

Nieuw allocatiesysteem doet meer recht aan urgentie

Toewijzen donorlongen wordt eerlijker

George Nossent,
longarts

dr. Erik Verschuuren,
internist-klinisch immunoloog

dr. Michiel Erasmus,
cardiothoracaal chirurg

dr. Wim van der Bij,
internist

afdeling Longziekten en
Cardiothoracale Chirurgie.
UMCG, Groningen.

Correspondentieadres:
g.d.nossent@umcg.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

beeld: Reuters

Het aantal longtransplantaties loopt nog steeds behoorlijk achter bij de aanzienlijke wachtlijst. Betrokken specialisten van het UMCG zijn daarom groot voorstander van een nieuw toewijzingssysteem dat aanstaande is. Daarbij telt niet langer de inschrijvingsduur, maar vooral de mate van urgentie.



Het aantal longtransplantaties in Nederland is, gestuurd door het donoraanbod, met zestig à zeventig per jaar stabiel. Maar de vraag neemt toe en vertaalt zich inmiddels in een explosieve groei van de wachtlijst (zie *figuur*). Hoewel de voorlopige cijfers over 2012 wat gunstiger zijn – door enerzijds iets meer transplantaties en anderszijds een iets kortere wachtlijst vanwege restrictiever beleid – blijft de vraag groter dan het aanbod. De wachttijden lopen, afhankelijk van vooral bloedgroep en lichaamslengte, op tot meer dan twee en soms zelfs vier jaar. Sterk verbeterde overleving (mediaan in UMCG: bijna tien jaar) en een grotere kwaliteit van leven na longtransplantatie dragen bij aan die groeiende vraag. Vooral voor de groep, meestal oudere, patiënten met niet-erfelijk COPD (longemfyseem)

bestaat het vermoeden dat kwaliteit van leven een belangrijker argument is geworden dan overleving. Een wachtlijst van ruim tweehonderd patiënten bij zeventig transplantaties per jaar vraagt om bezinning over de indicatie en het doel van longtransplantatie én een kritische blik op ons toewijzingssysteem. Dat is tot op heden gestoeld op wachttijd, maar gaat, terecht, gebaseerd worden op urgentie: de ziekste eerst.

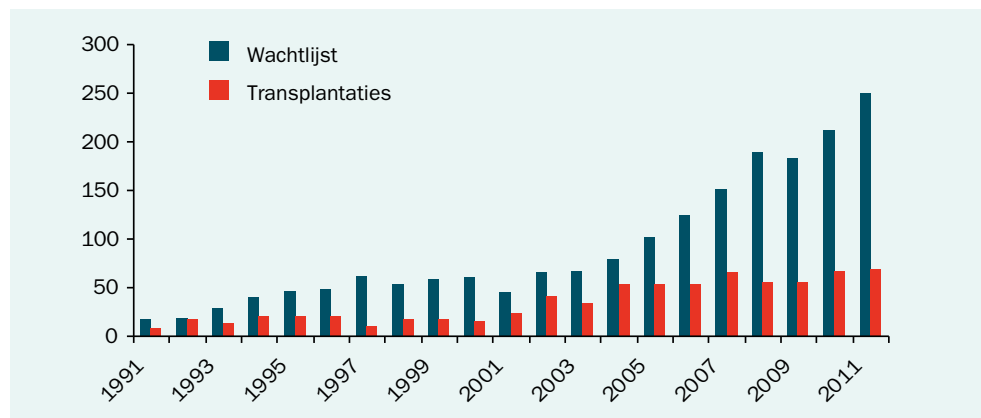
LAS

Onze wachtlijstproblematiek is niet uniek en bestaat ook in het buitenland. In de Verenigde Staten en Duitsland heeft dat – resp. in 2005 en 2011 – geleid tot invoering van de Lung Allocation Score (LAS). Deze berekent de urgentie – de statistische kans op overlijden zonder transplantatie – op grond van objectieve,

SAMENVATTING

- De wachtlijst voor longtransplantaties is nog steeds te lang.
- Het huidige allocatiesysteem doet onvoldoende recht aan urgentie.
- LAS (Lung Allocation Score) prioriteert op basis van urgentie en uitkomst en leidt tot afname van wachtlijststerfte en wachttijd.
- De LAS wordt dit jaar in Nederland ingevoerd.

Wachtlijst en transplantaties in Nederland



biomedische en longfunctionele parameters en gecorrigeerd voor de kans op overleving één jaar na transplantatie. De score, van 0 tot 100, bepaalt de plaats op de wachtlijst. Ofschoon de LAS-score niet volmaakt is, is ze objectief en controleerbaar. In de VS heeft ze geleid tot meer longtransplantaties, efficiëntere allocatie, aanzienlijke reductie van de wachtlijst en zelfs tot afname van wachtlijststerfte. Dit alles zonder nadelige gevolgen voor de uitkomsten en resultaten op korte – eenjaarsoverleving – en iets langere termijn. Ten onrechte wordt soms de indruk gewekt dat patiënten met longfibrose door dit systeem worden bevoordeeld, en percentsgewijs lijkt dat misschien ook zo. Echter ook het aantal getransplanteerde patiënten met COPD en CF (cystic fibrose) – de belangrijkste indicaties voor longtransplantatie – is toegenomen. De overmatige sterfte op de wachtlijst

van patiënten met longfibrose in de periode vóór de LAS is wel een extra motivatie geweest om dit systeem in te voeren, maar het is volledig gebaseerd op een vergelijk-

baarheid van kans op overlijden op de wachtlijst. Want patiënten met longfibrose overlijden in het algemeen sneller dan patiënten met COPD. In 2011 heeft Duitsland de LAS ingevoerd. Maar Nederland is toen niet gevolgd. Uit vrees voor onevenredige benadeling van patiënten die al op de wachtlijst staan, patiënten met pulmonale hypertensie (PH) en CF bereikten de twee Nederlandse transplantatiecentra hierover toen geen consensus. Dat is inmiddels gelukkig wel het geval, zodat in Nederland naar verwachting de LAS medio 2013 kan worden ingevoerd. Maar dan met ingebouwde waarborgen voor patiënten die mogelijk onevenredig benadeeld zouden kunnen worden.

Tussen wal en schip

LAS-parameters hebben vooral betrekking op de longfunctie. Bij PH echter bepalen cardiovasculaire parameters de prognose. Daarom onderschat de LAS de ernst van PH. Dit bezwaar gaat deels ondervangen worden door toevoegen van bilirubine aan de LAS-parameters. Daarnaast wordt bij PH de mogelijkheid geboden om bij geobjectiveerde verslechtering een zogenaamde 90 percentiel-LAS toe te kennen: deze plaatst een patiënt nagenoeg boven aan de wachtlijst.

De ervaringen in de VS en in Duitsland en een gedeeltelijke virtuele omzetting van de Nederlandse wachtlijst naar de LAS neemt ook de vrees dat de LAS slecht zou zijn voor patiënten met CF eigenlijk weg. Zowel in de VS als in Duitsland is geen overgangperiode geweest van het ene naar het andere allocatiesysteem. Dat kan beter: voor sommige patiënten die al langer op de wachtlijst staan, met een lage LAS-score, en die bij de invoering van de LAS tussen wal en schip dreigen te vallen, zal extra aandacht nodig zijn. Verder zal een in te stellen Nederlandse commissie het recht krijgen om aan individueel onredelijke gevallen conform PH-patiënten een 90 percentiel-LAS toe te kennen. Daarnaast zal bij grotere urgentie een Europese commissie, of *review board*, de mogelijkheid kennen om een LAS-waarde van boven de 50 toe te kennen. Daarmee wordt de kans groter om in aanmerking te komen voor internationale uitwisseling van donorlongen. Voor sommige patiënten die nu op de wachtlijst staan, zal de transplantatie te laat komen. Als dit gebeurt op basis van een LAS-score, dan gebeurt het in elk geval op grond van objectieve criteria en niet, zoals nu, op basis van toevallige criteria zoals het moment van plaatsing op de wachtlijst. 

Patiënten met longfibrose overlijden sneller dan patiënten met COPD



De voetnoten en meer MC-artikelen over dit onderwerp vindt u bij dit artikel op www.medischcontact.nl.