

## NHG-Standaard Hartfalen (2)

Jan van Lieshout probeert aan de hand van een voorbeeld (praktijkgeval) de nieuwe NHG-Standaard Hartfalen in de praktijk te brengen (H&W 2005;48:64-76). Een casus zoals de huisarts vaak in de praktijk meemaakt, aldus de auteur. Het bespreken van een nieuw uitgekomen NHG-Standaard aan de hand van een casus is een nuttige manier om inzicht te geven in de wijze waarop een standaard kan worden toegepast. De manier waarop de casus nu is gepresenteerd, kan echter aanleiding geven tot een verkeerde interpretatie van de herziene NHG-Standaard Hartfalen.

De BNP-bepaling wordt in de casus welhaast als een routineonderzoek gepresenteerd, terwijl het in dit geval niets toevoegt aan de diagnose of de behandeling; immers op klinische gronden kon de diagnose hartfalen al goed gesteld worden. Wellicht is de auteur van de casus door de tekst in de standaard misleid over de waarde van het BNP als diagnosticum van hartfalen. De standaard geeft namelijk enerzijds aan dat een verhoogde BNP-waarde bijdraagt aan het stellen van de diagnose hartfalen en anderzijds (in noot 17) dat 'Problemen bij de toepassing van deze bepalingen [lees ANP- en BNP-bepalingen] zijn gelegen in het kiezen van de afkappunten en het vaststellen van normaalwaarden'.

Vooralsnog is onduidelijk in hoeverre de door laboratoria opgegeven normaalwaarden op een gedegen manier zijn vastge-

steld en of deze waarden geldig zijn voor de patiënten met (mogelijk) hartfalen die de huisarts het meeste ziet: de vrouwelijke patiënt, ouder dan 75 jaar.

Wij vinden dan ook dat de auteurs van de standaard zich op glad ijs hebben begeven door de BNP-bepaling nu al als bijdrage te gebruiken in de diagnostiek van hartfalen. Een standaard behoort een richtlijn te zijn die de huisarts houvast en structuur biedt tijdens een consult. Dat is nu niet het geval, omdat enkele belangrijke vragen, zoals al in de standaard staat, nog onvoldoende zijn beantwoord. Tot die tijd is ons inziens een zeer terughoudend gebruik van de BNP-bepaling geïndiceerd.

M.C. van der Wel, AIOTHO,  
J.C. Bakx, huisarts-onderzoeker

### Antwoord

De brief van Van der Wel en Bakx biedt ons de gelegenheid het belang van aanvullend onderzoek in de diagnostiek van hartfalen nogmaals te benadrukken. Zoals in de standaard staat vermeld is dit in *uitgesproken* gevallen niet altijd nodig voor het stellen van de diagnose. Het is belangrijk dat de huisarts de kans op hartfalen op grond van het klinische beeld niet overschat; deze ligt in het algemeen tussen de 30 en 70%. Dit betekent dat gemiddeld genomen de huisarts in de helft van de gevallen de diagnose hartfalen ten onrechte stelt indien hij deze alleen op klinische gegevens baseert.

De patiënt in de casus heeft een verhoogde centraal veneuze druk, namelijk hoger dan -4 cm H<sub>2</sub>O. Dit is een zeer spe-

cifieke bevinding, waardoor de kans dat de huisarts op klinische gronden terecht de diagnose hartfalen stelt flink verhoogd wordt. Uitgaande van een gemiddelde voorafkans van 50% geeft het vinden van een verhoogde CVD (bij toepassing van de gegevens van Cost en Davie, noot 14) een achterafkans van ongeveer 80% op de aanwezigheid van hartfalen. Toch heeft een (NT-pro) BNP-bepaling hier nog een toegevoegde waarde. Een verhoogd BNP heeft in deze situatie (voorafkans 80%; noot 17: sensitiviteit 0,80 en specificiteit 0,72) een positief voorspellende waarde van ruim 90%. Gezien de consequenties van het stellen van de diagnose hartfalen is dit een belangrijke verbetering van de diagnostische zekerheid. Omdat de testuitslag afhankelijk is van de gebruikte methode, gaat de huisarts uit van de normaalwaarden zoals het laboratorium deze aangeeft.

Het is zeker zo dat lang niet alle vragen rond de toepassing van de BNP-bepaling zijn opgelost. Wat is bijvoorbeeld het meest praktische afkappunt bij toepassing van deze bepaling in de huisartsenpraktijk? Met de huidige gegevens is echter al voldoende duidelijk dat het BNP zijn waarde heeft voor de diagnostiek van hartfalen, ook bij de 75-jarige dame met mogelijk hartfalen. De herziening van de NHG-Standaard Hartfalen was naar de mening van de werkgroep een goede gelegenheid deze bepaling te introduceren.

Jan van Lieshout, wetenschappelijk medewerker  
NHG, mede namens de werkgroepleden

## Cochrane-reviews

### Toevoeging van langwerkende bètamimetica of leukotriënantagonisten aan inhalatiesteroiden bij de behandeling van chronisch astma

Ram FSF, Cates CJ, Ducharme FM. *Long-acting beta2-agonists versus anti-leukotrienes as add-on*

*therapy to inhaled corticosteroids for chronic asthma.*  
In: *The Cochrane Library* 2005, Issue 1. Chichester: Wiley.

**Achtergrond** Huisartsen behandelen nog steeds de meeste astmapatiënten zelf. Bij velen worden de klachten afdoende verholpen met een matige dosis inhalatiesteroiden – tweemaal daags 400 µg beclo-

metason of een equivalent daarvan –, maar een belangrijke minderheid houdt bij deze doses toch symptomen. Dan staan de huisarts twee opties ter beschikking: toevoeging van langwerkende bètamimetica (LWBM, bijvoorbeeld salmeterol of formoterol) of leukotriënantagonisten (LTRA, bijvoorbeeld montelukast of zafirlukast).