

Wachten op een nieuwe nier

informatie voor patiënten

INLEIDING	3
WAAROM EEN NIERTRANSPLANTATIE?	4
VOORBEREIDENDE ONDERZOEKEN	6
De pretransplantatieonderzoeken	
NIERTRANSPLANTATIE IN UZ LEUVEN	8
Bloedgroep	
Weefselkenmerken of HLA	
NIERTRANSPLANTATIEPROGRAMMA IN UZ LEUVEN	9
De wachtlijst	
Oproep voor transplantatie	
Opname op de transplantatieafdeling	
De operatie	
Levende donatie	
Na de operatie	
Bezoek	
Financiële aspecten	
Patiëntenbegeleiding	
Verblijf voor familie	
AUTORIJDEN	38
LEVEN MET EEN NIEUWE NIER	38
Rookstop	
Medicatie	
Dieet	
Lichaamsbeweging	
Medische follow-up	
NUTTIGE TELEFOONNUMMERS, MAILADRESSEN EN WEBSITE	44

U hebt van uw nierspecialist vernomen dat een transplantatie een mogelijke behandeling is voor uw nierziekte. Wellicht roept dit bij u en uw familie een aantal vragen op.

Deze brochure bevat praktische informatie over de voorbereiding op en het verloop van de operatie, het verblijf in het ziekenhuis, de kosten en over het leven met een nieuwe nier.

Hebt u nog vragen, aarzel dan niet om uw arts, de verpleegkundige, de sociaal werkster of de transplantatiecoördinator aan te spreken.

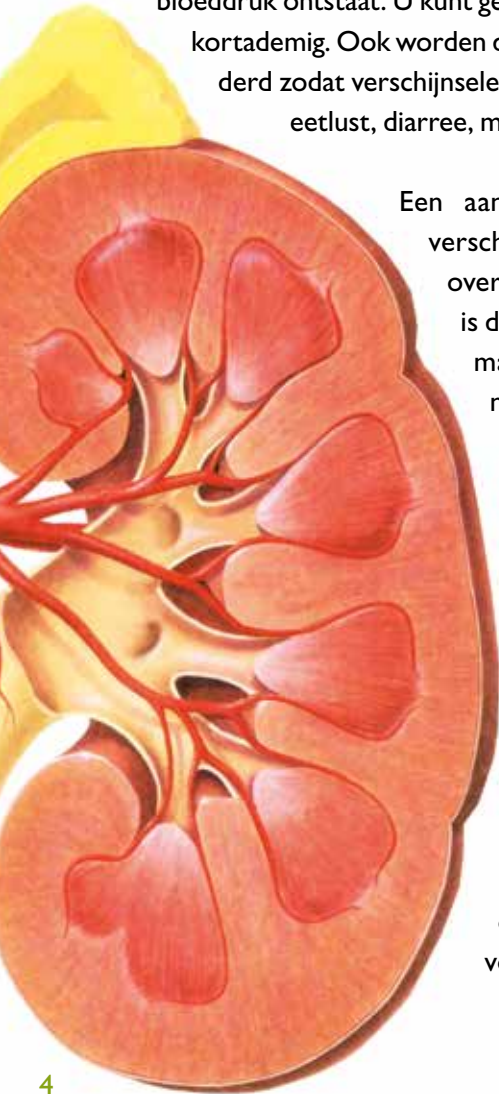
Deze brochure werd opgesteld in samenspraak met de Leuvense Samenwerkende Groep voor Niertransplantatie.

WAAROM EEN NIERTRANSPLANTATIE?

De voornaamste taken van de nieren zijn de water- en zoutregeling van het lichaam en het verwijderen van afvalstoffen. Wanneer de nieren onvoldoende werken, wordt deze taak slecht uitgevoerd. Dit heeft een teveel aan vocht in ons lichaam tot gevolg, waardoor een hoge bloeddruk ontstaat. U kunt gezwollen voeten krijgen en soms wordt u kortademig. Ook worden de afvalstoffen niet uit het lichaam verwijderd zodat verschijnselen zoals braken, misselijkheid, gebrekkige eetlust, diarree, moeheid en soms coma kunnen optreden.

Een aantal nierfuncties kunnen door twee verschillende behandelingsvormen worden overgenomen. De eerste behandelingsvorm is de hemodialyse, waarbij het bloed kunstmatig wordt gezuiverd door een kunstnier. De tweede behandelingsvorm is de peritoneale dialyse of de buikspoeling.

De enige ingreep die bovenstaande behandelingen kan vervangen, is het herstellen van de nierfunctie door het transplanteren van een gezonde nier van een overleden of een levende donor. Dankzij een transplantatie kan vrijwel een volledig herstel van de gevolgen van de eigen nierziekte bereikt worden. Het is belangrijk dat u levenslang medicatie inneemt om afstoting van de transplantnier te voorkomen.

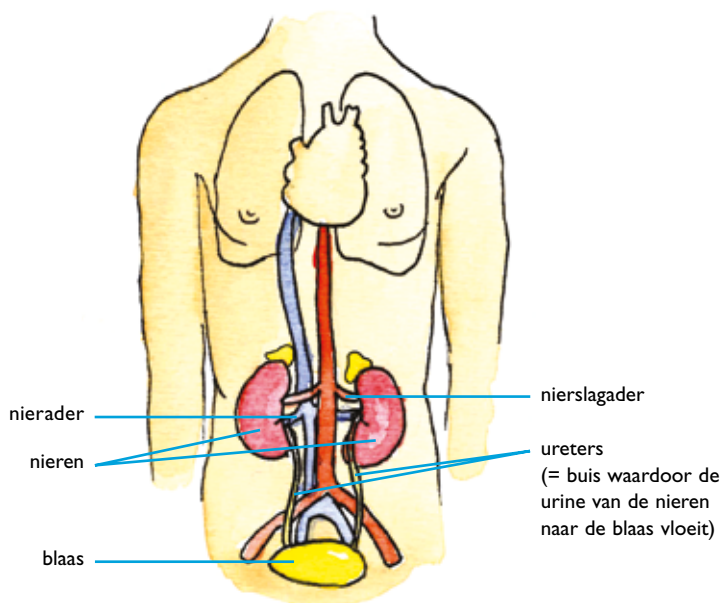


Tegenwoordig zijn de risico's van een transplantatie beperkt en zijn de langdurige resultaten zeer bevredigend. Bij UZ Leuven-patiënten werken na tien jaar nog ongeveer tweederde van de getransplanteerde nieren. Als de transplantnier niet meer voldoende functioneert, kan een patiënt weer in aanmerking komen voor een volgende transplantatie of kan hij terug starten met dialyse.

Een niertransplantatie is een zware chirurgische ingreep en heeft bepaalde risico's, maar geeft u wel de mogelijkheid om met de dialyse te stoppen of om het starten van de dialyse te vermijden.

Het is belangrijk dat u begrijpt dat u geen niertransplantatie moet ondergaan als u dat niet wilt. Het is mogelijk om zonder een niertransplantatie te overleven. Afhankelijk van de toestand van uw eigen nieren zult u verder gaan of starten met hemodialyse of peritoneale dialyse om enkele van de functies van gezonde nieren over te nemen. Weet dat er bij dialyse een groter risico is op overlijden, zeker voor patiënten met diabetes en oudere patiënten. Verder in deze brochure vergelijken we deze risico's met de risico's die verbonden zijn aan een transplantatie.

De meeste mensen die een niertransplantatie hebben ondergaan, vinden dat hun levenskwaliteit verbeterd is na de transplantatie. Ook kunnen vaak meerdere nadelen, ongemakken en verwikkelingen van de dialyse vermeden worden.



VOORBEREIDENDE ONDERZOEKEN

Of u al of niet in aanmerking komt voor een niertransplantatie hangt af van een aantal factoren. Dit wordt onderzocht tijdens de pretransplantatieonderzoeken. De bedoeling hiervan is eventuele problemen vóór de transplantatie op te sporen en ze zo mogelijk ook eerst te behandelen.

Deze onderzoeken kunnen meestal in het eigen dialysecentrum uitgevoerd worden. De resultaten worden tijdens een consultatie in UZ Leuven besproken met de transplantatiechirurgen, de nefrologen, de transplantatiecoördinatoren, de verpleegkundig consulent transplantatie en de sociaal werkster. Voor sommige patiënten is er voor deze onderzoeken een opname vereist.

DE PRETRANSPLANTATIEONDERZOEKEN

De voornaamste onderzoeken zijn:

- X bloedonderzoek, waaronder een uitgebreide weefseltypering
- X onderzoek van de hartfunctie
(echocardiografie, electrocardiogram, cardiale inspanningstest en eventueel coronarografie)
- X röntgenfoto's van hart en longen, en van de voornaamste bloedvaten
- X onderzoek van de werking van de longen
- X onderzoek van de slokdarm, maag en dikke darm
- X nazicht van de tanden en van het tandvlees (later blijft een nazicht van de tanden om de zes maanden noodzakelijk)
- X onderzoek van de blaas en van de urinewegen
- X gynaecologisch onderzoek of onderzoek van de prostaat
- X oogonderzoek door een oogarts
- X huidnazicht door een dermatoloog

Soms kunnen onderzoeken pas uitgevoerd worden nadat de dialysebehandeling gestart is. Omdat uw medische toestand evolueert, moeten sommige onderzoeken ook regelmatig herhaald worden. Als u van plan bent om een reis te maken naar een bestemming waar een **vaccinatie** voor gele koorts verplicht is, laat u dit vaccin best vóór de transplantatie plaatsen (het vaccin is tien jaar geldig).

NIERTRANSPLANTATIE IN UZ LEUVEN

BLOEDGROEP

Bij een transplantatie met een nier van een overleden donor moet er een overeenkomst zijn tussen de bloedgroep van de donor en de ontvanger, alsook een overeenkomst in weefselkenmerken (zie verder).

Een bloedgroepbepaling geeft ons duidelijkheid hierover.

De resusfactor (+ of -) speelt géén rol.

Bloedgroep donor	Bloedgroep ontvanger
O	O - A - B - AB
A	A - AB
B	B - AB
AB	AB

WEEFSELKENMERKEN OF HLA

De 'Human Leucocyte Antigens' (afgekort HLA) of weefselkenmerken zijn eiwitten die op bijna alle cellen van ons lichaam voorkomen.

Elke mens heeft zo zijn unieke eiwitten. Deze weefselkenmerken spelen een belangrijke rol bij orgaantransplantatie. Het menselijke lichaam heeft immers een natuurlijk afweersysteem dat reageert op vreemde indringers.

Hoe groter de overeenkomst in weefselkenmerken tussen donor en ontvanger, hoe lager het risico op afstoting is.

Het is echter niet mogelijk om voor iedere receptor een donor te vinden die volledig identieke weefselkenmerken heeft.

Sommige mensen kunnen HLA-antistoffen ontwikkelen, wat een specifieke reactie is van het lichaam tegen lichaamsvreemde weefselkenmerken.

De ontwikkeling van HLA-antistoffen kan ontstaan door:

- X een bloedtransfusie;
- X een zwangerschap;
- X een eerdere transplantatie.

Antistoffen kunnen dus ontstaan na contact van het eigen lichaam met lichaamsvreemde weefselkenmerken.

Als een kandidaat-niertransplantatiepatiënt HLA-antistoffen ontwikkeld heeft, kan het moeilijker zijn een geschikte donornier te vinden. Of er HLA-antistoffen aanwezig zijn, wordt bepaald door een bloedafname.

NIERTRANSPLANTATIEPROGRAMMA IN UZ LEUVEN

Er zijn twee mogelijkheden: een transplantatie met een nier van een overleden donor en een transplantatie met een nier van een levende donor. U krijgt hier een overzicht van het verloop bij de ontvanger, zowel met een nier van een overleden donor als met een nier van een levende donor.

Nadien wordt nog kort het verloop voor de levende donor geschetst.

DE WACHTLIJST

Elke patiënt die op de wachtlijst voor een orgaantransplantatie geplaatst wordt, komt op de wachtlijst bij Eurotransplant. Eurotransplant is een internationale organisatie waar alle transplantatiecentra van acht landen, namelijk België, Nederland, Luxemburg, Duitsland, Oostenrijk, Slovenië, Kroatië en Hongarije deel van uitmaken. Alle gegevens van de patiënten (naam, adres, telefoonnummers, bloedgroep, weefselkenmerken, startdatum dialyse ...) worden in een databank bij Eurotransplant samengebracht. De wachtlijst is dus een verzameling van alle patiënten die wachten op een nier en/of pancreastransplantatie. Op deze lijst is er **géén volgorde**.

Wanneer een donororgaan beschikbaar is, zal de computer een lijst met een volgorde maken.

Die wordt opgesteld op basis van punten toegekend voor verschillende factoren zoals onder andere wachttijd en een goede weefselovereenkomst. Wie het langste wacht én een goede weefselovereenkomst heeft met de beschikbare donornier, komt bovenaan op deze lijst en komt in principe in aanmerking voor transplantatie met deze nier.

De wachttijd wordt berekend vanaf de 'datum van start dialyse'. Wie nog niet in dialyse is, kan op de wachtlijst geplaatst worden, maar zal voor het item 'wachttijd' geen punten verzamelen. De kans op transplantatie vooraleer met dialyse gestart werd, is eerder klein.

Wanneer er echter een nier beschikbaar is met een volledige overeenkomst in weefselkenmerken (een 'full-house-match'), zal de nier toegewezen worden aan de patiënt met een volledige overeenkomst in weefselkenmerken, ongeacht de wachttijd of het al dan niet al in dialyse zijn.

Het is niet te voorspellen hoelang u zult wachten op een geschikt transplantorgaan. Sommigen patiënten kunnen al enkele maanden na de activatie op de wachtlijst worden getransplanteerd, maar voor de meerderheid is de wachttijd langer en soms veel langer, van 2 tot 5 jaar.

Een aantal factoren beïnvloeden de wachttijd:

- De bloedgroep: patiënten met bloedgroep O moeten het langste wachten.
- Voor patiënten die HLA-antistoffen ontwikkeld hebben, kan het moeilijker zijn om een geschikte nier te vinden waardoor de wachttijd oploopt.

OPROEP VOOR TRANSPLANTATIE

Wanneer er een nier voor u beschikbaar is, zal Eurotransplant de transplantatiecoördinator van UZ Leuven verwittigen. De transplantatiecoördinator zal dit orgaanaanbod bespreken met de chirurg en de nefroloog van UZ Leuven. Ook uw behandelende nefroloog wordt hierover gecontacteerd.

De transplantatiecoördinator zal u daarna contacteren en u vragen naar UZ Leuven campus Gasthuisberg te komen.

- X Vanaf het moment dat u bevestiging hebt gekregen van uw behandelende artsen dat u op de wachtlijst staat, **moet u altijd (dag en nacht!) bereikbaar zijn!**

Dit betekent dat u over een gsm beschikt en dat dit gsm-nummer samen met uw huistelefoonnummer, (gsm-)nummers van familieleden, vrienden, burens ... werd doorgegeven aan het secretariaat nefrologie van UZ Leuven (tel. 016 34 45 97 of tel. 016 34 45 80). Zorg ervoor dat de batterij van uw gsm altijd opgeladen is en dat u uw gsm altijd bij hebt. Het is heel belangrijk dat u altijd bereikbaar bent. Veranderingen van adres en/of telefoonnummers moeten ook onmiddellijk doorgegeven worden.

- X Hebt u **vakantieplannen in het buitenland**, dan moet u vooraf de periode van afwezigheid doorgeven aan het secretariaat nefrologie (tel. 016 34 45 97). U zult dan voor die periode 'inactief' op de wachtlijst geplaatst worden, dit betekent dat u niet zult opgeroepen worden. Uw wachttijd zal niet verloren gaan.

- X Bij een oproep komt u op het afgesproken uur naar campus Gasthuisberg. We verwachten u ten laatste drie uur na de oproep (uiteraard rekening houdende met weers- en verkeersomstandigheden).

Gelieve het aan de transplantcoördinator te laten weten als u op het moment van oproep niet thuis bent zodat rekening kan gehouden worden met uw uur van aankomst in het ziekenhuis.

X Voorzie nu al alternatieve scenario's voor het transport bij een oproep:

- eigen wagen, wagen van familielid, vrienden, burens ...;
- taxidienst via het ziekenfonds;
- ambulance via het ziekenfonds.

Bespreek dit met de sociaal werker van uw dialysecentrum.

X Wat brengt u mee naar het ziekenhuis?

- identiteitskaart, bloedgroepkaart.
- nachtkleding, kamerjas, ondergoed, pantoffels.
- toiletgerief: zachte tandenborstel, tandpasta, kam of borstel, een nieuw stuk zeep, shampoo.
- voor de mannen: scheergerief.
- alle medicatie die u inneemt, ook medicatiepleisters, crèmes, homeopathische middelen, een CPAP-apparaat ...

X Eet of drink niet meer vanaf het moment dat u opgeroepen wordt.

Als u niet thuis bent op het moment van de oproep, kunt u deze spullen later laten meebrengen door een familielid. U hoeft ze dus niet eerst thuis op te halen.

U komt binnen via de hoofdingang van het ziekenhuis, nooit via de spoedgevallendienst.

Meld u aan bij het onthaal in de ontvangsthal en vraag de weg naar de dienst abdominale transplantatiechirurgie, verpleeg-eenheid 662 (tel. 016 34 66 20). Volg de beige pijl tot aan de lift en neem deze tot op de zesde verdieping. U hoeft zich niet te laten inschrijven.

OPNAME OP DE TRANSPLANTATIEAFDELING

U wordt opgenomen op een eenpersoonskamer, die niet als privé- of semi-privékamer wordt aangerekend. Opname op een eenpersoonskamer is noodzakelijk om u te beschermen tegen infecties na transplantatie. De medicatie die u moet innemen en die zorgt dat de afweerreactie van uw lichaam tegen het vreemde orgaan geremd wordt, heeft immers als gevolg dat u gevoeliger bent voor infecties. Veel van de infecties die voorkomen bij transplantatiepatiënten worden veroorzaakt door kiemen die al vóór de operatie in het lichaam aanwezig waren. Een deel wordt doorgegeven via handencontact. Om u tegen deze infecties te beschermen, nemen wij naast een opname op een eenpersoonskamer nog een aantal voorzorgen:

- ✓ Als u geen infuusleidingen of drains meer hebt, mag u ten vroegste na een week en na akkoord van uw behandelende arts de kamer verlaten.
- ✓ De eenheid zelf mag u enkel verlaten voor het uitvoeren van onderzoeken, niet voor bijvoorbeeld een cafetariabezoek.

Een arts zal uw dossier bekijken en uw medische voorgeschiedenis overlopen met u. Hij zal u ook onderzoeken en u enkele vragen stellen in verband met uw huidige gezondheidstoestand. Er zal bloed worden genomen voor bijkomende onderzoeken en er zal een ook foto van uw longen en buik worden genomen. U zult voorbereid worden voor de transplantatie en eventueel nog enkele uren gediagnosticeerd worden.

Wanneer de operatiezaal en het chirurgisch team klaar zijn om de transplantatie uit te voeren, wordt u naar de operatiekamer gebracht. Soms is de tijd tussen uw aankomst in het ziekenhuis en de transplantatie kort, maar het kan ook meerdere uren duren voor u geopereerd wordt.

Soms zullen de onderzoeken aantonen dat de niertransplantatie niet kan plaatsvinden, bijvoorbeeld omdat de nier van onvoldoende kwaliteit is of omdat de kruisproef ongunstig is. In dat geval moet u terug naar huis gaan, wat uiteraard geen prettig nieuws is. Daarom is het belangrijk dat u begrijpt dat een transplantatie geannuleerd kan worden als de artsen van mening zijn dat het transplanteren van deze bepaalde nier nadelig is voor u. Vraag het transplantatieteam zeker om meer uitleg zodat u begrijpt waarom deze beslissing werd genomen. U blijft nadien uiteraard op de wachtlijst staan, in afwachting op een betere kans.

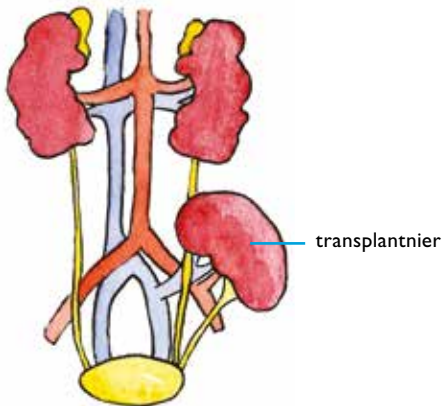
In de meeste gevallen wordt er slechts één patiënt opgeroepen wanneer een donornier beschikbaar komt. Soms wordt er ook een tweede patiënt opgeroepen, voornamelijk wanneer de kans bestaat dat de transplantatie bij de eerste opgeroepen patiënt niet kan plaatsvinden door een te hoog risico op afstoting. Als u de tweede patiënt bent en er is een grote kans dat de ingreep niet zal plaatsvinden bij de eerste patiënt, wordt dit met u besproken wanneer u opgeroepen wordt voor de transplantatie.



DE OPERATIE

Uw niertransplantatie wordt uitgevoerd door een ervaren en getraind chirurgisch team onder leiding van een staflid van de dienst abdominale transplantatiechirurgie dat op dat moment van wacht is.

We kunnen u niet garanderen dat een bepaalde chirurg uw ingreep zal uitvoeren, maar de persoon die uw transplantatie verricht, zal de nodige ervaring hebben.



De ingreep

Een niertransplantatie gebeurt onder algemene verdoving. U krijgt de kans om de mogelijke bijwerkingen en risico's van de algemene verdoving in detail te bespreken met een anesthesist.

Tijdens de algemene verdoving plaatsen we meerdere infuuslijnen in de bloedvaten van de arm en hals om vocht en medicatie toe te dienen, om bloed te nemen, en om u te monitoren tijdens en na de transplantatie. We plaatsen ook een maagsonde via de neus, deze kan de dag van of de dag na de transplantatie verwijderd worden. We plaatsen ook een blaassonde tijdens de operatie om de urine te draineren, deze blijft meestal 5 dagen (soms tot 10 dagen) ter plaatse.

Het chirurgisch team zal eerst de donornier voorbereiden voor de transplantatie. Daarna wordt deze getransplanteerd bij u. De donornier wordt in de onderbuik geplaatst en wordt daar gekoppeld

aan de bloedvaten die het been ingaan. De plasbuis (urethra) van de donornier wordt op de blaas ingehecht. Om deze verbinding beter te laten genezen, wordt er een klein plastic buisje – een stent – geplaatst in de plasbuis van de nier. Deze stent wordt enkele weken na de transplantatie verwijderd via de blaas onder lokale verdoving. De stent is slechts enkele millimeters breed. Er worden ook nog een of twee buisjes (drains) in de wonde achtergelaten zodat het bloed en vocht rondom de nier naar buiten kan afvloeien. Deze drains kunnen pas verwijderd worden wanneer er bijna geen wondvocht meer afvloeit, dat is meestal na enkele dagen.

Uw eigen (zieke) nieren worden meestal niet verwijderd.

Om de transplantatie te vergemakkelijken, is het bij mannen soms nodig om de zaadleider, die het operatieveld doorkruist, door te nemen. Het doornemen van één zaadleider kan de vruchtbaarheid verminderen, maar heeft geen effect op uw seksuele beleving.

Een donornier wordt niet ingeplant op de plaats waar uw eigen nieren zich bevinden, maar in de onderbuik. Hiervoor wordt links of rechts in de onderbuik een gebogen insnijding gemaakt.

De ingreep duurt ongeveer twee tot drie uur.

Het ontwaken

Tijdens de operatie wordt uw ademhaling overgenomen door een machine. Om dit mogelijk te maken wordt er tijdens de verdoving een buisje via de mond tot in de luchtpijp gebracht. Dit buisje wordt dadelijk na de operatie verwijderd. U kunt hierdoor wat keelpijn of een prikkelhoest hebben of hees zijn na de operatie. Deze hinder verdwijnt na enkele dagen.

Omdat u tijdens de operatie zelf geen traanvocht aanmaakt, worden uw ogen tegen uitdroging beschermd met zalf. Als u wakker wordt kan de omgeving hierdoor wazig lijken. De verpleegkundige zal u helpen deze zalf te verwijderen.

Na de operatie wordt u overgebracht naar de ontwaakzaal waar u door gespecialiseerde verpleegkundigen onder leiding van een anesthesist zal worden verzorgd tot de algemene verdoving is uitgewerkt en u voldoende wakker en stabiel bent om naar E 662 terug te keren. Meestal neemt dit enkele uren tijd in beslag.

Soms moet u enkele dagen opgenomen worden op de dienst intensieve geneeskunde. Dat is meestal omdat uw medische toestand voor de transplantatie ervoor zorgt dat de transplantatie hogere risico's heeft. Een andere reden kan zijn omdat de ingreep gecompliceerd verlopen is. Als uw medisch team op voorhand verwacht dat een opname bij intensieve geneeskunde nodig zal zijn, dan zullen zij u dit op voorhand vertellen.

✓ **Naar huis:** na een niertransplantatie blijft u ongeveer twee weken in het ziekenhuis opgenomen. De duur van uw verblijf is echter afhankelijk van de vooruitgang van uw algemene toestand en de werking van de donornier. Soms is het nodig dat u langer in het ziekenhuis blijft. De artsen zullen u op de hoogte houden van het verloop.

✓ **Controleconsultaties en medicatie:** u moet uw medicatie nauwgezet innemen en regelmatig op controle komen. Lees meer informatie in de brochure 'Leven met een nieuwe nier'.

De blaassonde kan na de operatie een 'valse' drang geven om te plassen.

De blaassonde wordt na minstens vijf dagen na de transplantatie verwijderd en na advies van de chirurg. De infuuslijnen die tijdens de verdoving worden ingebracht worden na ongeveer twee tot drie dagen verwijderd, op voorwaarde dat u zelf al voldoende kunt drinken.

LEVENDE DONATIE

Naast een niertransplantatie van een overleden persoon, kan men ook kiezen voor een transplantatie van een nier van een levende donor. Dit is een volwaardig alternatief met zelfs betere resultaten. Bij deze keuze moeten donor en ontvanger verwanten zijn (broer, zus, vader, moeder, partner). Bloedverwantschap is hierbij niet vereist.

Kandidaat-levende donoren die geen verwantschap, maar wel een duurzame relatie (bijvoorbeeld een vriendschapsband) hebben met de kandidaat-ontvanger, kunnen na een positief advies van de commissie medische ethiek van UZ Leuven ook in aanmerking komen. De bloedgroep van de donor moet uiteraard overeenstemmen met die van de ontvanger, hoewel hier tegenwoordig uitzonderingen op gemaakt worden. Bespreek dit met uw arts. De resusfactor (+ of -) speelt géén rol.

Bloedgroep donor	Bloedgroep ontvanger
O	O - A - B - AB
A	A - AB
B	B - AB
AB	AB

Transplantatie van een nier van een levende donor heeft voor de ontvanger een aantal voordelen:

- X Eliminatie van de wachttijd.
- X Mogelijkheid tot transplantatie voor dialyse nodig is.
- X Optimale kwaliteit van de nier: de bewaartijd is heel kort en dankzij de vele preoperatieve onderzoeken hebben we zekerheid over de kwaliteit van de donornier.
- X De gemiddelde resultaten na levende donatie zijn beter dan na een transplantatie met een nier van een overleden donor.

Voor meer gedetailleerde informatie en/of de brochure 'Kandidaat-levende donor van een nier' verwijzen we u graag naar de klinische coördinator van het programma 'Levende donatie' van UZ Leuven op het nummer 016 34 45 98, e-mail nele.grossen@uzleuven.be.

Op www.uzleuven.be/txsurgery vindt u meer informatie en kunt u een brochure downloaden.

NA DE OPERATIE

Onmiddellijk na de operatie

U zult zich moe en slaperig voelen. Om het herstel zo vlot mogelijk te laten verlopen, probeert u best zoveel mogelijk te slapen. Alle sondes, drains en infusen worden door de verpleegkundige nauwkeurig opgevolgd. Indien nodig kunt u een pijnstillers vragen. Beperk het bezoek de eerste dagen na de transplantatie.

Onmiddellijk na de transplantatie mag u niet drinken omdat de darmwerking nog niet hersteld is. Hebt u last van droge lippen en mond, dan kunt u de mond spoelen en de lippen bevochtigen.

Regelmatig worden uw pols, bloeddruk en temperatuur gecontroleerd en wordt de afvloeï van urine- en wondvocht nagekeken. Soms is het nodig om na de operatie extra zuurstof toe te dienen.

Verder verloop op de afdeling

Elke ochtend wordt er bloed afgenomen voor bepaling van onder andere het creatininegehalte. Dit is een afbraakstof van spierweefsel, die door de nier wordt uitgefilterd. Het is een goede maatstaf voor de werking van de transplantnier.

Tijdens de ochtendverzorging wordt er veel aandacht besteed aan lichaams-, mond- en tandhygiëne. De eerste dag wordt u volledig in bed gewassen. Zodra u zich sterk genoeg voelt, kunt u dit terug zelf doen. Zoals na elke operatie wordt u aangeraden om zo snel mogelijk op te staan, meestal vanaf de tweede dag na de transplantatie. De eerste 24 uur hebt u bedrust. We moedigen u aan om voldoende te bewegen om de vorming van bloedklonters tegen te gaan.

De operatiewonde wordt zoveel mogelijk afgedekt gelaten om besmetting te voorkomen. Het chirurgische team volgt de wonde op. De verzorging van de wonde gebeurt door de verpleegkundige. Als de wondheling zonder problemen verloopt, worden de hechtingen na 12 of 14 dagen verwijderd. Vaak is de wonde onderhuids gehecht zodat het verwijderen van de hechtingen niet nodig is.

Dagelijks wordt alle urine verzameld voor onderzoek. Dit blijft nodig ook na het verwijderen van de blaassonde. Wanneer u toevallig in



het toilet plast en er urine verloren gaat, verwittig dan de verpleegkundige. Driemaal per week worden er urinestalen voor bacteriologisch onderzoek gevraagd. Zolang de katheter in de blaas zit, wordt dit staal afgenomen door de verpleegkundige via de sonde. Wanneer de sonde verwijderd is, zal er gevraagd worden in een urinepotje te plassen om zo een staal te kunnen afnemen.

Zodra de darmen weer werken mag u vanaf de tweede dag na de operatie en op advies van de arts, starten met drinken en eten. De medicatie wordt vanaf dag 1 via de mond ingenomen.

De samenstelling van uw dieet wordt besproken met de diëtiste. U krijgt in het begin licht verteerbare voeding zoals pudding, yoghurt, karnemelk, vis of kip. De volgende dagen wordt uw dieet uitgebreid en het menu aangepast aan uw persoonlijke wensen, rekening houdend met de mogelijkheden van de diëtkeuken en diëtvoorschriften zoals onder andere zout- en/of suikerbeperking.

Mogelijke problemen

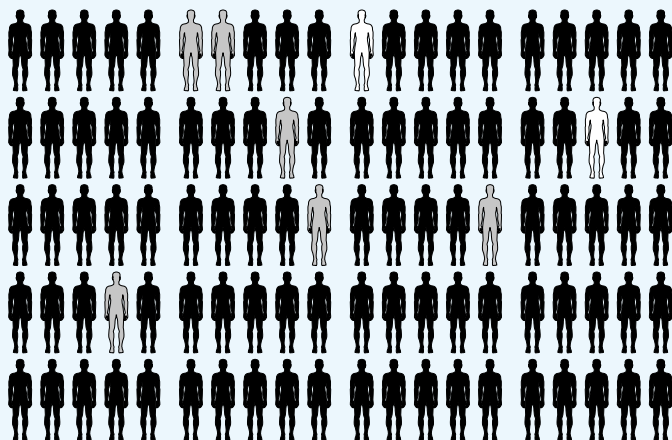
Een niertransplantatie stelt meestal weinig chirurgisch-technische problemen, zodat complicaties niet frequent voorkomen, maar de kans bestaat. We vertellen u hier meer in detail welke mogelijke complicaties kunnen ontstaan. Na de operatie kan het soms enkele dagen duren voor de nieuwe nier goed gaat functioneren. Dit is niet ongevoerd en is vaak te wijten aan onder andere de bewaartijd van de donornier vóór de transplantatie. In afwachting van een volledig herstel van de nier is dialyse soms noodzakelijk. De dialyse gebeurt op de kamer.

Bij sommige patiënten kan een tijdelijke afstoting van de donornier optreden. Vaak zien we dit optreden vanaf dag vijf tot zeven na transplantatie. Een nierbiopsie is dan noodzakelijk. Via een fijne naald en onder lokale verdoving wordt een stukje weefsel van de transplantatie weggenomen. Dit stukje weefsel wordt microscopisch verder onderzocht. Na de biopsie is er een verplichte bedrust tot na de controle echografie en tot na het advies van de arts. De resultaten van dit onderzoek zijn ten vroegste gekend de dag na de biopsie. De tijdelijke afstoting van de nier kan in de meeste gevallen, zonder blijvende schade, met medicatie behandeld worden. Tijdens de behandeling van een afstoting mag u de kamer niet verlaten, enkel voor onderzoeken.

Een donornier gaat vaak niet levenslang mee, en op termijn kan de getransplanteerde nier zijn werking verliezen. Wanneer dit gebeurt, zal de dialyse opnieuw gestart moeten worden. Als u fit en gezond genoeg bent, komt u eventueel opnieuw in aanmerking voor een volgende niertransplantatie.

Het is onmogelijk om te voorspellen hoe lang de donornier bij u zal functioneren. We kunnen u wel de algemene resultaten van UZ Leuven meegeven:

- Eén jaar na een niertransplantatie zullen ongeveer 92 op de 100 (92 procent) getransplanteerde nieren nog altijd functioneren. Om dit te verduidelijken hebben we hieronder een schema gemaakt dat 100 mensen toont. 92 van deze figuurtjes zijn zwart gekleurd en stellen de mensen voor met een functionerende nier één jaar na de transplantatie. De overige 8 figuurtjes zijn de patiënten bij wie de nier zal falen tijdens het eerste jaar. Na 10 jaar zullen ongeveer 70 van 100 getransplanteerde nieren nog functioneren.
- Er is ook een klein risico (2 procent) op overlijden in het eerste jaar na de transplantatie. Deze worden voorgesteld door de twee witte figuurtjes in de tekening hieronder. Wanneer we inschatten dat uw risico op overlijden na de transplantatie hoger is, zullen we u dit vertellen. Weet dat er ook een risico op overlijden is bij dialyse, vooral voor patiënten met diabetes en voor oudere patiënten. Bent u tussen de 18 en de 34 jaar? Dan hebt u als dialysepatiënt bijvoorbeeld 2 procent kans om te overlijden. Bent u tussen de 65 en de 74 jaar, dan stijgt dit cijfer tot 15 procent.



Andere complicaties:

Trombose

Er is een klein risico (2 tot 4 procent) dat er een klonter in een bloedvat van de getransplanteerde nier ontstaat. Dit zal aanleiding geven tot falen van de donornier. We moeten die dan verwijderen tijdens een nieuwe operatie.

Vervolgoperaties

Er is een kleine kans (5 procent) dat u een tweede operatie nodig hebt kort na de transplantatie om een bloeding te stoppen, bloedklonters te verwijderen, een probleem van lekkage ter hoogte van de verbinding met de blaas op te lossen of een wondprobleem te verzorgen.

Afstoting (acute rejectie)

Het risico op een acute afstoting van de nier is ongeveer 20 procent. Als er een afstoting optreedt, zult u sterkere medicatie tegen afstoting krijgen. Hiermee krijgen we de afstoting meestal onder controle. In zeldzame gevallen (1 tot 2 procent) kan de getransplanteerde nier verloren gaan door een acute afstoting.

Vertraagd op gang komen van de nier

Ongeveer 20 procent van de getransplanteerde nieren werken niet onmiddellijk na de transplantatie. In dit geval zult u nood hebben aan dialyse, tot de nier begint te werken. Als u peritoneale dialyse (buikdialyse) kreeg voor de transplantatie zal er overgeschakeld worden op hemodialyse (bloeddialyse) en zal er een tijdelijke dialysekatheter in een bloedvat worden geplaatst.

Meestal begint de nier in de eerste twee weken na de transplantatie wel te werken, maar het kan ook langer duren, soms zelfs tot drie maanden. In zeldzame gevallen (1 procent) komt de getransplanteerde nier niet op gang en blijft u aan de dialyse. U kunt dan in aanmerking komen voor een volgende transplantatie.

Lymfocoele

Ongeveer 15 op 100 patiënten zullen een vochttopstapeling rond de nier ontwikkelen tijdens de eerste drie maanden na de transplantatie. Deze vochttopstapeling kan soms op de nier drukken en de afvloeit van urine naar de blaas blokkeren. Als dit gebeurt, zal het vocht gedraineerd moeten worden en is er mogelijk een operatie nodig.

Kanker

Na de transplantatie moet u medicatie innemen die het afweersysteem onderdrukt. Deze kan sommige vormen van kanker doen ontstaan die maar zelden voorkomen bij niet-getransplanteerde mensen (zoals lymfeklierkanker). Andere vormen van kanker kunnen sneller groeien. Bij de onderzoeken voorafgaand aan de transplantatie worden beginnende vormen van kanker uitgesloten. Na een transplantatie zal een verhoogde waakzaamheid nodig zijn. Daarom worden er regelmatig opvolgonderzoeken uitgevoerd, bijvoorbeeld een geregelde controle door de huidspecialist, een gynaecologisch nazicht, een controle coloscopie enzovoort om mogelijke problemen tijdig op te sporen.

Infecties

Door het onderdrukte afweersysteem is er een duidelijk verhoogd risico op infecties na een transplantatie. Soms zijn dit moeilijker te behandelen infecties met virussen, bacteriën of

schimmels, die een risico op overlijden inhouden. Bij symptomen van infectie zult u snel een arts moeten raadplegen, die de gepaste maatregelen neemt. Bespreek met uw arts ook het toedienen van vaccinaties om infecties waar mogelijk te voorkomen.

Andere verwickelingen

Zoals bij elke andere operatie is het mogelijk dat er verwickelingen optreden zoals wondinfecties, bloedklonters in de benen of de longen of lekkage van vocht uit de drains of de wonde. Deze verwickelingen kunnen vaak met medicatie of verdere wondzorg behandeld worden. Er bestaat ook een kleine kans op een hartaanval door de operatie. Om het risico hierop te verkleinen, hebben we verschillende testen van uw hart gedaan om na te gaan of het sterk genoeg is om de operatie te doorstaan.

Terugkeren van de nierziekte

Sommige nierziekten kunnen opnieuw optreden in de getransplanteerde nier. Als er bij u een risico is op het terugkeren van de ziekte, dan zal uw nierspecialist dit met u bespreken voor u op de wachtlijst voor niertransplantatie wordt geplaatst.

Er kunnen nog andere verwickelingen optreden die hier niet beschreven zijn. Uw arts of verpleegkundige kan u hier meer info over geven.

Welke risico's zijn er verbonden aan de donornier?

Deze paragraaf gaat over de donornier en belicht enkele risico's die met het transplanteren van een donornier gepaard gaan. Er kunnen risico's aan de donornier verbonden zijn die hier niet beschreven staan.

De nier die u zult krijgen, is niet nieuw, hoewel dat wel zo aanvoelt voor u. De meeste organen werden gedoneerd door een persoon die recent is overleden. Het is ongebruikelijk dat een jonge persoon orgaandonor wordt of dat de donor door een ongeluk overlijdt. De meeste orgaandonoren zijn overleden door een medische aandoening zoals een beroerte of een hartaanval. De gemiddelde leeftijd van orgaandonoren in Eurotransplant – ook in België – neemt toe. In 2015 was dat 54 jaar. Sommige donoren zijn tot 80 jaar. Meer dan 20% (1 op de 5) van de nierdonoren is ouder dan 65 jaar.

Nieren van oudere donoren werken over het algemeen minder goed en werken ook minder lang dan nieren van jongere donoren.

Als het medisch team voorafgaand aan de ingreep inschat dat de getransplanteerde nier van onvoldoende kwaliteit is om zonder dialyse te kunnen, dan wordt de transplantatie geannuleerd.

Omdat het bij overleden donoren van getransplanteerde nieren niet altijd mogelijk is om de hele ziektegeschiedenis van de donor te kennen, is het niet altijd mogelijk om de kwaliteit van de donornier te kennen. Het is dus toch mogelijk dat pas na de transplantatie wordt vastgesteld dat de getransplanteerde nier al op voorhand ernstige beperkingen had. Het is meestal niet mogelijk om deze kwaliteits-problemen te verbeteren, en het kan hierdoor zijn dat dialyse snel opnieuw nodig wordt.

Dubbele transplantaties

Soms zal het transplantatieteam beslissen om twee nieren van dezelfde donor bij u te transplanteren om zo de kans op een succesvolle transplantatie te vergroten. We doen dit wanneer we denken dat één nier van deze donor niet voldoende zal werken bij u, maar beide nieren samen wel. Als u zo'n nieren aangeboden krijgt, zullen we u hiervan op de hoogte brengen.

Heel af en toe krijgen we nieren aangeboden van erg jonge donoren (onder de 5 jaar). Het is dan meestal beter om beide nieren te transplanteren in een kleinere ontvanger. Op lange termijn werken deze nieren erg goed en groeien ze ook in de ontvanger, maar omdat ze zo klein zijn, is het risico op het ontwikkelen van een bloedklonter in de bloedvaten (trombose) wat hoger dan we hierboven hebben vermeld.

Aandoeningen die door de donor overgedragen kunnen worden

Sommige donoren hebben medische problemen die naar u kunnen overgedragen worden en waarvan we niet op de hoogte zijn op het moment dat de donor overlijdt. We doen al het mogelijke om de aanwezigheid van levensbedreigende infecties bij orgaandonoren te controleren, maar sommige donoren kunnen een virale infectie hebben waarvan we niet op de hoogte zijn of waarvan we denken dat deze infectie slechts een laag risico voor u heeft (bijvoorbeeld cytomegalovirus dat we na de transplantatie kunnen behandelen). Het risico dat u een levensbedreigende infectie van uw donor oploopt, is erg klein (minder dan 1%).

Van sommige donoren weten we dat ze intraveneuze drugs gebruikten, anderen kunnen een verhoogd risico op een hepatitis virus of hiv/aids hebben door hun levensstijl. Alle orgaandonoren worden zorgvuldig op deze virussen gecontroleerd, maar er is een kleine kans (ongeveer 1 tot 2%) dat een infectie bij een hoog-risico donor gemist wordt, en bijgevolg op de ontvanger kan worden overgedragen. Als een dergelijke infectie aan u wordt overgedragen, dan moet u antivirale medicatie nemen.

Ongeveer 1 op de 2 000 orgaandonoren heeft een kanker waarvan we niet op de hoogte zijn en die samen met het orgaan overgedragen kan worden. Dit is vaak een dodelijke verwickeling. Spijtig genoeg kunnen we op geen enkele manier voorspellen welke donor een verborgen kanker heeft.

Ongeveer 2 op de 100 donoren zijn overleden aan hersenkanker. Deze type kankers verspreiden zich maar zelden buiten de hersenen en het is daarom ook gebruikelijk dat transplantatieteams organen van dergelijke donoren transplanteren. Als uw orgaandonor een dergelijke kanker had, is er een kleine kans (ongeveer 2%) dat deze kanker aan u wordt doorgegeven. De kans dat hersenkanker niet wordt doorgegeven is 98%.

Sommige donoren werden in het verleden voor kanker behandeld en werden als genezen beschouwd. We doen al het mogelijke om de details over deze kanker en de behandeling ervan te weten te komen voor we beslissen of de organen veilig getransplanteerd kunnen worden.

Donatie na hersendood of na circulatoir arrest

De dood van een orgaandonor kan op twee manieren vastgesteld worden:

X hersendood: bij hersendood zijn de hersenfuncties – inclusief deze van de hersenstam – onomkeerbaar uitgevalen. Hersendood kan met zekerheid vastgesteld worden aan de hand van welbepaalde onderzoeken. De hersendode donor kan niet meer zelfstandig ademen en ligt aan een beademingsmachine, maar het hart klopt nog en voorziet de organen van bloed en zuurstof.

X circulatoir arrest: sommige donoren hebben onomkeerbare hersenbeschadiging opgelopen, maar zijn niet hersendood. Toch is de hersenbeschadiging zo ernstig dat er geen herstel meer mogelijk is zodat er – door het behandelend medisch team in overleg met de naasten van de – patiënt – besloten werd de vitale ondersteunende therapie te stoppen. Het resultaat hiervan is het optreden van een onomkeerbaar circulatoir arrest nadat de hartfunctie stilvalt.

Van de niertransplantaties die in België worden uitgevoerd is ongeveer een op de vier (25%) afkomstig van een donor die overlijdt door een circulatoir arrest. Dit percentage neemt geleidelijk aan toe.

Na de transplantatie zullen een aantal nieren niet onmiddellijk functioneren. Deze nieren hebben een paar dagen tot enkele weken tijd nodig om hun functie te herwinnen. Dit vertraagd op gang komen komt vaker voor bij nieren gedoneerd na circulatoir arrest (40%) dan bij nieren gedoneerd na hersendood (20%). De langetermijnresultaten van nieren gedoneerd na circulatoir arrest of na hersendood zijn gelijkaardig.

Wij zullen alleen een donornier transplanteren waarvan we denken dat deze u een langdurige nierfunctie zal bezorgen en waarvan we de risico's aanvaardbaar achten.

Technische onderzoeken

Soms is het nodig om ter controle een aantal technische onderzoeken uit te voeren, zoals een röntgenfoto van de longen, een echografie of een isotopenonderzoek van de getransplanteerde nier.

BEZOEK

U verblijft dus op een eenpersoonskamer. Bezoek op de kamer is toegelaten, maar uw bezoekers moeten een aantal regels in acht nemen om het infectierisico voor u te verkleinen.

X Bezoek is toegelaten op de kamer tot maximum drie personen per keer. Vóór het betreden van de kamer moeten ze de handen wassen en hun jas uitdoen.

Tip: regel al op voorhand uw bezoek, maak afspraken wie wanneer komt. Op deze manier voorkomt u dat bezoekers buiten moeten blijven wachten.

X Personen met een infectie (verkoudheid, griep enzovoort) worden niet toegelaten.

X Kinderen zijn toegelaten als ze niet ziek zijn.

X Planten en bloemen zijn niet toegelaten, wegens het verhoogde risico op schimmelinfecties.

X De bezoeken zijn dagelijks van 14 tot 20 uur. Deze uren worden zo strikt mogelijk opgevolgd.

Uitzonderingen kunnen altijd met de verpleegkundige besproken worden. Het is in uw eigen belang om het bezoek in de periode dadelijk na de operatie te beperken tot uw naaste familieleden. Op die manier krijgt u voldoende rust.

Uw familie kan met vragen altijd terecht bij uw arts of verpleegkundige. Zij kunnen hiervoor een afspraak maken met de verpleegkundige of met de arts van de afdeling.

Medische informatie wordt telefonisch niet gegeven.

FINANCIËLE ASPECTEN

Na uw transplantatie zult u twee soorten rekeningen ontvangen: de hospitalisatierekening en de rekeningen van de follow-upconsultaties. De rekeningen worden u per post toegestuurd.

Hospitalisatierekening

De rekening wordt opgesplitst in twee delen. Het grootste deel van de kosten verrekent het ziekenhuis via uw ziekenfonds (derde betaler-regeling). Het ziekenhuis rekent u alleen de persoonlijke tussenkomsten (onder andere klinische biologie, honoraria ...) en de

supplementen (onder andere telefoonkosten, verblijf familie ...) aan. Deze kosten bedragen ongeveer 700 euro naargelang de hospitalisatieduur, de hoeveelheid medicatie en de onderzoeken.

Rekening consultaties

Deze rekeningen worden 'ambulante facturen' genoemd. Het verschil met de hospitalisatierekening is dat u hier de volledige kostprijs wordt aangerekend. U krijgt een gedeeltelijke terugbetaling door het bijgevoegde 'witte formulier' bij uw ziekenfonds binnen te leveren. Omdat u in de beginfase na uw transplantatie veelvuldig op consultatie komt, kan het gebeuren dat het ziekenhuis één rekening voor meerdere consultaties maakt.

Hebt u een hospitalisatieverzekering, neem dan contact op met uw verzekeringsinstelling. Naargelang het afgesloten contract kunt u nog een extra tussenkomst krijgen.

Verdere informatie krijgt u van de sociaal werkster tijdens uw ziekenhuisopname.

PATIËNTENBEGELEIDING

Wat u doormaakt rond uw ziekte en rond deze ingreep roept wellicht een heleboel vragen op zoals:

- X Leven met een kunstnierbehandeling is moeilijk. Hoe zal het zijn na een niertransplantatie?
- X Hoe zal de terugkeer naar huis zijn? Zal ik mijn rol binnen het gezin terug aankunnen of zullen er veranderingen zijn?
- X Wat gebeurt er met mijn werksituatie? Gaat mijn werkgever mij nog aanvaarden na mijn herstelperiode, mag ik hetzelfde werk nog uitvoeren, kan ik nieuw werk vinden?

Nog vele andere vragen zullen bij u opkomen. Voor een gesprek hierover, alsook voor informatie en hulp in verband met sociale voorzieningen, huishulp, terugbetaling van vervoersonkosten, logement voor familie tijdens uw opname, aanschaf van een gsm enzovoort kunnen u en uw familie altijd terecht bij de sociaal werkster van de afdeling. Zij zal zeker tijdens uw opname in het ziekenhuis langskomen en ook uw familie contacteren. U kunt ook zelf naar haar vragen via de verpleegkundige.

Al voor uw opname kunt u met ons contact opnemen om samen oplossingen te zoeken voor mogelijke problemen. De sociaal werkster van de niertransplantatieafdeling is Julie Willems, u kunt haar bereiken op het nummer 016 34 86 20 of via e-mail julie.1.willems@uzleuven.be.

VERBLIJF VOOR FAMILIE



Om familieleden of vrienden de mogelijkheid te bieden in de nabijheid van de patiënt te overnachten, heeft UZ Leuven het verblijf voor familie opgericht. Dit verblijf bestaat uit één, twee- en driepersoonskamers.

Het dagelijkse beheer is in handen van vrijwilligers waardoor de prijs zeer laag kan gehouden worden. Er kan slechts één kamer per patiënt gereserveerd worden. Reserveren kunt u op het nummer 016 33 70 04 of via de verpleegkundigen of sociaal werkster van de afdeling niertransplantatie.

AUTORIJDEN

In principe krijgt u de eerste maand na de transplantatie een rijverbod. Uw nierspecialist bepaalt vanaf welk moment u weer met de wagen mag rijden. U ontvangt een blanco rijgeschiktheidsattest dat pas ingevuld wordt door de arts op de consultatie als hij u terug rijgeschikt verklaart. Met dit attest moet u naar uw gemeente gaan om een aangepast rijbewijs aan te vragen. De sociaal werkster geeft u hierover meer informatie.

Verwittig ook altijd de verzekeringsmakelaar van uw auto dat u een zware medische ingreep onderging en bezorg hem een kopie van het rijgeschiktheidsattest. Uw premie zal hierdoor niet verhoogd worden en de verzekering zal tussenbeide komen in geval van een ongeval.

Meer informatie: www.vias.be en www.wegcode.be.

LEVEN MET EEN NIEUWE NIER

Zowel voor als na een niertransplantatie zijn er richtlijnen rond gezond gedrag waarmee u best rekening houdt. De belangrijkste zijn rookstop, het correct innemen van medicatie, het correct volgen van dieetvoorschriften en voldoende lichaamsbeweging.

Ook zal er na uw niertransplantatie informatie worden gegeven hoe u een beginnende afstoting kunt herkennen, hoe de verdere consultaties en onderzoeken verlopen en welke activiteiten u vanaf welk tijdstip kunt hervatten. Een aantal aspecten worden hieronder besproken.

Meer informatie hierrond vindt u in de brochure 'Leven met een nieuwe nier'.

ROOKSTOP

Wanneer u akkoord gaat met de niertransplantatie, engageert u zich om te stoppen met roken voor de transplantatie en dit ook vol te houden na de transplantatie. Er wordt geadviseerd om minstens zes maanden gestopt te zijn met roken voor u geactiveerd wordt op de wachtlijst voor niertransplantatie. Roken geeft een verhoogd risico op infecties, voornamelijk postoperatieve longinfecties, maar ook andere infecties. De geneesmiddelen die u na de transplantatie gebruikt om afstoting te voorkomen, verhogen het risico op de ontwikkeling van sommige kankers. Bij transplantatiepatiënten die nog roken of terug beginnen roken, is dit risico veel groter. Bij transplantatiepatiënten die roken noteert men een veel hoger risico op keel-, long- en andere kankers.

Aarzel niet om hiervoor hulp te vragen! Er zijn zowel in campus Gasthuisberg als bij u in de buurt (regionale ziekenhuizen of ziekenfondsen) mogelijkheden tot het volgen van rookstopcursussen. De verpleegkundige, sociaal werkster en psychologe kunnen u hier informatie over geven.

MEDICATIE

U moet blijvend geneesmiddelen innemen om de afweerreactie van uw lichaam tegen het vreemde orgaan te remmen. Voorbeelden van dergelijke geneesmiddelen zijn Medrol[®], Cellcept[®], Prograft[®], Advagraf[®], Certican[®] en Neoral[®]. Ze moeten stipt op tijd worden ingenomen om schommelingen in de bloedspiegels te vermijden. Deze medicatie vermindert echter ook uw afweer tegen ziektekiemen. Hierdoor bent u meer vatbaar voor infecties. Deze gevoeligheid voor infecties is het hoogst kort na de transplantatie of na de behandeling van een afstoting, omdat dan de dosis voorgeschreven geneesmiddelen het hoogst is. Op lange termijn is een licht verhoogd risico op sommige vormen van kanker mogelijk.



U bent voornamelijk gevoelig voor virale infecties. Om u hiertegen te beschermen de eerste maanden na transplantatie krijgt u bijkomende medicatie. Deze geneesmiddelen hebben een aantal nevenwerkingen. De gevoeligheid aan deze nevenwerkingen verschilt van persoon tot persoon en zijn sterk dosisgebonden. Verminder nooit uw dosis op eigen initiatief.

Vermits een aantal geneesmiddelen een ongunstig effect kunnen hebben op de wand van slokdarm, maag en dunne darm, krijgt u ook medicatie ter bescherming van de slokdarm-, maag- en darmwand. Voorbeelden hiervan zijn Tagamet[®], Zantac[®] of Pantomed[®].

Door het nemen van Medrol[®], wat 'cortisone' is, kan er in het begin van de toediening een zwelling van het gelaat optreden. Meestal verdwijnt dit wanneer de dosis verminderd wordt. Bij sommige patiënten ontstaat acné.

Bij het gebruik van Sandimmun Neoral[®] (Cyclosporine) of Prograft[®] (FK-506), kunt u de eerste dagen last hebben van hoofdpijn en beven. In geval van een slechte tandverzorging kan door het gebruik van Neoral[®] een hinderlijke zwelling van het tandvlees optreden.

Prograft[®] (FK-506) en Advagraf[®] kunnen een ontregeling geven van de suikers in het bloed (diabetes) en de voornaamste bijwerking van Cellcept[®] (Mofetil) is maag-darmlast.

Op lange termijn wordt de huid gevoeliger voor de zon en zult u sneller verbranden. Ook is er een verhoogde kans op vaataandoeningen. Dit risico kan echter verminderd worden door niet te roken en het volgen van een dieet op basis van een zout- en vetbeperking.

Het aantal pillen dat u moet innemen is afhankelijk van uw lichaamsgewicht en bloedspiegel. De eerste weken na de transplantatie kan het zijn dat u 's morgens en 's avonds een tiental pillen moet innemen. Geleidelijk aan zal de medicatie afgebouwd worden. Na enkele maanden zult u 's morgens en 's avonds nog een vijftal pillen moeten nemen. Uw medicatie en de bijwerkingen zullen uitgebreid met u besproken worden tijdens uw hospitalisatieperiode voor de transplantatie.

Na de transplantatie kan de vruchtbaarheid bij de vrouw snel terug normaal worden. Toch is in de eerste twee jaar na de transplantatie een zwangerschap niet aangewezen. Cellcept® mag immers niet gebruikt worden tijdens de zwangerschap. Het gebruik van contraceptieve middelen wordt daarom best al vóór ontslag uit het ziekenhuis met de behandelende arts besproken.

DIET

Na transplantatie is een gezond voedingspatroon noodzakelijk waarbij u in het bijzonder aandacht moet schenken aan zout, vetten en suikers.

Zoutbeperking blijft aangeraden en is vaak noodzakelijk wanneer u neiging hebt tot hoge bloeddruk en/of vochtopstapeling.

Voor gewichtsbehoud, en ook ter preventie van verhoogde cholesterol na transplantatie, wordt er speciale aandacht gegeven aan de vetten. Niet alleen de hoeveelheid maar ook het soort vet dat u gebruikt, zijn daarom belangrijk.

Suikers zijn toegestaan, behalve voor diabetici, bij belangrijke gewichtstoename of bij een gestoorde suikertest na transplantatie.

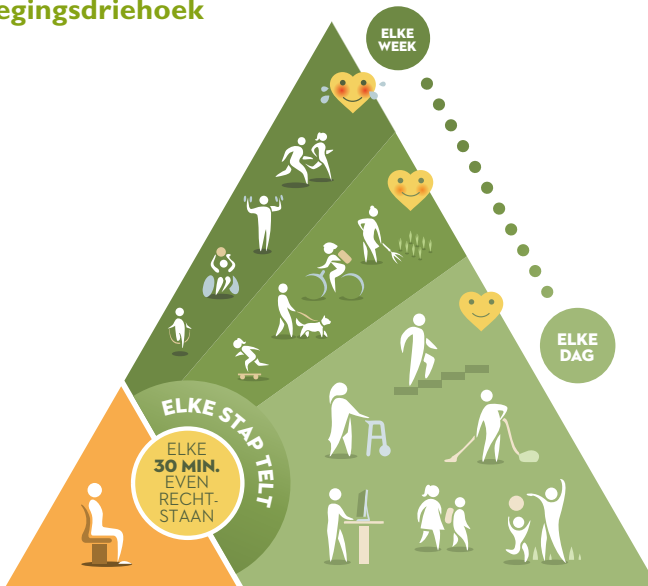
Bij een goede nierfunctie is er geen kalium- en/of fosforbeperking en ook geen strikte vochtbeperking meer nodig zodat uw voeding nog meer beantwoordt aan de principes van gezonde voeding.

Uiteraard krijgt u na de transplantatie een meer uitgebreid en persoonlijk advies van uw diëtist op de verpleegeenheid.

LICHAAMSBEWEGING

Lichamelijke activiteit is – in combinatie met evenwichtige voeding – heel belangrijk om uw lichamelijke conditie op peil te houden. Studies hebben aangetoond dat lichaamsbeweging veel voordelen heeft voor de gezondheid zoals minder risico op het ontwikkelen van hart- en vaatziekten, overgewicht, diabetes en hoge bloeddruk. Fysieke inspanning heeft ook een positief effect op uw gemoedstoestand. Deze voordelen zijn ook belangrijk voor een niertransplantatie. In een gezonde bewegingsmix wisselt u zitten, staan en bewegen af. Hoe u dat het best aanpakt, geeft de bewegingsdriehoek weer.

Bewegingsdriehoek



BEWEGINGSDRIEHOEK

MEDISCHE FOLLOW-UP

Na een succesvolle niertransplantatie blijft een regelmatige controle absoluut noodzakelijk. De eerste drie maanden komt u in UZ Leuven op consultatie. Deze controles gebeuren in het begin drie keer per twee weken en afhankelijk van uw resultaten zal dit verminderen naar een keer per week. Belangrijk hierbij is dat u de eerste maand geen gebruik mag maken van openbaar vervoer en dat u een rijverbod hebt. Denk eraan uw vervoer te organiseren. Bevraag u hierover bij het ziekenfonds of spreek erover met de sociaal werker van uw dialysecentrum.

Het is belangrijk dat u thuis een aantal aspecten dagelijks opvolgt zoals temperatuurcontrole, gewicht en urinedebiet om zo tekenen van infectie en afstoting vroegtijdig te herkennen.

Na de eerste maanden follow-up in UZ Leuven, zult u voor verdere controle opgevolgd worden in uw vroegere dialysecentrum. Om deze opvolging zo goed mogelijk te laten verlopen, wordt door de artsen gebruik gemaakt van een gemeenschappelijk computerdossier.

Als onderdeel van de verdere opvolging van uw nierfunctie zal op regelmatige tijdstippen een routinebiopsie van de transplantnier worden genomen. Dit zal drie maanden na de transplantatie gebeuren en verder na één en twee jaar. De biopsie wordt uitgevoerd in UZ Leuven via daghospitalisatie.

Het routinematig nemen van biopsies van de transplantnier is de enige manier om vroegtijdige beschadiging van de nier op te sporen. Zo nodig zal op basis van de resultaten van de biopsie uw medicatie aangepast worden. Op deze manier hopen wij bij te dragen tot het langer functioneren van uw getransplanteerde nier.

NUTTIGE TELEFOONNUMMERS, MAILADRESSEN EN WEBSITE

- **Nefrologie**

prof. dr. Dirk Kuypers (diensthoofd)

prof. dr. Bert Bammens

prof. dr. Kathleen Claes

prof. dr. Pieter Evenepoel

prof. dr. Bjorn Meijers

prof. dr. Maarten Naesens

prof. dr. Ben Sprangers

dr. Katrien De Vusser

dr. Amaryllis Van Craenenbroeck

tel. secretariaat: 016 34 45 80

- **Abdominale transplantatiechirurgie**

prof. dr. Jacques Pirenne (diensthoofd)

prof. dr. Diethard Monbaliu

prof. dr. Ina Jochmans

prof. dr. Mauricio Sainz Barriga

- **Verpleegeenheid 662 – dienst abdominale
transplantatiechirurgie en nefrologie**

hoofdverpleegkundige Carine Breunig

tel. 016 34 03 25

carine.breunig@uzleuven.be

- **Secretariaat nefrologie:**

doorgeven van telefoonnummers en vakantieplanning

tel. 016 34 45 97 of tel. 016 34 45 80, tijdens de kantooruren

van 8.30 tot 17 uur.

- **Sociaal werkster**

Julie Willems

tel. 016 34 86 20

julie.1.willems@uzleuven.be

- **Verpleegkundig consulent transplantatie**

Katleen De Bondt

katleen.debondt@uzleuven.be

tel. 016 34 13 80 of via eenheid 662 op het nummer

016 34 03 25

- **Transplantatiecoördinatie**

Dirk Claes, Bruno Desschans, Nele Grossen,

Karen Denaux, Delphine Kumps

dirk.claes@uzleuven.be tel. 016 34 45 90

bruno.desschans@uzleuven.be tel. 016 34 46 07

nele.grossen@uzleuven.be tel. 016 34 45 98

karen.denaux@uzleuven.be tel. 016 34 45 96

delphine.kumps@uzleuven.be tel. 016 34 09 26

of via het secretariaat abdominale transplantatiechirurgie

op het nummer 016 34 87 27

Brochures en bijkomende informatie vindt u op de website van de diensten nefrologie, abdominale transplantatiechirurgie en transplantatiecoördinatie, www.uzleuven.be/nefrologie, www.uzleuven.be/txsurgery, www.overlevendoorgeven.be of via transplantatiecoördinatie@uzleuven.be.

Bekijk ook zeker onze video over niertransplantatie via: www.uzleuven.be/nl/het-traject-van-een-niertransplantatie.



VERGEET NIET !

- Een oproepsysteem (gsm) te voorzien.
U moet dag en nacht bereikbaar zijn.
- Een scenario uit te werken hoe u naar Leuven zult komen op het moment van de oproep voor transplantatie.
- Na te vragen bij uw eigen ziekenfonds naar voorzieningen in verband met de terugbetaling van vervoerskosten naar de consultaties in UZ Leuven na de transplantatie.

© Maart 2020 UZ Leuven

Overname van deze tekst en illustraties is enkel mogelijk na toestemming van de dienst communicatie UZ Leuven.

Ontwerp en realisatie

Deze tekst werd opgesteld door de diensten nefrologie en abdominale transplantatiechirurgie van UZ Leuven in samenwerking met de dienst communicatie.

U vindt deze brochure ook op www.uzleuven.be/brochure/700544.

Opmerkingen of suggesties bij deze brochure kunt u bezorgen via communicatie@uzleuven.be.

Verantwoordelijke uitgever
UZ Leuven
Herestraat 49
3000 Leuven
tel. 016 33 22 11
www.uzleuven.be

 mynexuzhealth



Raadpleeg uw medisch dossier
via www.mynexuzhealth.be
of download de app

