschade heeft hypertensie. De patiënt ervaart dat niet altijd zo, omdat de bloeddruk met medicatie is teruggebracht. Maar bij de behandeling van hypertensie speelt voeding een belangrijke rol, die kun je niet negeren. In de richtlijn gaan we uit van 2400 mg natrium per dag, een hoeveelheid die wordt aanbevolen voor de gehele bevolking. Proteïnurie is een onafhankelijke risicofactor en is in combinatie met hypertensie zelfs de belangrijkste progressiefactor. Hyperglykemie speelt een belangrijke rol bij vasculaire complicaties, waaronder diabetische nefropathie. Een goede diabetesregulatie kan progressie vertragen.”

Jans vervolgt: “Er wordt een eiwitbeperkt dieet voorgeschreven, met 0,8 g eiwit per kg lichaamsgewicht. Dat is eigenlijk geen beperking, het komt overeen met de door de Gezondheidsraad algemene aanbevolen hoeveelheid eiwit. In de richtlijn wordt geen onderscheid gemaakt tussen dierlijk en plantaardig eiwit. Jans: “Er is nog onvoldoende bewijs voor het voordeel van plantaardig eiwit bij nierschade.” Op de vraag hoe patiënten een eiwitbeperking ervaren, antwoordt zij: “Een eiwitbeperking vinden mensen meestal niet zo’n probleem, al is dit wel afhankelijk van het eetpatroon en de leeftijd. Jongeren hebben een hogere energiebehoefte, dan wordt een eiwitbeperking soms als lastig ervaren. De natri-

umbepierking geeft vaak meer problemen. En dan te bedenken dat de Amerikaanse richtlijn uit 2010 wat betreft natrium nog veel strenger is.”

Over de hoeveelheid vocht in de voeding zegt Jans: “Vroeger gingen we ervan uit dat patiënten met nierschade veel moesten drinken, omdat de nieren dan gemakkelijker afvalstoffen zouden kunnen uitscheiden. Maar hiervoor is nog steeds onvoldoende wetenschappelijk bewijs te vinden. Bovendien moet je er op bedacht zijn dat mensen die veel drinken zich misschien minder goed aan de zoutbeperking hebben gehouden en daarom meer dorst hebben.” In de richtlijn wordt een hoeveelheid van 1,5-2 liter per dag aangehouden.

Complicaties van nierziekten

In de richtlijn worden, behalve de progressiefactoren, ook een aantal complicaties van nierschade genoemd waarvoor voedingsadviezen worden gegeven. Het gaat hier om anemie, metabole acidose, hyperkaliëmie, ondervoeding, jicht en nier- of urinewegstenen. Over anemie zegt Jans: “De nieren produceren erythropoëtin (EPO), be-rucht als dopingmiddel bij wielrenners. Bij nierschade wordt er

te weinig EPO geproduceerd met als resultaat bloedarmoede. Daarom worden nierpatiënten in de predialyse fase vaak met dit hormoon behandeld. Voedingsadviezen, gericht op een adequate ijzerinname en een optimale resorptie hiervan zijn hierbij ondersteunend. Lastiger wordt het als patiënten fosfaatbinders gebruiken. Die bevatten vaak calcium en moeten kort voor of tijdens de maaltijd worden ingenomen. En calcium vermindert juist de ijzerresorptie.”

Een andere complicatie is hyperkaliëmie, waarvoor dan een kaliumbeperkt dieet nodig is. In de praktijk is dit een dieet met valkuilen. Door het streven van de overheid naar een lager zoutgehalte in voedingsmiddelen, vervangen veel fabrikanten

Juist de patiënten in de werkgroep wilden doorverwijzing naar de diëtist opgenomen zien in de richtlijn.

een deel van het natriumchloride in hun producten door kaliumzouten. Het natriumgehalte (dat op het etiket moet worden vermeld) neemt af, maar het kaliumgehalte (dat niet op het etiket hoeft te staan) neemt juist toe. “Ook additieven zijn vaak op basis van natrium-, kalium- of fosfaat-zouten, en je weet dan niet wat de bijdrage van additieven aan de totale inname is. Ik ben daarom altijd blij, als een

Ik ben altijd blij als een patiënt met een vraag over een nieuw product het product of het etiket meeneemt naar het spreekuur.

patiënt met een vraag over een nieuw product het product of het etiket meeneemt naar het spreekuur,” zegt Jans.

Voor fosfaten geldt hetzelfde: “Als de nieren onvoldoende fosfaat uitscheiden, wordt een fosfaatbeperkt dieet voorgeschreven. Additieven bevatten vaak veel fosfaat. En het vervelende is dat fosfaten uit die toegevoegde hulpstoffen sneller en beter worden geresorbeerd dan de fosfaten uit voedingsmiddelen. De reden is onduidelijk, maar komt waarschijnlijk omdat dit fosfaat niet gebonden is.”

Ondervoeding is ook een veel voorkomende complicatie. In de richtlijn wordt de SGA (Subjective Global Assessment) als meetinstrument voor het opsporen van ondervoeding aanbevolen. Waarom de SGA? Jans antwoordt: “Uit onderzoek is gebleken dat de SGA een goede voorspellende waarde heeft. Deze is echter tijdrovender dan bijvoorbeeld de MUST of de SNAQ; patiënten moeten zich uitkleden en dat kost tijd.”

De richtlijn noemt ook jicht en nierstenen als complicaties, maar Jans ziet dat meer als een zijpaadje, al ziet ze wel de relatie. “Veel nierstenen kunnen de nieren beschadigen. Mensen met nierstenen zijn echter vaker onder behandeling van een uroloog dan van een nefroloog. En mijn ervaring is dat urologen minder vaak doorverwijzen naar een diëtist”. Ze vervolgt: “Jicht komt vaker voor bij verminderde nierfunctie door een verhoogd urinezuurgehalte; diureticagebruik speelt hierbij ook een rol.”

Cardiovasculair risicomanagement wordt met name genoemd in de richtlijn. Jans: “Veel nierpatiënten overlijden aan hart- en vaatziekten. Tot voor enige tijd geleden werd er echter weinig aan risicomanagement gedaan. Ik heb tijdens mijn opleiding nog geleerd eiwitarme slagroomvla te maken. Maar je moet bedenken, dat de levensverwachting voor een nierpatiënt hoger is dan 10-20 jaar geleden. En zeker bij uitzicht op niertransplantatie is cardiovasculair risicomanagement heel belangrijk”. Jans vraagt zich wel af of dat ook bij oudere (pre)dialyse patiënten zo streng moet. “Dat wordt op dit moment onderzocht. Er is al gestart met de voorbereidingen voor een multidisciplinaire richtlijn ouderen.”

Zelfmanagement

Elke patiënt kan zelf heel veel doen om met leefstijlfactoren progressie van nierschade te vertragen en zijn conditie zo lang mogelijk op peil te houden. Ook in de nefrologie komt daarom steeds meer de nadruk te liggen op een gezonde

leefstijl en zelfmanagement. Jans noemt twee voorbeelden. “Onlangs is door de Nierstichting het *Handboek voor preventie en zelfzorg* uitgegeven. Het

is vooral geschikt voor de zeer gemotiveerde patiënt. Je moet hier zo vroeg mogelijk mee beginnen” (zie ook kader)

Een ander voorbeeld is de nieuwe website mijnnierinzicht.nl. Jans: “Deze site is van de zelfde makers als dieetinzicht.nl. Het sluit aan

op het zelfzorgboek, en biedt bijvoorbeeld de mogelijkheid een voedingdagboek bij te houden en daarna te berekenen, of je zelf gemeten bloeddrukwaarden te noteren, die je daarna in een grafiek tevoorschijn kunt toveren.”

Nieuwe ontwikkelingen

Diëtetiek is een dynamisch vakgebied en Jans noemt dan ook direct een aantal nieuwe ontwikkelingen.

“Studenten van de HAN, opleiding Voeding en Diëtetiek gaan voor ons onderzoeken of door een hoge fructose-inname het urinezuurgehalte wordt verhoogd, en of daarbij een verschil is tussen fructose dat van nature aanwezig is in fruit en het fructose dat steeds vaker, in navolging van Amerika, als zoetmiddel wordt gebruikt. Een verhoogd urinezuurgehalte draagt mogelijk bij aan nierfunctieverlies en is medeverantwoordelijk voor cardiovasculaire problemen.”

Naast de toekomstige richtlijn voor de oudere nierpatiënt wil de DNN zich ook gaan verdiepen in nierpatiënten met comorbiditeit. Jans: “Nierfunctieverlies komt bijvoorbeeld bij patiënten met hartfalen veel voor, daar moet je de voeding op aan passen. Mogelijk zijn daar wel andere accenten in de dieetbehandeling bij nodig. Samenwerking met andere diëtistennetwerken zal dan worden gezocht.”

Jeanne van Dommelen

Literatuur

- 1 Multidisciplinaire richtlijn chronische nierinsufficiëntie in de predialyse fase Naarden 2009, Hans Mak Instituut. Update 2011. Deze richtlijn is gratis full text beschikbaar via de website van het instituut. Het voedingsaandeel van de richtlijn is bovendien ook beschikbaar via de site van DNN.
- 2 Patiëntenversie Multidisciplinaire richtlijn chronische nierinsufficiëntie in de predialyse fase. Naarden 2009, Hans Mak Instituut. Deze richtlijn is gratis full text beschikbaar via de website van het instituut
- 3 P.Å. Zillén, K. Bergström. Leven met chronische nierschade. Bussum, 2010 Nierstichting Nederland

Internet

www.dietistennierziekten.com, site van de DNN (Diëtisten Nierziekten Nederland)

www.hans-makinstituut.nl, site van het Hans Makinstituut, kwaliteitsinstituut voor de nefrologie

www.nierstichting.nl