

AANDACHTSPUNTEN BIJ PERITONEALE DIALYSE

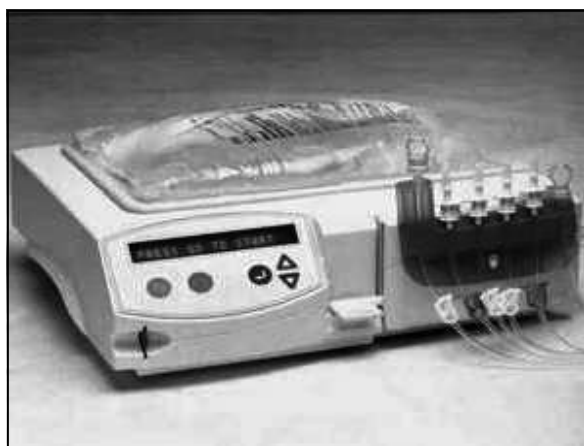
Peritoneale dialyse (PD) is een alternatieve vorm van dialyse die thuis wordt uitgevoerd. In Vlaanderen doet op dit ogenblik 8% van de totale dialysepopulatie aan peritoneale dialyse (in 2013 waren er in Vlaanderen in totaal 366 PD-patiënten).

Bij PD wordt het buikvlies (een dun vlies met veel bloedvaten dat de buikholte en de organen omhult, ook 'peritoneum' genoemd) als dialysemembraan gebruikt. Dit buikvlies heeft vele kleine gaatjes (ook 'poriën' genoemd), via dewelke water en kleine stoffen kunnen worden uitgewisseld tussen het bloed in de bloedvaten en de spoelvloeistof in de buikholte. Grotere stoffen worden hier echter niet doorgelaten, omdat de poriën gewoon te klein zijn.

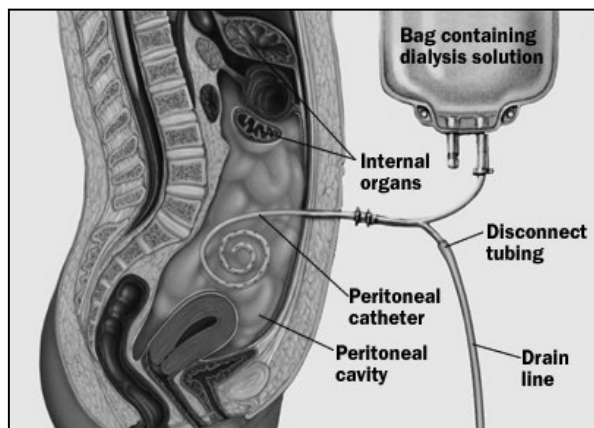
De spoelvloeistof wordt in de buikholte gebracht via een verblijfskatheter in de buikholte en blijft enkele uren ter plaatse. Afvalproducten en overtollig vocht in het bloed zullen zich via het buikvlies naar de spoelvloeistof verplaatsen, en dus uit het lichaam verwijderd worden wanneer de spoelvloeistof opnieuw uit

de buikholte wordt afgelaten.

PD kan op twee manieren gebeuren: handmatig (**Continue Ambulante Peritoneale Dialyse - CAPD**) of geautomatiseerd door middel van een PD-machine die de wissels automatisch (vaak 's nachts) uitvoert (**Automatische Peritoneale Dialyse - APD**). APD heeft als belangrijke voordeel dat de behandeling 's nachts wordt uitgevoerd wat de vrijheid van de patiënt vergroot. Bovendien zijn er ook minder manipulaties, waardoor de kans op buikvliesontsteking (peritonitis) kleiner is.



Een APD toestel



De meest voorkomende problemen bij PD zijn infecties (zowel van de ingangspoort als van de tunnel van de katheter, en eveneens van het buikvlies) en mechanische problemen. In wat volgt zullen we deze kort belichten.

INFECTIES

Bij PD is het belangrijk dat er door de patiënt (of de persoon in zijn/haar omge-

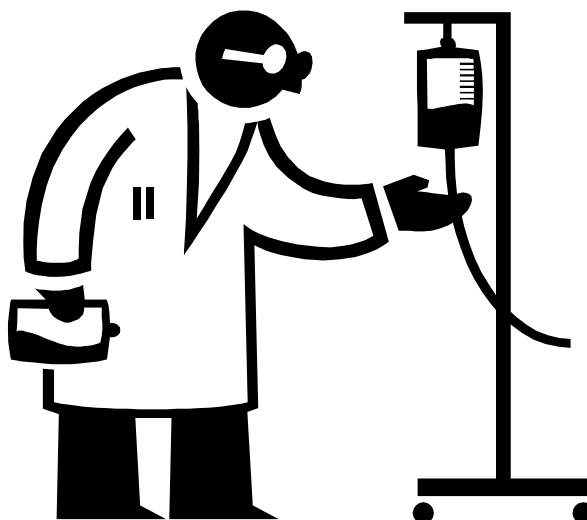
ving die de PD uitvoert) voldoende steriel gehandeld wordt: goed ontsmetten van de handen, dragen van een masker,... Zo niet bestaat er een reëel risico op infectie.

I. Infectie van de uitgangspoort van de katheter

We spreken van een infectie van de uitgangspoort van de katheter ('exit-site infectie') wanneer er etterig vocht wordt afgescheiden al dan niet in combinatie met roodheid van de omliggende huid. In ernstige gevallen kan het hele tunneltraject van de katheter geïnfecteerd raken en spreken we van een 'tunnelinfectie'. In eerste instantie wordt in zo'n geval een cultuur van het etterige vocht genomen. Vaak zullen ter behandeling perorale antibiotica opgestart worden (naast een goede lokale wondzorg).

II. Buikvliesontsteking ('peritonitis')

Een buikvliesontsteking is meestal een bacteriële infectie waarbij bacteriën afkomstig van de huid van de patiënt, van de apparatuur of van de omgeving, via de PD-spoelvoestof in de buikholtte terecht komen. Zeldzamer komen de bacteriën uit het lichaam zelf (meestal uit de darmen). Typische klachten bij een buikvliesontsteking zijn buikpijn en koorts. Verder zal de uitgelopen PD-vloeistof troebel zien door aanwezigheid van witte bloedcellen (= ontstekingscellen). Het is belangrijk dat een patiënt met dergelijke klachten zich onmiddellijk naar het ziekenhuis begeeft, zodat culturen van dit vocht afgenomen kunnen worden (nodig om exact te weten welke bacterie de infectie veroorzaakt) en dat onmiddellijk kan gestart worden met antibiotica. Deze antibiotica worden opgelost in de PD-vloeistof en zo rechtstreeks in de buikholtte toegediend om goed ter plaatse te kunnen inwerken. De antibiotica worden



in totaal 2 tot 3 weken toegediend (afhankelijk van de verantwoordelijke bacterie). Gemiddeld zien we ongeveer 1 geval van peritonitis per 24 maanden PD-behandeling.

Zowel bij tunnelinfecties van de PD-katheter als bij buikvliesontsteking kan het zijn dat door de ernst van de infectie, door slechte respons op de ingestelde therapie of door terugkerende infectie, beslist wordt om de PD-katheter te verwijderen en eventueel tijdelijk over te schakelen op hemodialyse.

MECHANISCHE PROBLEMEN

I. Aanwezigheid van lek

Soms kan er ongewilde lekkage van PD-vocht vanuit de buikholtte naar buiten optreden. Dit kan bijvoorbeeld gebeuren langs de PD-katheter, vaak de eerste 30 dagen na plaatsing van de PD-katheter. Dit is de reden waarom er na plaatsing van de katheter altijd 14 dagen wordt gewacht om de PD-behandeling ook daadwerkelijk op te starten tot wanneer de katheter de tijd heeft gekregen om voldoende in te groeien. Anderzijds kan er ook via een opening in het buikvlies onderhuidse lekkage (met ontstaan van zwelling van de buikwand) of lekkage naar de thoraxholtte (met ontstaan van

vochtuitstorting rond meestal één van beide longen) optreden. Het risico hierop is groter bij mensen met voorgeschiedenis van abdominale ingrepen en bij mensen met vertraagde wondheling (bijvoorbeeld door diabetes, oudere mensen, ondervoeding en inname van steroïden). De behandeling hiervan bestaat uit het tijdelijk stopzetten van de PD (gedurende 2 tot 3 weken, eventueel te overbruggen met hemodialyse) in de hoop dat het buikvlies zich herstelt. Indien het probleem na het heropstarten van de PD blijft bestaan, kan dit een reden zijn om definitief naar hemodialyse over te schakelen.

II Aanwezigheid van een breuk

Het is belangrijk dat voor men met het opstarten van PD begint, gecontroleerd wordt of de patiënt geen 'breukpoorten' heeft, zoals bijvoorbeeld een liesbreuk, navelbreuk of littekenbreuk. Bij aanwezigheid van een dergelijke breuk zal na het opstarten van PD (door verhoogde

druk in de buik ten gevolge van de aanwezigheid van 1,5 tot 2 liter PD-vocht) de breuk vergroten en tot klachten leiden. Om die reden zal men altijd proberen om tijdens de ingreep waarbij de PD-katheter geplaatst wordt dergelijke breuken meteen ook chirurgisch te herstellen

Ondanks alle genoemde problemen die bij een PD-behandeling kunnen optreden blijft het een dialysetechniek die vooral voor jongere en mobiele patiënten heel wat voordelen biedt. De dialyse kan 's nachts worden uitgevoerd, waardoor de vrijheid overdag aanzienlijk groter is (bijvoorbeeld bij mensen die nog actief werken). Verder wordt er dagelijks gedialyseerd (versus 3 maal per week bij hemodialyse), waardoor de schommelingen in gewicht en ionen in het bloed kleiner zijn en de dialyse vaak beter wordt verdragen door de patiënt. Ten slotte zijn ook de dieetmaatregelen vaak minder strikt.

Dr. An Vanacker