

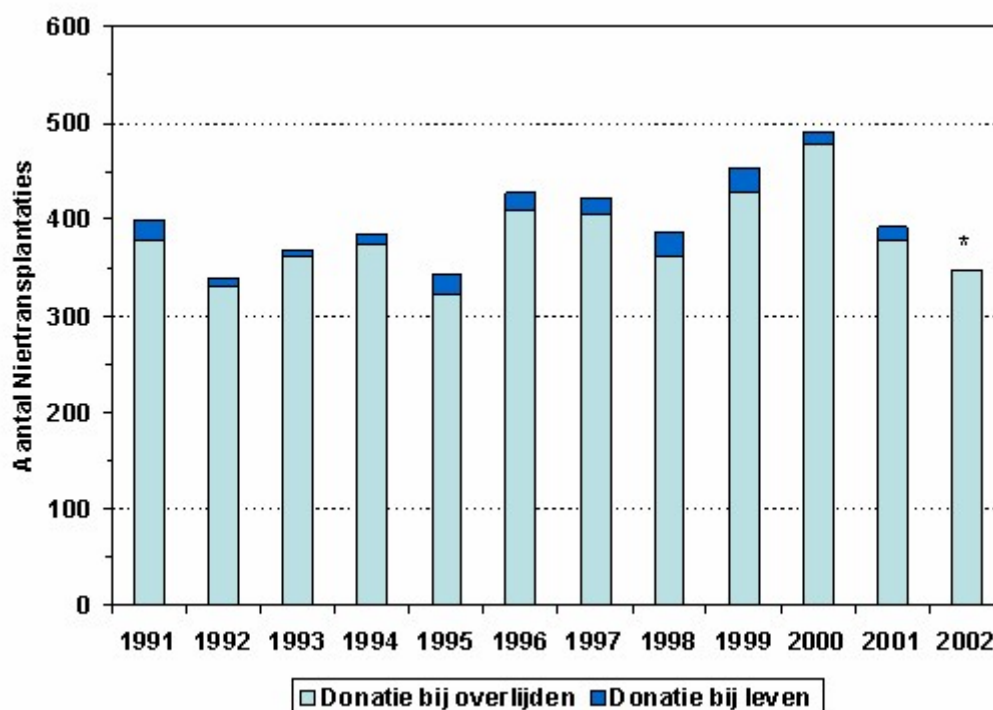
WACHTEN OP EEN NIERTRANSPLANTATIE - Deel 1

auteur: **dr. Johan De Meester**

Wachten is aanvaardbaar zolang iedereen de regels kent, begrijpt en volgt. Deze algemene stelling is ook van toepassing bij het wachten op een niertransplantatie met nierdonatie bij overlijden. Om inzicht te krijgen in deze regels, is het belangrijk om de diverse factoren en actoren die rol spelen bij de realisatie van een niertransplantatie met een post-mortale donornier, te overlopen: een donor, een patiënt op een niertransplantatie wachtlijst, een orgaantoewijzingsmechanisme (uitbesteed aan de Foundation Eurotransplant International) en een transplantatiecentrum.

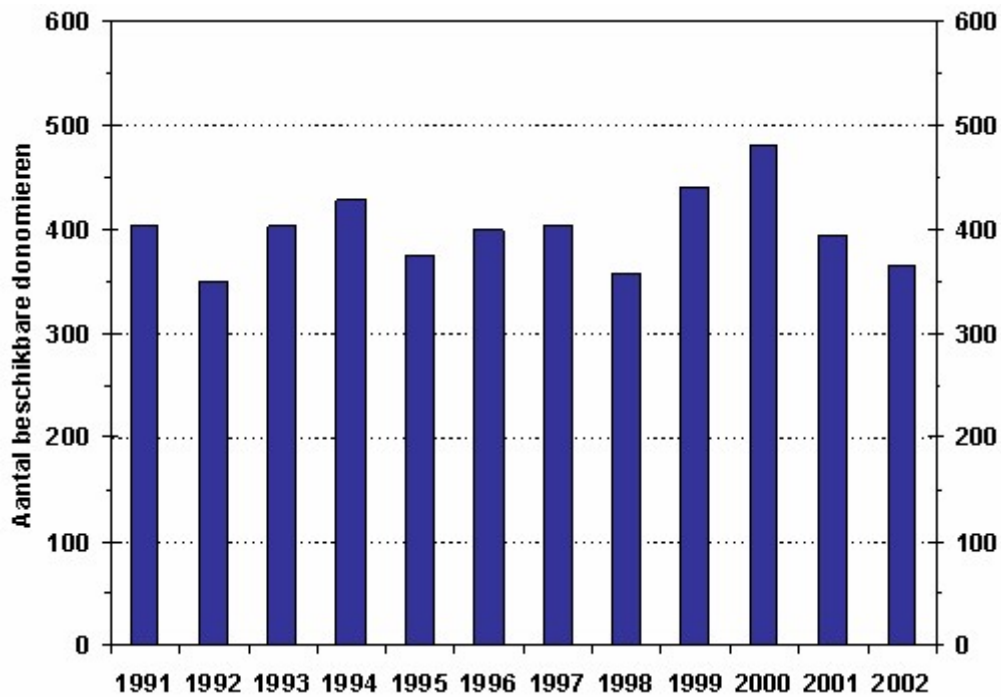
Figuren 1 – 5 geven een samenvattend overzicht cq. een illustratie.

Figuur 1: Niertransplantaties, met nierdonatie bij overlijden en bij leven, in België, periode 1991-2002.

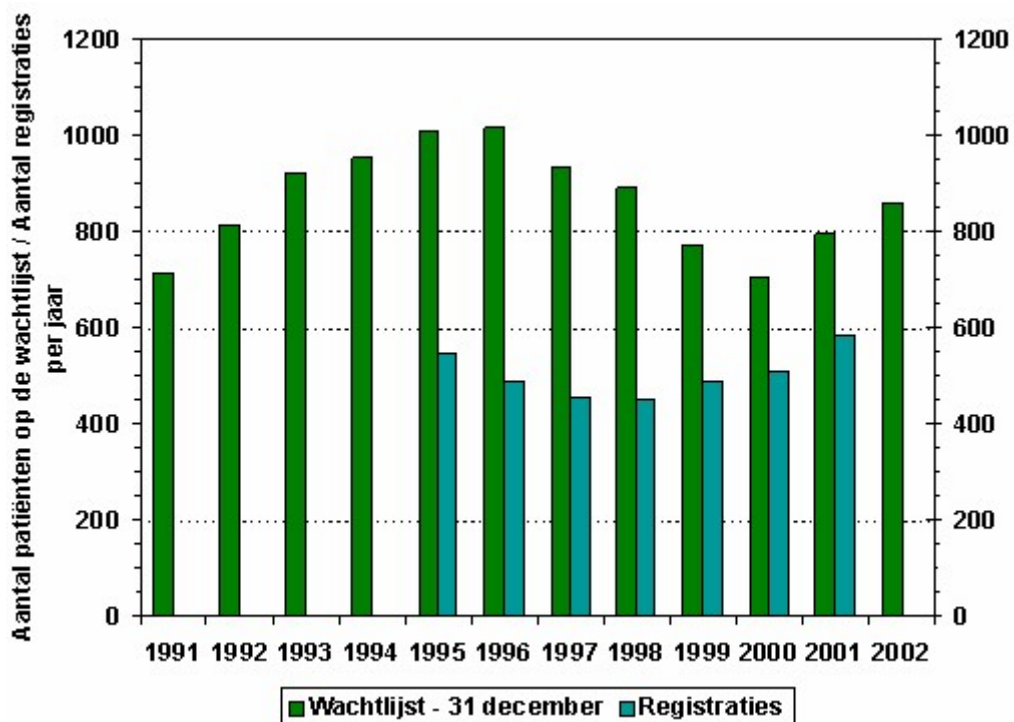


* niertransplantatie met donatie bij leven in het jaar 2002 nog niet bekend

Het aantal lijkenniertransplantaties schommelt tussen 350 à 400 per jaar. In vergelijking met de overige Europese landen, is er in België een hoge transplantatie activiteit per miljoen inwoners. Echter de bijdrage van niertransplantatie met donatie bij leven (familie, partner, etc) is eerder minimaal (< 5%) in vergelijking met Nederland (31%) en Noorwegen (40%).

Figuur 2: Beschikbare donornieren bij overlijden, in België, periode 1991 – 2002.

Het jaarlijkse aantal donornieren, daadwerkelijk getransplanteerd, varieert tussen 375 en 425. De schommelingen per kalenderjaar (en -maand) zijn soms uitgesproken. Bij vergelijking van Figuren 1 en 2 valt op dat er netto iets méér nieren beschikbaar zijn dan dat er uiteindelijk in België getransplanteerd worden.

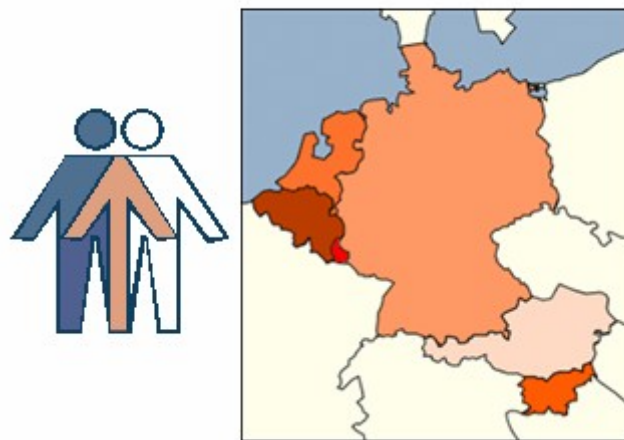
Figuur 3: Actieve wachtlijst voor niertransplantatie, in België, periode 1991 – 2002 (per 31 december) en aantal registraties voor een niertransplantatie, in België, periode 1997-2001.

De wachtlijst is de resultante van de instroom (registraties) en de uitstroom (via transplantatie, via overlijden op de wachtlijst of via verwijdering van de wachtlijst omwille van andere redenen (medisch, persoonlijk, etc.)). Als gevolg van een hoger aantal registraties en lager aantal transplantaties staan er anno 2002 méér patiënten op de wachtlijst.

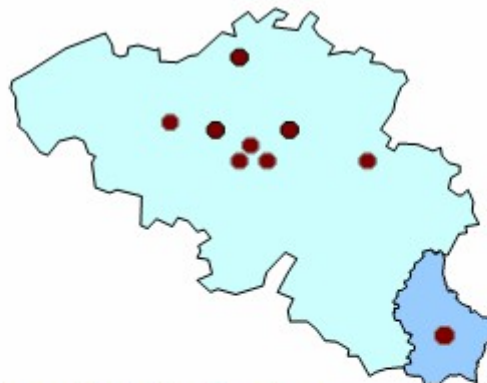
Figuur 4: Logo Eurotransplant International Foundation, Leiden - Nederland.

In 1967 was België één van de stichtende leden van de Eurotransplant organisatie. Vandaag groepeert Eurotransplant de transplantatie centra, donor ziekenhuizen en weefseltyperingslaboratoria uit Oostenrijk, België – Luxemburg, Duitsland, Nederland en Slovenië. In juli 2001 werd Eurotransplant bij wet erkend als het toewijzingsorganisme, voor een periode van 10 jaar.

Eurotransplant International Foundation



Figuur 5: Transplantatie centra in België (en Luxemburg).



Orgaan	Transplantatie Centra							
Nier	AN	BJ	BR	GE	LA	LG	LM	LX
Pancreas	AN	BJ	BR	GE	LA	LG	LM	
Hart	AN	AS	BR	GE	LA	LG	LM	
Longen			BR		LA	LG	LM	
Lever	AN		BR	GE	LA	LG	LM	

AN=UZ Antwerpen, AS= OLVZ Aalst, BJ= VUB Brussel, BR= ULB Bruxelles, GE=UZ Gent, LA= UCL Bruxelles, LG = CHU Liège, LM= UZ Gasthuisberg Leuven, LX=CHU Luxembourg

Niertransplantaties worden uitgevoerd te Antwerpen, Gent, Leuven, Brussel (VUB, UCL, ULB) en Luik. Ook al zijn de grootte van de wachtlijst en de jaarlijkse transplantatie en donatie activiteit onderling verschillend, het is belangrijker om de onderlinge samenwerking te benadrukken (bv. Gent-Leuven, VUB-Antwerpen-Luik-Luxembourg).

Officieel zijn er in België twee overkoepelende instanties betrokken bij donatie en transplantatie: de Belgische Transplantatieraad en de Belgische Transplantatievereniging.

De Belgische Transplantatieraad is opgericht bij Koninklijk Besluit door het Ministerie van Volksgezondheid, is operationeel sinds 2000, en is belast met het opstellen van maatregelen ter bevordering van orgaandonatie, van de kwaliteit en veiligheid en van de optimale toewijzing van de donororganen.

De Belgische Transplantatievereniging stimuleert, sinds de oprichting in 1993, het wetenschappelijk onderzoek betreffende alle facetten van (donatie en) transplantatie en behartigt de belangen van de transplantatie centra en hun transplantcoördinatoren, zowel bij Eurotransplant, de overheid als bij de Belgische Transplantatieraad.

In een korte reeks artikelen zal informatie verschaft worden over donatie, in het bijzonder nierdonatie, over het toewijzingsalgoritme voor niertransplantatie en over de niertransplantatie wachtlijst en de kansen op een transplantatie.

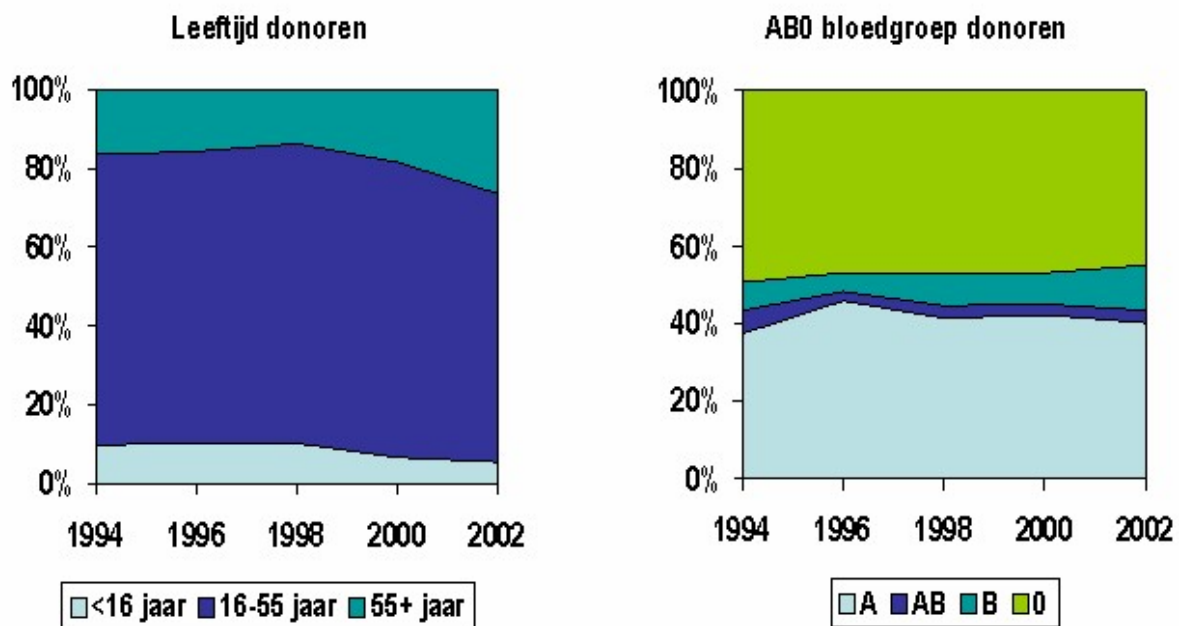
1. Orgaandonatie – Nierdonatie bij overlijden.

In België is er een 'geen bewaarsysteem' van kracht. Elke persoon die ouder is dan 18 jaar en ten minste 6 maanden in België woonachtig is wordt wettelijk beschouwd als een potentiële donor bij het overlijden, tenzij de persoon bij leven bezwaar tegen donatie heeft kenbaar gemaakt via een officiële procedure via het gemeentehuis, met registratie in het Rijksregister. Het is ook mogelijk om de veronderstelde toestemming met donatie te bevestigen via een gelijkaardige procedure in het Rijksregister. Als de overledene niet uitdrukkelijk heeft toegestemd in orgaandonatie, hebben de nabestaanden nog het recht om, uit eigen hoofde, verzet aan te tekenen.

Medisch gezien worden alleen organen (en weefsels) gebruikt van personen bij wie men geen medische contra-indicaties ten opzichte van donatie heeft kunnen vaststellen op het moment van overlijden. Dit betekent enerzijds geen risico tot overdracht van ziekten, infecties en/of tumoren én anderzijds een te verwachten adequate functie van de potentiële donororganen na transplantatie. Belangrijk hierbij is dat de orgaanuitname zo niet bij uitsluiting (hart, longen, pancreas) dan toch bij voorkeur (nieren, lever) dient te geschieden bij "heart-beating" donoren, ie. hersendood bij vóórtijdurende circulaire en respiratoire functies die zorgen voor een continue zuurstofvoorziening van de te explanteren organen. In België is 'non-heart-beating' orgaan (nier) donatie beperkt – dit zijn overleden patiënten die voldoen aan de traditionele doodscriteria van circulatie- en respiratiestilstand, en bij wie, kort na het intreden van de dood door hartstilstand, de nieren met behulp van een koelvloeistof (via een katheter in de a. femoralis) in het lichaam gekoeld worden en op een later tijdstip uit het lichaam verwijderd worden. In Nederland is bijna 1/3 van alle nierdonoren een 'non-heart-beating'-donor.

Gemiddeld zijn er in België jaarlijks 20 à 23 donoren per miljoen inwoners; dit is een vrij hoog cijfer in vergelijking met de overige Europese landen (12 à 15 donoren pmi) - muv Oostenrijk [22 à 25 pmi] en Spanje [40 à 42 pmi]. Echter er moet herhaald worden dat het aantal donoren per kalenderjaar en vooral per kalendermaand zeer sterk kan variëren.

De donorkarakteristieken zijn duidelijk gewijzigd (Figuur 6). Een groter aantal oudere donoren (leeftijd > 65 jaar) compenseert de afname van de jongere donoren. In overeenstemming is de doodsoorzaak vooral cerebrovasculair en in mindere mate traumatisch. Er zijn echter geen wijzigingen in de verdeling van de ABO bloedgroepen: de bloedgroep 0 blijft de grootste, om en bij 50% (Figuur 6).



Niemand zal ontkennen dat hoe meer donoren er beschikbaar zijn, hoe meer transplantaties er uitgevoerd kunnen worden. Is er nog donorpotentieel in België? Iedereen vermoedt van wel, maar objectieve cijfers hierover ontbreken. Deze zijn slechts te verkrijgen door middel van een langdurig gestructureerd inventarisonderzoek in elk ziekenhuis dat beschikt over een Dienst Intensieve Zorgen en/of Dienst Neurochirurgie [met oog op het potentieel 'heart-beating' donoren]. De meetinstrumenten hiervoor werden al ontwikkeld door de Foundation Donor Action, een internationale non-profit organisatie die zich exclusief richt op orgaan-donatie. Pas dan kan men weten waar de eventuele knelpunten zijn: (méér ?) bezwaar tegen donatie door de patiënt en/of familie, (toegenomen ?) medische ongeschiktheid voor donatie, intrinsieke en/of extrinsieke organisatorische en logistieke problemen, etc. Vervolgens kan men gepaste actie ondernemen, zoals aanpassing van de medische selectie criteria voor donatie, betere communicatie naar de familie toe, aanstellen van een lokale donor-coördinator, organisatorisch meer efficiënte affiliatie met een transplantatie centrum, etc. Het merendeel van de ziekenhuizen die participeerden in een Donor-Action project zagen nadien een hogere donor-rapportage.

Struikelblokken voor de introductie van een 'non-heart-beating' donor protocol in België zijn wellicht de organisatorische complexiteit (in-situ nierperfusie procedure via a. femoralis catheterisatie, beschikbaarheid van een nierperfusie machine post-explantatie, etc.) en de grotere kans op een inferieure donornier kwaliteit met een moeizaam post-transplantatie verloop (met sowieso initiële dialyse-noodzaak).

De meningen zijn verdeeld over de stelling of er een hoger percentage niertransplantatie met nierdonatie bij leven moet nagestreefd worden. Aan de ene kant wijst men op de onmogelijkheid van een volledig vrijwillige en ongedwongen instemming door familieleden en/of partner of op de geringe maar dus potentieel aanwezige kans op schade bij de donor op middellange en lange termijn post-donatie, aan de andere kant is er de mogelijkheid om patiënten tijdig en goed voorbereid te transplanteren, met een uitstekende lange-termijn transplantaatoverleving en een lagere kans op complicaties in vergelijking met een langer verblijf aan dialyse.

Samenvattend ziet het er niet naar uit dat gedurende de eerstkomende jaren de beschikbaarheid van donornieren bij overlijden spectaculair zal toenemen. Met de huidige

graad van alertheid zal het tegenwoordige donatie peil waarschijnlijk aangehouden kunnen worden, met de niet te voorspellen op- en neerwaartse schommelingen.

Over de auteur

Dr. Johan De Meester is internist-nefroloog verbonden aan het Onze Lieve Vrouw Ziekenhuis in Aalst

(wordt vervolgd in jaargang 3 - nummer 3)