



Dr. Herbert Gutermann, cardiochirurg: "Dat patiënten in het team besproken worden, is heel belangrijk omdat er een enorme overlap is aan behandelingen."

HOE EEN MODERN HARTTEAM LEIDT TOT TOPKLINISCHE ZORG OP MAAT

Percutaan, hybride, minimaal invasief of 'klassieke' chirurgie?

"Een patiënt met een hartprobleem wordt in het ZOL altijd eerst gescreend door het hartteam. Wij vinden het belangrijk om het brede scala aan therapieën en ingrepen dat momenteel voorhanden is aan de patiënt te kunnen aanbieden. Een multidisciplinair team van artsen en chirurgen onderzoekt wat voor een specifieke patiënt de beste behandeling is," aldus interventioneel cardioloog dr. Bert Ferdinande en hartchirurg dr. Herbert Gutermann.

Dr. Herbert Gutermann: "Alles met betrekking tot ingrepen voor de behandeling van hartziekten is vastgelegd in internationale richtlijnen die gevalideerd zijn door de Amerikaanse en Europese verenigingen voor cardiologie en cardiochirurgie. Er zijn richtlijnen voor kleplijden: wanneer en hoe behandelen, welke onderzoeken moeten gebeuren... Ook voor endocarditis zijn er aparte richtlijnen, voor coronair lijden, ... Dat alles is mooi beschreven."

Welke positie heeft het hartteam in de guidelines?

Dr. Bert Ferdinande: "In de richtlijnen wordt ook expliciet melding gemaakt van het hartteam, de positie ervan in het ziekenhuis en welke pathologieën er best door het hartteam besproken worden. Het hartteam beslist welke therapie het best is voor die ene patiënt. Voor bepaalde patiënten is het duidelijk. De patiënt bij wie maar één kransslagader aangetast is en het is niet de proximale LAD (Left Anterior Descending), hoeft geen chirurgie. Hij zal een dilatatie krijgen. Maar als het om meertakslijden gaat dan wordt de behandeling best besproken in het hartteam."

Dr. Herbert Gutermann: "Dat patiënten in het team besproken worden, is heel belangrijk omdat er enorme overlap is aan behandelingen. Vroeger betekende een vernauwde aortaklep opereren of niets doen. Nu zijn er meer mogelijkheden. Per patiënt moet gekozen worden wat voor die specifieke patiënt de beste optie is: medicamenteus behandelen, de klep eenmalig openblazen (ballondilatatie)

bepaalde optie als interventiecardioloog kan aanbieden dat de optie van de chirurg niet beter kan zijn, of omgekeerd. Elke vorm van extremisme is fout, ook in de geneeskunde. Je moet het hele scala van behandelingen aan een patiënt kunnen aanbieden en dan de juiste keuze maken. Het gebeurt ook dat we elkaar moeten aanvullen. Samen kunnen we meer, waardoor we bijvoorbeeld het risico voor hoogrisicopatiënten naar beneden halen."

Dr. Bert Ferdinande: "Het is niet omdat je een bepaalde optie als interventiecardioloog kan aanbieden dat de optie van de chirurg niet beter kan zijn of omgekeerd."

– bijvoorbeeld bij een oudere patiënt met een beperkte levensexpectantie -, het plaatsen van een conventionele klep of het plaatsen van een percutane klep via de lies, ... De keuze maken naar de optimale behandeling voor een patiënt is de taak van het hartteam."

Dr. Bert Ferdinande: "Het is niet omdat je een

Dr. Herbert Gutermann: "Er komen steeds nieuwe stents bij maar ook de chirurgie is geëvolueerd. We hebben minimaal invasieve chirurgie, robotchirurgie en daarnaast hybride therapie waar we een stukje opereren en een stukje percutaan behandelen, ... Er zijn dus heel wat mogelijkheden bijgekomen."

Hoe behandelen jullie dringende patiënten?

Dr. Herbert Gutermann: "Het is natuurlijk zo dat elke minuut telt voor een patiënt die acuut binnenkomt met een infarct: soms wordt onmiddellijk geopereerd, maar doorgaans worden deze patiënten urgent behandeld in het cathlab, waarbij de interventiecardioloog het



Dr. Herbert Gutermann en dr. Bert Ferdinande

letsel openmaakt dat verantwoordelijk is voor het infarct. Bij veel van deze patiënten zijn er echter nog andere letsels. De verdere behandelingsstrategie wordt dan opnieuw besproken op het hartteam."

Wie maakt er deel uit van het hartteam?

Dr. Herbert Gutermann: "In principe zijn dit cardiologen en cardiochirurgen maar meer en meer komt de vraag om ook andere artsen te betrekken, bij hoogrisicopatiënten bijvoorbeeld of omwille van de complexiteit van de pathologie. Bij het screeningsprotocol voor percutane hartkleppen wordt bijvoorbeeld ook de geriater betrokken."

Dr. Bert Ferdinande: "Een oudere patiënt heeft vaak meer problemen dan alleen zijn hartklep. Hij heeft bijvoorbeeld ook locomotorische beperkingen door knielast, obesitas, artrose, longfunctieproblemen... Een patiënt die niet meer zelfstandig van de wachtzaal naar mijn bureau kan komen: heeft het zin om een hele dure, risicovolle therapie aan zo iemand aan te bieden? Als we een hoog risico-ingreep doen met als resultaat dat de patiënt na de ingreep evenveel kan als ervoor, dan hebben we niets gedaan uiteraard."

"Om de levensverwachting en de functionele mogelijkheden van een oudere patiënt die wordt aangeboden voor een percutane klep goed in te schatten, zijn de collega's van geriatrie zeer goed geplaatst. Zij kunnen een betere inschatting maken van de patiënt in

zijn totaliteit en hebben er betere testen voor dan wij. Hun advies is heel belangrijk. Hetzelfde geldt voor de huisarts. Hij kan beter over de functionaliteit en de thuissituatie van een patiënt oordelen dan wij die de patiënt maar kort zien. Er zijn heel wat beslissingen die ik neem op basis van het overleg met de huisarts."

Het is niet eenvoudig om patiënten een ingreep te weigeren?

Dr. Herbert Gutermann: "Regelmatig zien we een patiënt met verschillende specialisten zodat we onze bevindingen naast elkaar kunnen leggen. We leven in een hoogtechnologische tijd en de patiënten krijgen hoogtechnologische onderzoeken. Maar de fragiliteit van een patiënt inschatten, blijft subjectief. En dan is het zeer waardevol dat je samen in het hartteam een beslissing kan nemen."

"Maar het blijven moeilijke beslissingen om te nemen. Als het team bijvoorbeeld beslist een patiënt niet te behandelen en die overlijdt een week later, dan heb je het moeilijk. Het helpt dat je ook dan bij de collega's terecht kan voor het maken van een evaluatie."

Dr. Bert Ferdinande: "Het hartteam stopt inderdaad niet bij de voorbespreking. Bij de nabespreking bekijken we wat we goed gedaan hebben maar zeker ook wat er minder goed gelopen is. En wat we eruit kunnen leren. Voor die ene patiënt maar ook voor de toekomstige patiënten. En ook om nog te kunnen slapen 's nachts."



Dr. Bert Ferdinande, interventioneel cardioloog: "Een patiënt die niet meer zelfstandig van de wachtzaal naar mijn bureau kan komen: heeft het zin om een hele dure, risicovolle therapie aan zo iemand aan te bieden?"

Jullie geven lezingen voor de huisartsen over het hartteam. Wat is jullie verhaal?

Dr. Herbert Gutermann: "Het is heel moeilijk voor een patiënt, maar ook voor een huisarts en zelfs voor ons om in te schatten welke therapie voor welke patiënt de ideale is. Vandaar dat we willen duidelijk maken: een patiënt die binnenkomt in het ZOL met bijvoorbeeld een coronair probleem wordt gescreend door een team, en los van voorkeuren of vaardigheden wordt gekeken wat voor die patiënt de optimale behandeling is. En zo hoort het ook. We beschikken in het ZOL over een uitgebreid team van specialisten met veel deskundigheid en subspecialisaties."

"Voor ritmestoornissen geldt hetzelfde. Ook deze patiënten worden besproken om te kijken wat de beste behandeling is. Gaan we het chirurgisch oplossen, gaan we de patiënt verwijzen voor een percutane behandeling of gaan we een soort van hybride therapie doen. Er is tegenwoordig zoveel mogelijk en de mogelijkheden blijven zich uitbreiden."

Dr. Bert Ferdinande: "Dat we hierover bij de huisartsen gaan spreken, is ook uit trots. Er zijn heel wat problemen die we heel mooi kunnen oplossen en het is leuk om dit te tonen."