**De huisarts speelt een belangrijke rol in de behandeling van patiënten met hartfalen. Gezien de complexiteit van de ziekte is samenwerking tussen specialisten, zorgkundigen, en huisartsen cruciaal.**

**DOEL**: Het grootste probleem bij chronisch hartfalen (CHF) zijn de ziekenhuisopnames welke tot 80 % van de kosten rond hartfalen vertegenwoordigt. Ziekenhuisopnames hebben ook een belangrijke weerslag op het welzijn van de patiënt en verslechteren de prognose. Het belangrijkste doel van de behandeling is dan ook de reductie van de (her)opnames in het ziekenhuis.

**HOE**: Afhankelijk van het type hartfalen en de LV functie is de diagnostiek en behandeling variërend. Zeker bij patiënten met een verminderde linker ventrikel (LV) functie < 40 % en waarschijnlijk ook HF met LV functie tussen 40 en 50 % is het volgen van de farmacologische behandeling cruciaal voor een goede controle van de ziektesymptomen en om de morbiditeit en de mortaliteit te verlagen. Bij patiënten met bewaarde LV functie > 50 % is aanpak van de comorbiditeiten cruciaal.

**DIAGNOSE**

Niet alle patiënten met dyspneeklachten dienen doorverwezen te worden naar een cardioloog. Als huisarts beschikt u over een gevoelige test die de diagnose van hartfalen met vrij grote zekerheid kan uitsluiten, namelijk het NT-proBNP. De patiënt moet deze bepaling zelf betalen maar je spaart er wel een paar nutteloze onderzoeken mee uit.

**Het ideale pad van een patiënt met vermoeden van hartfalen ziet er als volgt uit:**

Bij klachten van inspanningsdyspnee, orthopnee of inspanningsintollerantie:

**Stap 1:** evalueer het **risico op hartfalen** aan de hand van volgende criteria:

– Voorgeschiedenis van arteriële hypertensie, diabetes, coronair lijden, radio-of chemotherapie, nierinsufficiëntie, gebruik van diuretica

– Klinische tekens van congestie zoals longstase, perifeer oedeem, opgezette jugulairen, S3 gallop, hartgeruis

– Abnormaal electrocardiogram.

**Stap 2:** Bepaal het **NT-proBNP** in geval één of meer van bovenstaande criteria aanwezig zijn. Indien hartfalen sterk waarschijnlijk is, is een **echocardiogram** aangewezen. Een normaal NT-proBNP (< 125 pg/L) sluit de diagnose van hatrtfalen zo goed als uit.

**Stap 3:** Verwijs door naar de **cardioloog** bij een sterk vermoeden van hartfalen

Een echocardiografie is aangewezen om de diagnose van hartfalen te bevestigen. Het onderzoek is bovendien nodig om de **linker ventrikel ejectiefractie (LVEF)** te bepalen, want deze bepaalt uiteindelijk mee de behandeling. Tenslotte kan de **oorzaak** van het hartfalen vaak achterhaald worden. De cardioloog beslist dan of er andere bijkomende onderzoeken nodig zijn. Een uitgebreide bloedafname is zowiezo aangewezen om bepaalde **triggers** te identificeren zoals bloedarmoede, schildklierlijden, infectie etc

Eénmaal de onderliggende oorzaak van het hartfalen en de LVEF achterhaald zijn zal een behandeling opgestart kunnen worden.

**BEHANDELING**

Hygiënodiëtische maatregelen en levensstijlaanpassingen zijn primordiaal. Een adequate **therapietrouw** is hierbij de eerste stap. Hoe beter het ziekte-inzicht van de patiënt en zijn omgeving, hoe gemakkelijker de zelfzorg en/of mantelozorg. Dit kan bekomen worden door voldoende uitleg te geven over de ziekte, de alarmsymptomen en de rol van medicatie. Hiertoe vindt u patiëntenfolders die u kan afdrukken en meegeven aan de patiënt. De patiënt kan ook zelf op de web-site informatie terugvinden en folders downloaden.

**Cardiale revalidatie** is een ander belangrijk luik in de behandeling van hartfalen en reduceert het risico op hospitalisatie en mortaliteit zeker in combinatie met een multidisciplinaire aanpak.

Vervolgens is het belangrijke om de **farmacologische behandeling** op te starten en op te titreren naar de hoogst getolereerde doseringen. Een goed geoptimaliseerde medische therapie heeft een bewezen gunstig effect op de mortaliteit van patiënten met CHF. U als huisarts kan hierbij een belangrijke rol spelen.

* De **basis behandeling** van hartfalen is met de jaren sterk geëvolueerd. De meeste evidentie beperkt zich tot **hartfalen met gedaalde ejectiefractie < 40 % of HFrEF**. De ESC richtlijnen van 2021 adviseren zo snel mogelijk de vier basismedicaties aan boord te krijgen. Hiertoe behoren: **1. ACE-inhibitie of saccubutril/valsartan; 2. betablokkers; 3. mineralocorticoïd receptorblokkers 4. SGLT2-inhibitoren (figuur 1)**
* Men probeert daarnaast ook te streven naar een adequate **decongestie** met **lisdiuretica.**

 Symptomatische hypotensie en akute nierinsufficiëntie met hyperkaliëmie dienen vermeden te worden. Een nabije opvolging van de bloeddruk en de nierfunctie in de opstartfase is dus van groot belang. Men dient wel bedacht te zijn op het risico op hemolyse van het staal en op vals hoge kaliëmie indien het staal niet onmiddellijk geanalyseerd wordt.

**Figuur 1: Aanbevelingen voor behandeling van HFrEF**



* **Medische behandeling bij hartfalen met gedaalde LVEF (HFrEF) gebeurt als volgt:**

**Stap 1:** Behandel congestie (voornamelijk bij oedeem): meestal heeft de patiënt al een diureticum aan boord om de vochtophoping te verminderen. **Lisdiuretica** werken beter dan thiaziden bij hartfalen. De dosis dient steeds aangepast te worden aan de noden van de patiënt. Doorgaans wordt gestart met een lage dosis (bijv burinex 1 mg). Furosemide heef een lagere biodisponibiliteit en wordt bij HFrEF weinig gebruikt. Voor minder sterke diurese kan ook torasemide (10-20 mg) gebruikt worden. Bij nierinsufficiëntie is de dosis nodig om een natriurese te bekomen doorgaans hoger (bijv 2.5 mg).

**Stap 2:** **ACEI-inhibitie** wordt aan lage dosis opgestart indien er geen hypertensie is. Bij hypertensie kan met een hogere dosis gestart worden. Deze dosis kan elke week verdubbeld worden als de bloeddruk het toelaat. Een lichte toename van het creatinine wordt getolereerd en is meestal tijdelijk (max 25%). De huidige richtlijnen adviseren om bij patiënten die het kunnen verdragen de voorkeur te geven aan **saccubutril/valsartan (EntrestoR).** Dit kan enkel door de cardioloog voorgeschreven worden. U dient de patiënt hiervoor dus door te verwijzen.

**Betablokkers** worden doorgaans aan lage dosis opgestart. De dosis kan om de week verhoogd worden tot de hoogst getolereerde dosis. Hieronder verstaan we dat de patiënt geen symptomen heeft van hypotensie en geen bradycardie < 50/min vertoont.

In afwezigheid van ernstig nierfalen (GFR > 30ml/kg/min) of hyperkaliëmie (K< 5 meq/L) wordt aangeraden **spironolactone** aan lage dosis (meestal 25 mg) te associëren. Nadien dient opnieuw een controle van de nierfunctie en de kaliëmie te gebeuren.

**SGLT2i** kunnen onmiddellijk opgestart worden als de patiënt nog wat congestief is. Deze behandeling vergt geen optitratie. Zowel **empagliflozine (JardianceR) als dapagliflozine (ForxigaR)** worden aan 10 mg 1 maal daags voorgeschreven. Terugbetalingscriteria zijn nu nog niet beschikbaar.

**Stap 3**. Het is belangrijk dat er gestreefd wordt naar **maximale doseringen (Figuur 2).** Indien dit niet lukt of patiënt blijft symptomatisch verwijst u de patiënt best naar de specialist. Deze zal nagaan of **resynchronisatietherapie (bij breed bundeltakblok), vasodilatoren, ivabradine of meer geavanceerde therapie** noodzakelijk is.

Huisartsen zijn vaak terughoudend om de behandeling van hartfalen aan te passen omdat ze hier niet voldoende vertrouwd mee zijn. Nochtans kan een patiënt op deze manier op 6 weken tijd een optimale medische therapie krijgen wat hem alleen maar ten goede zal komen. Bovendien is overleg met de behandelende cardioloog of de hartfalenverpleegkundige steeds mogelijk. Praktische opleidingen worden in verschillende centra georganiseerd om meer vertrouwd te raken met de behandeling van hartfalen.

**Figuur 2: streefdosissen bij behandeling van HFrEF**



* Patiënten met **hartfalen met een lichte gedaalde LVfunctie 40-50% (HFmrEF)** komen in aanmerking voor dezelfde medische behandeling als HFrEF doch de aanbeveling is zwakker (IIb, Level of evidence C) en de terugbetaling voor saccubutril Valsartan en SGLT2i in deze indicatie is nog niet voorhanden. Decongestie is wel sterk aanbevolen.
* Patiënten met **hartfalen met bewaarde ejectiefractie > 50 % (HFpEF).** De meeste studies bij HFpEF konden geen significante reductie van het primair eindpunt aantonen. Enkel voor de SGLT2i is er nu evidentie dat ze nuttig zijn. Decongestie is ook hier sterk aanbevolen (Figuur 3)

**Figuur 3: Aanbevelingen voor behandeling van HFpEF**



**PREVENTIE VAN HARTFALEN**

Hieronder vindt u de belangrijkste aanbevelingen rond preventie van hartfalen

