

Nationale Hartfalendag 2016, 30 september 2016, Hotel Theater Figi, Zeist

“HARTFALENZORG 2016 – EEN MULTIDISCIPLINAIRE BENADERING”

De Nationale Hartfalendag is een jaarlijks terugkerend event waar zowel cardiologen als hartfalenverpleegkundigen en verpleegkundig specialisten en andere zorgprofessionals samen komen om ontwikkelingen in de hartfalenzorg te bespreken. Dit jaar was specifieke aandacht voor de samenwerking tussen al die disciplines en het programma besloeg daarom onderwerpen variërend van diagnostiek middels beeldvorming of genetische techniek, tot palliatieve zorg. Uiteraard werd ook besproken hoe het zorgtraject het beste kan verlopen, inclusief de rol die telemonitoring kan spelen. De laatste ontwikkelingen op medicamenteus vlak kwamen aan de orde, evenals wat bereikt kan worden met voeding en beweegprogramma's. Mede dankzij de inzet van een digitale app was het een geslaagde, interactieve dag, vol uitwisseling van kennis en ervaring.

ONDERWERPEN

Korte Update Sessie

- **Telemonitoring** - Prof. dr. Folkert W. Asselbergs
- **HF Connect** - Petra van Pol
- **Palliatieve zorg bij hartfalen, nieuwe werkgroep**
- Dr. Carolien Lucas

Medicamenteuze therapie; casuïstiek en guidelines

- Prof. dr. Adriaan Voors

Beeldvorming en interpretatie

- Dr. Hans-Marc J. Siebelink

CRT device diagnostiek voor aritmieën en hartfalenmanagement - Dr. Alexander H. Maass

Cardiovasculaire genetica: cardiomyopathie

- Prof. dr. Folkert W. Asselbergs

Voeding, metabolisme en cachexie bij chronisch hartfalen - Dr. Erica Rutten

Beweegprogramma's bij hartfalen

- Nicole Uszko- Lencer

Wat zeggen de guidelines 2016 over hartfalen en co-morbiditeit - Prof. dr. Hans Peter Brunner-la Rocca



Rudolf de Boer (cardioloog, UMC Groningen) opende als voorzitter van de Werkgroep Hartfalen de Nationale Hartfalendag met de constatering dat 2016 een druk hartfalenjaar is, met name door het uitkomen van de nieuwe ESC richtlijnen, die nu op een goede manier geïmplementeerd moeten worden. Een IJslandse studie toonde recentelijk aan dat de prevalentie van hartfalen blijft stijgen, met voorspellingen voor ouderen (vanaf 70 jaar) tot wel drie keer zo hoog in 2060, ten opzichte van 2013. Er blijft dus genoeg te doen voor professionals in de hartfalenzorg.

Om dit in Nederland in goede banen te leiden wordt gewerkt aan het opzetten van een landelijke registratie van HF-patiënten. Ook krijgen de Connect HF programma's steeds meer vorm; in sommige regio's loopt dergelijke transmurale zorg al goed, terwijl deze in andere regio's in ontwikkeling is. Ook stipte De Boer aan dat internationaal HF Centres of Excellence worden opgezet, welke HFA/ESC-accreditatie kunnen krijgen. Mogelijk is dit op termijn ook een optie in Nederland. Verder benadrukte hij nogmaals het nut van de Nederlandse versie van de website HeartFailureMatters.org, een nuttige tool om patiënten hartfalen uit te leggen.

Voor het eerst werd op de Hartfalendag gebruik gemaakt van een digitale app die interactie met het publiek

Nationale Hartfaledag 2016, 30 september 2016, Hotel Theater Figi, Zeist

faciliteerde. Gedurende de dag werden hiermee regelmatig de meningen en ervaringen van de aanwezigen door de sprekers gepeild.

Korte Update Sessie

Telemonitoring

Prof. dr. Folkert W. Asselbergs - *cardioloog, Universitair Medisch Centrum Utrecht*

In deze sessie met korte updates sprak Folkert Asselbergs eerst over ontwikkelingen rondom telemonitoring. Asselbergs benutte de app direct voor een poll, waaruit bleek dat 34% van de aanwezigen telemonitoring al heeft gebruikt in de kliniek en 66% nog niet. Gevraagd naar de mening over (ongeacht ervaring), en de ervaring met telemonitoring, zag van de mensen met ervaring 32% invoering van telemonitoring als gunstig, en 28% niet. Van de mensen zonder ervaring stond 33% hier positief tegenover en verwachtte 7% geen gunstig effect. In de ESC 2016 richtlijn heeft gebruik van telemonitoring een IIb aanbeveling. Dit is gebaseerd op de CHAMPION-studie¹ en de IN-TIME-studie². Recent werden op het ESC congres de resultaten van de REM-HF gepresenteerd, waarin wekelijkse transmissie van CIED-data geen daling van mortaliteit en hospitalisatie voor hartfalen liet zien. Een verschil met de positievere CHAMPION- en IN-TIME-resultaten is dat in die studies ook ervaren functionaliteit (NYHA) in het eindpunt werd meegenomen. In Nederland is momenteel een wildgroei aan telemonitoringinitiatieven en er wordt een poging gedaan dit meer te coördineren (zie nvvc.nl/richtlijnen: Samenwerkingsafspraken en kwaliteitscriteria bij invoeren telebegeleiding hartfalen in Nederland). In samenspraak met diverse partijen worden afspraken gemaakt, als onderdeel van HF Connect. Belangrijk is dat telemonitoring een geïntegreerd onderdeel moet zijn van regionale transmurale afspraken.

HF Connect – Naadloze Hartfalenzorg

Petra van Pol – *cardioloog, Alrijne Ziekenhuis, Leiderdorp*

Met het Connect HF programma wordt gepoogd om zorg beter te coördineren, en kwaliteit te meten, daar conclusies uit te trekken en ernaar te handelen. In november 2015 is de [Landelijke Transmurale Afspraak](#) (LTA) gepubliceerd. Een groeiend aantal regio's heeft zich aangesloten, of is gestart met de voorbereidingen. Van de aanwezigen was 47% al actief in het maken van transmurale afspraken in het kader van Connect HF, en 53% nog niet.

Connect HF wil een platform zijn waar verschillende partijen van elkaar leren en succesvolle ervaringen kunnen kopiëren. Op NVVC Connect staat een [Toolkit Hartfalen](#) die als uitgangspunt kan dienen en voor de eigen regio kan worden aangepast. Er is een Individueel Zorgplan te downloaden: een boekje dat de patiënt kan invullen (o.a. Arabische vertaling wordt verwacht). De toekomstplannen van Connect HF omvatten implementatie van een registratie met een minimale dataset: om beter te weten wat we doen en of dit werkt. Hierin zullen maten voor kwaliteit van leven, het volgen van de richtlijnen en gegevens over mortaliteit en heropname worden vastgelegd.

Richtlijnwerkgroep Palliatieve zorg bij hartfalen

Dr. Carolien Lucas – *cardioloog, Alrijne Ziekenhuis, Leiderdorp*

In 2005 is de eerste richtlijn voor palliatieve zorg gepubliceerd, waarna een revisie volgde in 2010 (te vinden op Pallialine.nl/IKNL). Er is een nieuwe revisie op komst op initiatief van en onder supervisie van PAZORI (klankbordgroep)/IKNL (Integraal Kankercentrum Nederland). De reden dat er een nieuwe richtlijn voor hartfalen komt, is dat deze veel wordt gebruikt in de eerste lijn en er veel vraag naar is. Het sluit goed aan op LTA/Connect en wordt hier mogelijk onderdeel van. De richtlijn wordt ontwikkeld door een multidisciplinaire werkgroep. Het doel van de richtlijn is om een helder zorgplan te formuleren dat gelijkheid van zorg moet stimuleren, onnodige ziekenhuisopnamen moet verminderen, en de patiënt keuzes moet bieden zoals bijvoorbeeld thuis zorg krijgen of thuis sterven. Ook wordt gesproken over een getrainde 'case manager' voor de patiënt. Het beloop van hartfalen kan erg variabel zijn en er bestaan diverse definities van 'eindstadium hartfalen', maar een bepalende factor is dat therapie faalt. Zo zijn er meer vraagstukken waarop geen eenduidig antwoord te geven is; tijdens de eerste bijeenkomst van de werkgroep zijn knelpunten geformuleerd, zoals wat verstaan wordt onder palliatieve zorg, dat de levensverwachting vaak moeilijk in te schatten is, dat zorg onvoldoende georganiseerd is, dat er te weinig aandacht is voor advanced care planning, patiënten onvoldoende geïnformeerd zijn, het onduidelijk is welke medicatie in de laatste fase gestaakt kan/moet worden, en hoe om te gaan met depressie of angst. Hier zal de werkgroep zich in toekomstige bijeenkomsten over buigen. Een definitieve versie van de richtlijn wordt verwacht in december 2017.

Nationale Hartfaledag 2016, 30 september 2016, Hotel Theater Figi, Zeist

Medicamenteuze therapie – casuïstiek en guidelines

Prof. dr. Adriaan Voors – *cardioloog, Universitair Medisch Centrum Groningen*

Adriaan Voors zette de app in om zicht te krijgen in de denk- en handelwijze van de zaal in relatie tot een gepresenteerde casus. Verschillende diagnostische procedures werden overwogen voor een man van 64 jaar, zonder cardiovasculaire aandoeningen in de voorgeschiedenis, die presenteert met pijn op de borst (sinds een uur) en uitstraling naar beide armen en misselijkheid.

Na presentatie van testresultaten werd gestemd over logische vervolgstappen voor behandeling of verdere diagnostiek en over hoe te handelen bij latere follow-up van de patiënt. Met name in de vervolgstappen waren de meningen verdeeld over hoe te handelen.

Voors illustreerde aan de hand van deze casus dat ook de guidelines geen eenduidig advies geven. De ESC guidelines³ zijn geschreven op basis van de beschikbare data, zonder speculatie. Stroomdiagrammen geven de behandelopties in een bepaalde situatie duidelijk weer. Voors liet echter zien dat de kleine lettertjes nog andere opties beschrijven dan in de schema's worden weergegeven, bijvoorbeeld bij de keuze tussen ivabradine geven of overgaan op behandeling met het nieuwe sacubitril-valsartan. Het schema raadt ivabradine aan bij sinusritme en hartslag ≥ 70 bpm en als hier geen sprake van is (noch QRS ≥ 130 msec) en patiënt ACE-i (of ARB) kan verdragen, om ACE-i te vervangen door de ARNI sacubitril-valsartan³. In de begeleidende tekst staan meer criteria, onder andere natriuretisch peptideniveau en of de patiënt in de afgelopen 12 maanden opgenomen is geweest voor hartfalen. Zo kan de behandelstrategie op basis van het schema afwijken wanneer naar meer specifieke patiënteigenschappen wordt gekeken. Bij gebruik van nieuwe middelen is het daarom verstandig om de inclusiecriteria van de studie op basis waarvan de aanbevelingen zijn geformuleerd, bij de behandelkeuze te betrekken. Voors raadt aan om nieuwe middelen in eerste instantie alleen in de patiëntenpopulatie die is bestudeerd in de klinische trial te gebruiken, om op die manier het middel goed te leren kennen.

Een ander voorbeeld waarmee Voors illustreerde dat het niet altijd eenvoudig is om de richtlijnen netjes toe te passen, is implantatie van een Cardioverter Defibrillator (ICD). De ESC richtlijn beveelt dit aan voor patiënten met symptomatische HF en een LVEF $\leq 35\%$ ondanks minimaal 3 maanden optimale medische therapie en die ischemische hartziekte of cardiomyopathie hebben. Tegen de verwachting in liet de DANISH studie onlangs echter zien dat een ICD niet nuttig was. De richtlijnen zijn dus mogelijk na publicatie meteen op bepaalde punten verouderd.

Beeldvorming en interpretatie

Dr. Hans-Marc J. Siebelink – *cardioloog, LUMC, Leiden*

Hans-Marc Siebelink schetste wanneer welke beeldvormingstechnieken in te zetten zijn en wat ze aan informatie kunnen opleveren. Aan de hand van het Connect HF traject in Leiden liet hij zien dat beeldvorming al in de eerste lijn een rol speelt, namelijk echografie op de polikliniek cardiologie. In het gehele zorgtraject duiken beeldvormingstechnieken regelmatig op, in eerste instantie voor screening op aan- of afwezigheid van hartfalen, en later in het traject voor diagnose in de tweede lijn, voor keuze voor en monitoring van het effect van behandeling, en voor inzicht in de prognose.

Beeldvormingstechnieken kunnen een rol spelen in het achterhalen van de oorzaak van hartfalen. Dit lukt mogelijk niet altijd direct, maar wanneer duidelijkheid bestaat over de onderliggende oorzaak, kan dit gevolgen hebben voor behandelkeuzes, en soms gevolgen hebben voor de prognose.

Aan de hand van casuïstiek werd duidelijk hoe met MRI een transmuraal infarct werd gedetecteerd, waarbij veel weefsel was afgestorven, op grond waarvan kon worden besloten dat revascularisatie weinig zin had en voor PCI en stentplaatjes werd gekozen als behandeling. Met echografie en Doppler kon met 3D-techniek bij een vrouw met kleplijden worden vastgesteld waar het lek zat. Dit vergemakkelijkt de communicatie met de chirurg die de mitraalklepreparatie uitvoert. Ook toonde hij hoe verschillende cardiomyopathieën konden worden herkend met behulp van verschillende beeldvormingstechnieken.

CRT device diagnostiek voor aritmieën en hartfalenmanagement

Dr. Alexander H. Maass – *cardioloog, Universitair Medisch Centrum Groningen*

In de ESC 2016 richtlijnen wordt cardiale resynchronisatietherapie (CRT) aanbevolen in verschillende categorieën van symptomatische hartfalenpatiënten. De reactie op CRT blijkt erg te variëren, inclusief zogenaamde 'super-responders', zoals vaker vrouwen, patiënten met non-ischemisch hartfalen, met linker bundeltak blok (LBTB), met een breed QRS-complex of met behouden contractiele reserve (NYHA klasse I-II). Non-responders kunnen mensen met ischemisch hartfalen zijn, met non-LBTB of een QRS ≤ 150 (130) ms. Andere verklaringen kunnen liggen in atriumfibrilleren, of slechte programmering van het CRT-D⁴.

Nationale Hartfalendag 2016, 30 september 2016, Hotel Theater Figi, Zeist

Daar ging Maass verder op in; met goed instellen kan een goede diastolische vulling van de linkerkamer worden bewerkstelligd. Bij optimale instelling is er meer tijd om zowel passief als actief te vullen. Maass gaf voorbeeldsituaties wanneer het CRT-D niet goed was geprogrammeerd, bijvoorbeeld in een super-responder die subjectief geen verbetering bemerkte.

Verder liet hij zien dat percentage pacing niet betrouwbaar is in patiënten met atriumfibrilleren. Het opsporen van atriumfibrilleren is belangrijk omdat dit bepaalt of een patiënt antistolling moet ontvangen om het beroertisico te beperken. Bovendien hebben hartfalen en atriumfibrilleren een wederzijdse negatieve invloed op het klinisch beloop.

Een cardiacompass geeft inzicht in verschillende maten voor activiteit (AT/AF in uren per dag, V.rate tijdens AT/AF, % pacing/dag, gemiddelde V. rate en patiëntactiviteit). Maass vindt dat het goed zou zijn als de hartfalenarts dit ook vaak onder ogen zou krijgen, omdat dit inzicht kan geven in bijvoorbeeld verminderde compliance en activiteit van de patiënt. Deze informatie kan worden meegenomen in een gesprek met de patiënt.

Hij waarschuwde dat een vochtalarm tot meer hospitalisaties leidt, mogelijk 'voor de zekerheid', maar niet altijd tot een betere uitkomst voor de patiënt.

In een studie waarin non-responders op CRT nauwkeurig werden gevolgd, bleek in ongeveer 47% suboptimale AV-timing de reden van non-respons te zijn, gevolg door aritmie (~32%), anemie (~30%), een suboptimale LV-leadpositie (~22%), <90% biventriculaire pacing (~24%), suboptimale medische therapie (~22%), persisterende mechanische dyssynchronie (~18%), onderliggend smal QRS (~9%) en compliance issues (~8%). Dit roept de vraag op of alle CRT-patiënten via remote monitoring moeten worden gevolgd. De IN-TIME studie liet betere overleving zien met telemonitoring. Maass vindt telemonitoring bij CRT-patiënten het overwegen waard, maar alleen wanneer een belangrijke rol wordt toebedeeld aan de hartfalenpolikliniek; er is meerwaarde als niet alleen de technicus ernaar kijkt.

Cardiovasculaire genetica – cardiomyopathie

Prof. dr. Folkert W. Asselbergs – *cardioloog, Universitair Medisch Centrum Utrecht*

Folkert Asselbergs brak een lans voor genetisch onderzoek, wanneer andere diagnostische technieken niet tot een antwoord leiden. Gedilateerde cardiomyopathie (DCM) is in ongeveer 70% van de gevallen het gevolg van coronaire hartziekte, en in 30% van een van de opties in een lange lijst van mogelijke andere oorzaken. Idiopathische DCM blijkt in 30-50% een familiale oor-

sprong te hebben, en sporadisch te zijn in 50-70%.

Bij het afnemen van de familieanamnese is het belangrijk gestructureerd te werk te gaan, dit vergt meer werk dan gewoon vragen of familieleden problemen hebben. Het is lang niet altijd meteen duidelijk dat een erfelijke component een rol speelt. Wanneer het erg onduidelijk is wat er aan de hand is, bijvoorbeeld bij een jonge patiënt zonder voorgeschiedenis, kan echo/ECG in eerstegraads familieleden extra inzichten opleveren. Het blijkt nog geen standaardpraktijk om bij een patiënt met idiopathische DCM alle eerstegraadsfamilieleden met echo/ECG te onderzoeken: 59% van de respondenten in de zaal doet dit niet.

Vroeger werd genetische analyse gedaan met Sanger sequencing, waarbij gericht de nucleotidenvolgorde van een specifiek gen werd bestudeerd, op basis van klinische verschijnselen. Tegenwoordig wordt 'next generation sequencing' ingezet, waarbij ofwel het hele genoom kan worden geanalyseerd, ofwel alle exonen (eiwit-coderende sequenties), of een panel van kandidaatgenen. Met deze 'massively parallel sequencing'-technieken kan in korte tijd ontzettend veel data worden gegenereerd. De uitdaging zit in de interpretatie: is een gevonden variant of mutatie relevant? Bij dergelijke grote datasets is er een risico dat toevallige bevindingen onnodig onrust veroorzaken. Die kans kan beperkt worden door gebruikmaking van genpanels die alleen varianten bestuderen die in verband zijn gebracht met bepaalde klinische symptomen.

Het moet gezegd dat de patiënt zelf niet altijd baat heeft bij een genetische diagnose. In dit stadium kan met name de familie profijt hebben van dergelijke informatie, te denken valt aan periodieke controle van kinderen. Ook zijn gevallen bekend waarbij *post-mortem* een mutatie in het *LMNA* gen is vastgesteld, als oorzaak van lamine A/C cardiomyopathie. Dit leidt vaak tot plotse hartdood. Als familieleden bij screening ook drager van de mutatie in het *LMNA*-gen blijken te zijn, kan een vroegere implantatie van een ICD in familieleden worden overwogen.

Na de lunchpauze presenteerde Nicole Uszko-Lencer een casus, aan de hand waarvan de laatste drie presentaties werden gegeven over respectievelijk voeding, metabolisme en cachexie, beweegprogramma's en comorbiditeiten bij hartfalen. Het betrof een patiënt van 73 jaar die uiteindelijk de diagnose hartfalen bij ischemische CMP kreeg.

Nationale Hartfaledag 2016, 30 september 2016, Hotel Theater Figi, Zeist

Voeding, metabolisme en cachexie bij chronisch hartfalen

Dr. Erica Rutten – *FoodCon, Kinrooi, België*

Onder meer hypertensie en diabetes zijn risicofactoren voor hartfalen, maar opvallend genoeg wordt er in de NHG standaard niets gezegd over zoutreductie of het belang van gezonde voeding. Veel andere risicofactoren zijn ook leefstijl gerelateerd. Het is onduidelijk of obesitas en cachexie rechtstreekse oorzaken kunnen zijn van hartfalen, of dat het secundaire uitkomsten zijn.

Over de diagnostische criteria voor cachexie is veel discussie, maar een punt dat alle definities gemeen hebben is een onderliggende ziekte en spierzwakte. Er is ook discussie over of iemand aan meerdere criteria moet voldoen, of dat chronisch en onvrijwillig gewichtsverlies genoeg is om cachexie vast te stellen. Het is belangrijk onderscheid te maken tussen cachexie en sarcopenie (verlies van spiermassa). Sarcopenie kan ook in combinatie met obesitas voorkomen.

Er is nog geen effectieve behandeling voor cachexie bij hartfalen. Mogelijk heeft lichaamsbeweging een gunstig effect, wellicht in combinatie met andere interventies, bijvoorbeeld specifieke voeding, medicatie of anabole hormonen.

De obesitasparadox refereert aan de observatie dat hartfalenpatiënten met een hoog BMI betere overleving laten zien dan cachectische patiënten. Cachexie moet daarom worden voorkomen, en bij matig hartfalen raadt de NHG standaard aan om obesitas te behandelen. Vaak is sprake van relatieve voedingsarmoede, waarbij mensen te weinig nutriënten innemen. De STABILITY studie bestudeerde het volgen van een Mediterraan dieet (veel volkoren graan, groenten, peulvruchten, fruit, vis en minder vlees) of een Westers dieet in patiënten met chronisch hartfalen, gedurende bijna 4 jaar follow-up. Patiënten die zich meer aan het Mediterrane dieet hielden, maakten minder CV events door. Het in verschillende gradaties volgen van een Westers voedingspatroon had geen effect op CV events.⁵ Van visvetzuren (PUFA) is een gunstig effect geobserveerd, alleen moesten 56 patiënten gedurende 3,9 jaar een visolie-supplement nemen om 1 sterfgeval te voorkomen. Om een CV event of een sterftegeval te voorkomen moesten 44 patiënten visolie nemen⁶.

De NHG standaard raadt aan om dagelijks het lichaamsgevoel te meten. Bij toename van 2 kg of meer in drie dagen mag de dosis diureticum door de patiënt zelf verhoogd worden. Om oedeem te voorkomen is het ook relevant om minder zout te eten, in combinatie met een maximale inname van 1,5 liter vocht per dag. Deze combinatie gaf na 12 weken een verbetering van symptomen en vermindering van oedeem⁷.

Samenvattend vormt gezonde voeding (en voldoende beweging) de basis voor zowel obesitas, cachexie als sarcopenie.

Beweegprogramma's bij hartfalen

Nicole Uszko-Lencer – *cardioloog, Maastricht Universitair Medisch Centrum*

Nicole Uszko-Lencer stelde het publiek de vraag of de besproken, stabiele patiënt (NYHA II) aangemeld zou moeten worden voor revalidatie. In de eerste editie van Braunwald's 'Heart Disease: a textbook of cardiovascular medicine' werden verminderde kamerfunctie, kamervergroting en hartfalen als relatieve contra-indicatie voor fysieke training gezien. De multidisciplinaire richtlijn hartfalen uit 2011 stelt dat het sterk is aan te bevelen om patiënten met hartfalen klasse NYHA II-III die optimaal zijn ingesteld met medicatie, fysieke training te geven. De ESC 2016 richtlijnen geven een 1A aanbeveling voor aerobe lichaamsbeweging, ter verbetering van functionele capaciteit en symptomen, en ter verlaging van het risico op ziekenhuisopname. Tevens wordt aanbevolen dat patiënten meedoen aan een multidisciplinair zorgprogramma³. Lichaamsbewegingstraining heeft allerlei gunstige effecten, maar revalidatie behelst meer dan dat. De zorgvraag van de patiënt is ook breder; het verbeteren van de integrale gezondheidstoestand van de patiënt is vaak op te delen in subdoelen, die elkaar beïnvloeden. Naast het optimaliseren van de fysieke toestand verdient ook het optimaliseren van de adaptatie aan de fysieke toestand aandacht.

Ten aanzien van de vraag wie voor revalidatie in aanmerking komt, moet de haalbaarheid worden overwogen: bij veel orthopedische problemen kan dit uitdagend blijken. Er zijn veel verschillende clusters patiënten te onderscheiden, met verschillende doelstellingen en successen, maar ruim 90% van de patiënten bleek in een uitgebreid revalidatietraject te verbeteren met minstens één klinisch relevant verschil op minstens één van een serie uitkomstparameters (inclusief o.a. functionele maten en tevredenheid).

87% van het publiek vond dat hartfalenpatiënten niet in reguliere hartrevalidatieprogramma's mee kunnen doen. Uszko-Lencer is het hiermee eens, omdat hartfalenpatiënten met een chronische conditie te maken hebben, in tegenstelling tot andere hartpatiënten die vaak kampen met een conditie van voorbijgaande aard. Het revalidatieprogramma in Maastricht is bovendien een stuk uitgebreider dan reguliere hartrevalidatie: ze bieden 40 keer 3 uur, in plaats van 12 keer 1 uur. Momenteel wordt onderzocht of zo'n uitgebreid programma echt nodig is. Uszko-Lencer vermoedt dat een combinatie van aerobe en krachttraining het beste resultaat geeft.

Speciale patiëntengroepen behoeven mogelijk nog extra aandacht en zorg; zo kan gedacht worden aan ventilatie tijdens inspanning, en is neuromusculaire elektrostimulatie effectief gebleken bij hartfalen.

Nationale Hartfalendag 2016, 30 september 2016, Hotel Theater Figi, Zeist

Wat zeggen de guidelines 2016 over hartfalen en co-morbiditeit

Prof. dr. Hans Peter Brunner-la Rocca – *cardioloog, Maas-tricht Universitair Medisch Centrum*

Comorbiditeiten zijn prevalent bij hartfalenpatiënten, en ze hebben een nadelige invloed op symptomen en de kwaliteit van leven. Dit maakt het belangrijk ze te bespreken. In het MUMC+ is een speciale polikliniek ingericht om comorbiditeiten goed in kaart te brengen en te behandelen. Zowel cardiale als niet-cardiale comorbiditeiten worden meegenomen in dit proces. Ook niet-CV-gerelateerde zaken kunnen bijdragen aan klachten, en ook blijkt de respons op therapie lager te zijn wanneer sprake is van minstens vier comorbiditeiten. Comorbiditeiten verslechteren ook de prognose.

Hoewel veel mensen in het veld onder de indruk waren dat de ESC 2016 richtlijnen voor het eerst een aparte sectie aan comorbiditeiten wijden, kon Brunner-la Rocca melden dat ze al sinds 2012 een eigen hoofdstuk hebben. In de ESC guidelines worden 7 redenen genoemd waarom het belangrijk is om aandacht te besteden aan comorbiditeiten. Als eerste kunnen ze het diagnostisch proces bemoeilijken, verder kunnen ze HF symptomen verergeren, bijdragen aan de ziektelast (ziekenhuisopnames en sterfte), ze kunnen het gebruik van behandeling beïnvloeden, er is minder bewijs voor het effect van behandeling in de context van comorbiditeiten (vaak exclusiecriteria), middelen om comorbiditeiten te behandelen kunnen hartfalen verslechteren, en er kunnen interacties optreden tussen verschillende geneesmiddelen.

Over het algemeen is het verstandig de aanbevelingen van de desbetreffende ziekte te volgen, waarbij rekening gehouden moet worden met de effecten bij hartfalen (met gereduceerd LVEF). Mogelijk is een aanpassing van de dosering noodzakelijk in geval van nierfunctiestoornissen, en kan behandeling van hypo- en hyperkaliëmie nodig zijn. Behandeling van ijzergebrek en diabetes hebben bijzondere betekenis voor de uitkomst van hartfalen.

De aandacht voor behandeling van comorbiditeiten is aan het toenemen, maar er blijven nog veel openstaande vragen over de beste behandeling van combinaties van comorbiditeiten. Ook is er weinig prospectief getest op dit vlak.

Referenties

1. Abraham *et al.*, Lancet. 2011;377:658-66.
2. Hindricks *et al.*, Lancet. 2014;384:583-90
3. Ponikowski *et al.*, Eur J Heart Fail. 2016;18:891-975
4. Mullent *et al.*, J Am Coll Cardiol. 2009;53:765-73
5. Stewart *et al.*, Eur Heart J. 2016;37:1993-2001
6. Tavazzi *et al.*, Lancet. 2008;372:1223-30
7. Philipson *et al.*, Eur J Heart Fail. 2013;15:1304-10



MEDCON
INTERNATIONAL

© 2016 MEDCON International

Deze Meeting Impression is ontwikkeld en uitgegeven door MEDCON International (uitgever) namens CVGK. Het educatieve programma is ontwikkeld onder auspiciën van de Werkgroep Hartfalen. De Nationale Hartfalendag 2016 is georganiseerd door MEDCON International namens CVGK.

Meningen in dit verslag komen volledig voor rekening van de sprekers en zijn niet noodzakelijk die van de uitgever.

Voor meer informatie, video's met de sprekers en presentaties, bezoek CVGK.nl