

# Behandeling hartfalen vraagt om multidisciplinaire aanpak

*De werkgroepen Hartfalen en Interventiocardologie organiseerden op 22 januari de CNE 'Hartfalen, van begin tot eind'. Zowel sprekers als deelnemers waren afkomstig uit alle lijnen in de zorg, van huisarts, invasieve behandeling en klinische zorg tot de thuiszorg. In de hele keten staat kwaliteit van leven van de patiënt voorop.*

*Karljine van der Haven, teamleider HCK en cardio-lounge, OLVG locatie Oost, Amsterdam  
Lid werkgroep interventie bij de NVHVV*

*E-mail: k.e.vanderhaven@olvg.nl*

De behandeling van hartfalen is de laatste vijftientig jaar sterk verbeterd; bij een deel van de patiënten kan een medicamenteuze behandeling de kwaliteit van leven doen toenemen en de sterfte en het aantal ziekenhuisopnamen verminderen. Huisarts M.J.M. Valk, gepromoveerd op 'hartfalenzorg in een huisartsenpraktijk', stelt dat huisartsen moeite hebben met het stellen van de juiste diagnose. Heeft de patiënt wel echt hartfalen, zo ja welke type en wat is de optimale medicamenteuze behandeling? Een kwart van de patiënten heeft ook COPD. Valk pleit voor een poliklinisch 'dyspnoe-straatje', waarbij de patiënt altijd een longfunctietest ondergaat naast de echo cor en het bloedonderzoek.

Een multidisciplinaire behandeling met de cardioloog en de hartfalenverpleegkundige is noodzakelijk om een patiënt goed te titreren. Als de patiënt optimaal medicamenteus is ingesteld, kan hij worden terugverwezen naar de huisarts.

## Mitraalklepchirurgie

Wim Stoker, cardiothoracaal chirurg in OLVG, licht de mogelijkheden van mitraalklepchirurgie voor hartfalen toe. Aanwezigheid van mitraalklepinsufficiëntie (MI) na een hartinfarct en bij patiënten met hartfalen heeft een slechte prognose. De mortaliteit bedraagt bij matige MI 5 jaars overleving 49%, bij ernstige MI 5 jaars overleving 29%. Het probleem

van de MI zit in de linkerventrikel, de klepslippen zijn normaal. Er ontstaat annulus dilatatie door ischaemische of non-ischaemische cardiomyopathie. Idealiter zou herstel van competente klep en het stoppen of het (liefst) omkeren van de remodeling en dysfunctie van de linkerventrikel plaats moeten vinden. Helaas zijn de behandel mogelijkheden nog niet zo ver. Wel is het mogelijk de MI te verhelpen via invasieve technieken, zoals mitraalklep annuloplastiek. Hierbij moet de annulus 2 maten gedownsized worden met een annulusplastiek ring. Door de verkleining van de annulus zullen de klepslippen goed aansluiten, ondanks de vergrote linkerventrikel. Minimale invasieve mitraalklepvervangings is ook een behandel mogelijkheid. Hierbij wordt in de rechterborstholte een incisie tussen de ribben gemaakt. Een thoracotomie is niet nodig, waardoor opname en herstel kort zijn. Ook kan de MI percutaan verholpen worden door de Mitraclip. Percutane mitraalklepvervangings is volop in beweging. Stoker concludeert dat het benaderen van het ventrikelprobleem net zo belangrijk is als herstel van de competentie van de mitraalklep.

## Aortaklepstenose

Ook kan er een aortaklepstenose (AS) optreden bij patiënten met hartfalen. Herbert Kroon, research fellow bij Erasmus MC, vertelt dat AS een progressieve ziekte is. Wanneer er symptomen (angina pectoris, dyspneu, syncopes, decompensatio cordis) ontstaan, sterft meer dan 50% van de patiënten binnen twee jaar. Tenzij behandeling plaatsvindt met





een chirurgische aortaklepverving (SAVR) of een transcatheter aortaklepipplantatie (TAVI). Hartfalen treft 4% van de bevolking; 25% van de 65-plussers ontwikkelt AS. Hartfalen en AS kunnen samen voorkomen. De TAVR UNLOAD (internationaal, multicenter, gerandomiseerde) studie onderzoekt patiënten met hartfalen en AS. Ze worden gerandomiseerd naar een medicamenteuze behandeling of naar een behandeling met TAVI en medicatie. TAVI kan mogelijk zorgen voor afterloadreductie in patiënten met systolisch hartfalen en matige aortklepstenose.

### Hartfalenpoli

Marjan Aertsen, Verpleegkundig Specialist hartfalen Diakonessenhuis, neemt ons mee naar de hartfalenpoli, waar zij patiënten instelt op hartfalenmedicatie. De hoge mortaliteit en ziektelast van hartfalen hebben een grote impact op patiënt, mantelzorger en zorgstelsel.

Het doel van medicamenteuze behandeling is progressie van hartfalen voorkomen, kwaliteit van leven verbeteren/behouden en de overleving verhogen. Op een overzichtelijke manier licht Aertsen doel, werking en bijwerkingen van hartfalenmedicatie toe, zoals diuretica, ACE-remmer/AII-antagonisten, bètablokkers, Aldosteron-antagonisten, Sacubitril/valsartan (Entresto) en Ivabradine.

Naast medicatie zijn voorlichting, leefstijladviezen, therapietrouw en medicatiebeheer van groot belang bij de behandeling van hartfalen en het slagen hiervan. Indien nodig kan het hart ondersteund worden via ICD, synchronisatietherapie en (non-) invasieve ingrepen.

Al met al is de behandeling en de begeleiding van patiënten met hartfalen

“maatwerk”, waarbij de hartfalenpoli een cruciale rol speelt door de korte lijnen met zowel cardioloog als patiënt.

### Thuiszorg

Tonny Jongen, hart- en vaatverpleegkundige bij Laurens Thuiszorg, was een aantal jaar geleden een pionier. Inmiddels groeit haar team gestaag en zijn ze niet meer weg te denken binnen de hartfalenketen. Patiënten willen zolang mogelijk thuis blijven. Dit kan goed met thuiszorg, indien de communicatielijnen duidelijk zijn. Belangrijk is het instrueren van patiënten over leefregels en er moet een warme overdracht zijn vanuit het ziekenhuis naar de thuiszorg. Met name de medicatieoverdracht is van groot belang. Het komt nog wel eens voor dat patiënten een aantal dagen nieuw voorgeschreven medicatie niet kunnen innemen, omdat er een weekend tussen zit of omdat het nog niet toegevoegd is aan de baxterrol. De patiënt ontbeert die

voor een steunhart en wie zijn er bij betrokken. Voorop staat dat de patiënt zelf de keuze maakt wel of niet een LVAD-implantatie te ondergaan. Bakker schetst beeldend de impact van het leven met een steunhart; het is een zware mentale en fysieke belasting voor zowel de patiënt als zijn naasten. Er komen veel vragen uit de zaal en het meegebrachte demo-exemplaar gaat van hand tot hand.

### Diastolisch hartfalen

Als laatste geeft Loek van Heerebeek, cardioloog OLVG, een assessment in diastolisch hartfalen. Hij bespreekt wat hartfalen betekent op fysiologisch en anatomisch gebied, wat hij illustreert met illustraties, schema's en echobeelden. De aanwezigheid van de hoeveelheid bindweefsel in de myocardcellen zegt veel over de fase van hartfalen. Wanneer de patiënt klachten uit van hartfalen, zijn we eigenlijk te laat. Er is dan al onomkeerbare

## *De hoge mortaliteit en ziektelast van hartfalen hebben een grote impact op patiënt, mantelzorger en zorgstelsel*

dagen een goede behandeling, wat met het toch al wankele evenwicht kan leiden tot opnieuw decompenseren. Dan is de patiënt weer terug bij af.

Wanneer de patiënt het, voorspelbare, eindstadium hartfalen bereikt, dient vroegtijdig het gesprek hierover te worden aangegaan. De gemaakte keuzes zijn persoonlijk; het gaat om de afweging kwaliteit versus kwantiteit. In dit stadium valt te denken aan medicatiesanering en kwaliteit van sterven. Het IKNL heeft hiervoor richtlijnen opgesteld: palliatieve zorg hartfalen en palliatieve zorg dyspnoe.

### Steunhart

Chantal de Bakker, Verpleegkundig Specialist bij Erasmus MC, begeleidt zowel in het klinische als poliklinische traject patiënten met een mechanisch steunhart, LVAD. Na een korte samenvatting van de geschiedenis en de ontwikkeling van de LVAD, legt ze uit hoe de procedure verloopt; wanneer komt een patiënt in aanmerking

schade aan het myocard. Vroege diagnostiek is zeer belangrijk. Maar hoe onderzoek je mensen die (nog) geen klachten hebben? Door in de anamnese alert te zijn op comorbiditeiten, zoals hypertensie, diabetes, nierfalen, anemie, AF, geslacht en overgewicht. Inmiddels is er een duidelijke richtlijn voor de behandeling van systolisch (HFrEF) hartfalen.

Op dit gebied valt nog veel te onderzoeken, zowel in de diagnostiek als de behandeling. Van Heerebeek test onze kennis aan de hand van casuïstiek. Dit leidt tot een interactieve sessie.

Deze leerzame en interactieve dag maakt goed duidelijk dat hartfalen alle lijnen in de zorg raakt en dat de patiënt gebaat is bij een multidisciplinaire benadering waarin zijn mening leidend is. 