

INFOSESSIE 2000
HARTFALEN
Prof. Dr. Johan Vanhaecke.

INTERVIEW

"Om 14 u. afspraak met prof. Dr. Johan Vanhaecke, sinds 1994 kliniekhoofd aan de Universitaire Ziekenhuizen-Leuven, verantwoordelijk voor de programma's Hartfalen en Harttransplantatie. Tweede verdieping - Paarse pijl volgen."

In de gang waar hij resideert, hebben nog andere Leuvense cardiologische zwaargewichten hun vaste stek: de professoren Dr. Fr. Van De Werf, Dr. H. Ector, Dr. J. Piessens...

Johan Vanhaecke is geboren in Kortrijk, gehuwd, heeft drie kinderen. Begon zijn studies geneeskunde aan de KU Leuven in 1968, wordt specialist in de Inwendige Geneeskunde in 1980 en Geaggregeerde voor het Hoger Onderwijs in 1987.

Belangrijke studieverblijven: Stanford University in Stanford-California voor nucleaire cardiologie, Presbyterian University Hospital in Pittsburg-Pennsylvania voor harttransplantatie, Harefield Hospital in Harefield-Middlesex (UK) eveneens voor harttransplantatie.

Naast zijn werk als kliniekhoofd in Gasthuisberg is hij lid en/of coördinator van Belgische en Europese verenigingen die zich met hart- en longtransplantatie bezighouden.

De 'Papers' ofte publicaties van Johan Vanhaecke tussen 1976 en 1999 zijn indrukwekkend: honderdzestien medisch-wetenschappelijke bijdragen die hij schreef of waaraan hij medewerkte.

Goed idee.

"Hartfalen". Professor Vanhaecke vindt het een goed onderwerp voor een breed publiek en geeft meteen een paar argumenten.

"Het is de enige cardiovasculaire aandoening die in de Westerse wereld nog toeneemt, komt zeer frequent voor en heeft vooral het nadeel dat er daarbij een grote morbiditeit, (ziekelijkheid) ontstaat. De levenskwaliteit gaat – meer dan bij andere chronische ziekten - achteruit. Het sterftcijfer ligt hoog en het fenomeen is een dure zaak voor de maatschappij. De Engelsen hebben er een interessante omschrijving voor: common, costly, disabling and deadly. (komt veel voor, is duur, veroorzaakt handicap en is dodelijk)."

Vooraf de laatste tien jaar is er een grote evolutie in de aanpak. De inzichten over het ontstaan van hartfalen zijn enorm verbeterd, de therapeutische strategie eveneens door de ontdekking en het gebruik van geneesmiddelen die veel efficiënter zijn, zegt professor Dr. J. Vanhaecke.

"Eigenaardig misschien, maar door de verbeterde technologie is er een toename van hartfalen. Vroeger stierf een hoog percentage van al wie hartproblemen had. De soms

hoogtechnologische ingrepen houden nu mensen in leven die morbiditeit verder meedragen." De evolutie ligt ook en voornamelijk op het medicamenteuze vlak. Men heeft nieuwe

categorieën geneesmiddelen ontwikkeld die zeer efficiënt zijn. Wat het technologische betreft, gelden de vernieuwingen slechts voor een klein percentage van de patiënten hoewel er enorm veel gebeurd is sinds de eerste harttransplantatie in 1967.

Nu werkt men nog aan verbeteringen van de 'assist' of pomp en aan nieuwe versies van kunstharten. Men heeft ondertussen ook ingezien hoe belangrijk de rol van de paramedici is in de hele problematiek: kinesitherapie, psychosociale benadering.

Toekomst?

Alles wat zich rond hartfalen afspeelt, zal boeiend blijven door de groeiende inzichten en de nieuwe aangrijpingspunten die er zijn om het proces om te buigen. Er groeit een intense belangstelling voor primaire preventie of... hoe komt het niet tot hartfalen. Er is verder de secundaire preventie dat is het beletten of vermijden dat de patiënt verder afglijdt.

Ook op het vlak van medicatie is er een grote evolutie. Er zijn de traditionele geneesmiddelen (chemical compounds) die selectiever en gericht werken. Daarnaast werkt men aan programma's om via genetische manipulatie de hartspier te regenereren. Misschien is het allemaal niet meer zover af dat hart- en andere cellen in staat zijn zichzelf te reproduceren. Het wordt zeker een boeiende lezing voor onze Harpisten. Details over datum, uur plaats en kosten zijn elders in deze Harpakrant te vinden.

Den Herman.

INFOSESSIE 2000
HARTFALEN
Prof. Dr. Johan Vanhaecke.

VESLAG

*"Een schitterende lezing met een pak exclusieve informatie voor onze harpisten."
Het circuit om de aula GA 1 te bereiken was deftig aangeduid. Dat was nodig in de immense bouwwerf die Gasthuisberg op dit ogenblik is.
Blijkbaar krijgen de infosessies van Harpa een serieuze plaats tussen andere activiteiten aan de KULeuven. Wij mogen dit jaar aanschuiven tussen neurologen voor een internationaal congres en stands waar tandartsen geïnformeerd worden over efficiënter injectiespuiten.
Het huis was weer vol met zo'n 200 harpisten - dit keer opvallend veel dames.
Onze voorzitter stelt zijn collega Prof. Dr. Johan Vanhaecke voor als eminent specialist hartfalen en harttransplantatie, bekend in binnen- en buitenland en plaatst hem in de rij van sprekers die vorige sessies verzorgden.
Hij wijst er op dat Harpa het initiatief van de vorige voorzitter Willy Demeuleneere in de toekomst wil verder zetten.*

Professor Vanhaecke verwondert zich over het grote aantal aanwezigen en vermoedt zelfs dat de sessie niet de enige geplande activiteit was.

'Ce que se conçoit bien, s'énonce clairement' - 'als je het duidelijk in je hoofd hebt kan je het ook klaar uitdrukken'. Een oude wijsheid die Professor Vanhaecke blijkbaar in de rugzak heeft en zo kan de infosessie over een ingewikkelde materie omschrijven..

Het begint met een duidelijk indeling:

- Waarom over hartfalen te spreken?
- Wat is dat hartfalen nu precies?
- Oorzaken en gevolgen.
- Wat kan je eraan doen?

1. Waarom?

Hartfalen krijgt in Engeland een flegmatieke omschrijving met vier letters: C - C - D - D.

Common - komt frequent voor?

Costly - dure aangelegenheid voor de ziekenzorg

Disabling - stoort de normale capaciteiten van een mens = morbiditeit

Deadly - dodelijk = risico op overlijden

COMMON

In België hebben elk jaar 15 à 20.000 nieuwe patiënten te maken met hartfalen. Je kan het ook anders zeggen: "Op dit ogenblik lopen bij ons ongeveer 200.000 mensen rond met hartfalen. Het fenomeen neemt ook nog toe. Door verbeterde preventie, nieuwe medicatie, revalidatieprogramma's en -verenigingen, bepaalde behandelingen neemt de sterfte af.

COSTLY

Binnen de groep van hartziekten is hartfalen de enige groep van cardiovasculaire aandoeningen die toeneemt en een grote inzet van personeel en middelen vraagt.. Het is ook een aandoening van de hogere leeftijdsgroepen. Bij min 50 is het fenomeen eerder zeldzaam, bij de 75-plussers echter is ongeveer 10 % van de totale bevolking daaraan lijdend. Minstens één op drie 'hartfalers' worden minstens éénmaal per jaar gehospitaliseerd. Dat heeft natuurlijk gevolgen op de kosten i.v.m. budget gezondheidszorg. Dit is dus werkelijk 'Costly'.

DISABLING

De kwaal heeft een invloed op het prestatievermogen van de patiënt wat omschreven wordt door 'morbiditeit'. De levenskwaliteit gaat hierbij meer achteruit dan bij andere ziekten. Het beperkt de mogelijkheden van de patiënt, zijn functioneren in beroep, omgeving.

DEADLY

Hartfalen bespreken is ook belangrijk omdat er overlijden mee gepaard gaat.

De mortaliteit ligt ook hoog afhankelijk van ernst van het syndroom. De sterfte bedraagt 15 tot 50 % binnen het jaar op één jaar tijd. Bij de categorie met de ernstigste graad van hartfalen sterft dus één op twee patiënten binnen het jaar.

2. Wat is dat hartfalen nu precies?

Het is geen hartziekte op zichzelf, maar een stadium in de evolutie van zeer veel verschillende hartziekten. Wanneer een hartziekte ver genoeg evolueert dan is de hartfunctie - de werking van het hart - beperkt en spreekt men over hartfalen. Eigenlijk is dit het resultaat van verschillende ziektefenomenen: verstopping van kransslagaders met als gevolg één of meerdere of een zeer zware hartinfarcten. Kleplijden, een ontsteking van de hartspier, een virusinfectie of aangeboren hartafwijkingen kunnen ook oorzaak zijn.

Hoe ervaart de patiënt hartfalen? Minder goed gevoel bij fysieke inspanningen, buiten adem geraken, hartkloppingen, gezwollen voeten (oedeem) en dat kan allemaal leiden tot verminderde overleving.

3. Oorzaken en gevolgen

- **Onderliggende aandoeningen**
- **Uitlokkende factoren.**

Onderliggende aandoeningen.

In West-Europa is in 50 % van de gevallen de oorzaak te vinden bij beschadiging van de kransslagaders die tot een infarct leiden.

In 25 % van de gevallen weet men niet goed (idiopatisch) waarom de hartspier niet goed functioneert. Dat kan door een virale infectie zijn, het gevolg van overdreven gebruik van alcohol (toxisch) , de geboorte van een kind...

Kleplijden is in 5 % van de gevallen de oorzaak en daarnaast nog eens 5 % een hoge bloeddruk.

Dat fenomeen op zichzelf geeft zelden aanleiding tot hartfalen tenzij men in de leeftijdscategorie boven 75 thuishoort. Hoge bloeddruk is wel een belangrijk element in combinatie met andere symptomen.

Andere oorzaken liggen aan de basis van de resterende 15 %.

Uitlokkende factoren

Belangrijkste is verandering in behandeling met geneesmiddelen. Zij kunnen bewust of bedoeld maar ook toevallig zijn. De professor geeft het voorbeeld van iemand met hartfalen die plaspillen moet innemen om vocht af te drijven en ze door omstandigheden of slordigheid niet meer inneemt.

Het verwaarlozen van een zoutarm zijn dieet (reizen, feesten) kan ook een uitlokkende factor zijn. Er is ook de combinatie met geneesmiddelen voor behandeling van een andere ziekte (reuma, chronische gewrichtsklachten).

Ritmestoornissen (voorkamerfibrillatie) kunnen ook uitlokkend zijn.

Infectie bij griep enz. eveneens.

Professor Vanhaecke wil de Harpisten een primeur bezorgen.

Voor de eerste keer legt hij in zeer eenvoudige termen het moeilijke probleem van hartfalen uitleggen voor een "lekenpubliek'dat hij evenwel niet onderschat"..

De natuurlijke evolutie bij een hartfalen is een verergering. Nieuwe studies hebben hier ook geleid tot een beter inzicht.

Wat gebeurt er precies bij hartfalen?

Er ontstaan compensatie-mechanismen die Professor Vanhaecke illustreert met het voorbeeld van de voorhistorische jager en de aanvallende sabeltandtijger.

"Wanneer de jager gekwetst wordt en bloed verliest, daalt de bloeddruk. Het eigen organisme ondervindt dat er iets misloopt en produceert stoffen (neurohormonen) die vocht en zouten ophouden zodat er voldoende volume in de bloedcirculatie blijft. Daarnaast produceert het lichaam ook stoffen die de diameter van de bloedvaten verminderen. Op die manier en in het gunstigste geval wordt de bloeding bij de gekwetste jager gestelpt.

In 2000 bezit ons lichaam nog diezelfde eigenschappen. Bij hartfalen daalt de bloeddruk - niet omdat er plots bloedverlies optreedt - maar omdat de hartspier zwakker geworden is (infarct,

klepletsel etc. zie onderliggende aandoeningen).

Op dat ogenblik reageert het lichaam primair en produceert de stoffen die vocht en zout weerhouden en een vernauwing veroorzaken. Door die belasting wordt het hart nog zwakker en komt de patiënt in een fatale neerwaartse spiraal terecht.

' Klare taal menen we.'

4. Wat kunnen we eraan doen?

De nieuwe behandeling van hartfalen bestaat erin dat men geneesmiddelen toedient die hoger vermelde effecten te niet doen en zo het verzwakte hart ontlasten.

Vooruitzichten?

De Framinghamstudie informeert ons over de gemiddelde overlevingskansen.

Framingham is een stadje in de USA waar men reeds sinds WO II de hele bevolking intensief volgt op gezondheidsvlak.

De gemiddelde overlevingskans van de man - wanneer hartfalen zich manifesteert - is er 1,7 jaar. Voor een vrouw is dat 3,4 jaar.

Het is goed te bedenken dat bij de zo gevreesde borst- en prostaatkankers - zelfs met uitzaaiingen - de kans op overleven langer is.

Hartfalen blijft dus een serieuze aandoening met hoge mortaliteit, niettegenstaande de toepassing van nieuwe revolutionaire medicatie.

In een andere studie wordt het effect van Betablokkers op hartfalen vastgelegd. Zij bieden een oplossing maar de mortaliteit blijft toch nog hoog.

Goed nieuws

Vroeger was het voor een cardioloog een karwei om zich met patiënten met hartdecompensatie - zo heette het in die tijd - bezig te houden. De arts kon weinig meer kon doen dan rust, rust, rust... voorschrijven, één medicament laten innemen tegen oedeem en wachten tot ze na enkele weken terug zouden komen....

Nu ligt het helemaal anders. Er zijn nieuwe middelen en nieuwe strategieën.

Primair is de vraag wanneer men met de behandeling moet beginnen?

"Zo snel mogelijk nadat men uitgezocht heeft welke de oorzaken zijn (zie hoger)."

De behandeling in het algemeen.

Aangepast niveau van fysieke activiteiten in tegenstelling met vroeger waar de patiënt de raad kreeg zo veel mogelijk te rusten. Een aangepast schema van revalidatie heeft werkelijk zeer gunstige effecten.

Zoutarm dieet. Dit betekent een zoutinname van 3 à 4 gr. per 24 uur. Dat wil niet alleen zeggen geen zout toevoegen maar ook bewust zoutloos of zoutarm aankopen.

Hoofdzakelijk blijft wel de gepaste medicatie, samen met een behoorlijke instructie en opleiding van de patiënt. De behandeling van hartfalen is immers een ingewikkeld, langdurig proces dat samen met andere strategieën - dieet, fysieke revalidatie etc. - toegepast wordt.

Medicatie.

Spijtig genoeg bestaat de ideale pil die je éénmaal per dag inneemt nog altijd niet. Op dit ogenblik moet men nog steeds verschillende geneesmiddelen tegelijk innemen precies omdat meerdere, reeds eerder vermelde fenomenen, moeten behandeld worden.

Een geleerde naam daarvoor? **POLYFARMACIE.**

Door het toepassen van die strategie kunnen bepaalde interacties tussen die verschillende geneesmiddelen optreden.

Patiënten kunnen daarnaast ook nog andere aandoeningen hebben. Chronische bronchitis, jicht, diabetes... omdat hartfalen toeneemt bij hogere leeftijd. Meestal betekent dit dan het slikken van een respectabel aantal pillen per dag.

De medicatie moet dus aangepast worden aan elk individueel geval. De therapie moet 'op maat gesneden' zijn wat ongetwijfeld wijzigingen in de loop van de kuur met zich meebrengt.

Professor Vanhaecke geeft dan een overzicht van de courante geneesmiddelen die op dit ogenblik gebruikt worden. Dat is een hele batterij!

Ongetwijfeld komen er nieuwe medicamenten aan. Zij worden op dit ogenblik nog getest maar zullen bestaande vervangen en ongetwijfeld hartfalen nog beter kunnen behandelen.

Als besluit citeert de spreker speels-ironisch een beroemd genezer-voorganger: Galenos van

Pergamon (2de eeuw na X) die commentaar geeft over een gebrouwen drankje. "Wie dit drinkt zal heel snel genezen, alleen diegenen bij wie het niet helpt, zullen sterven".

Den Herman.

INFOSESSIE 2000
HARTFALEN
Prof. Dr. Johan Vanhaecke.

VRAGEN EN ANTWOORDEN

Professor Vanhaecke had eigenlijk niet zoveel vragen verwacht maar... dan onderschat hij de Harpisten die in vorige sessies reeds een ruime 'hartelijke' opleiding kregen. Wij hebben de materie wat geordend.

Invloed van gewrichtsreuma op hartfalen?

Vraagsteller bedoelt waarschijnlijk acuut reuma dat nu nog weinig voorkomt.

Op langere termijn kan die aandoening invloed hebben op de hartkleppen. De ziekte heeft niet rechtstreeks met hartfalen te maken maar veroorzaakte dikwijls een klepletsel: één of meerdere hartkleppen functioneerden dan niet meer correct - gingen niet meer open of sloten zich niet meer op het juiste ogenblik. Wanneer deze letsels belangrijk genoeg waren had dit een invloed op de hartfunctie en kwam men terecht in het syndroom van hartfalen. Gewrichtsreuma heeft dus 'an sich' niets met hartfalen te maken maar kan een klepziekte veroorzaken die dan op haar beurt hartfalen als gevolg heeft.

Hebben 50 % van de mensen met een acuut myocardinfarct of met ischemisch hartlijden meer kans om aan hartfalen do gaan lijden?

De vraagsteller moet de informatie van de prof verkeerd geïnterpreteerd hebben. *"Van alle mensen met hartfalen in onze westerse wereld kan bij 50 % de oorzaak gezocht worden bij aantasting van de kransslagaders."*

Zo wil de professor het begrepen hebben.

Er is een hele reeks verschillende hartziekten. Elke hartziekte leidt evenwel niet tot hartfalen. Bij een vernauwde kransslagader of na een overbrugging, ontstaat niet noodzakelijk een hartfalen. Ook voor hen die een hartinfarct meemaakten geldt deze regel. Er moet werkelijk een beschadiging van de hartfunctie opgetreden zijn die de voorheen aangehaalde compensatie-mechanismen op gang brengt zodat men in de gekende neergaande spiraal terecht komt. Wanneer het hart na infarct of operatieve ingreep opnieuw normaal functioneert dan is er van hartfalen geen sprake. Bij een zogenaamd 'klein infarct' is er voldoende hartfunctie over om alle normale taken aan te kunnen. Dit betekent mede dat er geen signalen gegeven worden om de compensatiemechanismen op gang te brengen. Bij een hartspierontsteking die in tijd en ernst beperkt is zodat de hartfunctie op zich daardoor niet beschadigd wordt is er ook weer van hartfalen geen sprake.

Samengevat: veel hartziekten kunnen leiden tot hartfalen maar dat is zeker niet altijd het geval.

'Groot of klein infarct'?

Het is onmogelijk dit in een cijferverhouding uit te drukken. Het verschil wordt gemaakt door het effect op de hartfunctie. Infarct is het verlies van een bepaalde hoeveelheid functioneel werkend hartspierweefsel. Onze 'pomp' bestaat uit een groot aantal hartspiercellen. Bij een infarct sterven cellen af en zijn voor altijd verloren. Zij worden vervangen door bind- of littekenweefsel dat niet meer functioneert in de pomp. Wanneer het verlies van goed hartweefsel voldoende uitgesproken is dan heeft dat gevolgen voor de goede globale werking van het hart. Wanneer dit effect boven een bepaalde grens ligt dan treden die compensatiemechanismen weer op en zitten we in de bekende spiraal.

In ons lichaam zijn verschillende soorten weefsels. Levercellen o.a. vervangen zichzelf of kunnen vervangen worden. Dat betekent dat de lever nieuwe cellen aanmaakt tot er weer een voldoende aantal aanwezig is. Andere weefsels zoals zenuwcellen, hartspiercellen (terminaal gedifferentieerd) kunnen zich niet meer opnieuw delen. Wanneer zo'n cel sterft is dat min één'

voor altijd. Het is duidelijk dat de omvang van het afgestorven weefsel de grootte van een hartinfarct bepaalt.

Een Harpist heeft een constant lage bloeddruk Is er een grotere kans dat het compensatiemechanisme gaat werken?

Verstandige vraag!

De compensatiemechanismen worden niet alleen door het verlies van bloeddruk op gang gebracht. Het gaat ook over de weefselperfusie ofte de voorziening met zuurstofrijk bloed van de weefsels. Er zijn echter nog andere chemische prikkels die een bijkomende bedreiging vormen. Wie een lage bloeddruk heeft en perfect gezond rond loopt, heeft een lichaam dat die lage bloeddruk ervaart als volkomen normaal. Alles functioneert dus normaal: hersenen, nieren enz. Geen probleem. De beste bloeddruk is de laagste bloeddruk waarmee je geen last hebt. (draainissen, problemen bij het rechtop komen...)

Vragen van harpisten die reeds langer dan 15 jaar een infarct hadden of een ingreep ondergingen.

Zij menen dat de Professor hen in zijn betoog reeds afgeschreven heeft en er van overtuigd is dat zij reeds te lang leven. Dat was zeker de bedoeling niet en de prof hoopt dat de betrokkenen er geen spijt van hebben dat zij het overleefden.

Het feit dat men vóór 15 jaar overbruggingen kreeg heeft op zich niets met hartfalen te maken en dat zal ook niet het geval zijn voor de volgende jaren.

Kan men ondanks het verouderen het proces van adervernauwing verlies van spierfunctie stoppen?

Moeilijke vragen!

In onze westerse maatschappij treedt met het verouderen een aantal veranderingen op zowel in de bloedvaten als in de hartspier. De bloedvaten worden minder soepel, wijzigingen in de doormeter ervan is moeilijker. De hartspier neigt naar hypertrofie –de spierwand wordt wat dikker, wat stijver. Het blijft een open vraag of dit allemaal in verband staat met het verouderingsproces of met onze westerse manier van leven.

Sommige bevolkingsgroepen op kleine eilanden in de Stille Zuidzee vertonen deze fenomenen niet. Professor Vanhaecke wil zich niet in de discussie mengen, hij laat die over aan experts. Toch is de gemiddelde overleving hier te lande veel hoger dan in gelijk welke primitieve groep. Dit maakt de benadering van het probleem nog moeilijker. Het ligt zeker ook aan de steeds beter wordende medicatie, het dieet en/of andere factoren die nog niet bekend zijn.

Harttransplantatie - wanneer?

Alleen wanneer alle andere behandelingsmogelijkheden uitgeput zijn. Dit is dan wanneer een hart terminaal faalt d.w.z, dat de patiënt op korte termijn de kans loopt te overlijden ondanks de beste medicale behandeling. Wanneer de beslissing valt, gaat het meestal om een jonger donorhart dat getransplanteerd wordt. De reden daarvoor is dat men een aantal veranderingen die in het donorhart zouden kunnen optreden, wil vermijden. Concreet gaat het hier om eventuele vernauwingen of andere defecten aan het donorhart. De kransslagaders die op het hart zitten worden immers mede getransplanteerd en die moeten in de eerste plaats gezond zijn.

De andere bloedvaten die naar o.a. hersenen, onderste ledematen en nieren gaan blijven natuurlijk dezelfde. Wanneer iemand een transplantatie nodig had wegens kransslagaderlijden, infarcten enz. dan zal de rest van de bloedvaten ook niet meer perfect gaaf zijn. Aantasting van kransslagaders is een onderdeel van atheromathose of een aandoening die alle slagaders in het lichaam aantast. 'Kapotte' kransslagaders gaan niet samen met gave andere slagaders. De situatie is meestal zo dat iemand een nieuw perfect hart kreeg maar dat de andere slagaders aangetast zijn.

Wie een totaal aangetast slagadernet heeft zal waarschijnlijk niet in aanmerking komen voor een transplantatie omdat er dan problemen bij gecreëerd worden. Door het inbrengen van een nieuw hart wordt de toestand van hartfalen opgeheven. Het lichaam stopt met het produceren van dat soort stoffen die door die compensatiemechanismen (vaatvernauwend, vocht- en zoutweerhoudend) aangemaakt worden. Zo kan het nieuwe hart er wel toe bijdragen om de oude bloedvaten wat beter te laten functioneren. Het nieuwe hart maakt er evenwel geen nieuwe bloedvaten van.

Is er nu minder aandacht dan in de jaren '80 voor dieet?

Hangt het samen met het verdwijnen van de professoren Kesteloot en Joossens?

Een zoutarm dieet blijft nog steeds belangrijk. De inzichten evolueerden nochtans in de loop der jaren. Vroeger was een zoutarm dieet gebonden aan 300 of 400 mg. Dit is één tiende van wat men nu voorstelt. Praktisch is het aanhouden van die 3 à 400 mg buiten een ziekenhuis niet realiseerbaar. In het ziekenhuis kan men patiënten stabiliseren op dat minimale zoutgebruik. Zij worden echter naar huis gestuurd en komen terecht in een situatie waar dit niet meet haalbaar is. Zoutarm wordt nog altijd als regel aangehouden maar dan iets minder streng. 3 à 4 gram zout op 24 uur innemen mag maar het betekent nog steeds goed uitkijken. Betere en andere medicatie speelt nu ook een rol daarin.

Vetarm?

Bij het vetarm dieet gelden nog altijd de normen uit de tijd van Prof Kesteloot. Misschien zijn er toch enkele inzichten veranderd: er zijn bepaalde vetsoorten die gunstige effecten hebben (olijfolie ...). Er zijn ook de nieuwere cholesterolverlagende en geneesmiddelen tegen hartfalen. Vroeger kon men alleen over dieet spreken omdat er geen alternatieven waren. Toch menen sommigen dat ze zich iets meer kunnen permitteren op het vlak van dieet volgen, maar daarin wil de professor deze avonturiers niet volgen.

Ritmestoornissen?

Kan langdurig hebben van zeer frequente extrasystolen een factor zijn in het ontstaan, de evolutie van hartfalen?

Simpel antwoord?

Ja, maar extreem zeldzaam!

Voorkamerfibrillatie of het verloren gaan van het eigen regelmatig hartritme komt dikwijls voor en ligt in de natuurlijke evolutie van het syndroom van hartfalen waarbij de verschillende hartholten - niet alleen de linker- en de rechterkamer maar ook de beide voorkamers - gaan uitzetten. Het regelmatig hartritme ontstaat immers in de voorkamers. Wanneer het systeem gaat 'uitrekken' ontstaat die voorkamerfibrillatie.

Daarnaast is er bigeminie of het opduiken van een extra slag na elke normale slag. Dat kan een ongunstig effect hebben. Iemand met een hartslag van 60 die telkens een extra slag produceert heeft eigenlijk maar een hartslag van 30 en dat kan onvoldoende zijn om het bloed normaal te laten circuleren. Dat zijn evenwel uitzonderingen.

Kan men die voorkamerfibrillatie met medicamenten behandelen?

Er zijn geneesmiddelen die het normale hartritme kunnen herstellen. Toch zijn zij beperkt in hun werking. Meestal is het eenvoudiger het probleem te behandelen met elektrische cardioversie of een elektrische schok onder lichte verdoving. Dit systeem heeft minder nevenwerkingen dan sommige geneesmiddelen waarvan het effect overigens vaag en onzeker kan zijn. De efficiëntie van de geneesmiddelen neemt ook af met de tijd en zeker wanneer het gaat om een tweede of derde aanval van voorkamerfibrillatie. Dit geldt ook voor de elektrische cardioversie. Er zijn ook geneesmiddelen die het regelmatig hartritme bewaren wanneer het er eenmaal is.

Cortisone en de behandeling van hartfalen?

Langdurige inname van cortisone kan heel wat neveneffecten hebben. Cortisone en aanverwante producten zijn vocht- en zoutweerhoudend en kunnen dus verantwoordelijk zijn voor een opstoot van hartdecompensatie bij een gestabiliseerd chronisch hartfalen.

Een voorbeeld?

Het behandelen van een hardnekkige spastische bronchitis met cortisone kan een goed idee zijn. Wanneer echter de patiënt met een mogelijk hartfalen zit kan het innemen van cortisone - zelfs gedurende enkele dagen of weken - door het zout- en vochtweerhoudend effect leiden tot die hartdecompensatie.

De aangenaamste vraag sluiten de sessie af.

Adapted physical activity? What about sex?

Seks is goed natuurlijk. Dat geeft de prof grif toe maar voorlichting wil hij absoluut niet geven. Is in deze context zelfs te beschouwen als een vorm van fysieke inspanning. Te vergelijken

met fiets rijden. Daar maak je ook het onderscheid tussen Luik-Bastenaken-Luik bij hondenweer en een tochtje met je schoonmoeder langs het kanaal Leuven-Mechelen op een zomeravond. (dh)

Algemene regel?

Geen inspanningen doen waarvan men ondervindt dat ze echt moeite kosten. Men kan zich best beperken tot die inspanningen waarbij men zich comfortabel voelt. Het heeft geen zin van echt te gaan tot de grens waar men kortademig wordt en geblokkeerd raakt. *De professor houdt het bij Adapted Sex en dat zal nog wel wat mogelijkheden bieden.* Een gemeend en intens applaus en een geschenk sluiten de boeiende informatiemiddag af.

Den herman_