Hartfalenbehandeling: De cruciale rol van de apotheker

De huisapotheker speelt, zoals in het artikel van de editie april al aan bod kwam, een cruciale rol in het vroegtijdig opsporen, opvolgen en begeleiden van patiënten met hartfalen. Naast medicatieopvolging, hebben we als apotheker een belangrijke signaalfunctie, kunnen we onze patiënten ondersteunen bij de opvolging van parameters als bloeddruk en hartslag en hen adviseren over een gezonde levensstijl. Onze verantwoordelijkheid reikt dus verder dan het beheren en afleveren van medicatie. In dit artikel gaan we dieper in op de behandeling van hartfalen, waarbij de apotheker centraal staat als dé geneesmiddelenexpert. Ook bespreken we het belang van onze rol in de opvolging van de hartfalenpatiënt binnen een geïntegreerde zorgaanpak.

De medicamenteuze behandeling

In het vorige artikel kwamen **de drie types hartfalen** al aan bod. Bij het eerste type, *heart failure with preserved ejection fraction* (HFpEF), blijft de ejectiefractie van het hart behouden. Kenmerkend voor het tweede type, *heart failure with reduced ejection fraction* (HFrEF), is een vergroot, gedilateerd hart waarbij de ejectiefractie wel verminderd is. Tot slot is bij *heart failure with mid-range ejection fraction* (HFmrEF) de ejectiefractie licht verminderd. Voor de behandeling van HFrEF bestaat de sterkste wetenschappelijke evidentie. Daarom focussen we hier op de behandeling van dit type hartfalen.

Levensreddende medicatie bij HFrEF: vier basis geneesmiddelen

Bij HFrEF bestaat de standaardbehandeling uit een combinatie van vier geneesmiddelenklassen: een remmer van het renine angiotensine aldosteronsysteem (**RAAS-remmer**), een **β-blokker**, een mineralocorticoïdreceptor antagonist (**MRA**) en een *sodium-glucose cotransporter-2 inhibitor* (**SGLT2-inhibitor**).

Ze verminderen niet enkel de klachten, maar vertragen de ziekteprogressie, verkleinen de kans op hospitalisatie en verlagen de mortaliteit. Die ***foundational therapy*** vormt de hoeksteen van de behandeling.



Kenmerkend voor de aanpak van deze therapie is ***rapid sequencing***: de vier geneesmiddelen worden zo snel mogelijk na diagnose opgestart en vervolgens snel opgehoogd tot de streefdosis of maximaal getolereerde dosis. Vooral voor de RAAS-remmer en de β-blokker is die dosisverhoging essentieel.

1. RAAS-remmer: ACE-I, ARB of ARNI

RAAS-remmers **verlagen de hartbelasting** door vasodilatatie en het verminderen van vochtretentie. Bovendien beschermen ze tegen structurele veranderingen in onder andere de grootte en de functie van het hart. Dat proces van veranderingen wordt *remodeling* genoemd.

Bij inname van een angiotensineconversie-enzyminhibitor (ACE-I), zoals perindopril en lisinopril, kan **een prikkelhoest** ontstaan. Als die bijwerking optreedt, is een angiotensine receptorblokker (ARB) een mogelijk alternatief. Voorbeelden van deze geneesmiddelenklasse zijn losartan, olmesartan en valsartan. Bij patiënten met HFrEF die symptomatisch blijven ondanks een optimale dosis ACE-I of ARB, kan de cardioloog een ARNI (ARB geassocieerd met een neprilysine remmer, meer bepaald sacubitril met valsartan, beter bekend als Entresto®) opstarten ter vervanging van de ACE-I of ARB.

2. β-blokkers

Enkel bisoprolol, carvedilol, metoprolol (met vertraagde afgifte) en nebivolol zijn bewezen effectief bij HFrEF.



Door **het verlagen van de hartfrequentie**, heeft het hart meer tijd om zich te vullen met bloed. Men ziet ook een lichte bloeddrukdaling met lagere perifere weerstand. Het slagvolume en hartdebiet zullen zo op lange termijn vergroten, zonder dat de hartbelasting toeneemt. In het begin treedt er mogelijk een verslechtering op van de symptomen doordat de contractiekracht van het hart vermindert. Enkele maanden na de start stelt men een verbetering van de symptomen vast. Het is zeer belangrijk om dit te bespreken met je patiënt zodat deze therapietrouw is!

3. MRA's (mineralocorticoïd receptor antagonisten)

MRA's **verminderen vochtretentie** en verlagen zo de voorbelasting. Daarnaast zorgen ze voor minder littekenvorming op het hart. Spironolacton en eplerenon zijn voorbeelden van MRA's die in België beschikbaar zijn.

4. SGLT2-inhibitoren

SGLT2-inhibitoren zijn werkzaam ter hoogte van de nieren. Men vermoedt dat ze door **osmotische diurese**, het proces waarbij glucose water meetrekt en zo het urinevolume verhoogt, een vermindering van de voorbelasting van het hart veroorzaken. Daarnaast zouden die inhibitoren ook directe cardioprotectieve effecten hebben. Dapagliflozine of empagliflozine worden bij hartfalen steeds in een vaste dosis van 10 mg gegeven. Ook voor HFpEF en HFmrEF is een SGLT-2 inhibitor aangeraden, omdat deze geneesmiddelengroep de kans op hospitalisatie en cardiovasculaire sterfte verlaagt.

Symptomatische behandeling met behulp van diuretica

Lisdiuretica, zoals furosemide (eventueel gecombineerd met thiaziden, bijvoorbeeld chloortalidon) worden gebruikt bij tekenen van overvulling, ongeacht het type hartfalen (HFrEF, HFmrEF en HFpEF). Ze **verminderen vochtretentie** en verlichten symptomen zoals oedeem en kortademigheid. Een flexibel diureticumbeleid is mogelijk bij therapietrouwe en klinisch stabiele patiënten. Zij kunnen zelf de dosis volgens een afgesproken schema, tijdelijk verhogen of verlagen naargelang de symptomen en hun gewicht. Daarbij is het belangrijk dat de patiënt goed is geïnformeerd.

Het belang van een gezonde levensstijl

Patiënten met hartfalen hebben veel baat bij een gezonde levensstijl, en als apotheker kan je daarin een belangrijke rol spelen. Strikte zoutbeperking wordt niet langer aanbevolen omdat er geen wetenschappelijk bewijs voor is en omdat het de kwaliteit van leven niet ten goede komt.

Bij **relatieve zoutbeperking** is er een beperking tot 5 g per dag (de gemiddelde Belg gebruikt 10 g per dag). Raad je patiënt aan om kant-en-klare producten te vermijden en geen extra zout toe te voegen, maar gebruik te maken van alternatieven zoals verse kruiden. Ook voorzichtigheid is geboden bij zout bevattende geneesmiddelen (zie verder).

Patiënten met hartfalen houden vaak vocht vast, waardoor te veel drinken hun klachten kan verergeren, zeker wanneer ze diuretica gebruiken. Daarom raadt men meestal aan om de totale **vochtinname** te **normaliseren** tot ongeveer 1,5 à 2 liter per dag, tenzij er geen tekenen van vochtretentie zijn. Dialysepatiënten moeten deze beperking strikter volgen.

Als jouw hartfalenpatiënt een roker is, motiveer hem dan om te **stoppen met roken** en verwijs indien nodig door naar een tabakoloog. Ook **regelmatige lichaamsbeweging** is belangrijk, maar de patiënt mag zichzelf niet forceren.

Daarnaast zijn deze patiënten gevoeliger voor infecties. Maak hen bewust van het belang van **vaccinatie** tegen griep, covid en pneumokokken. Vanaf de leeftijd van 60 jaar wordt ook het vaccin tegen RSV aangeraden.

Aandacht voor bijwerkingen en te vermijden geneesmiddelen

Tabel 1 biedt een overzicht van de belangrijkste bijwerkingen per geneesmiddelenklasse. **Hypotensie** is een bijwerking die bij alle vijf de geneesmiddelenklassen kan optreden.

Geneesmiddelenklasse	Meest voorkomende bijwerkingen
(Lis)diuretica	Dehydratatie, hypokaliëmie met spierkrampen, hyponatriëmie, magnesiumdeficiëntie
ACE-I, ARB's of ARNI's	Prikkelhoest, hyperkaliëmie
β-blokkers	Bradycardie, afname inspanningscapaciteit, vermoeidheid (bij start)
MRA's	Hyperkaliëmie, endocriene stoornissen (bijvoorbeeld gynaecomastie)
SGLT2- inhibitoren	Genitale infecties, urineweginfecties

Tabel 1: Overzicht van de meest voorkomende bijwerkingen per geneesmiddelenklasse.



Patiënten met hartfalen nemen vaak meerdere geneesmiddelen per dag. Dat maakt hen vatbaar voor interacties, vooral met **NSAID's**, die vochtretentie en nierfunctiestoornissen kunnen uitlokken.

Geneesmiddelen met een hoog natriumgehalte, zoals bijvoorbeeld pijnstillers in **bruistablet en macrogolpreparaten met elektrolyten**, kunnen de symptomen van hartfalen verergeren.

Waarom zorgpaden werken

Optimale hartfalenzorg vereist **een multidisciplinaire aanpak** waarbij huisarts, cardioloog, verpleegkundige en apotheker samenwerken. Onze rol als apotheker blijft hier vandaag nog te vaak onderbenut. Multidisciplinaire zorgpaden, zoals het bestaande **hartfalen zorgpad**, bieden een kader om de expertise van de apotheker maximaal te benutten, opvolging te versterken en samenwerking te verbeteren.

Scan de QR-code om het multidisciplinair zorgpad hartfalen te raadplegen.

Het is belangrijk dat elke betrokken zorgverlener het zorgpad kent en de taken en verantwoordelijkheden van zijn medezorgverstrekkers erkent. Om er dan uiteindelijk samen voor te zorgen dat iedereen **dezelfde correcte adviezen** geeft rond alarmsymptomen, levensstijl en medicatiegebruik. Educatie en concrete richtlijnen voor elke zorgverlener zijn dus noodzakelijk.

Apr. Noortje Polet

Apr. Becky Noyens
(HeartsConnect Netwerk)

In september wordt de online bijscholing, 'Samen sterk voor hartfalenzorg' gelanceerd. Door onze kennis bij te schaven, versterken we onze rol in de hartfalenzorg en zijn we in staat om patiënten nog gerichter ondersteunen. Zo kunnen we als apotheker ook meer worden betrokken in de opvolging van de patiënt. Blijf onze communicatiekanalen volgen zodat je deze bijscholing zeker niet mist!

De bijscholing maakt deel uit van het project HART van Becky Noyens. Benieuwd naar het project? Neem dan zeker een kijkje op onze website! www.apotheia.be/hartfalen

Bronnen

- BCFI, 'Hartfalen' (www.bcfi.be)
- Bijscholing Becky Noyens 'Samen sterk voor betere hartfalenzorg' met als belangrijkste bronnen:
  - BWGHF, 'Multidisciplinair zorgpad hartfalen' (www.heartfailure.be)
  - European Society of Cardiology, '2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure' (www.escardio.org)
  - European Society of Cardiology, '2023 Focused Update of the 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure' (www.escardio.org)
  - Heart Failure Matters (www.heartfailurematters.org)
  - Worel, 'Chronisch hartfalen' (www.worel.be)
  - Worel, 'Palliatieve zorg bij patiënten met hartfalen' (www.worel.be)