Urgentieschema's voor huisartsen: acuut hartfalen

Haio: WILLEKENS Ward , KUL
Promotor: AERTGEERTS Bert , KUL
Praktijkopleider: ELST Chantal , HAIDER Syed , MENTENS Ans

Context: Acuut hartfalen (AHF) is een levensbedreigende aandoening met hoge hospitalisatiegraad, morbiditeit, mortaliteit en economische kost. In de acute setting speelt de huisarts een belangrijke rol in de diagnose, initiële beleidsvorming en verwijzing naar de tweede lijn. Het diagnostisch proces bij acuut hartfalen wordt prehospitaal voornamelijk gecompliceerd door de heterogene patiëntenpopulatie en de beperkte diagnostische middelen. Momenteel bestaat er een gebrek aan kwalitatieve studies die robuust bewijs leveren op de langetermijneffecten van courante therapieën, wat het opstellen van een algemeen aanvaard protocol in eerste lijn bemoeilijkt. Recente literatuur benadrukt wel het belang van vroege administratie van therapie. Dit versterkt de nood aan een helder en gebruiksvriendelijk urgentieschema voor de eerste lijn. Dit werk vormt de basis voor dergelijk schema dat verwerkt zal worden binnen een heruitgave van het handboek “Urgentieschema’s voor Huisartsen”.

Onderzoeksvraag: Welke stappen kan de huisarts ondernemen in de ambulante setting om bij acuut hartfalen de uitkomst van de patiënt op korte en lange termijn te verbeteren?

Methode: Er werd een literatuurstudie uitgevoerd. Initieel stelden we een best-BET op, na een zoekactie in verschillende databases (Pubmed, Embase, Cochrane). Op basis hiervan werd een eerste urgentieschema voor AHF in de acute setting opgesteld. Dit presenteerden we vervolgens aan twee huisartsenkringen en twee cardiologie kransen, waarna we de aanwezigen vroegen om feedback door middel van een online vragenlijst. Op basis van deze expert opinies werd een uiteindelijk urgentieschema gemaakt.

Resultaten: De literatuur raadt aan de beleidsvoering in de prehospitaal setting te focussen op vitale parameters zoals saturatie en bloeddruk. Intraveneuze toediening van lisdiuretica blijft de hoeksteen van de behandeling van AHF en dient bij alle patiënten zo snel mogelijk gestart te worden. Vasodilatatoren intraveneus of sublinguaal geven significante symptoomverlichting bij normotensieve en hypertensieve patiënten. Bij een systolische bloeddruk onder 110mmHg weegt het risico op hypoperfusie zwaarder door dan mogelijke gunstige effecten. Het gebruik van natriuretische peptides en ACE-inhibitoren is tot op heden onvoldoende onderbouwd om routinematig toe te passen. Vasopressoren hebben geen plaats in de eerste lijn. Routinematig gebruik van morfine wordt in de recentste richtlijnen afgeraden o.w.v. hogere intubatienood, nood aan intensieve zorgen en mortaliteit. Experimentele therapieën zoals ularitide, serelaxine, clevidipine en tolvaptan tonen voorlopig geen significante verbetering in cardiovasculaire uitkomst. Klassieke zuurstoftherapie of non-invasieve ventilatie (NIV) is aangewezen bij patiënten met een saturatie lager dan 90% of uitgesproken respiratoire distress. Via de online vragenlijst bevroegen wij 32 huisartsen en 26 cardiologen. Hieruit bleek dat momenteel geen uniform protocol voor de eerste lijn bestaat. Op basis van de feedback werden nog enkele aanvullingen gedaan om het schema gebruiksvriendelijker te maken.

Conclusie: Omwille van de uitgebreidheid aan fenotypes en precipiterende factoren waarmee AHF gepaard gaat, zijn er weinig studies met voldoende power die aanbevelingen met een sterke ‘level of evidence’ verschaffen. Meer onderzoek is met name nodig naar de effecten op lange termijn van de huidige therapieën. Het huidig beleid is sterk ervaring gebaseerd en beroept zich in belangrijke

mate op de kliniek. Ons urgentieschema biedt een leidraad voor huisartsen om een snel en efficiënt beleid in te stellen, waarbij verwijzing naar de tweede lijn gestroomlijnd kan worden.