

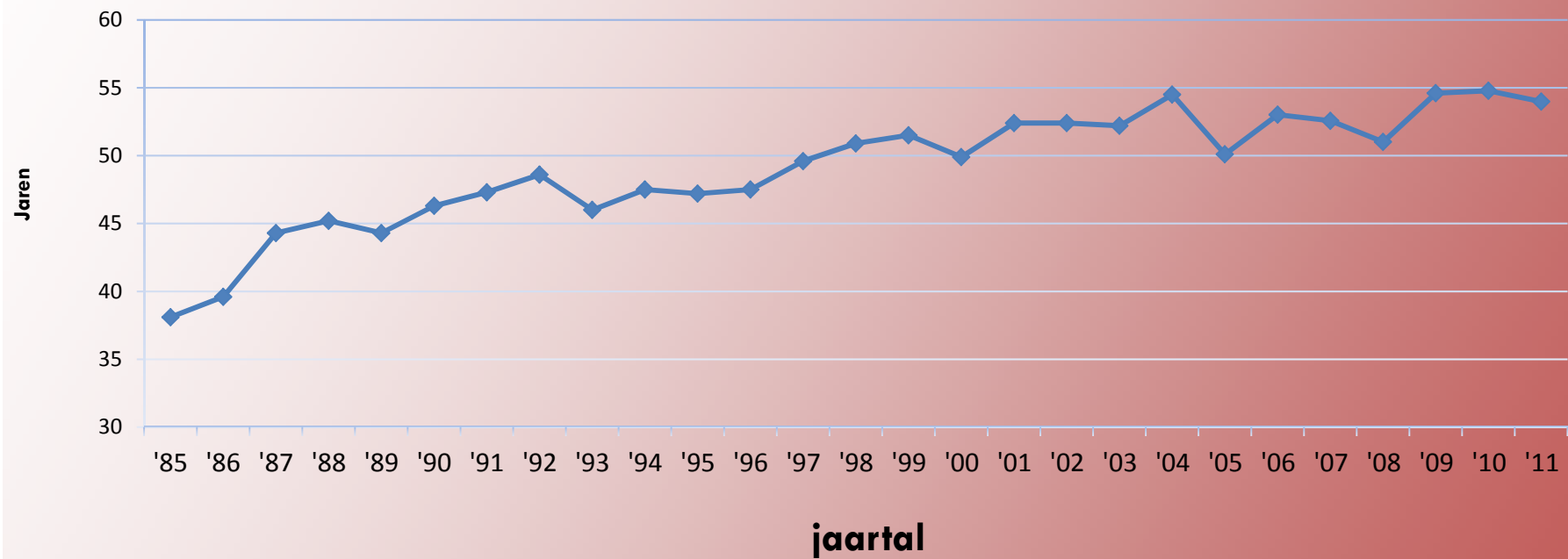


UZ  
LEUVEN

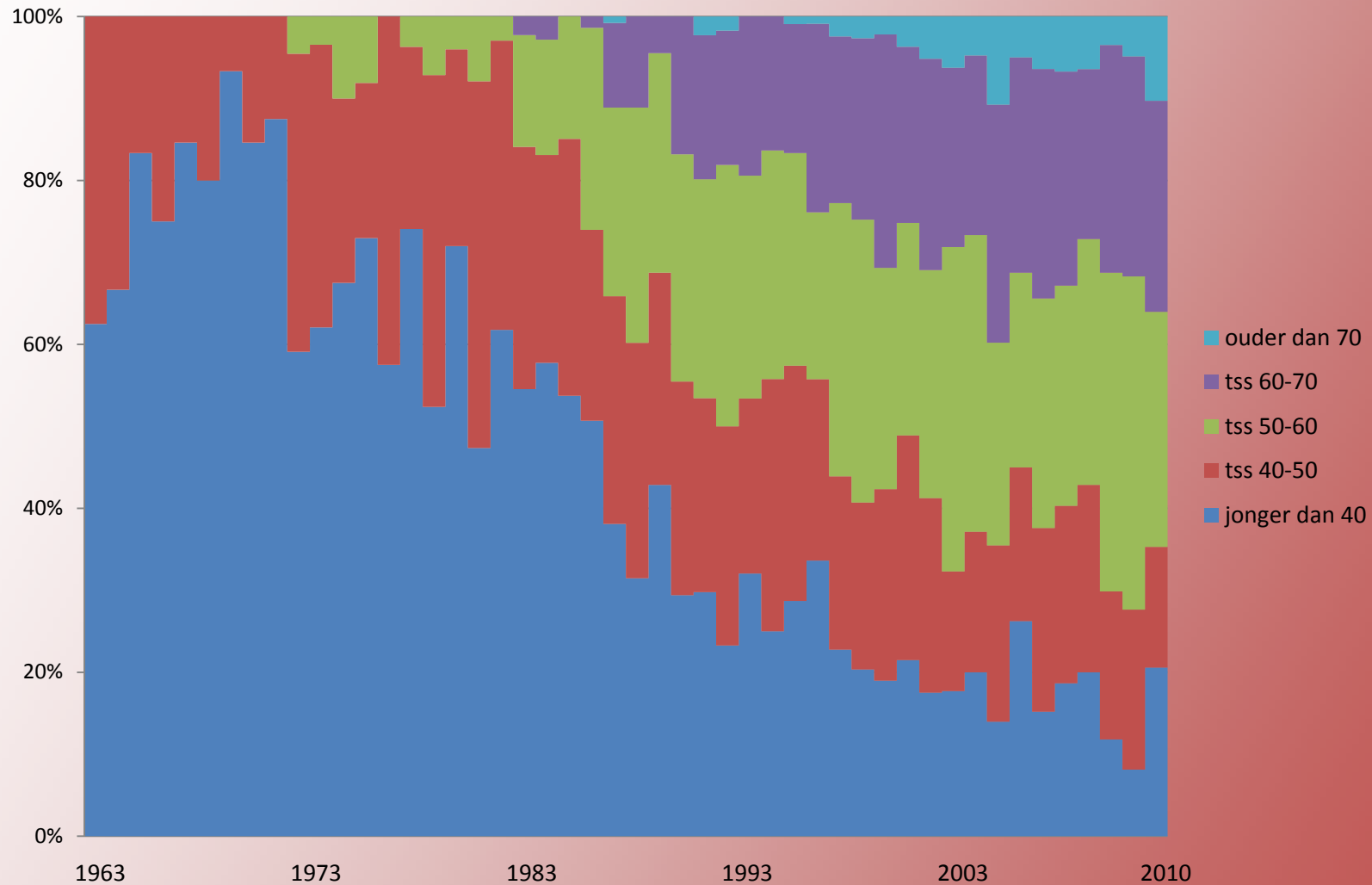


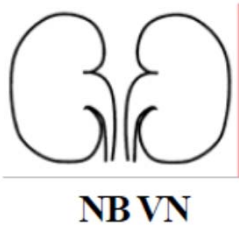
# Het pretransplant bilan

## Evolutie gemiddelde leeftijd van de receptoren

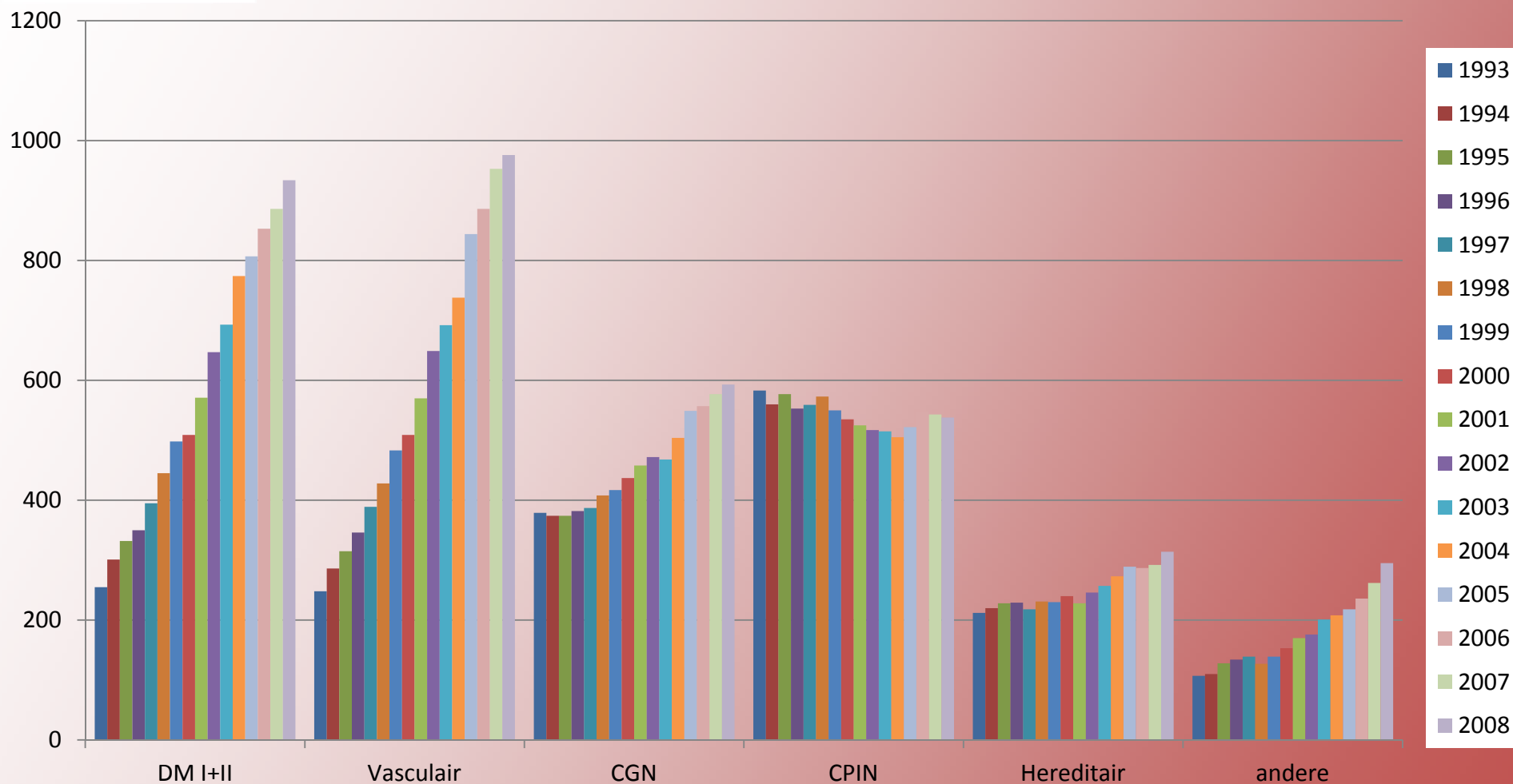


## Procentuele verdeling leeftijd van de receptoren

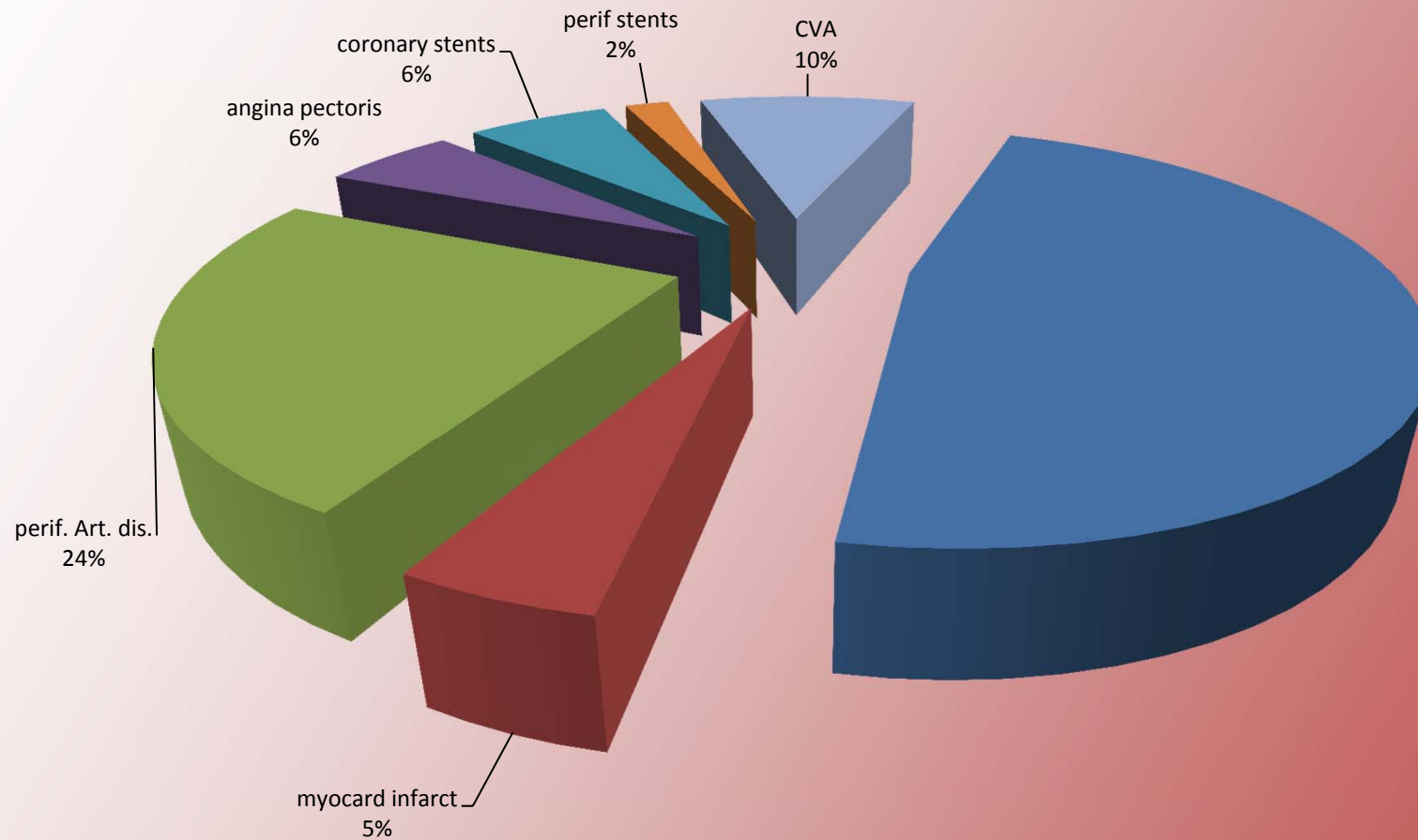


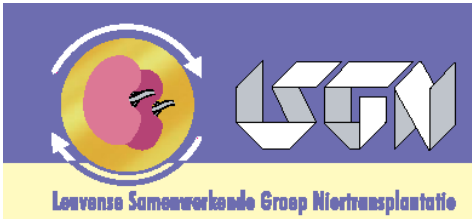


# Etiologie nierlijden in Vlaanderen



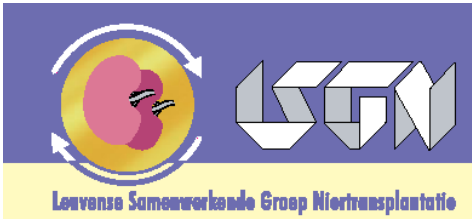
## Cardiovasculaire events voor Tx ( laatste 300 Tx- patienten)





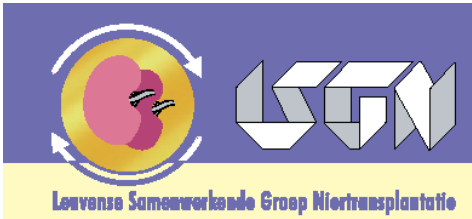
# Cardiovasculair

- Niet-invasieve onderzoeken:
  - Stress cycloergometrie:
    - Bij iedereen  $\geq 30$  jaar
    - Altijd zonder  $\beta$ -blocker !!! (sensitiviteit)
    - Minimum  $\geq 25\%$  stijging HF en BD
    - Negatieve test enkel te herhalen bij optreden suggestieve klachten
    - Positieve test: coronarografie



# Cardiovasculair

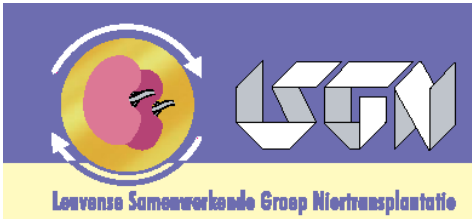
- Niet-invasieve onderzoeken:
  - Stress dobutamine echocardiografie:
    - Bij iedereen met een ontoereikende cycloergometrie of enkel bij bijkomende risicofactoren: leeftijd mannen  $\geq 45$  j en leeftijd vrouwen  $\geq 55$  j, DM, abnormaal rust EKG, voorafbestaande CV ziekte, familiale VG in 1<sup>e</sup> graad (mannen: 55 j en vrouwen: 65 j), [AHT, Tchol  $\geq 200$  mg/dL, HDL  $< 35$  mg/dL]
    - Altijd zonder  $\beta$ -blocker !!!
    - Cave ervaring cardioloog !
    - Negatieve test enkel te herhalen bij optreden suggestieve klachten
    - Positieve test: coronarografie



# Cardiovasculair

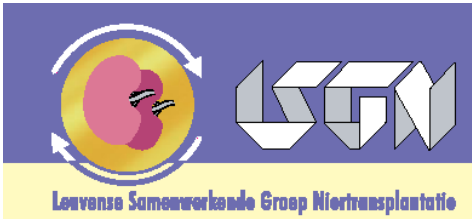
- Niet-invasieve onderzoeken:
  - Stress scintigrafie:
    - Bij iedereen met een ontoereikende cycloergometrie of enkel bij bijkomende risicofactoren: leeftijd mannen  $\geq 45$  j en leeftijd vrouwen  $\geq 55$  j, DM, abnormaal rust EKG, voorafbestaande CV ziekte, familiale VG in 1<sup>e</sup> graad (mannen: 55 j en vrouwen: 65 j), [AHT, Tchol  $\geq 200$  mg/dL, HDL  $< 35$  mg/dL]
    - Altijd zonder  $\beta$ -blocker !!!
    - Cycloergometrische of farmacologische belasting: pro en con
    - Negatieve test enkel te herhalen bij optreden suggestieve klachten
    - Positieve test: coronarografie





# Cardiovasculair

- Invasieve onderzoeken:
  - Coronarografie:
    - Bij iedereen met een positieve cycloergometrie, stress echocardiografie of scintigrafie
    - Bij typische klachten en twijfel bij patiënten met additionele risicofactoren: leeftijd mannen  $\geq 45$  j en leeftijd vrouwen  $\geq 55$  j, DM, abnormaal rust EKG, voorafbestaande CV ziekte, familiale VG in 1<sup>e</sup> graad (mannen: 55 j en vrouwen: 65 j)
    - DM  $\geq 10$  jaren
    - CABG  $\geq 10$  jaren
    - PTCA  $\geq 5$  jaren
    - Nier-pancreas kandidaten
    - Leeftijd  $\geq 70$  jaren



# Cardiovasculair

- Invasieve onderzoeken:
  - Coronarografie:
    - Niet-significante stenose(n):
      - Preventie: statine, aspirine en  $\beta$ -blocker, ROKKSTOP bij iedereen !
      - Herhaling coronaro: neen, enkel bij klachten
    - Significante stenose(n):
      - CABG ( totale revascularisatie )
      - PTCA  $\pm$  stenting
      - Drug-eluting stents: cave antico – in-stent thrombose

# Seminars in Dialysis

## Suggested cardiac surveillance for wait-listed transplant candidates

---

No known CAD or initial evaluation negative

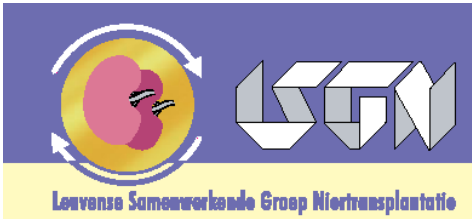
(A) Diabetic ESRD	Annually
(B) Nondiabetic + any of the following ≥2 traditional risk factors or ≥1 CAD risk equivalents	Biannually
(C) 'Lower risk' <sup>a</sup>	Every 3 years

Established CAD

Medical management per ACC/AHA guidelines	Annually
Successful prior PCI	Annually
History of successful CABG	3 years post-CABG then annually

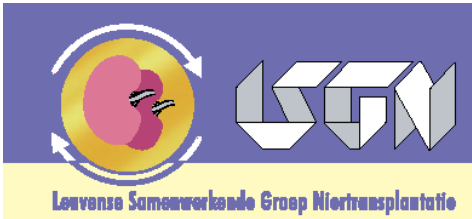
Asymptomatic aortic stenosis<sup>b</sup>

Mild	Echocardiogram every 3–5 years
Moderate <sup>c</sup>	Echocardiogram annually



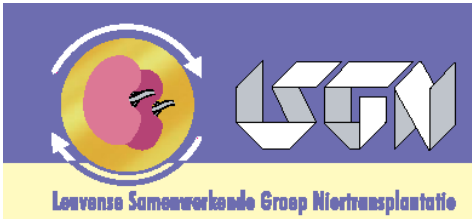
# Cardiovascular

- Perifeer arterieel lijden onderste ledematen:
  - Rx-abdomen
  - Klassieke Rx-angiografie OL:
    - Voorafbestaand perifeer arterieel lijden / interventies / vroegere Tx
    - Klinische klachten en/of symptomen
    - Diabetes mellitus of nier-pancreas kandidaten
    - Leeftijd?: mannen  $\geq 50$  j en vrouwen  $\geq 60$  j?
    - Op vraag van transplant chirurgen



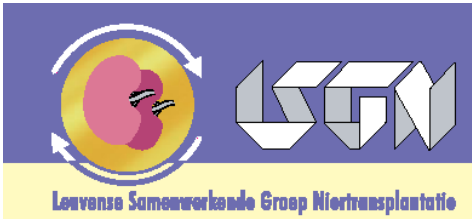
# Cardiovascular

- Perifeer arterieel lijden onderste ledematen:
  - Herhalen angiografie onderste ledematen:
    - Bij nieuwe klachten en/of symptomen
    - Bij nieuwe heelkundige vasculaire of uitgebreide percutane interventies
    - Op indicatie van transplant chirurgen
  - KST-angio of CO<sub>2</sub>-angiografie: CI voor contrast ?
    - Enkel proximale vaten
    - Artefacten



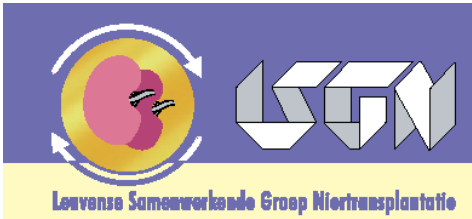
# Gastrointestinaal

- Coloscopie / Rx colon inloop:
  - Voorgeschiedenis van poliepen en/of familiale voorgeschiedenis van colonCa of polyposis
  - Klinische indicatie(s): Crohn, coeliackie, ...
  - Leeftijd ?: mannen  $\geq 50$  j en vrouwen  $\geq 60$  j ?
- Gastroscoopie:
  - Inclusief opsporen Heliobacter pylori



# Genitourinair

- Rx cystografie (cystoscopie):
  - Voorgeschiedenis van maligniteiten urotheel
  - Verhoogd risico urotheel tumoren: fenacetine, Chinese kruiden, aromatische benzenen,...
  - Congenitale en verworven blaasaandoeningen
  - Neurogeen blaaslijden (advies urologie)
  - Blaasderivaties
  - Voorgaande Tx-nier in situ ?

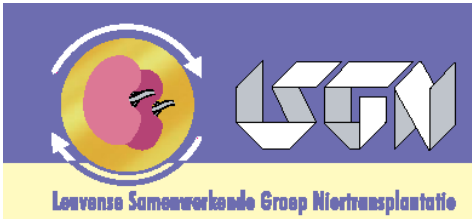


# Nieuwe onderzoeken

C

- Eventueel aanvullend looptest bij vermoeden van arterieel vaatlijden van onderste ledematen
- OGTT
- Oncologisch advies
- PD: peritonitis, kiem en exit site infecties
- Hep B/C: viral load, echografie lever,  $\alpha$ -FP
- Echografie bij schildklieren





# Niet meer nodig

- Rx-skelet
- Duplex halsvaten enkel op klinische indicatie
- Complement, Ig, cryoglobulines, anti-GBM, ANF, ANCA's, koude agglutinines enkel indien klinisch relevant (IC niet)
- In België enkel nog leukocyten-vrije PC beschikbaar:
  - Géén pre-transplantatie bloedtransfusies meer

# Seminars in Dialysis

## Indications for pretransplant native nephrectomy

---

### Absolute indications

Chronic renal parenchymal infection

Recurrent infected stones

Reflux or obstructive megaureter complicated by infection or stone formation

Polycystic kidney disease<sup>a</sup>

Heavy proteinuria

### Relative indications

Intractable hypertension<sup>b</sup>

Acquired renal cystic disease<sup>c</sup>

---

<sup>a</sup>Indicated for massively enlarged kidneys, recurrently infected or bleeding, intractable pain.

<sup>b</sup>Should be individualized.

<sup>c</sup>When there is suspicion for adenocarcinoma.

# Seminars in Dialysis

Most tumors: wait time  $\geq 2$  years

No waiting time if cure at the time of transplantation

Incidental renal cell carcinoma

In situ carcinoma of bladder

In situ carcinoma of cervix

Basal cell carcinoma

Squamous cell carcinoma (skin)<sup>b,c</sup>

Waiting time  $\geq 2-5$  years<sup>b</sup>

Melanoma<sup>b,d</sup>

5 years

Wilms tumor

2 years

Renal cell carcinoma

2 years if  $< 5$  cm

5 years if  $> 5$  cm

Breast carcinoma<sup>e</sup>

2-5 years

Lymphoma

2-5 years

Colorectal carcinoma

2-5 years

Invasive bladder

2 years

Uterine body

2 years

Invasive cervical carcinoma

2-5 years

# Seminars in Dialysis

**TABLE 4. Rates of recurrent renal disease after transplantation and risk of graft loss from disease recurrence<sup>a</sup>**

	Recurrence rates (%)	Graft loss from disease recurrence (%)
FSGS	20–50	50
Ig A nephropathy	20–60	10–30
MPGN I	20–50	30–35
MPGN II	80–100	10–20
Membranous GN	3–30	30
HUS <sup>b</sup>	10–40	10–40
Anti-GBM disease	15–50	< 5
ANCA-associated vasculitis	7–25	< 5
SLE	3–10	< 5