

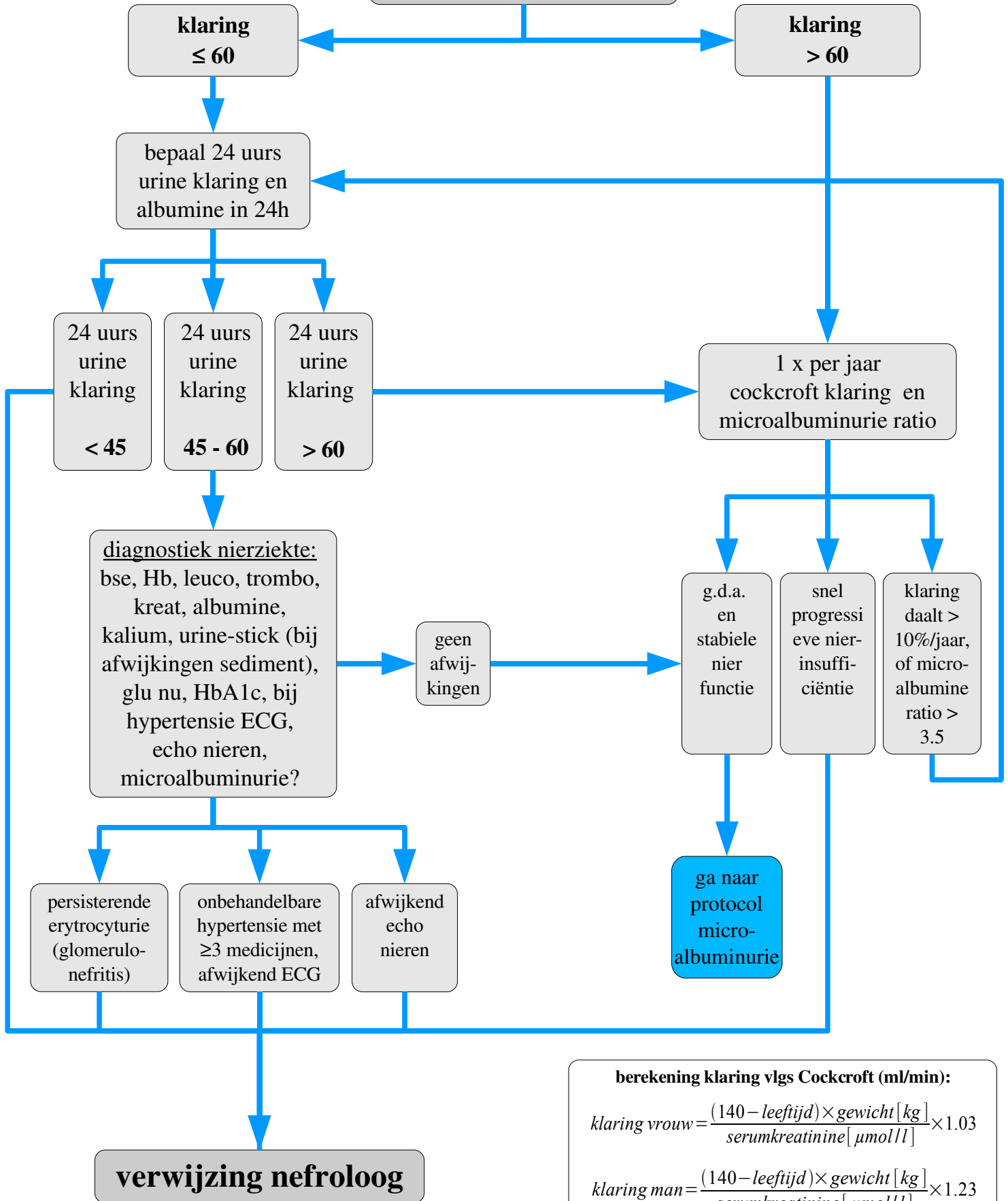
# screening chronische nierinsufficiëntie bij patiënten met diabetes en/of hypertensie

Bij onverwacht afwijkende uitslagen overleg met nefroloog!

## klaring (Cockcroft of MDRD)

(voor Cockcroft bij BMI >30 gebruik berekend gewicht voor BMI=30)

[www.haagsnieren.nl](http://www.haagsnieren.nl)



**berekening klaring vlg Cockcroft (ml/min):**

$$klaring\ vrouw = \frac{(140 - leeftijd) \times gewicht [kg]}{serumkreatinine [\mu mol/l]} \times 1.03$$

$$klaring\ man = \frac{(140 - leeftijd) \times gewicht [kg]}{serumkreatinine [\mu mol/l]} \times 1.23$$

**microalbuminurie**  
(ratio in portie of  
absolute waarde in 24h-urine)

< 3 mg/mmol  
of  
< 30mg/24h

3 – 30 mg/mmol  
of  
30 - 300mg/24h

> 30 mg/mmol  
of  
> 300mg/24h

klaring  
> 60

klaring  
≤ 60

**urinestick**  
(*UWI en  
persisterende  
erythrocyturie  
uitsluiten*)

**verwijzing  
nefroloog**

**jaarlijkse  
controle**

**controle  
nierfunctie  
2 x per jaar**

**behandeling:**

→ start met een ACEremmer of AIIantagonist

- controle kreatinine en kalium na 2 weken
- bij stijging kreatinine > 25% stop ACE/AII (overweeg overleg nefroloog)
- bij stijging kreatinine > 15%, check kreatinine en kalium na 1 maand
- bij kalium > 5.5 stop ACEremmer/AII en herhaal kalium
- check RR, kreatinine en kalium ongeveer 6 weken na elke dosisverhoging
- bij stabiele instelling controle RR, kreatinine, kalium en microalbuminurie portie elke 6 maanden

→ streef naar RR < 130/80

→ zo nodig licht Na-beperkt dieet

→ zo nodig thiazide-diureticum toevoegen

→ combinaties met NSAID of Cox-2 remmers vermijden

→ behandel dyslipidemie

→ check of er dosisaanpassing noodzakelijk is van medicatie (bijv metformine, digoxine, antibiotica)

→ denk aan reversibele oorzaken van nierfunctie verlies: uitdroging, diuretica, hartfalen, blaasretentie, hydronefrose, NSAID's, Cox-2 remmers!