

Afwijkende spirometrie bij hartfalen

WAT IS HET PROBLEEM?

Wanneer oudere (ex-)rokers kortademigheid bij inspanning aangeven, is het een logische stap om spirometrie te laten verrichten. Bij oudere rokers kan de kortademigheid echter, behalve door COPD, ook door een andere aandoening veroorzaakt worden, zoals hartfalen. Hoe moet je omgaan met een spirometrie-uitslag die obstructie laat zien en hoe weet je zeker dat COPD de oorzaak is van de klachten?

WAT MOET IK WETEN?

Het onderscheid tussen COPD en hartfalen kan lastig zijn. Deze aandoeningen komen veel voor bij ouderen die roken of gerookt hebben en er is ook overlap; zij delen dezelfde risicofactoren en klinische presentatie. Dat ook het aanvullend onderzoek tot een onjuiste conclusie kan leiden is minder bekend. Als spirometrie een obstructief beeld laat zien, kan men namelijk voorbarig besluiten dat de patiënt (alleen) COPD heeft en hier beleid en behandeling op richten.

Obstructieve longfunctie-afwijkingen komen echter ook bij hartfalen zeer frequent voor, vooral bij acuut en ernstig chronisch hartfalen en soms zijn deze spirometrische afwijkingen reversibel, na behandeling van het hartfalen.

Onderzoek laat zien dat obstructieve longfunctie-afwijkingen frequent voorkomen bij patiënten die zijn opgenomen met acuut hartfalen. De bekendste klinische uiting hiervan is het astma cardiale. Spirometrie verbeterde bij behandeling van het hartfalen. In een ander onderzoek konden obstructieve spirometrische afwijkingen opgewekt worden door patiënten met hartfalen een infuus met fysiologisch zout toe te dienen. Longvaatbedovervulling ligt dus waarschijnlijk ten grondslag aan dit fenomeen.

De prevalentie van hartfalen stijgt sterk met de leeftijd, van 0,8% tussen de 55 en 64 jaar via 3% tussen de 65 en 74 jaar en 10% tussen de 75 en 84 jaar, naar 20% voor mensen van 85 jaar en ouder. Hartfalen komt voor bij 27% van de mensen boven de 65 jaar met COPD. Dit is ongeveer driemaal zo vaak als men op grond van leeftijd alleen zou verwachten. Andersom zijn de gerapporteerde prevalenties van COPD bij patiënten met hartfalen 20 tot 30%. Deze cijfers komen onder meer van een groot Nederlands onderzoek onder door screening opgespoorde kwetsbare ouderen met kortademigheidsklachten. De spirometrische uitslag is hierbij geïnterpreteerd volgens

de nieuwe, leeftijdsafhankelijke criteria. In hetzelfde onderzoek bleek bij de groep nieuw gediagnosticeerde COPD 28% een nooit-roker, in de groep die al bekend was met COPD had 20% nooit gerookt. Echter, zoals de NHG-Standaard COPD ook aangeeft is COPD zonder een rookhistorie zeldzaam.

Bovenstaande getallen zijn een aanwijzing dat de diagnose COPD mogelijk gesteld is terwijl de spirometrische afwijkingen op hartfalen berustten. Overdiagnostiek van COPD onder patiënten met hartfalen lijkt vaak voor te komen. Dat resulteert erin dat het hartfalen onderbehandeld blijft maar soms ook dat de patiënten onnodig worden behandeld voor COPD.

WAT MOET IK DOEN?

Het is zinvol om bij ouderen met klachten van kortademigheid hartfalen uit te sluiten, ook bij een spirometrie die op COPD lijkt te wijzen. Een eerste goede stap hiervoor is na anamnese en lichamelijk onderzoek een (NT-pro)BNP-meting te doen en ECG te maken.

Bij een abnormaal ECG of een verhoogd (NT-pro)BNP is nader onderzoek geïndiceerd in de vorm van aanvullend laboratoriumonderzoek, echocardiografie en eventueel een thoraxfoto. Bij aanwijzingen voor hartfalen moet dit eerst goed behandeld worden. Na 3-6 maanden, bij stabiel hartfalen, kan spirometrie herhaald worden en wordt het duidelijker of werkelijk (ook) COPD bestaat. De diagnose COPD kan dus niet gesteld worden bij actueel hartfalen.

Tot de diagnose COPD zeker is, moet eventuele longmedicatie als experimenteel beschouwd worden. Kortwerkende bèta-2-agonisten kunnen op korte termijn bij acuut hartfalen bronchusobstructie iets verbeteren en geven subjectief soms vermindering van de kortademigheid. Anderzijds jagen zij het hart aan, wat ongunstig is bij hartfalen. Het gebruik moet dus in ieder geval goed gemonitord worden. ■

LITERATUUR

- 1 Hoes AW, Voors AA, Rutten FH, Van Lieshout J, Janssen PGH, Walma EP. NHG-Standaard Hartfalen. www.nhg.org
- 2 Güder G, Brenner S, Störk S, Hoes A, Rutten FH. Chronic obstructive pulmonary disease in heart failure: accurate diagnosis and treatment. *Eur J Heart Fail* 2014;16:1273-82.
- 3 Bertens LC, Reitsma CB, van Mourik Y, Lammers JW, Moons K, Hoes A, Rutten H. COPD detected with screening: impact on patient management and prognosis. *Eur Respir J* 2014;44:1571-8.