

Onderzoek naar hartfalen een nieuwe hype?

Joost Zaat, Tonnie Bakkenist

Onderzoek kent net als mode trends. Sommige aandoeningen liggen beter in de markt dan andere, deels omdat ze meer voorkomen, medicamenteus behandelbaar (lijken te) zijn of een grote maatschappelijke impact (ziektedagen en -kosten) hebben en deels omdat er meer geld voor is. Zo is bijvoorbeeld onderzoek naar onderliggende principes van hulpverlening nu eenmaal

Samenvatting

Zaat JOM, Bakkenist T. Onderzoek naar hartfalen een nieuwe hype? Huisarts Wet 2003;46(14):859-63.

Sommige aandoeningen worden vaker onderzocht dan andere. Deels heeft dat te maken met de incidentie en de ernst, maar ook met mode. Onderzoek naar hartfalen is een voorbeeld van een echte hype. Het aantal publicaties over hartfalen verdubbelt elke vijf jaar. Vrijwel alle deelonderwerpen hebben de belangstelling van onderzoekers: behandeling, diagnostiek, epidemiologie en nu ook de effecten van zorg in hartfalenpoli's. In Nederland is de Nederlandse Hartstichting de belangrijkste financier van onderzoek naar hartfalen. De farmaceutische industrie financiert vooral geneesmiddelen. Huisartsen spelen nog nauwelijks een rol bij onderzoek naar hartfalen. Niemand stuurt het gehele onderzoek op dit terrein; het onderzoeksveld is daar ook te breed en internationaal voor. Andere opvattingen over hartfalen dan tien jaar geleden sturen onderzoek en zorg waarschijnlijk meer dan financiers of belangengroepen. Hartfalen is van een ongemak bij zeer ouderen veranderd in een op te sporen en te behandelen aandoening van jongere ouderen. De diagnose hartfalen is in allerlei richtlijnen de afgelopen jaren aanzienlijk veranderd, hetgeen zowel de prevalentie als de behandeling beïnvloedt. Hartfalen en het onderzoek daarnaar zijn volgens velen net zo belangrijk als 'de strijd tegen kanker'. Onderzoek en zorg zijn steeds technologischer geworden, maar de huisarts zorgt nog steeds voor de meeste veel al (zeer) oude patiënten met hartfalen. Ook in de huisartsenpraktijk is onderzoek dus essentieel.

Auteursgegevens

Huisarts en Wetenschap: dr. J.O.M. Zaat, huisarts.

NHG, afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschapsbeleid:

mw. dr. T. Bakkenist, seniormedewerker.

Correspondentie: j.zaat@nhg-nl.org

Mogelijke belangenverstrengeling: JZ zit en zat in enkele commissies die onderzoeksgelden verdelen. Voor zover hij zich kan herinneren heeft hij nooit een onderzoek over hartfalen beoordeeld. TB was tot 2002 programmasecretaris bij ZonMw, maar niet betrokken bij onderzoek naar hartfalen.

moelijker te financieren dan onderzoek naar de medicamenteuze behandeling van depressie of hartfalen. Er is dus ook aanzienlijk meer onderzoek over dergelijke aandoeningen te vinden dan over de effecten van continue, persoonlijke zorg. Geld stuurt onderzoek, dat staat vast. Maar toch is de werkelijkheid waarschijnlijk iets gecompliceerder en zijn er veel meer factoren die maken of iets een onderzoekstrend wordt of niet.

Zolang er onderzoek gedaan wordt, proberen overheden en belanghebbenden onderzoek te sturen. Onderzoeksprogramma's als 'ontwikkelingsgeneeskunde' van de voormalige Ziekenfondsraad en de programmering van ZonMw zijn daar voorbeelden van.

De enorme explosie aan biomedische kennis van de afgelopen 10 à 20 jaar is niet zozeer te danken aan een sturing van bovenaf (*society driven*) en ook niet alleen aan basaal onderzoek (*science driven*) maar aan de complexe samenhang tussen basale wetenschap, onderzoek over diagnostiek en behandeling, epidemiologisch onderzoek, patiëntenbelangen en belangen van de industrie en overheid.

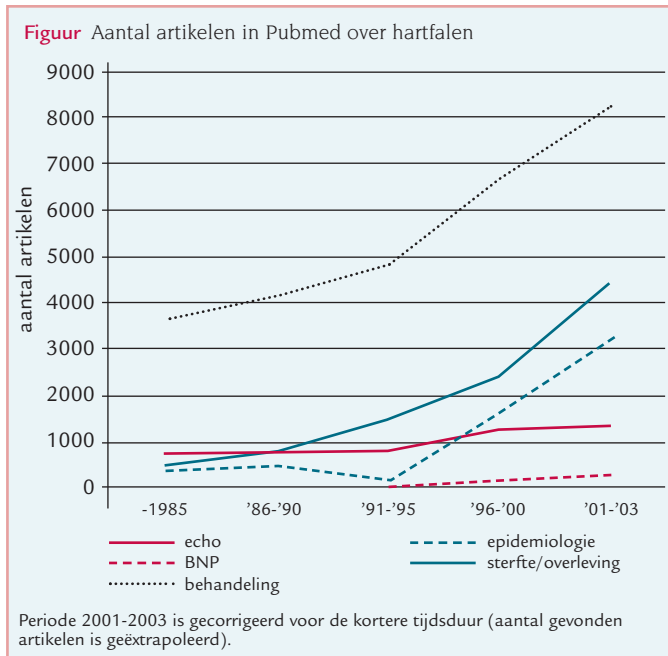
Onderzoek begint met een basale ontdekking in het lab, een slimme observatie in de spreekkamer of het vrije veld, of met epidemiologisch onderzoek over verbanden tussen ziekte en bepaalde determinanten. Bij het begin van wat later een hype in onderzoek blijkt, stuurt nog niemand. Het is interessant om te kijken wanneer en waarom een probleem plotsklaps interessant genoeg wordt om onderzoek naar te doen. Dat is niet alleen interessant voor wetenschapshistorici, maar vooral voor de praktijk van alledag. Worden we als dokters opgezadeld met een werkelijk probleem of zijn het alleen belangengroepen die ons iets willen laten doen?

Hartfalen is een mooi voorbeeld van een veranderend gezondheids- en onderzoeksprobleem. Vijftien jaar geleden was hartfalen nog een betrekkelijk marginaal probleem: je gaf een plaspil en daarmee had je zowel de diagnose als de behandeling zo'n beetje rond. Tegenwoordig stellen we hogere eisen aan de diagnose, de behandeling is aanzienlijk ingewikkelder geworden en er zijn zelfs aparte poliklinieken ontstaan. We richten ons speciaal op de rol van huisartsen en het aandeel van de farmaceutische industrie die nogal eens een grote rol krijgt toebedacht bij het aanwakken van trends in onderzoek en behandeling.

Toename in onderzoek

Elke vijf jaar verdubbelt het aantal onderzoeken over hartfalen. In die zin is er zeker sprake van een onderzoekshype (*figuur*). Begin mei 2003 vonden we in Pubmed 45.885 artikelen over hartfalen. Ter vergelijking, over depressie – een andere veel onderzochte aandoening – waren tot die tijd 31.843 artikelen in Medline opge-

nomen. Een weinig aansprekend onderzoeksveld als gewone verkoudheid moet het (volgens de Mesh-term *common cold*) vanaf 1966 doen met slechts 1870 artikelen.



Over de behandeling van hartfalen met geneesmiddelen wordt vaker en werd ook al eerder geschreven dan over diagnostiek of prognose. Dat is overigens waarschijnlijk niet anders dan bij andere aandoeningen. De eerste publicatie in Pubmed over furosemide en hartfalen dateert uit 1967.¹ Toch is er pas sprake van een echte toename in het aantal trials na de ontdekking van de echocardiografie als diagnosticum van hartfalen. We zien het aantal onderzoeken over epidemiologie en sterfte in diezelfde tijdsperiode sterk oplopen hoewel McKee et al. in 1971 een artikel publiceerden over de slechte prognose van hartfalen.² De laatste jaren is er een toename van onderzoek naar laboratoriumtests voor hartfalen. Het in 1988 voor het eerst beschreven *brain natriuretic peptide* lijkt vooral geschikt voor het uitsluiten van hartfalen.³ Ook het aantal onderzoeken over BNP verdubbelt tot nu toe elke 5 jaar.

In al het onderzoeksgeweld rond hartfalen spelen Nederlandse onderzoekers overigens maar een bescheiden rol. We vonden in ons basisbestand slechts 389 artikelen waarbij minimaal één van de auteurs een Nederlands werkadres had. Maar ook hier is er elke 5 jaar een verdubbeling van het aantal artikelen; van 43 in de periode tot 1990 tot 195 in de lopende periode (gecorrigeerd voor het kleinere aantal maanden). De Nederlandse Hartstichting heeft sinds 1995 een groot onderzoeksprogramma over hartfalen. Tot nu toe zijn er 41 onderzoeken (mede)gefinancierd.

Naast geneesmiddelen trials, diagnostisch en prognostisch onderzoek wordt er onderzoek verricht over de begeleiding van patiënten met hartfalen. Zo verschenen de eerste onderzoeken over zorg bij hartfalen ook al in 1971, maar tot halverwege de

De kern

- ▶ Basaal pathofysiologisch begrip, toenemende sterfte onder 'niet zeer ouderen', diagnostische en therapeutische mogelijkheden, maar ook onze ideeën over ziekte en gebrek sturen onderzoek minstens even hard als belanghebbende onderzoekers, industrie, dokters en patiënten.
- ▶ De stelregel 'wie betaalt, bepaalt' gaat maar ten dele op voor sturing in onderzoek.
- ▶ Ondanks het feit dat huisartsen de meeste patiënten met hartfalen zien, is hun rol in het onderzoek naar hartfalen miniem.

jaren negentig werden er slechts een tiental artikelen gepubliceerd, die meer meningen dan feiten bevatten. Wel zijn er in de afgelopen 10 jaar specifieke zorgprogramma's voor hartfalen ontwikkeld en zijn er hartfalenverpleegkundigen werkzaam in hartfalenpoli's. Volgens de website <http://www.hartfalenpoli.nl> zijn er in Nederland ten minste 22 hartfalenpoli's en komen er regelmatig nieuwe bij. Systematisch onderzoek naar het effect van deze zorg wordt op dit moment in Groningen verricht door het Noordelijk Instituut voor Gezondheidsvraagstukken (Coach-project, gefinancierd door de NHS).

Huisartsen en onderzoek

Onderzoek naar hartfalen door huisartsen gebeurt nog maar mondjesmaat. We vonden bij onze zoekacties in Pubmed naar auteurs op huisartseninstituten (hier en elders in de wereld) maar 45 artikelen, waarvan er 2 door Nederlandse auteurs geschreven waren.

Twee Nederlandse huisartseninstituten zijn op dit gebied actief. In Utrecht loopt er onderzoek naar diagnostiek en prognose van hartfalen en in Maastricht doet men onderzoek naar de rol van een gespecialiseerde praktijkverpleegkundige.⁵ Enkele onderzoeksinstituten overwegen onderzoek naar de kwaliteit van zorg en zorgketens of over diagnostiek (BNP als test ter uitsluiting van hartfalen), maar hebben nog geen concrete onderzoeken lopen.

Industrie en onderzoek

De farmaceutische industrie wordt er nogal eens van beticht hypes in gang te zetten. In de CBO-consensus over hartfalen worden 11 trials gebruikt om adviezen voor behandeling vast te stellen.⁴ De NHG-Standaard Hartfalen baseert de behandeling op systematische reviews van RCT's waaronder deze 11 trials.⁵ We gingen na wie die *landmark* trials financierden en hoe de schrijversgroepen waren samengesteld. Tien van de 11 grote trials zijn door de industrie gefinancierd; vrijwel steeds heeft een (belangrijk) deel van de schrijvers bindingen met de financierende industrie, maar niet altijd zijn die belangen duidelijk. Dat kan overigens ook het redactioneel beleid van het tijdschrift zijn; zo vermeldt de *New England Journal of Medicine* belangenverstremgeling bijvoorbeeld pas sinds 1996. In eerdere publicaties blijven de mogelijke belangen onduidelijk.⁶

Interessant bij hartfalen is dat er anders dan bij bijvoorbeeld depressie nog geen speciale medicatie voor is ontwikkeld. Gezien

Tabel Financiering van grote trials naar hartfalen

Onderzoek	Interventie	Financiering	Binding schrijversgroep aan industrie	
Elite 1 Elite 2	1997 2002	losartan versus captopril (onderzoeken verschillen in populatie en eindpunten)	MSD MSD	4 van de 10 auteurs in het eerste onderzoek; 4 van de 13 in het tweede onderzoek
Consensus Digitalis	1987 1997	enalapril digoxine	MSD National Heart, Lung and Blood Institute; Department of Veterans Affairs Cooperative program MSD en National Heart, Lung and Blood Institute	geen aparte schrijversgroep; geen belangen gemeld schrijversgroep van 4; geen belangen gemeld
SOLVD	1991	enalapril	MSD en National Heart, Lung and Blood Institute	geen aparte schrijversgroep; geen belangen gemeld
RALES	1999	spiroolacton	Searle	1 van 8 auteurs in schrijversgroep (2 werkzaam bij commercieel bureau)
Carvedilol Atlas	1996 1999	carvedilol 2001hoog versus laag gedoseerd lisinopril	Smith Kline Beecham Zeneca	1 van 8 auteurs in schrijversgroep niet vermeld
Cibis-II Merit-HF Copernicus	1999 1999 2001	bisprolol metoprolol carvedilol	Merck Astra Roche en Glaxo Smith Kline	niet vermeld 3 van 9 auteurs in schrijversgroep 10 van 12 auteurs

de ingewikkelde pathofysiologie van hartfalen⁷ is het ook niet zo waarschijnlijk dat er op korte termijn een fantastisch werkzaam middel op de markt komt. De meeste groepen geneesmiddelen (diuretica, bètablokkers, ACE-remmers, aldosteronremmers, vasodilatoren en alfablokkers) zijn alle betrekkelijk oud en oorspronkelijk vrijwel allemaal voor andere indicaties geregistreerd. Angiotensine-II-antagonisten zijn nog niet voor hartfalen geregistreerd. Helaas is in de database van het Agentschap College ter Beoordeling van Geneesmiddelen niet precies na te gaan wanneer alle afzonderlijke middelen voor de indicatie hartfalen geregistreerd zijn. Zo zijn bètablokkers al in 1975 toegelaten voor hypertensie. Pas in 1996 vinden de eerste trials plaats van bètablokkers bij hartfalen. Geneesmiddelenonderzoek naar hartfalen is mogelijk ook ingewikkelder dan onderzoek naar hypertensie. Voor registratie van antihypertensiva is een surrogaateindpunt als bloeddrukdaling voldoende, voor hartfalen moeten er gegevens zijn over ernstige morbiditeit, kwaliteit van leven en sterfte. Dat vergt nu eenmaal langdurige en grote, dus dure trials.

Wie stuurt?

'Onderzoek begint gewoon', zou het antwoord kunnen zijn op onze vraag wie het onderzoek stuurt. Er is een aandoening vast te stellen, de prognose is onduidelijk of blijkt slecht te zijn en de omvang van het probleem is groot of neemt toe. Bij hartfalen is dit laatste het geval omdat de behandeling van onder andere het acute myocardinfarct sterk verbeterde en mensen dus langer met hun slechtere hart overleefden. Onderzoek naar behandeling speelt haasje over met onderzoek naar diagnostiek. Meer verfijnde diagnostiek zorgt ervoor dat de juiste patiënten op de juiste manier worden behandeld en om patiënten voor een bepaalde behandeling te selecteren is meer en gerichtere diagnostiek nodig. Er is bij onderzoek geen onderste tree en gelukkig ook geen bovenste.

Onderzoeksfinciers

Het is duidelijk dat de farmaceutische industrie vooral het onderzoek naar geneesmiddelen stuurt. De invloed van de industrie op basaal onderzoek is aanwezig, maar veel minder duidelijk. De

industrie stapt in onderzoek als er een gezondheidsprobleem is, zoals een grote of toenemende omvang of een suboptimale behandeling, als er kennis is over mogelijke werkingsmechanismen (bloeddruk, RAS), de technologie en ervaring in huis zijn en men mogelijkheden ziet de eerste te zijn en zodoende een *blockbuster* te creëren.

De farmaceutische industrie heeft bij hartfalen vooral belangen vanwege de omvang van de markt. Patenten spelen op dit gebied nauwelijks een rol. De banden tussen onderzoekers en industrie zijn sterk en waarschijnlijk niet te vermijden, ook al omdat veel onafhankelijke financiers (NWO, ZonMw, fondsen) geen geneesmiddelenonderzoek financieren.

De hernieuwde aandacht van tijdschriften voor belangenverstrengeling helpt gebruikers van onderzoek om de resultaten van onderzoek en de mogelijke vertekening te plaatsen. Maar of de lezer de problemen ook echt doorziet of kan doorzien, is maar de vraag. Ook voor huisartsen die gevraagd worden aan onderzoek mee te doen, is het niet altijd duidelijk waar ze 'ja' op zeggen en wat er met de resultaten wel of niet gebeurt.⁸

Opvallend is dat in Nederland het grootste deel van het (niet-geneesmiddelen)onderzoek naar hartfalen wordt gefinancierd door de Nederlandse Hartstichting. De Hartstichting financiert, net als veel andere fondsen, een zeer groot deel van het puur basale onderzoek. Daarmee betalen individuele burgers via de collectebus of hun erfenis dit onderzoek in belangrijke mate, terwijl ze daar toch betrekkelijk weinig sturing aan kunnen geven. Het effect op de eigen gezondheid of die van het nageslacht van deze gulle gevers kan ook nog wel even op zich laten wachten. Sturing van het (basale) onderzoek door onderzoeksfinciers (NWO, fondsen) via het vaststellen van onderzoeksthema's en projecten gebeurt nog steeds door specialisten/onderzoekers. Patiënten zitten daar (meestal nog) niet bij, hoewel soms patiëntenverenigingen worden geraadpleegd.

Diagnostisch onderzoek is nog het meest *science driven* onderzoek. Diagnostiek grenst ook het meest aan basaal pathofysiologisch en moleculair biochemisch onderzoek. Dat onderzoek komt uit de stal van universiteiten en firma's die diagnostische benodigde

den leveren. Basaal begrip over de pathofysiologie van een bepaalde aandoening moet er eerst zijn voordat de farmaceutische industrie eventueel mee gaat doen met het onderzoek.

Overheden en verzekeraars zijn vooral geïnteresseerd in 'direct implementeerbaar onderzoek'. Raadpleging van 'het veld' (adviesraden, scenario-onderzoeken van RIVM en SCP, onderzoekslijnen van universiteiten, patiënten/consumenten) levert de onderwerpen waarvoor zij onderzoeksgeld beschikbaar stellen en waarmee zij dus onderzoek een beetje sturen. Uitvoering van het onderzoek gebeurt veelal door universiteiten en (nationale) onderzoeksinstituten.

Huisartsen sturen niet

Huisartsen zien veel patiënten met hartfalen, maar het onderzoek over hartfalen in de huisartsenpraktijk is schaars. Bij alle grote trials wordt een verminderde ejection fraction als ingangscriterium gebruikt en dat is nu eenmaal niet een diagnostisch instrument van de huisarts. Een ander probleem bij het meeste onderzoek naar hartfalen is dat juist de patiënten worden ingesloten die de huisarts minder ziet. Vrijwel alle patiënten onder de 70 jaar met hartfalen bezoeken de cardioloog, tussen de 70-80 jaar is dat nog maar de helft en boven de 80 jaar nog slechts een kleine minderheid; de overgrote meerderheid blijft gewoon bij de huisarts.⁹ Het is dus juist deze oudere groep waarnaar geen onderzoek wordt verricht. Niet interessant genoeg, niet te financieren, te moeilijk en te kostbaar?

Hartfalen was ten tijde van het forse stimuleringsprogramma onderzoek huisartsgeneeskunde (begin jaren 90 was er 10 miljoen gulden beschikbaar) blijkbaar nog geen interessant onderzoeks-terrein. Ook zijn er op dit gebied nauwelijks banden tussen instellingen en de farmaceutische industrie.

Wat stuurt?

Maar er zijn meer sturende krachten dan onderzoeksfinanciers, belanghebbende dokters en patiënten. Ons begrip van ziekte verandert door onderzoek en ook die veranderende kijk op een aandoening zorgt voor verschuivingen in onderzoek. Het gaat er niet alleen om *wie* stuurt, maar vooral ook om *wat* die spelers op het veld stuurt.

Onderzoek begint met de vaststelling van het onderwerp. Bij hartfalen is dat gelijk een probleem: er is geen algemeen erkende definitie van hartfalen. Richtlijnen elders (ACC,¹⁰ SIGN¹¹) hantieren evenals het Nederlandse CBO omschrijvingen als 'Hartfalen is een complex van klachten en verschijnselen ten gevolge van een tekortschietende pompfunctie van het hart'. De NHG-Standaard is wat klinischer 'Hartfalen is een klinisch syndroom gekenmerkt door afname van het inspanningsvermogen (optreden van dyspnoe of moeheid bij een voor de patiënt normale of geringe inspanning of in rust), vaak gepaard gaand met vochtretentie'. De diagnose hartfalen vereist niet per definitie aanvullend onderzoek. De *Task Force of the European Society of Cardiology* eist voor de diagnose hartfalen naast de subjectieve klachten echter ook objectieve bevindingen.¹² Voor het aantonen van hartfalen is een

echo van het hart of een MRI nodig. De in juni 2003 gepubliceerde Engelse richtlijnen van NICE adviseren eerst een X-Thorax en BNP en bij een positieve uitkomst daarvan een echo.¹³ Bestaande gevallen van hartfalen, waarvan de diagnose niet zo zeker is, zouden volgens deze richtlijn allemaal op deze manier opnieuw onderzocht moeten worden. De diagnose hartfalen is daarmee wel erg verschillend van die van 10 jaar geleden.

Een belangrijke oorzaak van hartfalen is de succesvolle behandeling van coronairlijden op korte termijn. Alle richtlijnen beginnen met zinnen over een toenemende prevalentie, de slechte prognose en vooral toenemende kosten. De richtlijnen benadrukken vrijwel allemaal het belang van preventie en vroege opsporing. Hartfalen is dus van een invaliderende, nare benauwdheid van ouderen, waarbij het symptoom benauwdheid bestreden moest worden, veranderd in een op te sporen syndroom met te meten parameters. Bij de behandeling van hartfalen verschoof in een halve eeuw de aandacht van symptoomverlichting naar vermindering – of beter uitstel – van mortaliteit en vermindering van kosten. Behandeling van hartfalen is langzaam opgenomen in de illustere strijd tegen ziekte en gebrek. De gebruikte metaforen zijn inmiddels die van oorlog, net als die bij hart- en vaatziekten in het algemeen.⁷ Niemand is voor oorlog tegen voetklachten of verkoudheid, maar voor de oorlog tegen hartfalen, kanker en depressie, zijn we bereid heel wat uit de kast te trekken. Onderzoek naar hartfalen is dus een blijvertje en geen kortstondige hype.

Conclusie

Uit ons voorbeeld van onderzoek naar hartfalen blijkt dat basaal pathofysiologisch begrip, toenemende sterfte onder 'niet zeer ouderen', diagnostische en therapeutische mogelijkheden, maar ook onze ideeën over ziekte en gebrek, onderzoek minstens even hard sturen als belanghebbende onderzoekers, industrie, dokters en patiënten.

Het hele proces van onderzoek naar hartfalen – en wellicht naar veel andere vergelijkbare ingewikkelde aandoeningen – is veel te complex en te langdurig om effect van sturing op korte termijn te verwachten. Op deelgebieden is onderzoek wel een beetje te sturen. Het lijkt ons verstandig dat huisartsen niet alleen onderzoek starten naar de problemen van hartfalen in hun populatie, maar daarbij vooral ook nadenken over de achterliggende opvattingen over de doelen van diagnostiek en behandeling bij de vaak zeer oude mensen die zij met deze klachten zien. Op dat deelgebied kunnen ze nog heel zinvol sturen.

Literatuur

- 1 Hutcheon DE, Leonard G. Diuretic and antihypertensive actions of furosemide. *J Clin Pharmacol J New Drugs* 1967;7:26-33.
- 2 McKee PA, Castelli WP, McNamara PM, Kannell WB. The natural history of heart failure; the Framingham study. *N Engl J Med* 1971;285:1441-6.
- 3 De Lemos JA, McGuire DK, Drazner MH. B-type natriuretic peptide in cardiovascular disease. *Lancet*, published online April 23, 2003. <http://image.thelancet.com/extras/02art2325web.pdf>
- 4 Chronisch hartfalen. Multidisciplinaire richtlijn. Alphen a/d Rijn: Van

Zuiden, 2002.

- 5 Walma EP, Bakx HCA, Besselink RAM, Hamstra PWJ, Hendrick JMA, Kootte JHA, et al. NHG-Standaard Hartfalen. Huisarts Wet 1995;38:471-87.
- 6 Angell M, Kassirer JP. Editorials and conflicts of interest. N Engl J Med 1996;335:1055-6.
- 7 Jessup M, Brozena S. Heart failure. N Engl Med 2003;348:2007-18.
- 8 Bakkenist T, Assendelft WJ. Wetenschappelijk onderzoek in de huisartspraktijk. Wie doet er mee? Huisarts Wet 2003;46:707-10.
- 9 Bongers FJM, Bacx JC, Heesakkers WHJ, Van de Lisdonk EH. De patiënt met hartfalen in de huisartspraktijk. Hartbulletin 2003;34:4-7.
- 10 American College of Cardiology/American Heart Association. Guidelines for the Evaluation and Management of Chronic Heart

Failure in the Adult, 2001. http://www.acc.org/clinical/guidelines/failure/hf_index.htm

- 11 Scottish intercollegiate guidelines network. Diagnosis and Treatment of Heart Failure due to Left Ventricular Systolic Dysfunction, 1999. <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign35.pdf>
- 12 Task Force for the Diagnosis and Treatment of Chronic Heart Failure, European Society of Cardiology. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure. Eur Heart J 2001;22:1527-60.
- 13 Chronic heart failure. Management of chronic heart failure in adults in primary and secondary care. National Institute of Clinical Excellence, 2003. <http://www.nice.org.uk/pdf/CG5NICEguideline.pdf>

Intermezzo

Verdwenen hartziekte

Ooit van myodegeneratio cordis gehoord? In 1965 was dat de meest voorkomende hartziekte in de huisartsenpraktijk. Vijftig huisartsen registreerden destijds in hun totale populatie (n=155.962) 2267 patiënten met hart- en vaatziekten: 15 hadden er acuut reuma, 65 een klepgebrek met reuma in anamnese, 122 een klepgebrek zonder reuma, 448 coronariatrombose en 396 andere coronaire hartziekten (coronaire sclerose en coronaire insufficiëntie), 279 patiënten hadden functionele hartziekten waaronder destijds niet alleen de ritmestoornissen vielen, maar ook de hartneurosen. De opmerkelijkste categorie is de myodegeneratio cordis: 'hartzwakte zonder duidelijke oorzaak, vooral bij oudere mensen'. Maar liefst 774 mensen leden daaraan (34% van alle hart- en vaatziekten). Het was ook de belangrijkste oorzaak van hartfalen; 44% van deze patiënten kreeg deze diagnose. Het begrip bestaat nog steeds, al wordt het nauwelijks meer gebruikt. In PubMed zijn er slechts 3 Duitse verwijzingen, waarvan de laatste uit 1968 en zelfs Google levert nauwelijks iets op. In de ICPC is myodegeneratio cordis nu een synoniem voor myopathie. In 2000 werden er in heel Nederland 23 mannen en 13 vrouwen opgenomen met hartfalen vanwege een myocarddegeneratie. In de sterftestatistiek duikt het

begrip wat vaker op: 108 mannen en 199 vrouwen overleden in 2001 volgens CBS-cijfers aan deze aandoening. Van een vage omschrijving is het een meetbare en zeldzame ziekte geworden. De tabel geeft een overzicht van de prevalentie uit dit oude NHG-onderzoek en de gloednieuwe cijfers uit de tweede Nationale Studie. Wie zegt dat ziekten harde entiteiten zijn? Niks is veranderlijker dan termen die dokters voor ziekten gebruiken. (IZ)

Ekker W, De Waard F. Een telling van hart- en vaatziekten in vijftig huisartspraktijken. Huisarts Wet 1966;9:386-93.

Prevalentie hart- en vaatziekten per 1000 patiënten

	1965 mannen	2001* vrouwen	totaal
Acuut reuma + klepgebrek met reuma	0,4	0,8	0,1
Klepgebrek zonder reuma	1,0	1,3	1,1
Coronair lijden	10,2	5,1	18,3 [†]
Myodegeneratio cordis	5,8	7,4	-
Functionele hartziekten	2,8	3,7	4,9 [‡]
Hartfalen	5,1	6,5	7,4
Hypertensie	9,4	27,9	64,3 [#]

* Cijfers uit tweede Nationale Studie

[†] ICPC: K74-75-76; [‡] K78, boezemfibrilleren; [#] ICPC: K86-87

Winterdag

Ze lopen oud en voorzichtig naast elkaar. Hoewel haar benen broos zijn, en zijn knieën stijf, is hun flair met de jaren niet verloren gegaan. Met een behouden zwier gaan ze over straat.

Het is niet glad en ze zijn er vandaag samen op uitgetrokken. Want zo'n ochtend is het: koud en kraakhelder. De grachten dichtgevroren.

Ze dragen hele dikke wanten, zonder voorgevormde vingers. Zo geven ze elkaar een vormeloze hand. Het geeft hen iets kinderlijks. Ze lopen zo goed en kwaad als het gaat hand in hand. Dat ontroert me.

'Het is vandaag jouw dag,' hoor ik hem zeggen als ik langslowp. Zij moet maar aangeven wat ze wil en wanneer. Hij schikt zich volko-

men naar haar wil. 'Ja,' zegt ze tevreden, een glimlach op haar lippen, 'ja dat weet ik.' Deze mooie wintermorgen op de gracht is van haar.

En dat vind ik prettig om te horen. Voor mij had deze dag nog geen speciale reden. Het was een naamloze dag. Wandelend langs de grachten kon het nog alle kanten op. En nu was de dag van deze oude, broze dame. Zij mocht het zeggen, zij mocht ermee doen wat ze wilde.

De dag had niet beter kunnen beginnen. Wat ze gingen doen, deed er niet meer toe. Dit was alles wat er te weten viel over deze mensen en deze dag. Het was een noemenswaardige dag. Zo zou ik oud willen zijn. Meteen. Dat dacht ik ook nog.

Floor Gerritsma