

# Handreiking: Herstart levende donatie niertransplantatieprogramma tijdens de COVID-19 pandemie- onder welke voorwaarden?

## Leden werkgroep

Ian Alwayn (voorzitter, transplantatiechirurg, LUMC), Jan-Stephan Sanders (internist-nefroloog, UMCG), Wim van Dorp (internist-nefroloog Spaarne gasthuis, patiëntvertegenwoordiger nierdonatie), Jeanie Koop-van Rijn (patiëntvertegenwoordiger niertransplantatie), Marion Siebelink (manager Groningen Transplant Center, UMCG, voorzitter MEC NTV), Emma Massey (psycholoog, Erasmus MC), en Marcella Stenhuijs (liaison NTS).

## Doel

Een handreiking vast te stellen met adviezen aan de transplantatieprogramma's om (ethisch) verantwoord en veilig als mogelijk het levende donatie niertransplantatieprogramma te kunnen hervatten. Buiten de scope van deze handreiking valt het post-transplantatie zorgpad en het cross-over programma.

## Disclaimer

Deze handreiking is gebaseerd op meningen van de leden van deze werkgroep, aangevuld met consultatie uit het veld en de (spaarzaam) aanwezige literatuur.

## Achtergrond

Vanwege de COVID-19 pandemie zijn in maart 2020 de levende donatie niertransplantatieprogramma's landelijk gestaakt. De zorg over additionele ziekterisico's voor de donor en ontvanger alsook de toenemende COVID-19 zorgvraag in de ziekenhuizen was hierin leidend. Op dit moment neemt deze zorgvraag af en is er sprake van een dalend aantal ziekenhuis- en IC-opnames (1-3). Zo komt er meer ruimte voor non-COVID zorg en is er een actuele wens tot hervatten van de levende donor niertransplantatieprogramma's (4).

Bij het opstellen van de adviezen dient er naar het perspectief van de donor en de ontvanger gekeken te worden. De morele vraag, die vanuit de donor gesteld kan worden is of wij gezonde mensen in deze tijd nu wel als nierdonor mogen op laten treden? Met betrekking tot de donor dient in eerste instantie geredeneerd te worden vanuit veiligheid. De donor is gezond en ondergaat een risico wanneer hij/zij een operatie ondergaat. De donoren hebben gedurende het peri-operatieve traject contacten met zorgverleners en lopen mogelijk een risico op het besmet raken met SARS-CoV-2 en oplopen van COVID-19. Het is onwenselijk de donor bloot te stellen aan extra onnodige risico's. Daartegenover staat dat de meeste levende donoren geen co-morbiditeit hebben en ze daarmee niet behoren tot de groep met verhoogd risico op ziekenhuis-, IC opname of overlijden ten gevolge van COVID-19 (5).

De ontvanger heeft belang bij een niertransplantatie, dit levert hem of haar overlevingswinst op en een betere kwaliteit van leven. Daarnaast lopen hemodialysepatiënten door frequent ziekenhuisbezoek nu mogelijk al een risico om besmet te raken met SARS-CoV-2. Bij

niertransplantatie vormen de opname, de immuunsuppressie en frequent ziekenhuisbezoek potentiële, nog onbekende, risico's voor COVID-19 en een mogelijk ernstiger beloop daarvan. Er zijn in Nederland op 24 april 2020 115 niertransplantatie patiënten geregistreerd met COVID-19, waarvan 71 opgenomen in een ziekenhuis, 16 op een IC, en in totaal 19 (17%) zijn overleden (preliminaire ERACODA data). De gemiddelde leeftijd van de overleden patiënten is 73 jaar. Met name de score "frail" volgens de Clinical Frailty Scale (6) lijkt gerelateerd te zijn met mortaliteit. Dit komt overeen met recente literatuur aangaande COVID-19 en niertransplantatie (7,8).

Er is in Nederland een verschil in regionale prevalentie van COVID-19. Waarbij met name Groningen, Friesland, Drenthe, Flevoland en Zeeland een lagere prevalentie hebben dan de rest van Nederland (3). Deze verschillen rechtvaardigen dat er in de verschillende transplantatiecentra een andere inschatting gemaakt zal worden met betrekking tot opstarten van het levende donatie niertransplantatie-programma, selectie van koppels, en eventuele voorzorgsmaatregelen rondom transplantatie.

### **Ethische en andere overwegingen**

Vanuit de 4 ethische principes *weldoen*, *niet schaden*, *autonomie* en *rechtvaardigheid* kan naar de herstart van levende donatie niertransplantatieprogramma's gekeken worden. *Weldoen* en *niet schaden* liggen in deze situatie dicht bij elkaar: uiteraard wil je de donor niet schaden door blootstelling aan additionele (COVID-19-gerelateerde) risico's. Toch wil je naar de ontvanger en donor *weldoen*, immers een belangrijke vraag die in de overweging meeweegt is of het langer uitstellen van een transplantatie leidt tot een slechtere uitkomst voor de patiënt.

Het is niet realistisch de donor en ontvanger los van elkaar te zien; in veel gevallen kennen zij elkaar en zijn samen verbonden aan dit traject. Het wegen van additionele risico's t.a.v. COVID-19 zal dan snel gezamenlijk plaatsvinden, en optimaal geïnformeerd zijn hierover doet recht aan de *autonomie* van de donor en de ontvanger om de juiste keuze te maken.

Tevens, wanneer het levende donatie niertransplantatieprogramma herstart wordt, dient vanuit de vraag van *rechtvaardigheid* beoordeeld te worden met welke donor/ontvanger koppels gestart kan worden.

Voor zowel donoren en ontvangers is de periode rondom niertransplantatie bijzonder spannend. De huidige COVID-19 pandemie wordt door de algemene bevolking en in het bijzonder patiënten als bedreigend ervaren, hetgeen voor extra spanning en onzekerheid kan zorgen. Goede informatievoorziening en communicatie zijn in deze tijden daarom nog meer van belang.

### **Voorwaarden**

Er moet in het ziekenhuis voldoende capaciteit zijn voor non-COVID-19 zorg. Deze dient te worden ingericht volgens de door het RIVM opgestelde en lokaal geldende normen om het risico op transmissie van SARS-CoV-2 te minimaliseren. Randvoorwaarden zijn uiteraard beschikbare en geschikte laboratorium (HLA), (poli)klinische, operatie, en postoperatieve capaciteit.

Voor donor en ontvanger kunnen zo nodig extra isolatie maatregelen genomen worden, waarbij gedacht kan worden aan het gebruik van 1-persoonskamers en additionele persoonlijke beschermingsmaatregelen en materialen voor patiënten en zorgverleners. Overweeg voor donor en patiënt na ontslag, gedurende een bepaalde tijd, isolatie voorschriften te geven.

Maak met de donor en de ontvanger een gezamenlijke risicoafweging t.a.v. COVID-19, en informeer donor en ontvanger gezamenlijk. Zorg voor aangepaste voorlichting. Er dient naast de gangbare voorlichting en shared decision making nu ook stilgestaan te worden bij:

- het (vooralsnog onbekende) risico op COVID-19 post-transplantatie in de afwezigheid van een geschikte therapie voor SARS-CoV-2;
- de voorzorgsmaatregelen om transmissie via zorgverleners te voorkomen;
- bezoek in het ziekenhuis tot een minimum te beperken;
- de lokale voorwaarden en maatregelen waaronder de operaties plaatsvinden.

Tenslotte, biedt psychologische hulpverlening aan en maak duidelijk hoe deze op indicatie ingeschakeld kan worden.

### **Adviezen**

*Vorbereidingen.* Naast de eerder beschreven voorwaarden t.a.v. non-COVID-19 zorg en gezien het belang van de psychosociale hulpverlening tijdens de COVID-19 pandemie, wordt geadviseerd, indien dit niet al standaard is, medisch maatschappelijk werk en/of de psychosociale dienst vroegtijdig bij het donatie bij leven niertransplantatieprogramma. Hierbij is het van belang te beoordelen welke hulpverlening aanwezig is, en hoe deze ingeschakeld kan worden, bovenop de zorg die reeds voor familieleden van COVID-19 patiënten en medewerkers lokaal is geregeld.

*Preventie van infectie met SARS-Cov-2 kort voor nierdonatie en transplantatie.* Het is aangewezen donoren en ontvangers erop te wijzen in de weken voor een geplande niertransplantatie tenminste de RIVM adviezen op te volgen (3).

*Testen kort voor de geplande operaties (donatie/transplantatie).* Test alle donoren en ontvangers conform de lokale protocollen, naast een gerichte anamnese naar COVID-19 symptomen. Patiënten kunnen immers asymptomatisch drager zijn, in de incubatieperiode zitten en/of zeer milde symptomen van COVID-19 vertonen (9). Indien de donor en/of de ontvanger positief wordt getest dient de operatie uitgesteld te worden.

*Wie en wanneer te opereren?* De donoren zijn gescreend, gezond, en niet frail. Er worden geen leeftijdsgrenzen geadviseerd voor deze groep. De uitkomsten van COVID-19 bij oudere ontvangers en patiënten met hogere frailty-scores zijn slechter (preliminaire ERACODA data). Selecteer daarom vitale ontvangers. Hierbij kunnen leeftijd en co-morbiditeit worden meegewogen. Vermijd bij voorkeur vooralsnog T-cel depletende therapie. Er zijn geen andere specifieke adviezen m.b.t. peri-operatieve immuunsuppressie gegeven.

Het vinden van objectieve en gevalideerde meetinstrumenten voor frailty in de context van transplantatie is moeilijk. Het recente overzicht van Harhay et al. kan transplantatieprogramma's helpen hier keuzes in te maken (10).

Gelet op de huidige schaarste in capaciteit voor non-COVID-19 zorg zullen de levende donatie niertransplantatieprogramma's waarschijnlijk niet volledig opgeschaald kunnen worden. Er wordt geadviseerd vanuit vigerende lokale protocollen de planning van levende donatie niertransplantaties te regelen. Er worden geen duidelijke argumenten gevonden in het kader van pre-emptieve versus niet pre-emptieve transplantaties een groep boven de ander te verkiezen. Het is daarom rechtvaardig om te overwegen te starten met de koppels waarvan de transplantatie het langst is uitgesteld mits aan de genoemde voorwaarden is voldaan.

*Maatregelen na ontslag uit het ziekenhuis.* Voor donoren en ontvangers wordt aangeraden tenminste de RIVM adviezen op te volgen (3). Er dient bij ontslag, wellicht meer dan voorheen, aandacht zijn voor adequate thuiszorg.

### **Samenvatting**

Middels deze handreiking wordt beschreven hoe levende donatie niertransplantatieprogramma's zo veilig mogelijk herstart kunnen worden. Getracht is zoveel mogelijk te redeneren van een landelijk belang (voorwaarden), waarbij rekening wordt gehouden met locoregionale verschillen en belangen (adviezen).

De gestelde adviezen kunnen bij voortschrijdend inzicht worden herzien.

Leiden, 4 mei, 2020

### **Referenties**

1. <https://nos.nl/artikel/2331596-coronacijfers-van-24-april-ic-bezetting-zakt-onder-de-1000.html>
2. <https://www.stichting-nice.nl>
3. <https://www.rivm.nl>
4. [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_306624\\_22/1/#c2eb76fa-d576-45fd-9198-6e460dd82768](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_306624_22/1/#c2eb76fa-d576-45fd-9198-6e460dd82768)
5. Goyal P et al. Clinical Characteristics of Covid-19 in New York City. NEJM April 17, 2020. DOI: 10.1056/NEJMc2010419
6. Rockwood K et al. A global clinical measure to fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005; 173(5):489-95
7. The Columbia Kidney Transplant Program. Early description of Coronavirus 2019 Disease in Kidney Transplant Recipients in New York. JASN April 2020. DOI: 10.1681/ASN.2020030375
8. Akalin E et al. Covid-19 and Kidney Transplantation. NEJM April 24, 2020. DOI: 10.1056/NEJMc2011117
9. Song J-Y et al. Covid-19 in South Korea – Challenges of Subclinical Manifestations. NEJM April 6, 2020. DOI: 10.1056/NEJMc2001801
10. Harhay MN et al. An overview of frailty in kidney transplantation: measurement, management and future considerations. Nephrol Dial Transplant 2020; 1-14. DOI: 10.1093/ndt/gfaa016