

'23

Cardio@Home

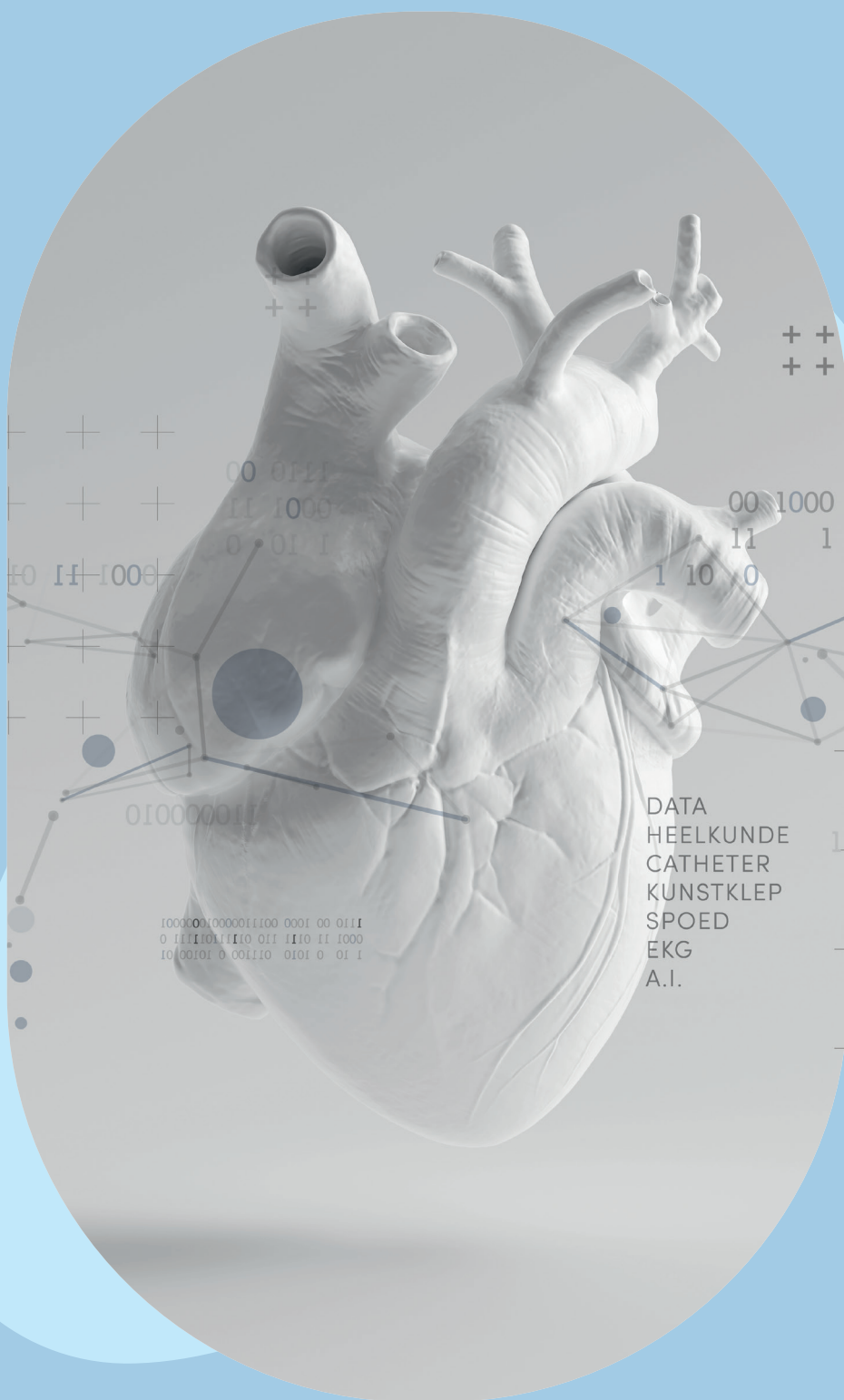
Huisartsensymposium
Hartcentrum AZ Delta
Wat als...?



Delta cardio

Index

18u55	Welkom	
19u00	Coronair lijden	
6	Wat als de statinetherapie niet verdragen wordt?	Dr. Michel de Ceuninck
7	Wat als de troponinewaarde verhoogd is bij een asymptomatische patiënt?	Dr. Stefaan Van de Walle
8	Wat als de troponine en CRP-waarde verhoogd zijn bij een 23-jarige man met koorts en retrosternale pijn?	Dr. Maarten Vanhaverbeke
9	Wat als het Lp(a) sterk verhoogd is?	Dr. Karl Dujardin
19u30	Aritmieën	
12	Wat als je een asymptomatische VKF ontdekt met een Apple Watch?	Dr. Wim Anné
13	Wat als je talrijke unifocale VES ziet op een EKG?	Dr. Kris Gillis
14	Wat als je een ernstige anemie ontdekt onder een DOAC-behandeling?	Dr. Philip Muyldermans
15	Wat als een 58-jarige man zich presenteert met een syncope na doorgemaakte COVID19?	Dr. Peter Pollet
20u15	Hartfalen, arteriële hypertensie, chronische nierinsufficiëntie	
18	Wat als de bloeddruk plots 180/100 mmHg bedraagt?	Dr. Bernard Bergez
19	Wat als het NTproBNP sterk verhoogd is bij een 63-jarige vrouw met inspanningsdyspnoe?	Dr. Karl Dujardin
20	Wat als een 66-jarige vrouw zich presenteert met dyspnoe en nierfunctie-achteruitgang? Wat kan de huisarts doen?	Prof. Dr. Bart Maes
20u40	Keynote lecture	
24	Wat als we hartziekte zouden kunnen voorkomen?: Optimale cardiovasculaire preventie in de huisartsenpraktijk.	Prof. Dr. Thomas Vanassche
21u10	ECG rapid fire QUIZ voor huisartsen en verplegenden	
	Wat als het automatisch ECG protocol het laat afweten: "the winner takes it all".	Dr. Peter Pollet
21u20	Slotwoord – receptie – walking dinner	



DATA
HEELKUNDE
CATHETER
KUNSTKLEP
SPOED
EKG
A.I.

Geachte collega's,

Het Hartcentrum AZ Delta verwelkomt u met trots op dit innovatieve symposium 'Cardio@Home – Wat Als?'. Dit evenement is bedoeld als podium voor geïntegreerde hartzorg. Onze visie is immers om synergie en continuïteit te creëren tussen vroegtijdige detectie, diagnose, behandeling en nazorg gebaseerd op wetenschappelijke studies en richtlijnen, alsook praktijkervaring binnen de zorgketen.

In ons gezamenlijk streven naar innovatie en uitmuntendheid in de hartzorg, focussen we tijdens dit symposium op realistische, praktisch toepasbare scenario's die huisartsen dagelijks kunnen tegenkomen. Geïnspireerd door het concept van het populaire tv-programma 'Wat Als?', presenteren we een reeks bondige, impactvolle case presentaties met interactieve discussies. Deze sessies worden telkens ingeleid door cardiologen en nefroloog, met gezamenlijk debat gemodereerd door collega's huisartsen, met als doel direct toepasbare kennis en inzichten onderling te delen.

Dit symposium is een concretisering van onze kernwaarden: in volledige transparantie streven naar de best mogelijke aanpak van hartziekte door het toepassen van wetenschappelijke geneeskunde, en daarbij standaardiseren van diagnostiek en therapie in lijn met internationale en nationale richtlijnen, en – waar evidentie ontbreekt – het onderling delen van onze praktijkervaring, terwijl we gelijktijdig inzetten op innovatie en multidisciplinariteit in de samenwerking met de eerstelijnszorg.

Onze oprechte dankbaarheid gaat uit naar de aanhoudende samenwerking met huisartsen, ziekenhuismanagement en de medische industrie, voor de patiënten, die het hart van onze missie vormen. Onze jaarlijkse symposia zijn uiteindelijk bedoeld als een platform voor het delen van kennis, het opdoen van inspiratie en het bevorderen van verdere samenwerking in onze gezamenlijke strijd tegen hartziekten.

We kijken met veel enthousiasme uit naar een vruchtbare en inspirerende bijeenkomst.

Met hartelijke groeten,
mede namens de cardiologen, cardiochirurgen, verpleegkundigen
en medewerkers van het Hartcentrum AZ Delta,

Dr. Karl Dujardin

Moderatoren



Dr. Annelien Dings



Dr. Frederik Vannoote



Dr. Marc Geeraert

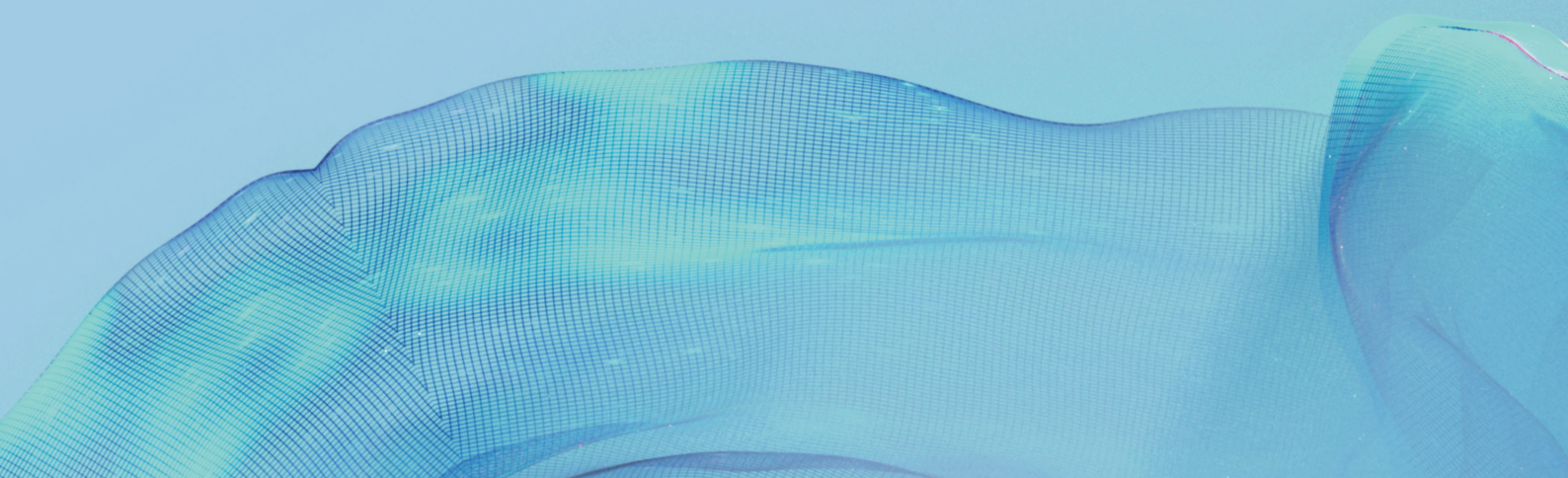


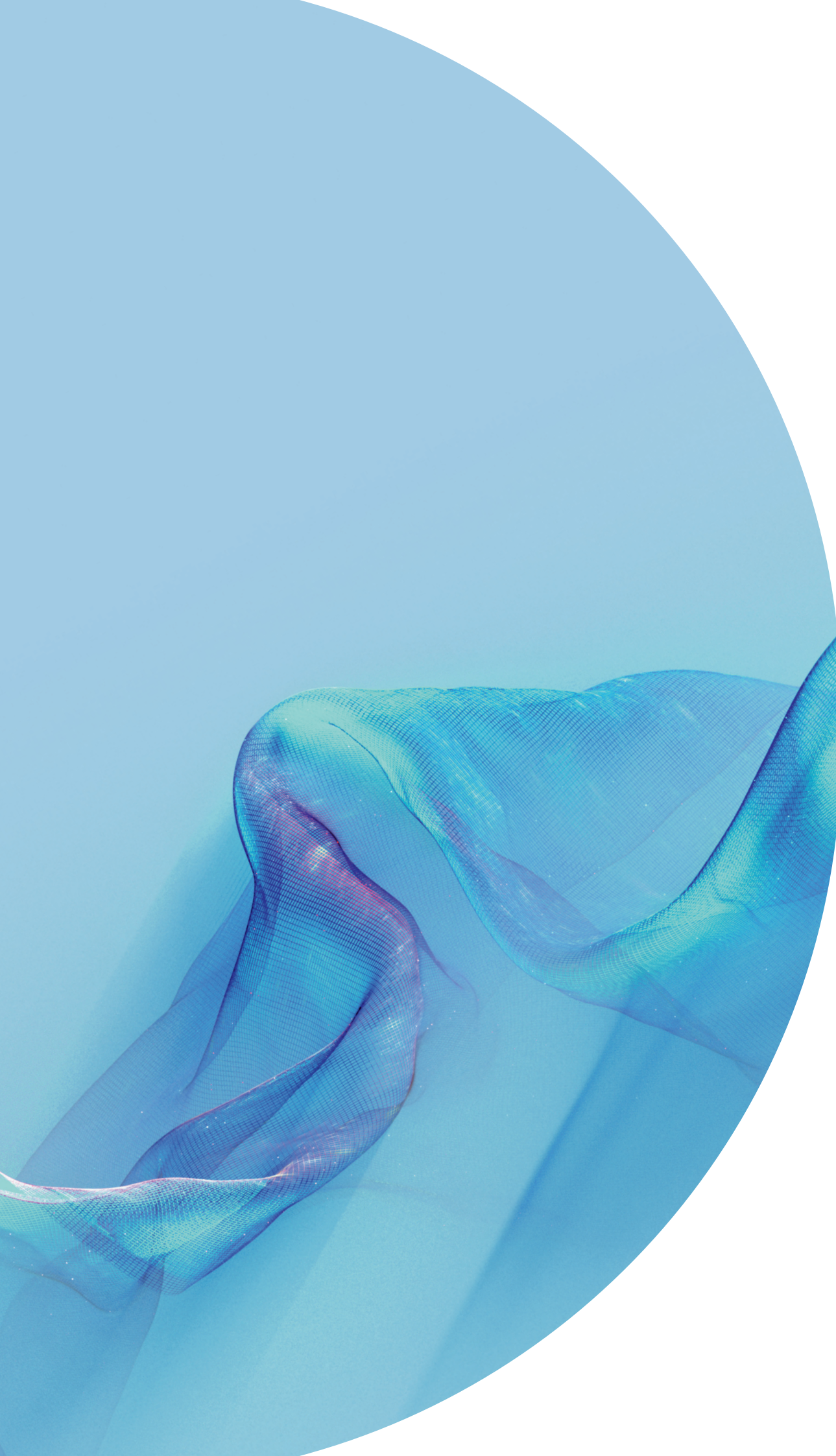
Dr. Pieter Nevejan



1

Coronair lijden







Dr. Michel de Ceuninck
AZ Delta

Wat als de statinetherapie niet verdragen wordt?

Statines zijn de hoeksteen in de behandeling van hypercholesterolemie, en dit zowel in primaire als secundaire preventie. Naast medicamenteuze behandeling zijn aanpassingen aan de levensstijl aangewezen om tot een reductie van het risico op coronaire atherosclerose te komen: gezonde voeding, regelmatige sportbeoefening, vermijden van tabakproducten en een gezond gewicht behouden.

De statines hebben soms bijwerkingen waardoor de behandeling dient onderbroken te worden : spierproblemen, hoofdpijn, maag-darmklachten, slaapstoornissen en gestoorde leverenzymen. Vroeger werd dan soms overgeschakeld naar fibraten of galzouten. De laatste jaren zijn betere alternatieven ter beschikking gekomen.

1. Ezetimibe geeft reductie van de absorptie van cholesterol in de dunne darm. In monotherapie leidt dit tot een 18% reductie van LDL-cholesterol (25% additionele reductie indien gecombineerd met statine).
2. De PCSK9 monoclonale antilichamen doen het aantal LDL-cholesterol receptoren toenemen, waardoor er meer opname is van LDL cholesterol uit het bloed. Indien ze toegevoegd worden aan een statine treedt er een additionele daling op van het LDL-cholesterol met 58%.
3. Bempedoïnezuur inhibeert de cholesterolsynthese ter hoogte van de lever, en verhoogt de LDL-receptordensiteit. Dit leidt tot 18% additionele cholesterolreductie. Indien gebruikt in combinatie met ezetimibe treedt er 38% LDL cholesterolreductie op.
4. Inclisiran leidt tot verlenging van de activiteitsgraad van de LDL-cholesterolreceptor. Er treedt een daling op van de LDL-cholesterol met 48-52%.



Wat als de troponinewaarde verhoogd is bij een asymptomatische patiënt?

Troponine T en troponine I, hartspecifieke eiwitten, zijn indicatoren van myocardiale schade. High sensitive troponine T speelt een cruciale rol in de vroege diagnose van acuut coronair syndroom (ACS). Verhoogde troponines wijzen niet alleen op coronaire trombose, maar ook op andere acute condities zoals sepsis, hypovolemie, tachyarritmie, stresscardiomyopathie, CVA, thoraxtrauma, brandwonden en longembolie.

Bij asymptomatische oorzaken van troponinestijging, zoals cardiomyopathie, subklinisch ischemisch hartlijden, kleplijden, chemotherapie of voorafgaande intensieve inspanning, is de klinische context essentieel. Anamnese, klinisch onderzoek en ECG bieden aanwijzingen, inclusief cardiale risicofactoren, medische antecedenten, al dan niet aanwezigheid van een soufflé, aritmie of repolarisatieafwijkingen. Verhoogde troponines zijn geassocieerd met een ongunstige prognose en rechtvaardigen een grondige cardiale evaluatie (echocardiografie, functionele testen, al dan niet coronaire beeldvorming).

Chronische nierinsufficiëntie is een confounding factor, en hierbij worden vaak verhoogde troponinewaarden vastgesteld maar het gaat vaak ook gepaard met structureel hartlijden. Seriële troponinestijging is bij deze populatie duidelijk geassocieerd met een negatieve prognose. Ook bij nierinsufficiëntie blijven gestegen troponine dus een red flag voor ernstige onderliggende aandoeningen. Systematische screening met troponine in de algemene populatie heeft momenteel onvoldoende evidentie. In specifieke patiëntengroepen kan troponinewaarde-opvolging echter nuttig zijn.

Belangrijk:

1. High sensitive troponine T-bepaling staat centraal bij vermoeden ACS.
2. Klinische context essentieel bij interpretatie troponinestijging.
3. Verhoogde troponines vereisen cardiale evaluatie.
4. Chronische nierinsufficiëntie is frequent geassocieerd met verhoogde troponines, en vormt een hoogrisicogroep. Seriële bepaling is nuttig.
5. Systematische screening met troponine heeft beperkte evidentie, overweeg in specifieke patiëntengroepen.

Dr. Stefaan Van de Walle
AZ Delta



Dr. Maarten Vanhaverbeke
AZ Delta

Wat als de troponine en CRP-waarde verhoogd zijn bij een 23-jarige man met koorts en retrosternale pijn?

Myocarditis is een ernstige ontsteking van het myocard, uitgelokt door virale infecties die bv. verkoudheid veroorzaken, door auto-immuunaandoeningen zoals lupus, sclerodermie of reumatoïde artritis of door een toxische reactie op medicatie. De patiënt presenteert zich vaak met koorts, thoracale pijn, dyspnee of hartfalen. In tegenstelling tot pericarditis, zijn de troponines meestal verhoogd.

Hoewel milde myocarditis soms zelflimiterend is, worden deze patiënten best gehospitaliseerd, aangezien ernstige vormen van myocarditis (vaak met zeer hoge troponines, bv. $> 1000\text{ng/L}$) aanleiding kunnen geven tot hartfalen of levensbedreigende ventriculaire aritmieën.

In uitzonderlijke gevallen, zoals bij eosinofilaire myocarditis, zijn een myocardiopsie en hoge dosissen corticosteroïden noodzakelijk. Gezien de overlap met pericarditis, worden vaak enkele weken NSAIDs en 3 maanden colchicine geassocieerd. Na de acute fase kan laattijdig nog een gedilateerde cardiomyopathie ontstaan, daarom is cardiale opvolging met echocardiografie of MRI hart aangewezen.

Tot slot hebben niet alle patiënten met koorts, CRP en positieve troponines primair een myocarditis. We zien vaak licht positieve troponines ($< 100\text{ng/L}$) secundair aan niet-cardiale aandoeningen, zoals bij een pneumonie of urosepsis. Dit is deels een hemodynamisch fenomeen dat vooral gezien wordt bij cardiovasculair belaste patiënten. De klinische presentatie en klachten van de patiënt zijn daarom van belang om een finale diagnose te stellen.



Wat als het Lp(a) sterk verhoogd is?

Lipoproteïne (a), vaak afgekort als Lp(a), is een specifieke vorm van low-density lipoproteïne (LDL) die gekoppeld is aan apolipoproteïne (a). Het is een genetisch bepaalde risicofactor voor atherosclerotische en trombotische cardiovasculaire aandoeningen. Wanneer het Lp(a)-niveau hoger is dan 50 mg/dl, wijst dit op een verhoogd risico voor een reeks cardiovasculaire aandoeningen, waaronder myocardinfarct, aortaklepstenose, hartfalen, ischemische beroerte, perifere arterieel vaatlijden, cardiovasculaire mortaliteit, totale mortaliteit en voorkamerfibrillatie.

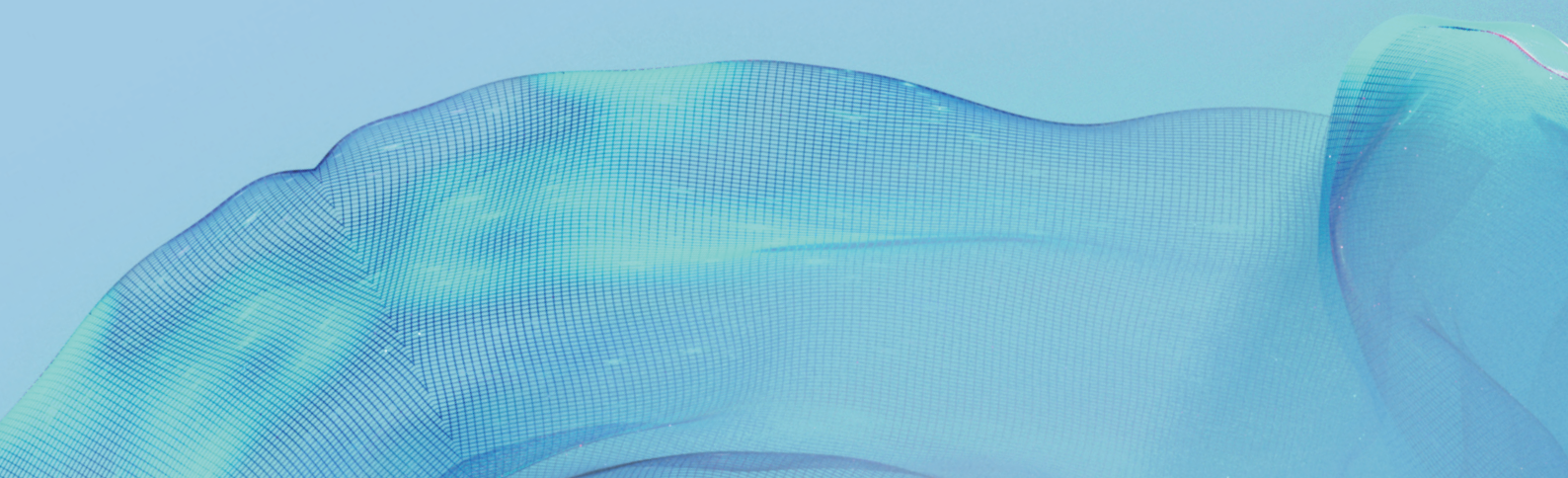
Het wordt aanbevolen om Lp(a) minimaal eenmaal te meten bij volwassenen, maar ook bij jongeren met een familiegeschiedenis van vroegtijdige vaatziekten, en in het kader van cascade screening bij familiale hypercholesterolemie of een familiegeschiedenis van verhoogd Lp(a).

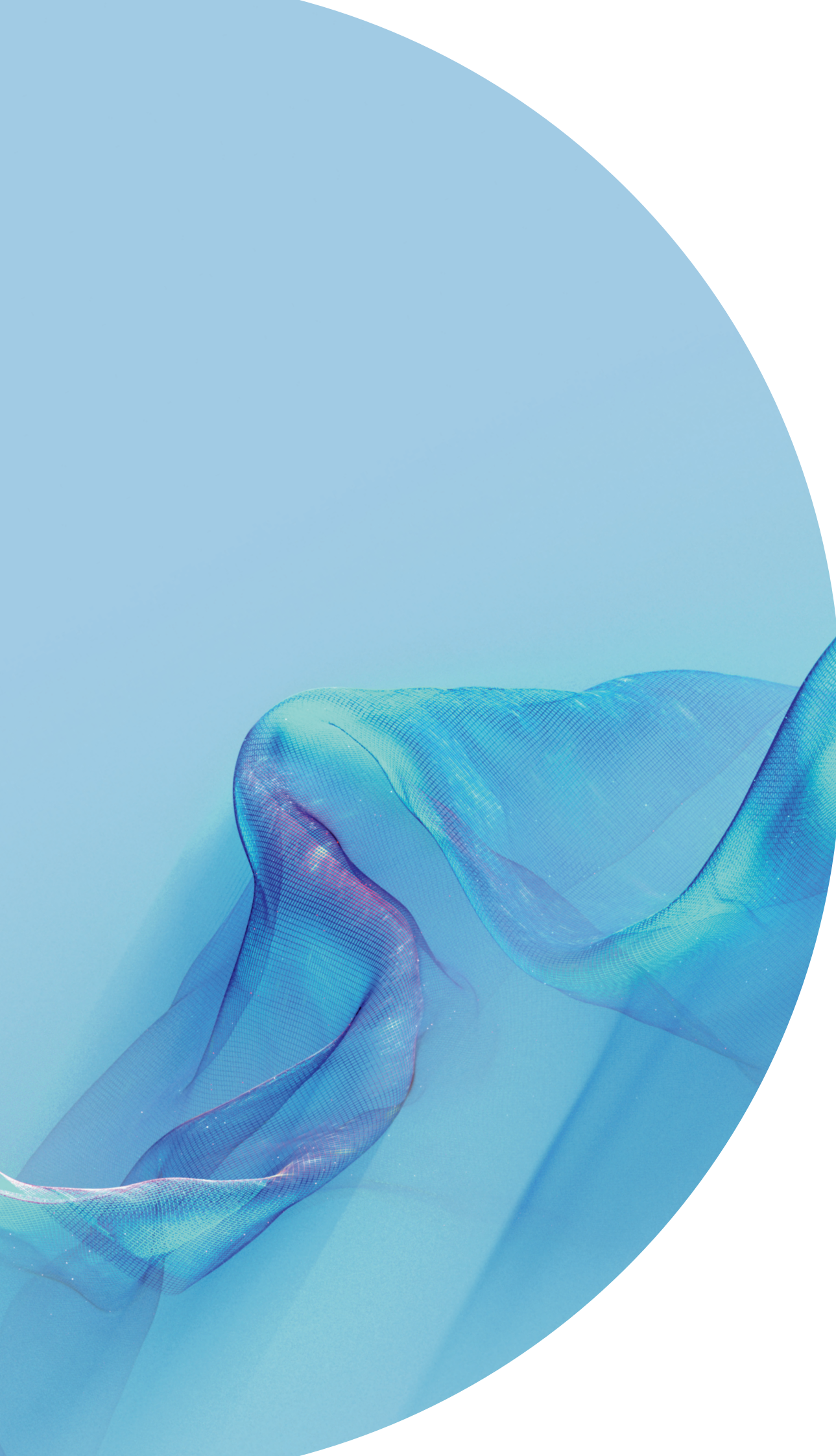
Behalve optimale risicofactorbeheersing en intensieve verlaging van LDL bij verhoogd Lp(a), is het nog onzeker of directe interventies op Lp(a), zoals antisense therapie, de klinische uitkomsten kunnen verbeteren. Momenteel wordt er onderzoek gedaan naar de potentiële beschermende werking van laaggedoseerd aspirine als primair preventiemiddel bij mensen met een verhoogd Lp(a).

Dr. Karl Dujardin
AZ Delta

2

Aritmieën







Dr. Wim Anné
AZ Delta

Wat als je een asymptomatische VKF ontdekt met een Apple Watch?

De actuele aanpak van voorkamerfibrillatie (VKF) wordt treffend samengevat in de laatste richtlijnen van de Europese Vereniging van Cardiologie (ESC) door het acroniem van CC tot ABC.

CC staat voor Confirm en Characterize en verwijst naar het bevestigen en karakteriseren van VKF aan de hand van verschillende domeinen zoals risico op beroerte, symptomen, patroon van voorkomen en onderliggende aandoening. ABC staat voor de behandelingsstappen: A voor anticoagulatiebeoordeling in functie van de CHA2DS₂-VASc score, B voor controle van symptomen al dan niet met anti-aritmica en ablatie en C voor behandeling van comorbiditeiten en cardiovasculair risicoprofiel.

Sinds de publicatie van deze richtlijnen zijn er nieuwe inzichten verschenen. De EAST-AF-studie toont aan dat een agressieve ritmecontrolestrategie de cardiovasculaire prognose verbetert en dus niet enkel op symptomen een effect heeft.

De EARLY-AF en STOP-AF tonen aan dat ablatie-gebaseerde behandelingen superieur zijn aan medicamenteuze strategieën, met betere resultaten op korte en lange termijn zowel naar de ontwikkeling van persistente VKF maar ook naar levenskwaliteit toe.

Het begrip Diagnosis-to-Ablation Time benadrukt het belang van vroegtijdige ablatiebehandeling om tot betere successcijfers te komen. Belangrijk is dan ook om het window of opportunity niet te missen.

De conclusie is dat een agressievere behandeling van VKF met ritmecontrole en vroegtijdige ablatie niet alleen symptomen verbetert, maar ook de prognose en levenskwaliteit van patiënten positief beïnvloedt. Recentere inzichten vullen de huidige richtlijnen aan en benadrukken het belang van tijdige interventie.



Wat als je talrijke unifocale VES ziet op een EKG?

Ventriculaire extrasystolen (VES) komen frequent voor. Meestal is er een goede outcome, dit als er geen onderliggend structureel hartlijden of channelopathie aanwezig is. Een uitwerking met ECG, 24u holter en TTE wordt aangeraden volgens de richtlijnen van de European Society of Cardiologie (ESC). Belangrijk bij de behandeling van VES is te weten wat de locatie is, of er onderliggend cardiomyopathie (CMP) aanwezig is, wat het percentage van extrasystolen (VES – burden) is en of de patiënt een verminderde LVEF heeft. Vanaf een VES burden van meer dan 10%, en zeker bij meer dan 20%, bestaat er een risico op VES-geïnduceerde cardiomyopathie.

Dr. Kris Gillis
AZ Delta

Bij asymptomatische patiënten met bewaarde LVEF is behandeling niet noodzakelijk. Bij een VES-burden van >20% kan echter wel geopteerd worden voor ablatie, om achteruitgang van LVEF te voorkomen. Bij symptomatische patiënten of bij achteruitgang van de LVEF wordt geopteerd voor een behandeling met medicatie dan wel ablatie. Bij het type VES met als oorsprong de rechterventrikel uitstroombaan (RVOT), is ablatie eerste keuze. Bij meer atypische VES, geniet medicamenteuze aanpak de voorkeur, tenzij er een LVEF-achtergang wordt vastgesteld. In dit geval biedt ablatie een betere uitkomst.

Prompte reactie dient gegeven te worden bij optreden van kort gekoppelde VES (R-on-T), multifforme VES en/of nonsustained VT. Zeker als dit gepaard gaat met voorgeschiedenis van (pre)syncope of tekens van hartfalen of ischemie. Ook de familiale voorgeschiedenis kan van groot belang zijn, zeker als er sprake is van plotse dood, syncopes of hartfalen, hetgeen een teken kan zijn van genetische channelopathie of cardiomyopathie.



Dr. Philip Muyldermans
AZ Delta

Wat als je een ernstige anemie ontdekt onder een DOAC-behandeling?

Om thrombo-embolische events te voorkomen bij patiënten met voorkamerfibrillatie genieten DOAC's de voorkeur boven het gebruik van klassieke vitamine K-antagonisten, gezien hun superieure veiligheidsprofiel. Desondanks kan de patiënt onder DOAC-therapie ook bloedingsevents of ernstige anemie ontwikkelen.

In die geselecteerde gevallen is er de mogelijkheid om via percutane weg het linkerharttoortje, de plaats waar thrombi zich vormen, te sluiten met een device (LAA closure device). Deze elegante techniek is prima voor te bereiden met een voorafgaande CT-scan, zorgt voor een blijvende bescherming tegen ischemische events en vrijwaart de patiënt van het verdere gebruik van een DOAC.

Het afgelopen jaar werd deze procedure bij 37 patiënten uitgevoerd in AZ Delta.

Wat als een 58-jarige man zich presenteert met een syncope na doorgemaakte COVID19?



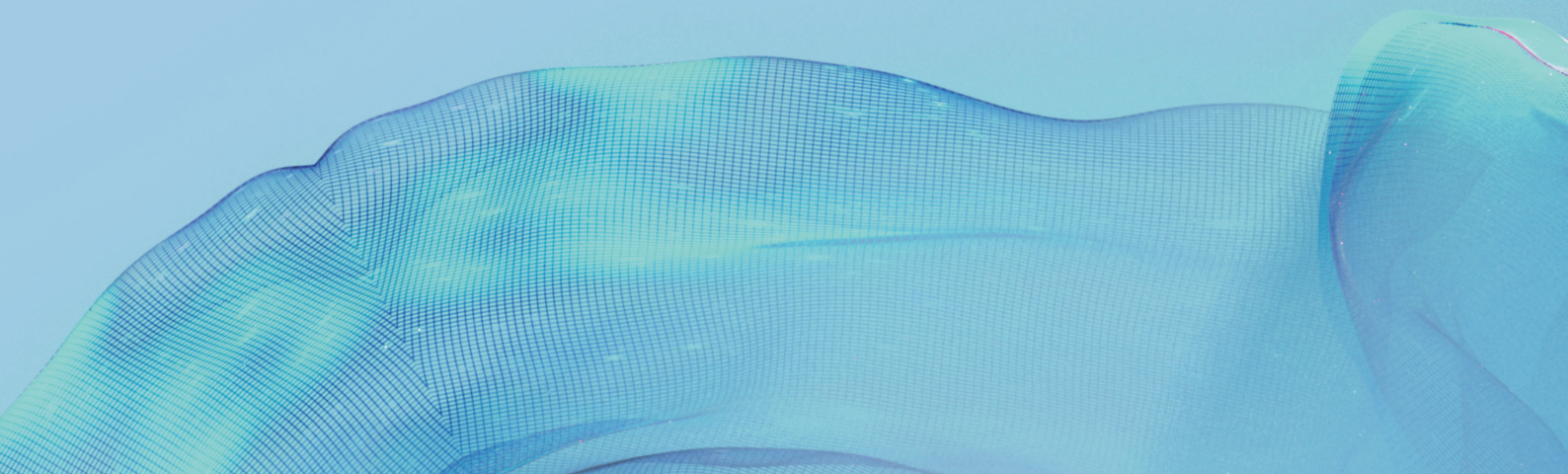
Dr. Peter Pollet
AZ Delta

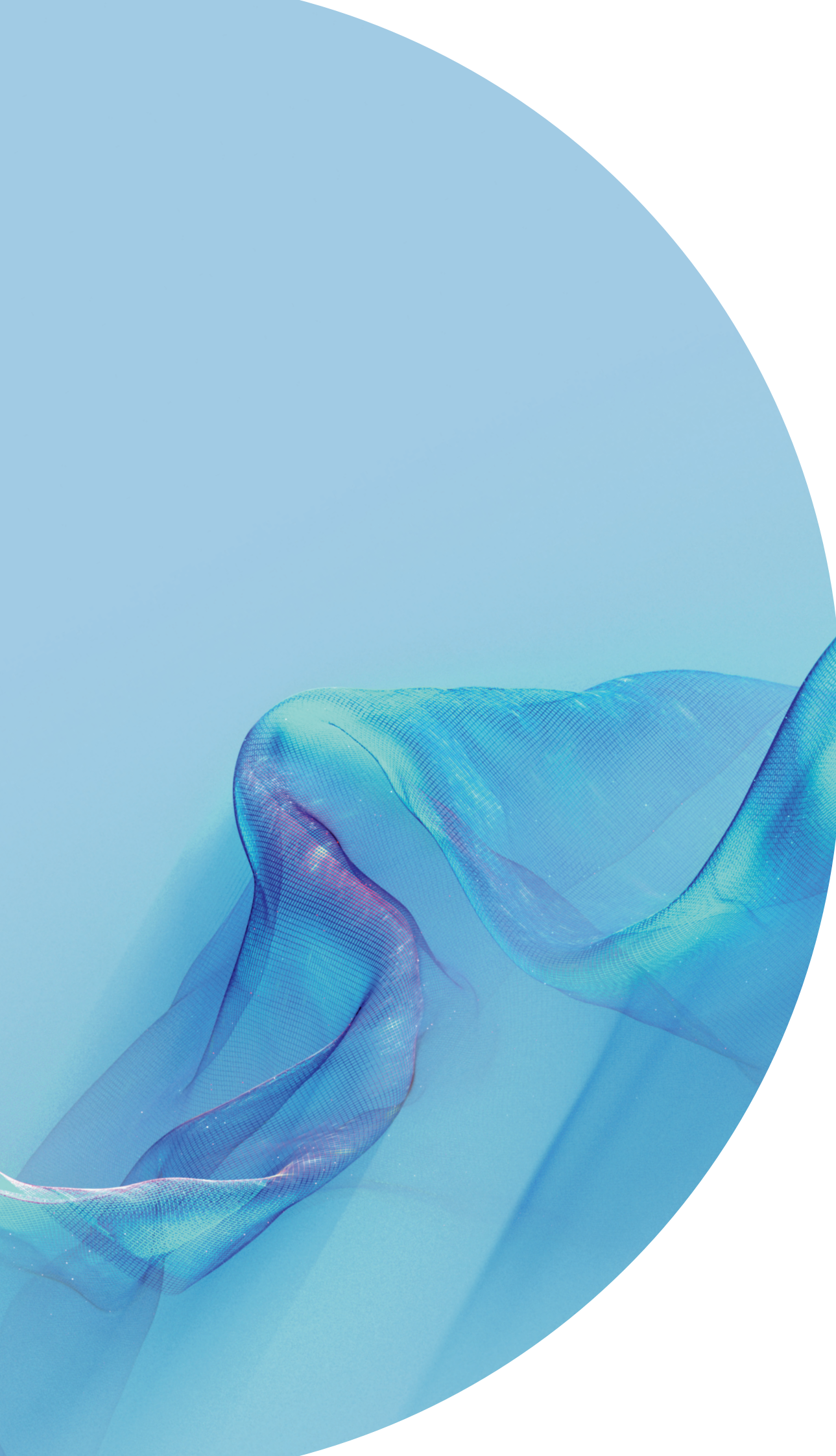
In eerste instantie moet in de mate van het mogelijke onderscheid gemaakt worden tussen een volledig en gedeeltelijk bewustzijnsverlies en of het werkelijk een syncope was, in tegenstelling tot epileptische aanval of psychogene oorzaak. Bij de verdere diagnostische uitwerking staat gedetailleerde anamnese en klinisch onderzoek voorop met focus op de omstandigheden rond de syncope, gevolgd door bloeddrukmeting zowel liggend als staand. Daarnaast dient ook een ECG te gebeuren om eventuele aritmie op te sporen – op indicatie verwijzing voor onmiddellijke ECG-monitoring bij vermoeden van aritmische syncope, echocardiografie bij vermoeden van cardiovasculaire oorzaak, carotis sinus massage bij patiënten ouder dan 40 jaar, tilttafeltest bij vermoeden van syncope door orthostatische hypotensie of reflex syncope, en ten slotte bloedtesten in functie van de klinische indicatie (hemogram, arteriële bloedgassen, troponine, d-dimeren). Reflex syncope of orthostatische hypotensie zijn meer waarschijnlijk bij pijn, angst, staande houding en typisch prodromen.

Een situationele syncope is dan weer typisch gerelateerd aan specifieke triggers, en een cardiale syncope kan het gevolg zijn van ofwel aritmieën (anamnese, afwijkend ECG), cardiale ischemie (anamnese, ECG en labo) of structureel hartlonglijden (zoals aortaklepstenose, longembolus of aorta-dissectie). De initiële evaluatie stelt meestal de oorzaak vast. Bij jonge patiënten zonder een geschiedenis in hartziekten of familiegeschiedenis van plotse dood en een normaal ECG, is cardiale syncope onwaarschijnlijk (ESC 2018).

3

**Hartfalen, arteriële
hypertensie, chronische
nierinsufficiëntie**







Dr. Bernard Bergez
AZ Delta

Wat als de bloeddruk plots 180/100 mmHg bedraagt?

In België hebben bijna 2 miljoen mensen hypertensie, dus ongeveer één op vijf. Hypertensie is een van de belangrijkste risicofactoren voor hart- en vaatandoeningen, de belangrijkste doodsoorzaak in België. Meestal is er sprake van een essentiële hypertensie. In zo'n 5% van de nieuwe diagnoses is er secundaire hypertensie ten gevolge van een onderliggende pathologie, meestal nierziekten of endocrinologische afwijkingen. Ook slaapapnoe gaat gepaard met hypertensie, en komt steeds meer voor door de huidige obesitas-epidemie.

In de laatste richtlijnen wordt de meerwaarde van ambulante en zelfgemeten bloeddrukken benadrukt. Een éénmalige hoge bloeddruk tijdens een consultatie is onvoldoende voor de diagnose. Ambulante bloeddrukmonitoring gedurende 24 uur, geeft extra informatie over de bloeddruk tijdens activiteiten en tijdens de slaap. Thuismeting van de bloeddruk kan ook door de patiënt zelf gebeuren met een automatisch toestel.

Voor de meeste patiënten wordt een initiële richtwaarde vooropgesteld van < 140/90 mmHg. Als de behandeling goed wordt verdragen, wordt de richtwaarde best verlaagd naar 120-129/70-79 mmHg en dit bij ALLE patiënten jonger dan 65 jaar. Bij oudere patiënten wordt best de richtwaarde van < 140/90 mmHg behouden. Waar vroeger een meer liberale richtlijn gold voor 80-plussers, wordt nu aangeraden om niet naar kalenderleeftijd maar naar de biologische leeftijd te kijken: enkel bij fraile, zwakke ouderen kan een hogere richtwaarde gehanteerd worden.

Hypertensie kan goed worden behandeld met niet-farmacologische maatregelen en een gerichte medicamenteuze behandeling. De richtlijnen van 2018 stellen een uniforme strategie voor bij de meeste patiënten met ongecompliceerde hypertensie. Deze omvat het starten van een combinatiepreparaat met ACE inhibitor of ARB met een calcium antagonist of diureticum, dat wordt opgetitreerd tot de maximale dosis. Indien onvoldoende, wordt het combinatiepreparaat uitgebreid naar triple therapie (ACE inhibitor of ARB, calcium antagonist en diureticum). In een laatste stap wordt spironolactone toegevoegd, overweeg dan een doorverwijzing naar een arts-specialist voor verdere investigaties. Betablokkers zijn enkel aangewezen bij specifieke indicaties: meer in het bijzonder bij hartfalen, angor, post-infarct en voorkamerfibrillatie.



Wat als het NTproBNP sterk verhoogd is bij een 63-jarige vrouw met inspanningsdyspnoe?

Bij het beoordelen van een 63-jarige vrouw met inspanningsdyspneu, is een significant verhoogd niveau van NT-proBNP een belangrijke marker om in overweging te nemen. Natriuretische peptiden zoals NT-proBNP en BNP worden door het myocard vrijgegeven in reactie op druk- of volumebelasting en hebben vasodilaterende en diuretische effecten. Verhoogde serumconcentraties van NT-proBNP kunnen helpen bij het ondersteunen van een klinische diagnose van hartfalen in de eerstelijnszorg.

Richtlijnen van de Europese Vereniging voor Cardiologie (ESC) suggereren een verwijzingsdrempel voor NT-proBNP van ≥ 125 pg/mL, waarbij de nadruk ligt op gevoeligheid, terwijl het National Institute for Health and Care Excellence (NICE) een hogere drempel van ≥ 400 pg/mL aanbeveelt om de specificiteit voor de diagnose van hartfalen te verhogen. Doorgaans zijn de NT-proBNP-niveaus hoger bij hartfalen met verminderde ejectiefractie in vergelijking met hartfalen met behouden ejectiefractie.

Het is echter belangrijk op te merken dat obesitas kan leiden tot lagere NT-proBNP-niveaus, wat de diagnostische gevoeligheid bij deze patiënten kan verminderen. Verhoogde NT-proBNP-niveaus zijn evenmin exclusief voor hartfalen; ze kunnen ook wijzen op acute coronaire syndromen, linkerventrikelhypertrofie, klepziekten, voorkamer fibrillatie, pericardiale aandoeningen, myocarditis, na hartchirurgie, na cardioversie, kankerchemotherapie, gevorderde leeftijd, nierinsufficiëntie, anemie, obstructief slaapapneu, longembolie, kritieke ziekte, bacteriëmie en uitgebreide brandwonden.

Dr. Karl Dujardin
AZ Delta



Prof. Dr. Bart Maes
AZ Delta

Wat als een 66-jarige vrouw zich presenteert met dyspnoe en nierfunctie-achteruitgang? Wat kan de huisarts doen?

Wanneer een 66-jarige vrouw zich presenteert met dyspneu en achteruitgang van de nierfunctie, is een uitgebreide evaluatie van zowel hart- als nierlijden essentieel. Bij de beoordeling van cardiale dysfunctie dient er ook aandacht te zijn voor de hemodynamische (zoals intraglomerulaire druk en proteïnurie) en metabole belasting (denk aan vocht, ionen, glucose, eiwitten) op de resterende nefronen. Een verminderd aantal nefronen kan leiden tot een verhoogde belasting per nefron, resulterend in vochtophoping, eiwitverlies en activatie van ontstekings- en fibroseprocessen. Deze processen zijn medebepalend voor de symptoomstatus en levensverwachting van de patiënt.

Een gedegen klinisch onderzoek, inclusief beoordeling van de halsvenen en eventueel een röntgenfoto van de thorax, gecombineerd met nauwkeurige monitoring van gewichtsveranderingen, biedt inzicht in de vullingstoestand van de patiënt. De nierfunctie kan snel ingeschat worden met een combinatie van serum creatinine (waaruit de geschatte glomerulaire filtratiesnelheid of eGFR berekend wordt) en de urinaire albumine-creatinine ratio (UACR). Een 24-uurs urinecollectie kan een nog betere kwantificering bieden van de filtratiefunctie en proteïnurie.

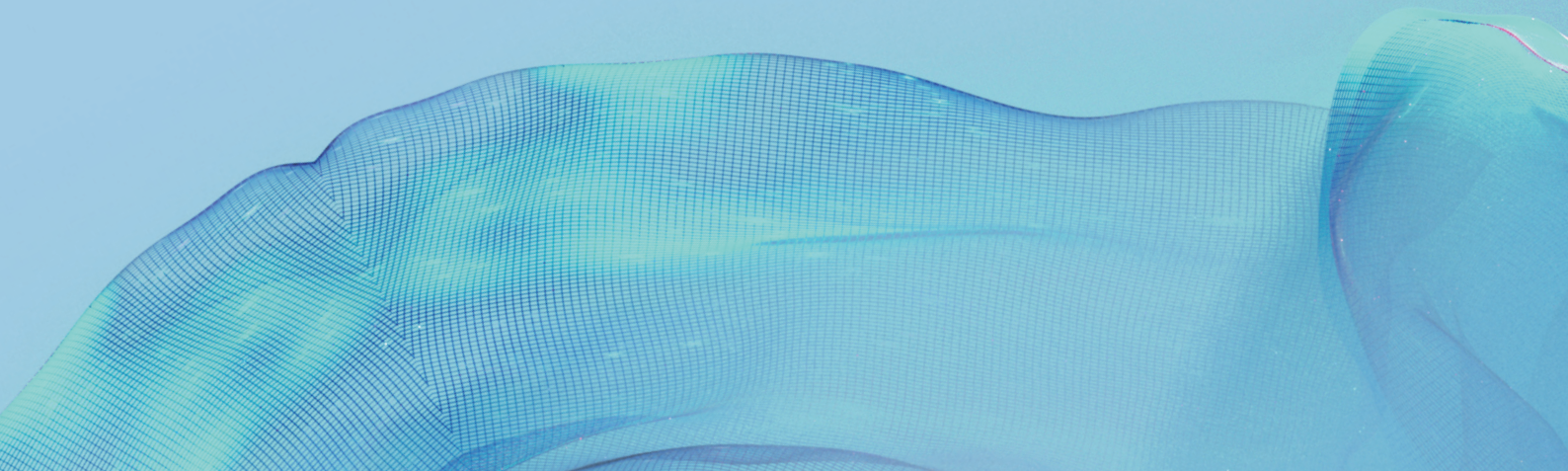
Bij therapeutische interventies, zoals SGLT2-remmers en niet-steroïde mineralocorticoïde receptorantagonisten (MRA's), is het doel de metabole en hemodynamische belasting en de gevolgen voor ontstekings- en fibroseprocessen te beheersen. Een zorgvuldige evaluatie van de medicatie is van groot belang, vooral bij patiënten die meerdere medicijnen gebruiken. Let specifiek op het gebruik van NSAID's, ACE-remmers/ARB's/MRA's/SGLT2-remmers en antibiotica. Beoordeel de therapietrouw en stel indien nodig de medicatie bij.

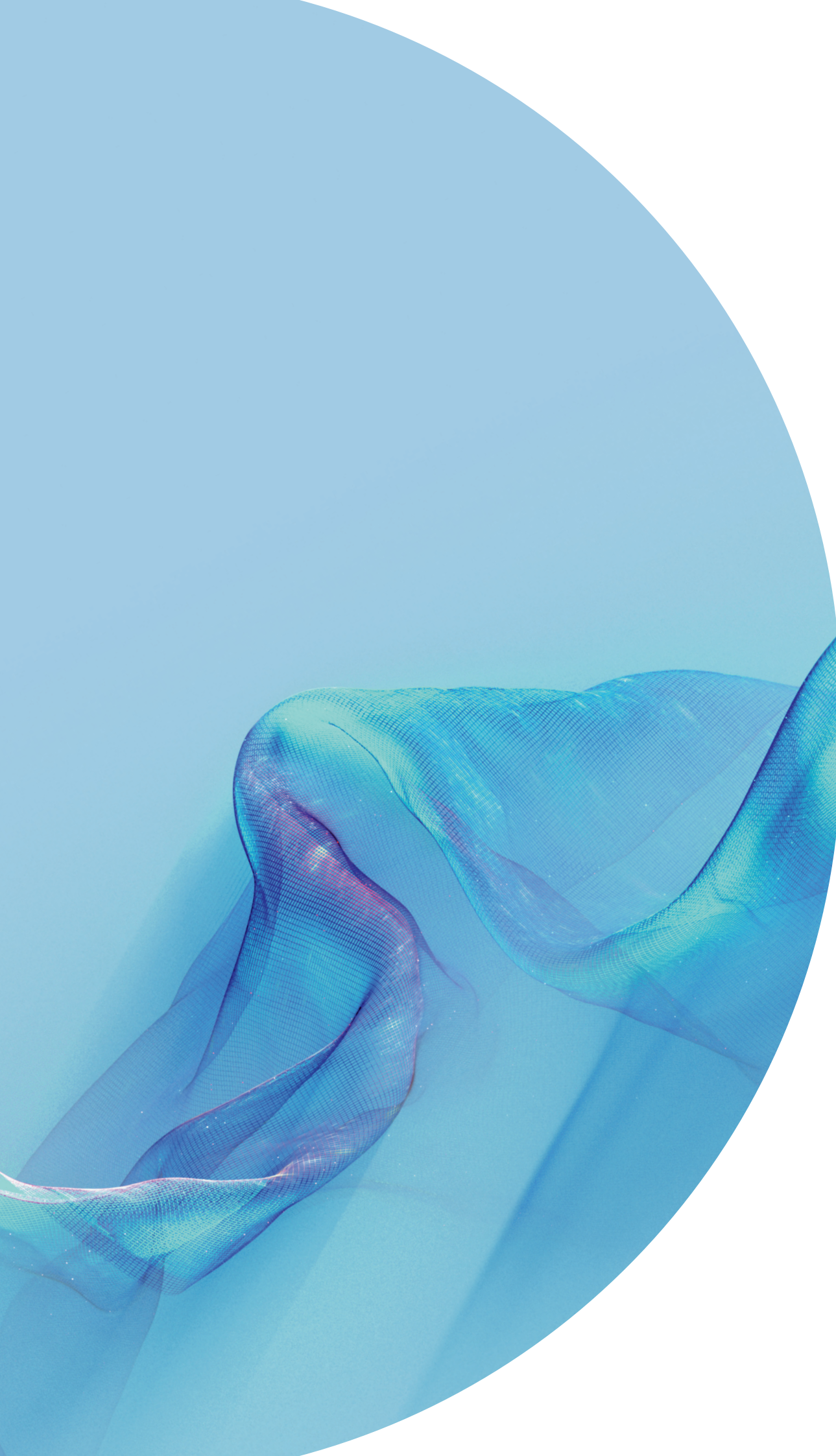
Neem ook verschillende mogelijke oorzaken van hartfalen in overweging, zoals ischemische, klepgerelateerde of aritmische oorzaken, en hypertensie. Aanvullende bloeddrukmetingen, EKG, NT-proBNP-tests en een echocardiogram zijn nodig voor een verdere evaluatie van hartfalen. Denk ook aan longembolieën en pulmonale hypertensie als mogelijke oorzaken van de symptomen en overweeg diagnostische tests zoals D-dimeerbepalingen. Wees tenslotte alert op renale anemie als complicatie van nierinsufficiëntie.



4

Keynote lecture





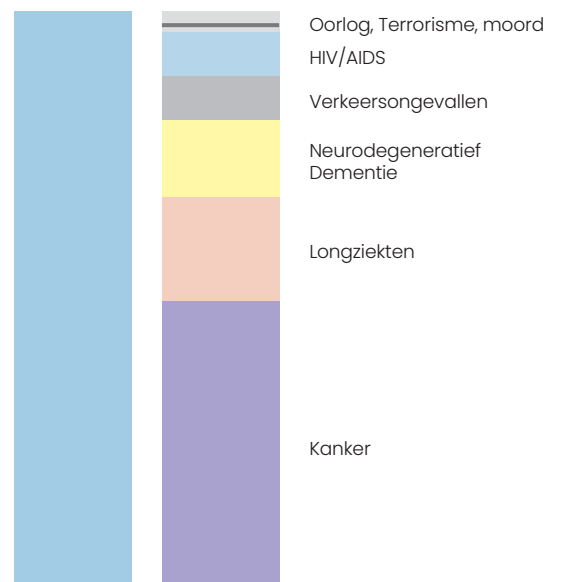


Prof. Dr. Thomas Vanassche
UZ Leuven

Wat als we hartziekte zouden kunnen voorkomen?: Optimale cardiovasculaire preventie in de huisartsenpraktijk.

18 miljoen mensen sterven
jaarlijks aan hart- & vaatziekten.

30%
van sterfte onder
65 jaar



9 risicofactoren
90% risico infarct

Lipiden, roken, hypertensie, diabetes, obesitas,
psychosociale factoren, consumptie van fruit en groente,
alcoholgebruik, regelmatige fysieke activiteit

5 risicofactoren
60% risico infarct

Lipiden, roken, hypertensie, diabetes, obesitas,
psychosociale factoren, consumptie van fruit en groente,
alcoholgebruik, regelmatige fysieke activiteit



Dr. Peter Pollet
AZ Delta

Wat als het automatisch
ECG interpretatie het laat
afweten?

**The winner
takes it
all.**



Onze sponsors



Symposium namens

AZ Delta

Hartcentrum

Dr. Willem-Jan Acou
 Dr. Wim Anné
 Dr. Bernard Bergez
 Dr. Michel de Ceuninck
 Dr. Erik de Worm
 Dr. Erik Dhondt
 Dr. Karl Dujardin
 Dr. Kris Gillis
 Dr. Rik Haspeslagh
 Dr. Geert Hollanders
 Dr. Philip Muyldermans
 Dr. Peter Pollet
 Dr. Pascal Schroeyers
 Dr. Francis Stammen
 Dr. Stefaan Van de Walle
 Dr. Maarten Vanhaverbeke

Contact

T 051 23 72 89
 E secr.hartziekten@azdelta.be

www.cardiologie-azdelta.be



Delta cardio

