

Grotere rol cardioloog in de nieuwe NHG-Standaard Hartfalen

Marjolein Dieleman, Tjerk Wiersma, Alma van de Pol

In de vorige versie van de NHG-Standaard Hartfalen was het uitgangspunt dat de huisarts de diagnostiek en behandeling van hartfalen met goede instructies vrijwel geheel zelf kan uitvoeren. In de praktijk bleken veel huisartsen hun patiënten met hartfalen echter vaak te verwijzen naar de cardioloog. De herziene NHG-Standaard Hartfalen geeft de cardioloog daarom een grotere rol bij de diagnostiek en het instellen van de medicatie. We bespreken de belangrijkste vernieuwingen in de standaard.

De indeling van hartfalen is in overeenstemming gebracht met de internationaal gehanteerde terminologie. Daarbij is de oude onderverdeling in systolisch en diastolisch hartfalen vervangen door een indeling die is gebaseerd op de echografisch geschatte linkerventrieklejectiefractie (LVEF). Hartfalen wordt voortaan onderscheiden in de volgende typen:

- HFpEF: hartfalen met behouden (preserved) LVEF (LVEF $\geq 50\%$)
- HFmrEF: hartfalen met midrange LVEF (LVEF 40-49%)
- HFrEF: hartfalen met gereduceerde (reduced) LVEF (LVEF $< 40\%$)

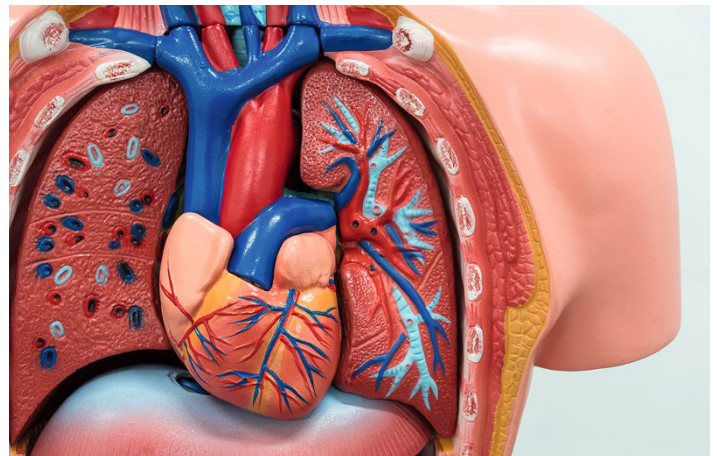
Het medicamenteus beleid wordt bepaald op basis van het type hartfalen en is voor HFrEF en HFmrEF hetzelfde.

LAAGDREMPELIG AAN HARTFALEN DENKEN

Uit onderzoek blijkt dat hartfalen vaak niet wordt onderkend. Reden is dat de klachten – vooral verminderd inspanningsvermogen, vermoeidheid en dyspneu – aspecifiek zijn en ook veel andere oorzaken kunnen hebben (zoals COPD). De standaard benadrukt dat de huisarts in het bijzonder bij ouderen met deze klachten laagdrempelig aan hartfalen moet denken en een BNP- of NT-pro-BNP-bepaling en een ecg moet aanvragen. Dat geldt vooral voor patiënten met risicofactoren zoals een doorgemaakt myocardinfarct, diabetes mellitus type 2 (DM2), atriumfibrilleren of hypertensie.

AFKAPWAARDEN BNP EN NT-PRO-BNP ONGEWIJZIGD

De werkgroep keek opnieuw naar de testeigenschappen van de BNP- en NT-pro-BNP-bepaling. Uit het beschikbare onderzoek blijkt duidelijk dat de sensitiviteit van beide bepalingen afneemt en de specificiteit toeneemt naarmate men het afkappunt hoger legt en dat parallel daaraan de positief voorspellende waarde (PVW) toeneemt en de negatief voorspellende waarde (NVW) afneemt. Bij een priorkans van 30% op hartfalen, hetgeen een redelijke schatting is van de kans dat



Denk bij ouderen met aspecifieke klachten, zoals een verminderd inspanningsvermogen, vermoeidheid en dyspneu, aan hartfalen.

Foto: Shutterstock

het hartfalen betreft op basis van klachten, bedraagt de NVW van BNP $< 30\text{-}80$ pg/ml of NT-pro-BNP $< 125\text{-}200$ pg/ml circa 95%. Een duidelijk verschil in voorspellende waarde tussen BNP-bepaling en NT-pro-BNP-bepaling komt uit de onderzoeken niet naar voren.

De werkgroep hechtte vooral veel belang aan een hoge NVW, zodat hartfalen niet vaak wordt gemist. Daarom is ervoor gekozen de lage afkappunten uit de vorige versie van de standaard te handhaven: 35 pg/ml voor het BNP en 125 pg/ml voor het NT-pro-BNP.

De kans dat het bij een waarde boven deze afkappunten daadwerkelijk om hartfalen gaat, bedraagt hooguit 40%. Dit betekent dat een vermoeden van hartfalen op basis van een verhoogd BNP of NT-pro-BNP doorgaans bevestiging behoeft met echocardiografie. Daarmee kan ook het type hartfalen worden vastgesteld, hetgeen van belang is voor de behandeling. Verder zijn de afkapwaarden voor BNP en NT-pro-BNP bij acuut hartfalen vervallen, omdat de patiënt dan meteen moet worden ingestuurd en er voor deze bepalingen geen tijd is.

BESLISREGELS NIET BRUIKBAAR

Verminderd inspanningsvermogen, vermoeidheid en benauwdheidsklachten kunnen behalve door hartfalen ook door andere aandoeningen worden veroorzaakt. Daarom deed zich de vraag voor of er een beslisregel kan worden gebruikt om een vermoeden van hartfalen waarschijnlijker te maken. In de literatuur bleken vooral beslisregels voorhanden waarvan de BNP- of NT-pro-BNP-bepaling deel uitmaakte. Deze regels presteerden niet duidelijk beter dan de BNP- of NT-pro-BNP-bepaling alleen. In enkele regels kon de bepaling in welomschreven gevallen worden overgeslagen. Het betrof dan vooral patiënten met een myocardinfarct in de voorgeschiedenis. De werkgroep concludeerde daarom dat het gebruik van een be-

slisregel geen toegevoegde waarde heeft. Het heeft de voorkeur het beleid eenvoudig te houden en bij iedereen bij wie een vermoeden van hartfalen bestaat, een BNP- of NT-pro-BNP-bepaling alsmede een ecg aan te vragen.

VERDERE DIAGNOSTIEK

In principe verwijst de huisarts een patiënt met een verhoogd (NT-pro-)BNP en/of afwijkend ecg voor nadere diagnostiek naar de cardioloog. In overleg met de patiënt kan de huisarts ook besluiten om niet te verwijzen naar de tweede lijn. Reden hiervoor kan bijvoorbeeld comorbiditeit of kwetsbaarheid zijn, waarbij het wenselijk is de zorg zo gecentraliseerd en gecoördineerd mogelijk te leveren.

De cardioloog stelt met behulp van echografie vast welk type hartfalen het betreft en doet onderzoek naar de oorzaak.

Daarnaast start de cardioloog de medicatie, waarbij anders dan bij hypertensie bij het voorschrijven van RAS-remmers en bètablokkers niet wordt getitreerd op de waarde van de bloeddruk, maar wordt gestreefd naar de hoogste dosering die de patiënt zonder bijwerkingen verdraagt. Nadat de patiënt is ingesteld en stabiel is, volgt terugverwijzing naar de huisarts.

MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

De kern van de behandeling van HFrEF is ongewijzigd en bestaat uit het geleidelijk ophogen van een RAS-remmer, bètablokker en eventueel een aldosteronantagonist tot de maximale dosering die de patiënt verdraagt. Daarnaast wordt een lisdiureticum gebruikt bij tekenen van overvulling, en wordt gezocht naar de laagst mogelijke onderhoudsdosering. Bij patiënten met HFpEF is het beleid gericht op optimale behandeling van comorbiditeit volgens de betreffende NHG-Standaarden (bijvoorbeeld CVRM of Atriumfibrilleren). Daarnaast is lisdiureticum geïndiceerd in perioden van overvulling. Toch zijn er enkele veranderingen.

Geen angiotensinereceptorblokker naast ACE-remmer

Het is niet langer een optie om een angiotensinereceptorblokker (ARB) toe te voegen in plaats van een aldosteronantagonist bij mensen die klachten houden ondanks gebruik van een ACE-remmer, bètablokker en lisdiureticum. Gecombineerd gebruik van een ARB en een ACE-remmer geeft veel vaker bijwerkingen.

SGLT-2-remmer nieuwe optie voor DM2-patiënten

SGLT-2-remmers zijn relatief nieuwe geneesmiddelen voor de behandeling van DM2. Uit cardiovasculaire veiligheidsonderzoeken met deze middelen blijkt dat hun gebruik leidt tot minder hart- en vaatziekten en dat ze vooral leiden tot minder voorkomen van hartfalen en exacerbaties daarvan. Dit is vooral onderzocht bij mensen met DM2, maar er is inmiddels ook onderzoek met dapagliflozine verricht bij mensen die alleen hartfalen hebben, met gelijksoortige resultaten. Dit middel is naar aanleiding daarvan sinds oktober 2020 geregistreerd voor de behandeling van HFrEF.

De herziene standaard geeft de start van een SGLT2-remmer

als optie voor mensen met hartfalen die ook DM2 hebben. De NHG-Standaard Hartfalen is daarmee welwillender ten aanzien van SGLT2-remmers dan de NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2, maar deze standaard wordt momenteel op dit punt herzien. De verwachting is dat deze middelen bij patiënten met diabetes en een hoog risico op hart- en vaatziekten eveneens een prominentere positie in het medicamenteuze stappenplan krijgen.

De NHG-Standaard Hartfalen bevat nog geen aanbevelingen voor de inzet van SGLT2-remmers, in het bijzonder dapagliflozine, voor patiënten met hartfalen zonder diabetes. De werkgroep achtte de toegevoegde waarde van SGLT-2-remmers ten opzichte van de gebruikelijke medicatie voor hartfalen daartoe nog onvoldoende goed uitgekristalliseerd.

Thiazidediuretica en digoxine niet langer aanbevolen

In de oude versie van de standaard was het voorschrijven van een thiazidediureticum nog een optie, hoewel ook daarin de voorkeur al uitging naar een lisdiureticum. Daarnaast kon digoxine aan de medicatie worden toegevoegd bij patiënten met aanhoudende klachten ondanks gebruik van diuretica, een RAS-remmer, een bètablokker en een aldosteronantagonist of bij een sinusritme. Beide opties zijn vervallen vanwege twijfel over de toegevoegde waarde en het veelvuldig optreden van bijwerkingen.

SAMENWERKING

Het is belangrijk dat op ieder moment duidelijk is wie de hoofdbehandelaar is. De cardioloog is in principe de hoofdbehandelaar bij het instellen van medicatie. De huisarts heeft de regie na terugverwijzing van:

- patiënten die stabiel en optimaal zijn behandeld
- patiënten in de terminale levensfase

Terugverwijzing moet plaatsvinden met een duidelijke overdracht waarin diagnose, behandeladvies en vervolgbeleid worden beschreven. Er kunnen eventueel regionale afspraken worden gemaakt over gedeelde zorg of over welke patiënten worden terugverwezen naar de huisarts. ■

Raadpleeg de volledige versie van de NHG-Standaard Hartfalen op <https://richtlijnen.nhg.org>.

Wiersma Tj, Dieleman AJM, Van de Pol AC, namens de NHG-werkgroep Hartfalen. Grotere rol cardioloog in de nieuwe NHG-Standaard Hartfalen. Huisarts Wet 2021;DOI:10.1007/s12445-021-1103-5. NHG, afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, Utrecht: dr. A.J.M. Dieleman, wetenschappelijk medewerker en huisarts; dr. Tj. Wiersma, senior wetenschappelijk medewerker en huisarts, t.wiersma@nhg.org; dr. A.C. van de Pol, wetenschappelijk medewerker en huisarts. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

De NHG-Werkgroep bestond uit (alfabetische volgorde): De Boer RA, Dieleman-Bij de Vaate AJM, Van den Donk M, Isfordink LM, Lambermon HMM, Oud M, Van de Pol AC, Rutten FH, Schaafstra A, Strijbis AM, Valk MJM, Wiersma TJ.