

Vroegdetectie en tijdige behandeling van hartfalen zijn zinvol

Samenvatting

Van Riet EES, Rutten FH. *Vroegdetectie en tijdige behandeling van hartfalen zijn zinvol. Huisarts Wet* 2017;60(5):217-9.

Hartfalen is een belangrijk medisch probleem dat vooral bij ouderen voorkomt en leidt tot verlies van functionaliteit en kwaliteit van leven, een grote kans op sterfte en hoge kosten voor de gezondheidszorg. Hartfalen komt frequent voor, maar wordt vaak niet herkend. Zowel de huisarts als de patiënt zelf verklaart kortademigheid en verminderde inspanningstolerantie dikwijls door 'deconditionering' of aandoeningen zoals COPD. In dit artikel zoeken wij een antwoord op de vraag of vroegdetectie en tijdige behandeling van hartfalen bij ouderen met kortademigheid zinvol en haalbaar zijn. Wij concluderen dat dit zo is, mits er aan een aantal voorwaarden wordt voldaan. Huisartsen zullen aandacht moeten hebben voor het implementeren van diagnostische en farmacologische kennis over hartfalen in de dagelijkse praktijk. Goede samenwerking tussen huisartsenpraktijk en hartfalenpolikliniek is belangrijk voor een geïntegreerde eerste- en tweedelijns hartfalenzorg.

INLEIDING

Hartfalen is een progressief syndroom dat vooral, en frequent, bij ouderen voorkomt. Zowel de incidentie als de prevalentie stijgt sterk boven de leeftijd van 65 jaar.¹ Een recente systematische review meldt een mediane prevalentie van 11,8%.² Het is een belangrijk gezondheidsprobleem, dat gepaard gaat met een vermindering in het dagelijks functioneren en de kwaliteit van leven, en een verhoogde morbiditeit en mortaliteit.³

Binnen het hartfalenspectrum zijn hartfalen met een

verminderde ejectiefractie (HFrEF) en hartfalen met een behouden ejectiefractie (HFpEF) de belangrijkste fenotypen. Bij beide is de pompfunctie van het hart insufficiënt; bij HFrEF is er sprake van verminderde contractiekracht (systolische disfunctie) en bij HFpEF verminderde vulling (diastolische disfunctie). Beide fenotypen veroorzaken dezelfde klachten en symptomen, die echter niet uniek zijn voor hartfalen: kortademigheid, verminderde inspanningstolerantie en perifeer oedeem.⁴

In 2015 hebben wij in *Huisarts en Wetenschap* een onderzoek beschreven naar het voorkomen van niet-herkend hartfalen bij ouderen (≥ 65 jaar) die in het voorafgaande jaar met kortademigheid bij de huisarts waren geweest.⁵ Onafhankelijk van de diagnose die de huisarts toentertijd stelde hebben we ze voor het onderzoek gevraagd, tenzij ze bekend waren met echografisch bevestigd hartfalen. Na een uitgebreid diagnostisch onderzoek inclusief echocardiografie bleek bij 92 van de 585 deelnemers (15,7%; 95%-BI 12,9-19,0) sprake te zijn van niet eerder herkend hartfalen; 17 HFrEF (2,9%; 95%-BI 1,8-4,7), 70 HFpEF (12,0%; 95%-BI 9,5-14,9) en 5 geïsoleerd rechtszijdig hartfalen (0,9%; 95%-BI 0,3-2,1).

Wij concludeerden dat niet-herkend hartfalen geregeld voorkomt bij ouderen die hun huisarts bezoeken met kortademigheid bij inspanning. Dit suggereert dat huisartsen vaak niet aan hartfalen denken en niet altijd lijken te beseffen dat kortademigheid een cardiale oorzaak kan hebben. Daarnaast ontstaat hartfalen vaker bij mensen die al bekend zijn met COPD. Ouderen (≥ 65 jaar) met COPD hebben een twee- tot driemaal hoger risico op hartfalen dan leeftijdgenoten (26% in plaats van 10%). Vaak blijkt het te gaan om niet-herkend hartfalen, namelijk 20,5% van de 26%, dus 80%.⁶

Nu dringt de vraag zich op of deze bevinding een klinisch relevant probleem is. Zijn vroegdetectie en tijdige behandeling van hartfalen bij ouderen zinvol en haalbaar?

VROEGDETECTIE

Zoals uit eerdere cross-sectionele screeningsonderzoeken is gebleken, herkennen huisartsen hartfalen vaak niet als zodanig.^{7,8} Vroege detectie van hartfalen in de eerste lijn wordt bemoeilijkt doordat klachten en symptomen specifiek zijn, door de aanwezigheid van comorbiditeiten en de beperkte toegang van huisartsen tot echocardiografie.

Toch zijn er de laatste jaren meer mogelijkheden gekomen die de huisarts bij de diagnostiek ondersteunen. Zo zijn er predictieregels ontworpen voor patiënten bij wie de huisarts hartfalen vermoedt⁹ en voor hoogrisicogroepen, zoals ouderen met COPD (≥ 65 jaar)¹⁰ of diabetes mellitus (≥ 60 jaar)¹¹. Wij

De kern

- Hartfalen is een belangrijk gezondheidsprobleem dat vooral bij ouderen voorkomt en leidt tot verlies van functionaliteit en kwaliteit van leven, en een grote kans op sterfte.
- Huisartsen herkennen hartfalen vaak niet, wat geregeld tot onderbehandeling leidt.
- Vroegdetectie en tijdige behandeling zijn bewezen zinvol bij patiënten met hartfalen met een verminderde ejectiefractie, en verbeteren de prognose.
- Ook bij patiënten met hartfalen met een behouden ejectiefractie kan vroegdiagnostiek zinvol zijn om misclassificatie te voorkomen en patiënten inzicht te geven in de herkomst van hun klachten.
- Vroegdetectie van hartfalen door huisartsen is haalbaar, zeker als echocardiografie, met een begrijpelijke verslaglegging, laagdrempelig beschikbaar komt.
- Tijdige en efficiënte behandeling moet volgen op vroegdetectie. Hiervoor is een educatieve inhaalslag bij huisartsen nodig betreffende de kennis over farmacologie bij hartfalen en moet de samenwerking met de hartfalenpolikliniek geïntensiveerd worden.

Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, UMC Utrecht, Heidelberglaan 100, 3584 CX, Utrecht; dr. E.E.S. van Riet, Specialist Ouderengeneeskunde in opleiding; dr. F.H. Rutten, huisarts • Correspondentie: E.E.S.vanRiet@umcutrecht.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

hebben een voorspelregel ontworpen voor ouderen (≥ 65 jaar) die met kortademigheid bij de huisarts komen.¹²

Onze voorspelregel heeft een voordeel boven de andere voorspelregels en het diagnostisch traject beschreven in de NHG-Standaard Hartfalen.¹³ Namelijk dat deze toepasbaar is op het grote domein van ouderen met kortademigheid (tot wel 36% van ouderen ≥ 65 jaar blijkt uit vragenlijstonderzoek kortademigheidsklachten aan te geven¹⁴). Door het gebruiken van de voorspelregel wordt de kans op cognitieve bias kleiner, die ontstaat als artsen (of patiënten) kortademigheid toedichten aan bijvoorbeeld COPD of 'deconditionering'. De regel bestaat uit negen voorspellers, afkomstig uit anamnese, lichamelijk onderzoek en eenvoudig aanvullend onderzoek [tabel 1]. Een totaalscore ontstaat door de punten van de aanwezige voorspellers bij elkaar op te tellen. Bij een totaalscore van 21 punten of lager is de kans op hartfalen erg laag. Bij een score boven de 21 punten is er mogelijk sprake van hartfalen en dan is het bij deze patiënten zinvol om aanvullend een echocardiogram te laten maken.

Onze regel is extern gevalideerd in twee verschillende populaties en daarom direct in de dagelijkse praktijk van de huisarts toepasbaar. De mogelijke impact op de dagelijkse praktijk is groot; de negatief voorspellende waarde van de regel is 87%, wat betekent dat er een laag risico van 13% is op vals-negatieven ('gemist' hartfalen). Een groot deel van de patiënten met onderliggend hartfalen kan men hiermee wel in een vroeg stadium opsporen, veel meer dan gebeurt op basis van gerezen verdenking bij de huisarts.

Vroege detectie maakt vroege behandeling mogelijk. Naast het belang van tijdige behandeling kan het vroeg stellen van de diagnose ook om andere redenen de moeite waard zijn: 1) het voorkomt misclassificatie van klachten (mensen krijgen niet ten onrechte een diagnose, bijvoorbeeld COPD), 2) men kan patiënten de oorzaak van hun klachten uitleggen, en 3) het helpt de prognose van patiënten beter te voorspellen.

VROEGE BEHANDELING

Voor patiënten met HFrEF zijn medicijnen beschikbaar die de klachten verlichten en ook de prognose verbeteren. Het beloop van hartfalen met een verminderde ejectiefraction is progressief, maar vroege behandeling kan dit proces vertragen.^{15,16}

Volgens de richtlijnen^{4,13} moet men ACE-remmers en bètablokkers bij HFrEF altijd allebei initiëren en stapsgewijs optitreren. Zij verbeteren de klachten, en verminderen het aantal ziekenhuisopnamen en de mortaliteit. Diuretica verbeteren de prognose niet, maar geven symptoomverlichting in het geval van overvulling. Bij aanhoudende klachten moet men spironolacton of eplerenone toevoegen.

Geen enkele therapie heeft tot nu toe onomstotelijk aangetoond de prognose van patiënten met HFpEF te verbeteren. Wel laten ACE-remmers/ARB's en spironolacton een gunstige tendens zien. Deze patiënten moeten lisdiuretica krijgen om bij momenten van overvulling de klachten te kunnen verlichten. Deze dienen wisselend in dosering te worden gebruikt, waarbij men moet streven naar de laagst mogelijke effectieve

Tabel 1 Risicoscore voor het schatten van aan- of afwezigheid van hartfalen

Voorspeller	Punten
Ischemische hartziekte in de VG	2
BMI > 30 kg/m ²	4
Lateraal verplaatste apex	4
Hartritme > 90 slagen/minuut	1
NT-proBNP > 14,75 pmol/L (125 pg/ml)	9
Abnormaal elektrocardiogram	5
Perifeer oedeem	4
Leeftijd > 75 jaar	3
Systolische cardiale soufflé	3

VG: voorgeschiedenis; BMI: body mass index; NT-proBNP: N-terminal pro B-type natriuretisch peptide

dosering en kortdurende ophoging bij klachten en tekenen van overvulling (orthopneu, enkeloedeem, crepiteren over de longen). Daarnaast dient men de bloeddruk optimaal te behandelen.

Uit diverse praktijkonderzoeken blijkt dat patiënten met HFrEF in de eerste lijn vaak onderbehandeld worden.^{17,18} Als er echter eerst op de hartfalenpolikliniek instelling op behandeling heeft plaatsgevonden, dan zet de huisarts de behandeling adequaat voort.^{19,20} In een onlangs door ons uitgevoerd clustergerandomiseerd onderzoek bleken huisartsen die een training kregen in het optimaliseren van hartfalenmedicatie patiënten met nieuw ontdekt hartfalen toch maar matig op te titreren. Zes maanden na de diagnose gebruikte 71% een ACE-remmer of ARB en 53% een bètablokker.²¹

DILEMMA'S RONDOM VROEGDETECTIE EN -BEHANDELING

Ondanks het beschikbare bewijs dat vroegdetectie en tijdige behandeling van HFrEF helpt om de prognose te verbeteren, lijken huisartsen niet geneigd om deze patiënten actief op te sporen en te behandelen. Dit staat in schrijnend contrast met COPD, een aandoening waarbij nauwelijks prognostische winst valt te behalen met medicamenteuze interventies.

Mogelijk spelen hierbij de volgende factoren een rol:

- Vaak denken huisartsen niet aan hartfalen wanneer patiënten specifieke klachten vertonen, zoals kortademigheid, vooral bij comorbiditeiten. Als ze zich in een vroeg stadium wel bewust zijn van deze mogelijke diagnose, kan de noodzaak om in ieder geval voor echocardiografie naar de tweede lijn te verwijzen voor hen of de patiënt een barrière vormen om de diagnose met zekerheid te stellen en te weten of er sprake is van HFrEF of HFpEF. Echocardiografie is veelal niet laagdrempelig toegankelijk, terwijl het wel een noodzakelijk onderdeel is in de diagnostiek. Vrije toegang kan het aantal onterechte verwijzingen naar de cardioloog verlagen.²² Om zo'n *open access*-constructie echt succesvol te maken is het van belang dat huisartsen de echoverslagen goed kunnen interpreteren. Het is belangrijk om in ieder geval het diagnostische fenotype aan te geven, omdat dit behandelconsequenties heeft. Ook zou de



Foto: Shutterstock

Vroegdetectie en -behandeling van hartfalen bij ouderen is zinvol en haalbaar.

cardioloog hieraan een concreet behandeladvies kunnen koppelen.

- Het merendeel van de patiënten die worden opgespoord met vroegdiagnostiek heeft HFpEF. Voor patiënten met HFpEF is de behandeling gericht op klachtenverlichting en is het effect op de prognose niet duidelijk. Men zou kunnen denken dat vroegdetectie om hen op te sporen minder zinvol is. Als er duidelijke prognoseverbeterende therapie voor HFpEF beschikbaar komt, zou dit kunnen verbeteren.
- Van vroege behandeling van nieuw gevonden HFrEF met maximaal tolerabele doseringen ACE-remmer/ARB en een bètablokker blijkt momenteel geen sprake te zijn. Een gat tussen *best practice* en de dagelijkse praktijk wordt ook wel 'klinische inertie' genoemd en blijkt een wijd verspreid probleem te zijn bij de behandeling van chronisch zieken.^{23,24} Men denkt dat hiervoor zowel factoren gerelateerd aan de arts, de patiënt als de zorgorganisatie verantwoordelijk zijn. Artsen zouden 1) de zorg die ze verlenen overschatten, 2) afwijken van richtlijnen om redenen die niet 'hard' zijn, en 3) educatie en training missen om de juiste doelen te behalen.²⁵

Vroeg ontdekt hartfalen in de huisartsenpraktijk gaat veelal gepaard met minder ernstige klachten dan nieuw ontdekte gevallen in het ziekenhuis (een deel door de huisarts verwezen voor astma cardiale/ acuut hartfalen). Dit kan de motivatie van zowel patiënt als huisarts om te starten en door te gaan met optitreren van medicatie in de weg staan. Hiermee wordt HFrEF-patiënten echter een behandeling onthouden die niet alleen van invloed is op hun morbiditeit en mortaliteit, maar ook op hun kwaliteit van leven.

In theorie zou dit doel bereikt moeten kunnen worden door educatie en training van huisartsen. In de praktijk blijkt het vergroten van deskundigheid echter niet zo gemakkelijk. Goede samenwerking met de hartfalenpolikliniek kan een oplossing zijn. Door patiënten met verdenking op hartfalen naar de hartfalenpolikliniek te verwijzen voor verdere diagnostiek en optitratie van medicatie, en goed ingestelde, stabiele patiën-

ten vervolgens terug te laten verwijzen naar de huisarts kan adequate zorg op de juiste plaats worden geleverd. Hierbij is de onlangs gepubliceerde Landelijke Transmurale Afspraak (LTA) Hartfalen nuttig als vertrekpunt voor regionale afspraken. Een geïntegreerde eerste- en tweedelijns hartfalenzorg zou door verbetering van de zorg kunnen leiden tot vermindering van ongeplande ziekenhuisopnamen.

CONCLUSIE

Is vroegdetectie en -behandeling van hartfalen bij ouderen zinvol en haalbaar? Ja. Deze worden nog zinnvoller zodra er prognoseverbeterende therapie komt voor HFpEF. Ze helpen ook om misclassificatie/verkeerde diagnoses te voorkomen en patiënten inzicht te geven in de herkomst van hun klachten. En wat betreft de haalbaarheid? Ja. Zeker als echocardiografie laagdrempelig beschikbaar komt voor huisartsen. Dan moeten huisartsen echter ook beter thuis raken in farmacologie bij hartfalen en is een intensieve(re) samenwerking met de hartfalenpolikliniek noodzakelijk.

De te behalen winst voor de patiënt zou iedere huisarts *eager* moeten maken om oudere mensen met kortademigheidsklachten goed te diagnosticeren, waarbij ze hartfalen zeker niet mogen vergeten als mogelijke oorzaak. ■

LITERATUUR

- 1 Mosterd A, Hoes AW. Clinical epidemiology of heart failure. *Heart* 2007;93:1137-46.
- 2 Van Riet EES, Hoes AW, Wagenaar KP, Limburg A, Landman MAJ, Rutten F. Epidemiology of heart failure: the prevalence of heart failure and ventricular dysfunction in older adults over time. A systematic review. *Eur J Heart Fail* 2016;18:242-52.
- 3 Schocken DD, Benjamin EJ, Fonarow GC, Krumholz HM, Levy D, Mensah GA, et al. Prevention of heart failure: a scientific statement from the American Heart Association Councils on Epidemiology and Prevention, Clinical Cardiology, Cardiovascular Nursing, and High Blood Pressure Research; Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group; and Functional Genomics and Translational Biology Interdisciplinary Working Group. *Circulation* 2008;117:2544-65.

De rest van de literatuur staat bij het artikel op www.henw.org.