

Zorg voor patiënten met hartfalen

Tien basisregels

Auteurs

- › **Miek Smeets** en **Willem Raat** zijn verbonden aan het Academisch Centrum Voor Huisartsgeneeskunde, KU Leuven;
- › **Hilde Vandenhoudt** is verbonden aan de Thomas More Hogeschool in Turnhout;
- › **Bert Vaes** is verbonden aan het Academisch Centrum Voor Huisartsgeneeskunde, KU Leuven.

Inleiding

Hartfalen is een belangrijk probleem. Ten eerste door de hoge prevalentie van de aandoening: 10-20% van de patiënten tussen de 70 en 80 jaar lijdt aan hartfalen.¹ Ten tweede door de grote impact op de kwaliteit van leven: draaglast van symptomen, herhaaldelijke ziekenhuisopnames en verhoogd risico op overlijden.¹ Ten derde door de hoge gezondheidskosten, vooral ten gevolge van frequente ziekenhuisopnames (1-2% van het Riziv-budget).¹

Huisartsen zijn spilfiguren in de zorg voor patiënten met hartfalen, maar geven aan dat het niet altijd eenvoudig is om op de hoogte te blijven van de laatste ontwikkelingen.^{2,3} De meest recente nationale richtlijn over hartfalen dateert van 2011.¹ De laatste internationale richtlijn over management van acuut en chronisch hartfalen werd gepubliceerd in 2016 door de European Society of Cardiology (ESC).⁴ Verder bracht het doctoraat van Miek Smeets de hartfalenzorg in de Vlaamse huisartsenpraktijk in kaart tussen 2013 en 2018.⁵

Dit navormingsartikel geeft een overzicht van de belangrijkste aandachtspunten bij de zorg voor patiënten met hartfalen aan de hand van tien basisregels.

Tien basisregels bij hartfalen

1 Denk tijdig aan hartfalen

Een te late of gemiste diagnose van hartfalen is een belangrijk probleem in de huisartsenpraktijk. Onderzoek in de Belgische peilpraktijken uit 2010 toonde aan dat 75% van de patiënten met hartfalen zich bij diagnose in NYHA (New York Heart Association)-stadium 3 of 4 bevond.⁶

De OSCAR-studie onderzocht het voorkomen van hartfalen bij gekende patiënten in het EMD aan de hand van een gecodeerde diagnose of vrije tekst en kwam tot een prevalentie van 1,7%. Na een uitgebreide audit in het EMD, waarbij bij-

komend gezocht werd op risicofactoren, symptomen, klinische tekens en combinaties van hartfalenmedicatie, steeg de prevalentie naar 3,0% (+74%!).⁵ Deze audit is ondertussen geautomatiseerd en ingebouwd in CareConnect® (zie kader voor procedure).

De ESC-richtlijn beveelt aan om bij een vermoeden van hartfalen de waarschijnlijkheid van de diagnose in te schatten op basis van een voorgeschiedenis van ischemisch hartlijden, hypertensie, cardiotoxische medicatie, chronisch diureticegebruik of orthopnoe. Klinisch betekent dat de aanwezigheid van longcrepitaties, bilateraal enkeloedeem, hartgeruis, verhoogde centraal veneuze druk of een verplaatste ictus cordis. Een normaal ECG daarentegen maakt hartfalen veel minder waarschijnlijk.⁴

De aanwezigheid van minstens één van bovenstaande symptomen, klinische tekens of een abnormaal ECG vraagt om verdere diagnostische stappen. Vooral bij oudere patiënten of patiënten met comorbiditeiten is het klinisch beeld weinig specifiek.⁷

Hartfalen is een eindstadium bij patiënten die cardiovasculair belast zijn, dus het is belangrijk om hartfalen tijdig op te nemen in het diagnostisch landschap bij patiënten met een suggestieve voorgeschiedenis, ook als manifeste symptomen en klinische tekens ontbreken.⁸

Handleiding bij het uitvoeren van een uitgebreide audit hartfalen in CareConnect®

- › Statistiek module: mogelijke hartfalenpatiënten uitgebreid
 - › Resultaat: lijst van patiënten die cardiovasculair belast zijn en mogelijk hartfalen hebben.
- › Zet bij alle patiënten een melding in de planning 'Mogelijk hartfalen?'
 - › Zo ja, codeer diagnose hartfalen met status 'actief' (oranje bolletje)
 - › Zo nee, codeer hartfalen met status 'niet aanwezig' (wit bolletje)
- › Herhaal deze audit jaarlijks om uw hartfalenpopulatie up-to-date te houden.

2 Bepaal NT-proBNP bij de diagnose van hartfalen

Bij vermoeden van hartfalen is een recente echocardiografie een goed diagnostisch vertrekpunt om na te gaan of er functionele/structurele cardiale afwijkingen te zien zijn. Is geen recente echocardiografie beschikbaar, dan is bepaling in serum van NT-proBNP een hulpmiddel om te differentiëren tussen een cardiaal of ander probleem. Er is overtuigend bewijs dat natriuretische peptiden een nuttige marker zijn bij de diagnose van hartfalen, zeker voor de eerste lijn zonder directe toegang tot echocardiografie.^{4,9} Natriuretische peptiden maken dan ook deel uit van alle (internationale) diagnostische algoritmes.^{1,4} De test kost ongeveer 25 euro en is niet terugbetaald.

NT-proBNP is een goede uitsluiter (negatieve voorspellende waarde: 94-98%). Op basis van de huidige evidentie zijn aanvaardbare afkapwaarden 125 pg/ml bij patiënten <75 jaar en 400 pg/ml bij 75-plussers. Hou er rekening mee dat de waarde vals verhoogd is bij patiënten met een nierinsufficiëntie of voorkamerfibrillatie. Bij deze patiënten is het moeilijk om de waarde betrouwbaar te interpreteren. De waarde kan vals verlaagd zijn bij patiënten met obesitas. Verder hebben natriuretische peptiden een belangrijke prognostische waarde. Hoe hoger de waarde, hoe slechter de prognose voor de patiënt.^{1,4,9}

3 Verwijs elke patiënt met vermoeden van hartfalen (minstens) eenmaal voor een echocardiografie

Een verhoogd NT-proBNP is niet voldoende voor de diagnose van hartfalen (positief voorspellende waarde: 44-57%).⁴ Een echocardiografie is absoluut noodzakelijk om het onderscheid te maken tussen hartfalen met gedaalde (<40%) ejectiefractie (HFrEF), hartfalen met mid-range (40-50%) ejectiefractie (HFmrEF) en hartfalen met bewaarde (>50%) ejectiefractie (HFpEF). Het onderscheid tussen HFrEF en HFpEF is niet mogelijk op basis van het klinisch beeld.^{4,8} Een echocardiografie laat ook toe om de onderliggende oorzaak van het falende hart vast te stellen.

Maar zelfs na verwijzing blijft de diagnose hartfalen vaak onzeker.^{5,8} Cardiologen benoemen de diagnose hartfalen niet altijd expliciet (ook bij HFrEF-patiënten!) en de diagnose van HFpEF is ook voor hartspecialisten moeilijk.⁵ Kenmerken van HFpEF (ook als diastolisch hartfalen benoemd) op echocardiografie zijn: linker atrium dilatatie, linker ventrikel hypertrofie of een diastolische disfunctie (graad 2-3). Bij de ESC-richtlijn maken gestegen natriuretische peptiden integraal deel uit van de definitie van HFpEF en HFmrEF.⁴ Bij patiënten met HFpEF, waarbij er na echocardiografie twijfel over de diagnose blijft bestaan, kan bepaling van NT-proBNP helpen om meer diagnostische zekerheid te krijgen.¹⁰ Verder bevordert het stellen van gerichte klinische vragen aan de cardioloog de samenwerking.⁸

4 Registreer de gecodeerde diagnose in het EMD

Het fluctuerende karakter van hartfalen maakt dat het geen eenvoudige aandoening is om te behandelen. Patiënten kunnen bijvoorbeeld door een acute infectie decompenseren, maar vervolgens terug jarenlang stabiel zijn. Ze zijn echter wel 'at risk' om opnieuw te decompenseren.

Registratie van de diagnose in het EMD is dus erg belangrijk om alle betrokkenen alert te houden voor een mogelijke decompensatie. Een gecodeerde registratie verhoogt de kans op een snelle en adequate behandeling bij een nieuwe episode van hartfalen. Daarnaast is gecodeerde registratie ook belangrijk om medicatievoorschriften (zoals NSAID's) te vermijden die hartdecompensatie kunnen uitlokken.⁵

5 Leg patiënten uit wat hartfalen is en hoe ze zichzelf kunnen opvolgen

Huisartsen vinden het moeilijk om de diagnose hartfalen te benoemen. Artsen ervaren het als een zeer beladen term die de patiënt angst kan inboezemen.³ De hoeksteen van elk zorgprogramma over hartfalen is echter educatie, waarbij de patiënt uitleg krijgt over diagnose, behandeling, opvolging en alarmsymptomen.^{1,4}

Huisartsen kunnen aangeven dat het belangrijk is om regelmatig het lichaamsgewicht te meten en instructies geven welke aanpassingen patiënten moeten doen als hun gewicht meer dan 2 kg toeneemt. Daarnaast is het belangrijk om actief te vragen naar zoutgebruik, vochtinname en medicatie-inname, onder andere van de 'plaspilletjes'. Foutieve inname van geneesmiddelen is één van de belangrijkste risicofactoren om (opnieuw) in het ziekenhuis te belanden.¹¹

Bij HFpEF-patiënten is het bovenstaande voorlopig het enige wat huisartsen kunnen doen, naast goede controle van de cardiovasculaire risicofactoren.^{1,4}

Wat is bekend?

- › De prevalentie van hartfalen neemt toe.
- › Behandelen en opvolgen van patiënten met hartfalen leidt tot grote kosten voor de gezondheidszorg.
- › Nauwkeurige opvolging door de huisarts van patiënten met hartfalen leidt tot betere therapietrouw en minder ziekenhuisopnames.

Wat is nieuw?

- › Gericht opsporen van patiënten met hartfalen kan via een uitgebreide audit in het Elektronisch Medisch Dossier (EMD).
- › NT-proBNP (natriuretische peptiden) is een belangrijke diagnostische marker.

6 Drijf bij patiënten met gedaalde ejectiefractie RAAS-blokkers en β -blokkers op tot de optimale dosering

Bij patiënten met hartfalen en gedaalde ejectiefractie (HFrEF) is de behandeling met een ACE-inhibitor (of een sartaan bij intolerantie) en een β -blokker cruciaal. Maar slechts 34% van de patiënten bereikt de streefdosis bij RAAS-blokkers en 14% bij β -blokkers.⁵

Het opdrijven van deze medicatie tot de maximaal te verdragen dosis voorkomt ziekenhuisopnames en overlijden, zelfs bij patiënten die stabiel zijn onder een suboptimale dosis.^{1,4}

De optimale dosering is af te lezen uit de *tabellen 1, 2 en 3*. Drijf de medicatie traag op (start low, go slow), zo nodig in overleg met de behandelende cardioloog.

7 Controleer jaarlijks de ijzerstatus van patiënten met gedaalde of mid-range ejectiefractie

Een tekort aan ijzer komt vaak voor bij patiënten met hartfalen en heeft een negatieve impact op symptomen en ziekenhuisopnames.⁴ Een patiënt met ijzertekort heeft een hemoglobine tussen 9,5 en 13,5 mg/dl en een ferritine <100 μ g/L (of een ferritine 100-299 μ g/L én een transferrinesaturatie <20%).

Behandeling van het ijzertekort leidde tot een sterke verbetering van kwaliteit van leven en minder ziekenhuisopnames. IJzer dient intraveneus, via dagziekenhuis, toegediend te worden om het beoogde effect te bekomen.⁴

8 Verwijs patiënten met gedaalde ejectiefractie die onder tri-therapie nog steeds symptomatisch zijn

Als patiënten met gedaalde ejectiefractie (<35%) nog steeds symptomatisch zijn onder optimale therapie van RAAS-blokkade en β -blokker, kan een aldosterone-antagonist toegevoegd worden.

Bij uitblijven van symptoomcontrole onder tri-therapie kan opstart van een angiotensine receptor neprilysin inhibitor overwogen worden ter vervanging van de RAAS-blokkade.⁴ Verwijs patiënten hiervoor naar de cardioloog.

9 Plan een face-to-face contact binnen de week na ontslag uit het ziekenhuis

Nauwkeurige opvolging van patiënten die ontslagen worden, vermindert het risico op heropname en overlijden met 20%.¹² Patiënten worden vaak ontslagen met een aangepast diuretischeschema of nieuwe medicatie. Soms zijn ze nog niet helemaal stabiel.

Om snel te kunnen interveniëren bij eventuele medicatiefouten of vroege tekens van decompensatie is een huisbezoek of consult binnen de week na ontslag uit het ziekenhuis noodzakelijk.⁵

Tabel 1: Optimale dosering van sartanen bij patiënten met hartfalen.

Candesartan	Starten met 4 mg en verhogen tot maximaal 32 mg per dag in 1 dosis.
Losartan	Starten met 12,5 mg en verhogen tot maximaal 150 mg per dag in 1 dosis.
Valsartan	Starten met 80 mg in 1 dosis en verhogen tot maximaal 320 mg per dag in 2 doses.

Tabel 2: Optimale dosering van ACE-inhibitoren bij patiënten met hartfalen.

Captopril	Starten met 12,5 mg en verhogen tot maximaal 150 mg in 2-3 doses per dag.
Enalapril	Starten met 2,5 mg en verhogen tot maximaal 20 mg in 1-2 doses per dag.
Fosinopril	Starten met 10 mg en verhogen tot maximaal 40 mg per dag in 1 dosis.
Lisinopril	Starten met 2,5 mg en verhogen tot maximaal 20 mg per dag in 1 dosis.
Perindopril	Starten met 2 mg en verhogen tot maximaal 4 mg per dag in 1 dosis.
Quinapril	Starten met 2,5 mg en verhogen tot maximaal 40 mg per dag in 1-2 doses.
Ramipril	Starten met 1,25 mg en verhogen tot maximaal 10 mg in 2 doses.

Tabel 3: Optimale dosering van bètablokkers bij patiënten met hartfalen.

Bisoprolol	Starten met 1,25 mg en verhogen tot maximaal 10 mg per dag in 1 dosis.
Carvedilol	Starten met 6,25 mg in 2 doses per dag, 2 weken, nadien verhogen tot maximaal 50 mg in 2 doses per dag.
Metoprolol	Starten met 12,5 mg per dag en verhogen tot maximaal 200 mg per dag in 1 dosis.
Nebivolol	Starten met 1,25 mg per dag en verhogen tot maximaal 10 mg per dag in 1-2 doses.

10 Maak afspraken rond vroegtijdige zorgplanning

Huisartsen zijn veel meer vertrouwd met vroegtijdige zorgplanning bij een diagnose van kanker dan bij chronische aandoeningen zoals hartfalen en COPD.³ Nochtans is de prognose van hartfalen slechter dan de prognose van verschillende kankers.

Het eindstadium van hartfalen wordt gekenmerkt door een toename van ziekenhuisopnames. Duidelijke en tijdige communicatie met de patiënt over het te verwachten verloop en de eventuele keuze voor comforttherapie thuis leidden tot een verbetering van kwaliteit van leven bij 83% van de patiënten.¹³ Ook was een significante afname van medische consumptie merkbaar bij 71% van de patiënten.

Besluit

Hartfalen is een belangrijke en veelvoorkomende diagnose in de huisartsenpraktijk die vaak te weinig of te laat vastgesteld wordt. Een uitgebreide diagnostische audit in het EMD, er snel genoeg aan denken, natriuretische peptiden inzetten bij de diagnose en tijdig verwijzen voor een echocardiografie, zijn belangrijke aandachtspunten om het diagnostisch proces te verbeteren.

Eens de diagnose gesteld is, is gecodeerde registratie in het EMD cruciaal, naast patiënteneducatie. Bij patiënten met een gedaalde ejectiefraction moet de hartfalenmedicatie opgedreven worden tot de maximaal getolereerde dosis en moet jaarlijks de ijzerstatus gecontroleerd worden. Verwijzing is noodzakelijk indien zij symptomatisch blijven onder tri-therapie. Nauwe opvolging na ontslag uit het ziekenhuis heeft een grote impact, net zoals tijdig starten met vroegtijdige zorgplanning. ←

› Smeets M, Raat W, Vandenhoudt H, Vaes B. Zorg voor patiënten met hartfalen: tien basisregels. *Huisarts Nu* 2020;49:216-9.

Meer informatie

- ✓ www.hartfalenleuven.be: geaccrediteerde Power-Point van 30 minuten met de kernboodschappen bij hartfalenzorg.
- ✓ www.sofia.com: diverse e-learningmodules, waaronder een zesdelige interactieve e-learning over hartfalenmanagement.

Literatuur

- 1 Van Royen P, Boulanger S, Chevalier P, Dekeulenaer G, Goossens M, Koeck P, et al. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Chronisch hartfalen. *Huisarts Nu* 2011;40:158-86.
- 2 Smeets M, Zervas S, Leben H, Vermandere M, Janssens S, Mullens W, et al. General practitioners' perceptions about their role in current and future heart failure care: an exploratory qualitative study. *BMC Health Serv Res* 2019;19:432.
- 3 Smeets M, Van Roy S, Aertgeerts B, Vermandere M, Vaes B. Improving care for heart failure patients in primary care, GPs' perceptions: a qualitative evidence synthesis. *BMJ Open* 2016;6:e013459.
- 4 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur J Heart Fail* 2016.
- 5 Smeets M. Towards the implementation of a disease management program for heart failure patients in general practice (unpublished doctoral dissertation). Leuven: KU Leuven; 2018. https://limo.libis.be/primoxplore/fulldisplay?docid=LIRIAS2328631&context=L&vid=Lirias&search_scope=Lirias&tab=default_tab&lang=en_US&from_Sitemap=1 (laatst geraadpleegd in juni 2019).
- 6 Devroey D, Van Casteren V. The incidence and first-year mortality of heart failure in Belgium: a 2-year nationwide prospective registration. *Int J Clin Pract* 2010;64:330-5.
- 7 Smeets M, Degryse J, Aertgeerts B, Janssens S, Adriaensen W, Mathei C, et al. General practitioners' judgement of chronic heart failure in the oldest old: Insights from the BELFRAIL study. *Int J Cardiol* 2015;191:120-7.
- 8 Smeets M, De Witte P, Peters S, Aertgeerts B, Janssens S, Vaes B. Think-aloud study about the diagnosis of chronic heart failure in Belgian general practice. *BMJ Open* 2019;9:e025922.
- 9 Smeets M, Degryse J, Janssens S, Mathei C, Wallemacq P, Vanoverschelde JL, et al. Diagnostic rules and algorithms for the diagnosis of non-acute heart failure in patients 80 years of age and older: a diagnostic accuracy and validation study. *BMJ Open* 2016;6:e012888.
- 10 Toggweiler S, Borst O, Enseleit F, Hermann M, Ruschitzka F, Luscher TF, et al. NT-proBNP provides incremental prognostic information in cardiac outpatients with and without echocardiographic findings. *Clin Cardiol* 2011;34:183-8.
- 11 Michalsen A, Konig G, Thimme W. Preventable causative factors leading to hospital admission with decompensated heart failure. *Heart* 1998;80:437-41.
- 12 McAlister FA, Youngson E, Bakal JA, Kaul P, Ezekowitz J, van Walraven C. Impact of physician continuity on death or urgent readmission after discharge among patients with heart failure. *Cmaj* 2013;185:E681-9.
- 13 Richtlijn palliatieve zorg bij hartfalen. www.pallialine.nl