

Samenwerking op de hartfalenpoli: Hoe gaat dat in de Nederlandse praktijk?

SPREKERS

- Prof.dr. Adriaan Voors - cardioloog, UMCG Groningen

Radboudumc, Nijmegen:

- Dr. Louise Bellersen - cardioloog

- Marjolijn Verdijk - verpleegkundig specialist

Deventer Ziekenhuis:

- Dr. Dirk J.A. Lok - cardioloog

- Dian Pruijssers-Lamers - verpleegkundig specialist

ESC 2016 HF RICHTLIJN – TWEE JAAR VERDER, DE BELANGRIJKSTE LESSEN

In 2016 is de meest recente ESC Hartfalen richtlijn¹ gepresenteerd. De richtlijn heeft betrekking op diagnostiek en behandeling van chronisch en acuut hartfalen (HF) en op de implementatie van multidisciplinaire zorgmodellen. Tijdens het symposium deelden teams bestaande uit een cardioloog en verpleegkundig specialist uit twee verschillende ziekenhuizen hun ervaringen met de implementatie van deze nieuwe aanbevelingen in de Nederlandse praktijk. In het bijzonder spraken zij over de omzetting van patiënten op de nieuw beschikbare hartfalen therapie: de angiotensine-receptorblokker-nepriylsineremmer (ARNi) sacubitril/valsartan.

Ruimte voor verbetering in huidige hartfalen-behandeling

Prof. dr. Adriaan Voors gaf een korte inleiding door de doelen van de behandeling van HF te herhalen: het verbeteren van klinische status, functionele capaciteit en kwaliteit van leven en het verminderen van de mortaliteit. Kortweg: je beter voelen en langer leven. En omdat patiënten vaak moeten worden opgenomen, is het voorkomen van deze ziekenhuisopnames een doel op zich.

Voor starten met ARNi moet behandeling met ACE-remming worden gestopt.

De ESC richtlijn geeft (in figuur 7.1) een therapeutisch algoritme voor patiënten met symptomatisch HF met verminderde ejectiefractie (HFrEF) schematisch weer. In het schema worden stapsgewijs extra middelen toegevoegd, indien patiënten symptomatisch blijven. Bij ACE-remmers en bètablokkers, de eerste aanbevolen behandeling, en ook bij de volgende stap, het toevoegen



van een mineralocorticoid receptorantagonist (MRA), staat dat deze middelen moeten worden opgetitreerd, tot de maximaal verdragen evidence-based dosis. Voors merkte op dat optitratie vaak wordt nagelaten. Dit is echter wel nodig, ook als patiënten symptomatisch blijven en in aanmerking komen voor een volgende stap, het omzetten naar behandeling met ARNi. Belangrijk detail in figuur 7.1 van de richtlijn is dat de ACE-remmer vervangen wordt door de ARNi: voordat de ARNi wordt geïnitieerd, dient de behandeling met ACE-remming gestopt te worden; deze twee klassen mogen niet gecombineerd worden.

De Europese BIoSTAT-CHF studie² onderzocht hoe goed de behandeling met ACE-remmers, ARBs en / of bètablokkers wordt opgetitreerd. Patiënten werden geselecteerd op verslechterend klinisch beeld. Er werd gecorrigeerd voor de kans op optitratie, zodat niet alleen goede patiënten werden geïncludeerd. 2516 patiënten uit 69 centra in 11 Europese landen werden geïncludeerd. Na negen maanden was de aanbevolen dosering van ACE-remmers bereikt in 27%, van ARBs in 16% en van bètablokkers in 12% van de patiënten. De bereikte dosis van zowel ACE-remmers, ARBs als bètablokkers bleek omgekeerd gecorreleerd aan mortaliteit.² Voors concludeerde dat we het aardig doen, maar er is zeker ruimte voor verbetering. Een kaart van de internationale variatie in behaalde aanbevolen dosering binnen Europa liet zien dat Scandinavische landen op dit vlak beter presteren dan Nederland. Volgens Voors vormen tijd, complexiteit en een gebrek aan financiën obstakels voor goede optitratie. Hier komt de hartfalenpolikliniek in beeld.

Mogelijk kunnen de twee uitgenodigde ervaren teams op dit vlak enkele oplossingen brengen, door te delen hoe zij de hartfalenpolikliniek hebben ingericht.

BEST PRACTICES: IMPLEMENTATIE DOOR SAMENWERKING

Ervaringen uit Deventer

Dirk Lok trapte af met de ervaringen in Deventer. De HF-polikliniek is in 1999 gestart. Tijdens het opzetten werd onderzoek gedaan of patiënten gezondheidswinst boekten door de nieuwe HF-poli, ten aanzien van kwaliteit en duur van leven.³ Sinds 2000 is Dian Puijssers hier werkzaam als gecertificeerd verpleegkundig specialist Cardiologie, en inmiddels is het team uitgebreid. Voldoende mankracht is een voorwaarde voor het kunnen bieden van goede zorg, is de eerste tip van Lok. In Deventer zijn twee cardiologen met aandachtsgebied HF: Dirk Lok en Jan van Wijngaarden, hoewel zij zich niet exclusief bezighouden met hartfalen. Zij zien ook andere patiënten, en cardiologen met een ander aandachtsgebied spreken ook HF-patiënten, o.a. op de polikliniek.

HF-patiënten komen binnen via de (algemene) polikliniek Cardiologie, uit de kliniek, en soms vanaf de huisarts, hoewel ze dan formeel eerst via de algemeen cardioloog moeten, om administratieve redenen. Alle klinische patiënten met HF komen uiteindelijk op de HF-poli. De zorg is zo ingericht dat ook als een patiënt door een niet-gespecialiseerde cardioloog is gezien tijdens opname, deze wordt besproken in het multidisciplinair overleg (MDO) en vervolgens na ontslag wordt teruggezien op de HF-poli. In Deventer vinden twee MDO-momenten per week plaats: een eerste met de verpleegafdeling, waarbij de zaalarts, de co-assistenten en de verpleegkundigen van de revalidatiepoli, de HF-poli en de atriumfibrillerenpoli aanwezig zijn. In dat overleg wordt sturing gegeven ten aanzien van waar de patiënt nazorg gaat ontvangen. Het andere MDO is met de twee HF-cardiologen, twee verpleegkundig consulenten van de HF-poli en Puijssers als verpleegkundig specialist. In het licht van polyfarmacie zou het nuttig zijn dat ook een geriater aanschuift bij dit overleg, maar in Deventer bleek dit in het verleden niet haalbaar. Tijdens het laatste MDO wordt de medicatie doorgenomen, de oorzaak van het hartfalen besproken, en of er een interventie gedaan moet worden. De HF-cardiologen hebben hierbij het volledige vertrouwen van de andere cardiologen om de leiding te nemen in de nodige behandelingen, en uiteraard is overleg altijd mogelijk.

Een vraag uit de zaal betrof of eHealth applicaties een rol kunnen spelen in de zorg voor HF-patiënten, en zo ja, wat het bewijs hiervoor is. Lok kent geen resultaten die laten zien dat je er langer door leeft of langer uit het ziekenhuis

blijft. Toch voelt de beroepsgroep dat ze er iets mee moet, omdat er behoefte bestaat bij patiënten. Het lijkt Lok in elk geval belangrijk dat de data van een eHealth-systeem gekoppeld worden aan het EPD, maar voor de meeste systemen geldt dit niet. Hij is de mogelijkheid aan het onderzoeken om een systeem dat wel gekoppeld kan worden, naar Nederland te halen. Over het algemeen is hij gereserveerd, gezien de tijd en het geld dat het kan gaan kosten om op valse alerts te reageren. Patiënten schijnen eHealth-toepassingen wel prettig te vinden, alleen moet daarbij de kanttekening gemaakt worden dat het mogelijk is dat alleen patiënten die toch al enthousiast waren, meedoen aan onderzoeken naar de ervaringen met eHealth.

Als startdosering van sacubitril/valsartan wordt doorgaans een iets lagere dosering gekozen dan de dosering van de maximaal getitreerde ACE-remmer.

Dian Puijssers vervolgde met specifieke ervaringen met het omzetten van patiënten naar behandeling met sacubitril/valsartan. Sinds de start van dit proces in de zomer van 2016, zijn er zo'n 75 patiënten omgezet. Puijssers liet data zien van de eerste 70 patiënten. De eigenschappen van deze patiënten komen aardig overeen met de patiënten in de PARADIGM-HF studie, behalve dat minder patiënten diabetes hebben (23% vs. 35% in PARADIGM), en meer een ICD (27% vs. 15%) of CRT-D (21% vs. 7%) hebben. De gemiddelde leeftijd van de HF-patiënten op sacubitril/valsartan in Deventer is 68 (range: 27-87, in PARADIGM: 63.8 ± 11.5 jaar).

Als startdosering wordt doorgaans een iets lagere dosering gekozen dan de dosering van de maximaal getitreerde ACE-remmer. Er wordt dus nooit gestart met de doeldosering van tweemaal 97/103 mg per dag. Van de 70 patiënten zijn 37 (53%) na titratie op deze dosering uitgekomen. 23 patiënten krijgen (nog) niet de maximale dosering: bij zestien personen is dat omdat zij nog in de titratiefase zitten. Drie patiënten (4%) zijn overleden en zeven (10%) zijn gestopt met behandeling vanwege bijwerkingen, zoals hypotensie/duizeligheid, moeheid, hoofdpijn, jeuk en hyperkaliëmie. Om een indruk te krijgen hoe het met de patiënten gaat, is gekeken naar NYHA klasse-verdeling, voor en tijdens gebruik van sacubitril/valsartan. Hoewel dit subjectief is en er kanttekeningen te plaatsen zijn bij deze analyse, is de groep met NYHA II, en in mindere mate ook NYHA I, groter tijdens behandeling met ARNi, terwijl minder patiënten NYHA III hebben (en de ene patiënt met NYHA IV voorafgaand aan behandeling niet meer in deze klasse zit tijdens behandeling).

Ervaringen uit Nijmegen

Dan de ervaringen uit het Radboudumc in Nijmegen. Dr. Bellersen vertelde dat zij een specifieke ARNi-polikliniek hebben ingericht binnen de bestaande HF poli; dit om meer bekendheid aan deze therapeutische optie te

geven, o.a. bij de regulier cardiologen. Een bij-effect is dat hierdoor alle HF-patiënten op de HF-poli komen voor optimalisatie conform richtlijn. Met de ARNi-poli beogen zij een veilige infrastructuur voor patiënten met HF in te richten, rondom de omzetting naar dit nieuwe middel. De poli maakt het ook mogelijk om onderzoek te doen naar de ervaringen. Door een duidelijke rolverdeling voor de cardioloog en de verpleegkundig specialist, kunnen zij optimaal behandelen en efficiënt werken.

Uniek aan de Nijmeegse werkwijze is dat de cardioloog en de verpleegkundig specialist samen spreekuur houden.

Ze werken in Nijmegen met een toegewijd team, bestaande uit een verpleegkundig specialist hartfalen, verschillende cardiologen en een arts-onderzoeker. De omzetting volgt het protocol zoals toegepast in de PARADIGM-HF studie, en documentatie hierover in het EPD is gestandaardiseerd middels smartphrases. De reeds opgedane ervaringen uit Nijmegen worden inzichtelijk gemaakt door alle praktijkdocumenten te delen via NVVC Connect Hartfalen (regio Nijmegen – Boxmeer). Patiënten die worden omgezet naar ARNi worden geregistreerd in het Castor eCRF-register.

Uniek aan de Nijmeegse werkwijze is dat de cardioloog en de verpleegkundig specialist samen spreekuur houden. Dit blijkt efficiënt: beiden kunnen ARNi als optie bespreekbaar maken, maar de cardioloog bepaalt het beleid, en de verpleegkundig specialist coördineert de behandeling. Ze gebruiken stroomschema's om te bepalen of een patiënt in aanmerking komt voor omzetting, en zo ja, voor welke dosering. Op basis van de dosering van ACE-remmer of ARB, wordt de dosisequivalente startdosering van sacubitril/valsartan bepaald; meestal betreft dit de middelste beschikbare dosis van 49/51 mg. Er is ook een stroomdiagram voor bezoeken aan de ARNi-polikliniek, beginnend met een screeningsvisite, gevolgd door drie visites, steeds na 2 weken, waarin wel of niet wordt opgetitreerd (naar aanleiding van anamnese, controles en labuitslagen). Uiteindelijk vindt na 12 weken een controlevisite plaats. Dit intensieve contact ondersteunt ook de motivatie van de patiënt. Belangrijk punt: de huisarts moet door het team op de hoogte worden gebracht van omzetting; vooral om te verzekeren dat deze niet ACE-remmer (her)start. Nijmegen gebruikt hiervoor een standaardbrief.

Er wordt een correlatie gezien tussen de daling in NT-proBNP tijdens ARNi-behandeling en kwaliteit van leven.

In Nijmegen is onderzoek gedaan naar de ervaringen van de patiënt, middels het Nijmegen Clinical Screening Instrument (NCSI),⁴ een digitale vragenlijst. Ook werden bloeddruk, MDRD (Modification of Diet in Renal Disease-formule voor nierfunctie), kalium en NT-proBNP bij de NCSI-resulta-

ten betrokken. Tot nog toe zijn 37 patiënten die ARNi-behandeling krijgen, geanalyseerd (geen controlegroep). Patiënten gaven tijdens behandeling, ten opzichte van daarvoor, een hoger rapportcijfer over hoe zij zich voelen: 7.4 vergeleken met 6.9 voor behandeling. Ze gaven aan minder vermoeid te zijn, en ervoeren minder beperkingen in het dagelijks functioneren. De systolische bloeddruk daalde in deze patiënten van 118 mmHg naar 106 mmHg, er was geen verschil in MDRD en kalium ten opzichte van voor behandeling, en het NT-proBNP daalde. Er werd een correlatie gezien tussen de daling in NT-proBNP en kwaliteit van leven.

Op basis van ervaringen in Nijmegen, sloot Verdijk af met enkele tips voor gebruik van sacubitril/valsartan. Ten eerste kan bij hypotensie soms overwogen worden diuretica te verlagen, zodat meer ruimte ontstaat voor optitreren van ARNi. Zij combineren soms 24/26 mg met 49/51 mg, indien de hoogste dosering van tweemaal 97/103 mg niet bereikt kan worden, hoewel gebruik van een dergelijke dosering nog niet is onderbouwd met data. Twee praktische tips: zorg ervoor dat sacubitril/valsartan beschikbaar is in de apotheek van de kliniek, en weet wat de mogelijkheden zijn van de apotheek ten aanzien van het wel/niet leveren van ARNi in baxter.

Kortdurend kan eGFR dalen na starten met sacubitril/valsartan, waarna deze weer stijgt, dus nierfunctie kan betrouwbaarder worden beoordeeld na bijvoorbeeld vier, in plaats van na twee weken.

Tijdens de discussie werd gevraagd hoe lang gewacht moet worden tot stoppen van ARNi-medicatie indien de nierfunctie achteruit gaat. Bekend is dat kortdurend een daling van eGFR kan optreden na starten met sacubitril/valsartan, waarna de eGFR weer stijgt. In PARADIGM-HF bleef eGFR op de langere termijn met ARNi beter behouden dan met de controlebehandeling (enalapril). Daarom wordt geadviseerd af te wachten of de nierfunctiedaling persisteert; na vier weken zal een betrouwbaarder beeld kunnen worden gevormd dan na twee weken.

Algemeen was de indruk dat de bekendheid van sacubitril/valsartan op reguliere poliklinieken nog te wensen over laat en dat niet alle patiënten worden doorverwezen naar de HF-poli. Dat is de reden dat in Nijmegen een specifieke ARNi-polikliniek is gestart. Na een jaar worden patiënten terugverwezen naar de algemeen cardioloog. Ze hopen dat de ARNi-poli op termijn overbodig blijkt, als het behandeltraject algemeen beter bekend is. Ook in Deventer blijken steeds meer reguliere cardiologen door te verwijzen naar de HF-poli, dus de bekendheid groeit geleidelijk en vanzelf (zonder specifieke inspanningen). Helaas is 5 jaar na diagnose nog maar 50% van de patiënten met hartfalen in leven, dus het verdient altijd de voorkeur adequaat naar de HF-poli te verwijzen.

Lok vertelde dat ook in Deventer weleens patiënten gemist worden, als gevolg van de verschillende expertises van de cardiologen die HF-patiënten zien. Hij probeert de gemiste patiënten alsnog te vinden door elektronisch op bepaalde eigenschappen te screenen, en ze vervolgens actief te benaderen als ze in aanmerking lijken te komen voor optimalisatie van de HF-behandeling.

Na deze uitwisseling van praktische ervaringen, sloot Voors het symposium af met de conclusie dat er nog winst te behalen is, ook ten aanzien van optitratie van andere middelen. Wanneer dat op orde is, is er ook zeker, in de juiste patiënten, een rol voor sacubitril/valsartan.

Referenties

1. Ponikowski P *et al.*, Eur Heart J. 2016; 37(27):2129-2200
2. Ouwerkerk W *et al.*, Eur Heart J. 2017; 38(24):1883-1890
3. Pita Bruggink is hierop gepromoveerd in Utrecht
4. Peters JB, Quality of Life Research. 2009;18:901



© 2018 MEDCON International

Deze Meeting Impression is ontwikkeld en uitgegeven door MEDCON International (uitgever) namens CVGK. Dit lunchsymposium werd georganiseerd door MEDCON International en gesponsord door Novartis.

Meningen in dit verslag komen volledig voor rekening van de sprekers en zijn niet noodzakelijk die van de uitgever.

Voor meer informatie, video's met de sprekers en presentaties, bezoek CVGK.nl.