

Optimalisatie van hartfalenmedicatie

Het betreft een 67-jarige patiënte met een vorig jaar geconstateerd linkerbundeltakblok bij toen een redelijke linkerventrikelfunctie. LBTB blijkt passagier. In 2019 geconstateerd mammacarcinoom rechts met status na lumpectomie en chemoradiotherapie. In augustus 2020 werd ze opgenomen i.v.m. decompensatie cordis bij slechte linkerventrikelfunctie (EF 15%) de novo en linkerbundeltakblok, werkdiagnose chemo/immunotherapie geïnduceerd, DCM niet waarschijnlijk bij in juni nog normale (nucleaire) ejectiefraction. Comorbiditeit: T2DM. Hypertensie.

Mw. werd door de cardioloog naar de hartfalenpoli verwezen voor optimalisatie van de hartfalenmedicatie. Er was initieel sprake van NYHA II-III. Mw bleek een kwetsbare patiënte met wisselend depressieve gevoelens mede door de het mammacarcinoom, haar echtgenoot was overleden en dan nu ook hartfalen. Naast het optitreren van de medicatie was er aandacht voor haar mentale gesteldheid. Psychologische hulp werd aangeboden (via maatschappelijk werk of psycholoog), doch daar wilde zij geen gebruik van maken. Desondanks wel geadviseerd contact op te nemen met de huisarts om de gevoelens en gestelde diagnoses te bespreken. Uiteindelijk heeft mw psychische begeleiding via de huisarts geaccepteerd. Bij het eerste consult werden leefstijl en medicatie besproken, waarbij geadviseerd werd maximaal 1,5 liter vocht per dag te drinken, en geen zout toe te voegen aan het eten. Informatiefolders over zoutgebruik werden meegegeven. Er werd bij vervolggconsulten herhaaldelijk op terug gekomen, mw. hield zich goed aan de leefregels. Deelname aan hartrevalidatie werd besproken, i.v.m. beperkte vervoersmogelijkheid zag mw. hier van af.

Tijdens optitratie werd telemonitoring gebruikt om gewicht, bloeddruk en hartfrequentie te monitoren. Na het eerste fysieke consult werden de consulten telefonisch gepland. In de eerste week viel op dat er sterk wisselende gewichtswaardes werden gemeten. Bij navraag bleek dat de dochter van mevrouw ook gebruik heeft gemaakt van de weegschaal. Tijdens de optitratie van de medicatie daalde de bloeddruk van 160/90 mm Hg, naar 120/70 mm Hg. Er waren geen momenten van hypotensie, mw. heeft geen last gehad van duizeligheid. De gemiddelde hartfrequentie bleef stabiel, rond 65/min. Er waren gedurende de optitratie na de eerste week geen metingen die aanleiding gaven tot telefonisch contact ter controle op een eventuele exacerbatie hartfalen. Tijdens de optitratie was er sprake van geleidelijke verslechtering van de nierfunctie, de eGFR daalde van 44 naar 28. Mw. werd naar de nefroloog verwezen ter controle op eventueel nierlijden.

Bij ontslag is er sprake van NYHA I-II. Er was initieel een indicatie voor een ICD (EF 15%), en een CRT gezien het LBTB. Na optitratie werd opnieuw een echo gemaakt, de beoordeling voor een eventuele CRTD werd overgelaten aan de cardioloog.

Aan de slag met de casus!

1. Met welke reden wordt telemonitoring ingezet bij deze patiënte?
2. Wat denk je dat de verwachtingen van de patiënt zijn als zij dagelijks de controles doorstuurt?
3. Onder welke voorwaarde is het zinvol om deze patiënte thuis metingen te laten uitvoeren?