

Hartfalennieuwsbrief

Leiden – Leiderdorp – Alphen aan den Rijn

December 2008

Een nieuwsbrief is geboren

Voor u ligt de eerste hartfalennieuwsbrief. Een nieuwsbrief voor en mede tot stand gebracht door hartfalenpatiënten en onder andere verkrijgbaar op de poli's van het Rijnland Ziekenhuis, het LUMC, het Diaconessenhuis en het Rijnlands Revalidatie Centrum. Deze uitgave wordt mogelijk gemaakt door de Hartfalenfoundation. Een stichting die zich inzet voor sponsorwerving ten bate van onderzoek naar en voorlichting over hartfalen. Middels deze nieuwsbrief willen we het onzichtbare (hartfalen) zichtbaar maken. Iets wat volgens ons hoog nodig is. Helaas zijn er nog heel wat mensen die denken dat er op het gebied van hartfalen weinig tot niets gebeurt. Er zijn zelfs patiënten die het idee hebben dat de behandeling van hartfalen zich concentreert rondom zout- en vochtbeperking in combinatie met de nodige medicijnen. Gelukkig is het tegendeel waar. Rondom hartfalen gebeurt veel, heel veel zelfs. Alleen is het niet altijd goed zichtbaar, net als de aandoening hartfalen. De buitenkant zegt niets over de binnenkant. Dat is dus ook het lastige van deze chronische ziekte. Door het uitgeven van deze nieuwsbrief, die drie keer per jaar gaat verschijnen, willen we de hartfalenpatiënt, diens familieleden, betrokkenen in de zorg rond hartfalen en overige geïnteresseerden informeren over allerlei zaken rondom hartfalen. Aan deze eerste editie hebben een aantal medewerkers van het Rijnland Ziekenhuis en het LUMC hun medewerking verleend. Iets waar wij ze zeer erkentelijk voor zijn. Mogen nog vele hun goed voorbeeld volgen, want de inbreng van deze poli's is voor de hartfalenpatiënt van onschatbare waarde. Aan u als lezer willen wij meegeven: "Weet, hartfalen heeft u niet alleen.....maar samen met de medewerkers van de hartfalenpoli's".

Inhoud

Pag. 2 Patiënten zijn niet mondiger geworden maar wel eerlijker

Ken uw beperkingen, maar weet ook dat er mogelijkheden zijn

Pag. 3 De hartfunctielaborant een onmisbare schakel

Pag. 4 Drs. M.G.J. Gademan promoveert op de Allegro Studie

Profiel: Dr. C.M.H.B. Lucas hartfalenspecialist



Dr. Lucas is geboren op 27 september 1960 te Etten-Leur (Noord-Brabant). Nadat ze met goed gevolg de middelbare school in Roosendaal had doorlopen, besloot ze in 1978 geneeskunde te gaan studeren. Haar keuze viel op de Vrije Universiteit (VU) van Amsterdam. In 1987 studeerde ze af om vervolgens een jaar later te beginnen aan haar promotieonderzoek. Dit onderzoek kreeg haar beslag in het academisch ziekenhuis van Maastricht alwaar gekeken werd in hoeverre een rugspier gewikkeld rond het hart de pompkracht van het falende hart zou kunnen ondersteunen. In 1993 werd dit promotieonderzoek afgerond. Ze besloot, om in het ziekenhuis waar ze haar promotieonderzoek had gedaan, de opleiding tot cardioloog te volgen. Tijdens deze specialisatie werd ze in de gelegenheid gesteld om een jaar in het harttransplantatiecentrum van Boston (VS) te werken. Na terugkomst van dit jaar ging ze, samen met verpleegkundige Ger Cleuren, aan de slag om een hartfalenpolikliniek van de grond te krijgen in het academisch ziekenhuis van Maastricht. Iets wat haar uiteindelijk lukte. Januari 2000 verruilde ze Maastricht voor Leiderdorp om aldaar eveneens samen met Ger Cleuren een hartfalenpoli op te zetten. Sinds acht jaar is dit duo de drijvende kracht achter deze hartfalenpoli van het Rijnland ziekenhuis. Hartfalen boeit deze gedreven cardiologie enorm. Volgens haar heeft het alle aspecten van de cardiologie in zich. Daarnaast heeft ze zeer intensief contact met de patiënten, iets wat haar heel erg aanspreekt.

De hartfalenpoli van het Rijnland wordt vooral bezocht door oudere patiënten, al dan niet begeleid door partner en/of kinderen. Bij veel van deze patiënten is er naast hartfalen tevens sprake van andere aandoeningen zoals diabetes (suikerziekte), COPD (chronisch obstructieve longziekte) of nierfalen. Dit maakt de behandeling er niet altijd makkelijker op. Dr. Lucas ziet dat de groep hartfalers in de afgelopen jaren is veranderd. De gemiddelde leeftijd is hoger en daardoor is ook de vraag naar zorg en begeleiding toegenomen. Iets wat zich voorlopig nog in een stijgende lijn zal voortzetten. Alhoewel het niet altijd zichtbaar is, is er op het gebied van hartfalen de nodige vooruitgang geboekt. Er zijn veel nieuwe medicijnen bijgekomen en er zijn verschillende methodieken, zoals een speciaal soort pacemaker, geïntroduceerd die het hart kan ondersteunen. Daarnaast kan de hartchirurg soms wat doen in de vorm van omleidings- en/of klepooperaties. Kanttekening hierbij is dat niet iedere hartfaler baat heeft bij bovengenoemde technieken. Wel is als gevolg van al deze ontwikkelingen de prognose voor de hartfalenpatiënt beter dan een aantal jaar geleden. Eveneens ziet men een duidelijke verbetering in de kwaliteit van leven. Ook op het gebied van hartrevalidatie wordt niet stilgezeten. Revalidatie is enorm belangrijk voor de hartfalenpatiënt omdat naast het trainen van de spieren ook het geestelijk welbevinden wordt verhoogd, iets wat natuurlijk ook geldt voor de gezonde mens. Lucas benadrukt wel dat het aantal patiënten met hartfalen in de toekomst zal toenemen als gevolg van onder andere de vergrijzing van de bevolking. Het is dan ook zaak om hier tijdig op te anticiperen.

Patiënten zijn niet mondiger geworden maar wel eerlijker



Bij de eerste ontmoeting met Ger Cleuren op de hartfalenpoli heb je niet gelijk het idee te maken te hebben met een verpleegkundige. Geen witte jas, geen stethoscoop, maar gewoon een net overhemd. Volgens deze hartfalenverpleegkundige dient de hartfalenpoli en diens verpleegkundigen laagdrempelig te zijn. Vandaar zijn alledaagse, nette kloffie in plaats van het traditionele wit. Het gaat tenslotte om de patiënt en diens beleving van het geheel. Wanneer je de naam van Ger googled zie je heel wat artikelen en onderzoeken mede op zijn naam staan. Sterker nog onder andere door zijn actieve inbreng zijn wij een groot aantal hartfalenpoli's rijker in Nederland. Ger wil wel benadrukken dat het Dr. Lucas was die op het lumineus idee kwam om de arts en de verpleegkundige naast elkaar te zetten. De arts houdt zich bezig met het medische verhaal en de hartfalenverpleegkundige is voor de follow up en andere praktische zaken aangaande de patiënt. Als verpleegkundige spreek je zowel de taal van de patiënt als die van de arts. Dat het een supercombinatie is blijkt wel uit het feit dat nagenoeg ieder ziekenhuis inmiddels een hartfalenpoli heeft. Op de vraag wat de hartfalenverpleegkundige de patiënt te bieden heeft hoeft Ger niet lang na te denken. Een hartfalenverpleegkundige heeft een patiënt heel veel te bieden. Naast voorlichting en adviezen ten aanzien van eet en leefgewoonten ondersteunen we de patiënt middels een telefonisch spreekuur. Iets waar volgens hem dankbaar gebruik van wordt gemaakt. Daarnaast fungeert hij ook als intermediair tussen huisarts, cardioloog en patiënt. Wellicht is wel het allerbelangrijkste het bieden van een luisterend oor en het geven van handreikingen. De ene patiënt is er bij gebaat als we brieven schrijven om alsnog die parkeer en/of taxivergunning te verkrijgen of die aanpassing in het huis of de broodnodige rolstoellift. De andere patiënt heeft ondersteuning nodig bij het juist invullen van de WAO-papieren of ligt overhoop met het ziekenfonds omdat deze de medicijnen niet volledig wil vergoeden en weer een andere patiënt heeft problemen met de seksualiteit en durft dit zelf niet aan de arts voor te leggen.

De vragen van hartfalenpatiënten zijn zeer divers, maar men moet ze wel stellen. Daar zijn we immers voor. Gekke of domme vragen bestaan in de optiek van Ger niet. Het is juist dom als men die vraag niet stelt en met een hoop spanning en stress blijft zitten. Primair ligt het accent bij ons bij de patiënt, maar uiteraard wordt ook de partner bij dit gehele proces niet vergeten. Zij zijn vaak degene die als eerste signaleren en bij ons aan de bel trekken. Daarnaast zijn zij belangrijk bij het mede doen slagen van de zout en vochtbeperking. Het is dus heel belangrijk dat je als hartfalenverpleegkundige je niet alleen inleeft in de patiënt maar ook in de rol van de partner. Helaas kunnen we geen dagen aan het leven toevoegen, maar wel leven aan de dagen. Op de poli proberen we de kwaliteit van leven van de patiënt te verhogen. Door een stukje ondersteuning en door de laagdrempeligheid. Met als uiteindelijk doel om heropnames zoveel mogelijk te voorkomen. De hartfalenpoli van het Rijnland lijkt daar aardig in te slagen. Ondanks een toename van het aantal patiënten met hartfalen, neemt het aantal heropnames drastisch af. Ger Cleuren verwacht in de komende jaren nog een scala aan veranderingen die ten goede zullen komen aan de kwaliteit van leven van de hartfalenpatiënt. De technieken zullen nog veel beter gaan worden. Je ziet dat dit proces al gaande is bij de nieuwe pacemakers die op de markt komen. Daarnaast zie je nieuwe ontwikkelingen aangaande hartrevalidatie en het vroegtijdig signaleren van vocht. De grootste vooruitgang ziet Ger op het gebied van voeding. Er worden steeds meer producten geleverd met minder zout. Stegeman heeft in samenwerking met de hartfalenpoli's een hele kruidenlijn ontwikkeld waarin 25 % minder zout zit. Ook de introductie van het gezondlogo leidt tot een beter en verantwoord voedingspatroon. Iets wat tien jaar terug nog ondenkbaar was. Ger is dus optimistisch over de toekomst en hoopt dat de patiënten de weg naar de hartfalenpoli zullen blijven vinden, want domme vragen bestaan nou eenmaal niet.....

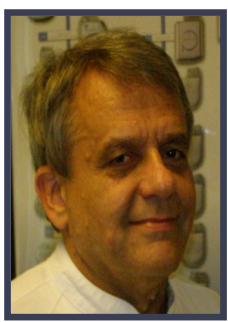
Ken uw beperkingen, maar weet ook dat er mogelijkheden zijn



Na negen jaar als leraar lichamelijke opvoeding werkzaam te zijn geweest besloot Chris Fransz dat het tijd werd voor een andere carrière. Hij meldde zich aan bij de opleiding fysiotherapie. Niet zo'n vreemde keuze gezien zijn achtergrond. Tijdens een stageperiode in het toen nog genaamde Elisabeth Ziekenhuis kwam hij te werken op de afdeling cardiologie. Toen zijn toenmalige stagebegeleider haar vertrek aankondigde werd Chris gevraagd om haar plaats in te nemen. Deze mogelijkheid nam hij graag met beide handen aan. Hij besloot meteen een cursus hartrevalidatie bij het KNGF te volgen. Mede door deze cursus was hij in staat om, in het inmiddels van naam veranderde ziekenhuis, een hartrevalidatieprogramma op te zetten. Hij is nu al weer heel wat jaartjes als fysiotherapeut aan het Rijnland Ziekenhuis verbonden. Sterker nog hij is er na zijn stage nooit meer weggegaan. Chris doet zijn werk met heel veel plezier. Dit heeft volgens hem te maken met de veelzijdigheid van zijn functie. Als fysiotherapeut zie je verschillende specialismen en kom je vaak in aanraking met medebehandelaars. Je hebt mensen die je aan bed behandeld, maar daarnaast zie je ook een groot aantal van je patiënten op de polikliniek. De problematiek en de klachten zijn heel divers. Zo heb je de wat meer traditionele klachten aan de knie, de nek en de rug. Maar daarnaast behandelen we ook mensen die een hartinfarct hebben doorstaan of die nieuwe hartkleppen hebben gekregen. Hartfalenpatiënten ziet hij niet veel op de poli. Dit heeft te maken met het feit dat iemand met hartfalen een meervoudige revalidatieklant is die door wordt verwezen naar de meer gespecialiseerde centra (bijvoorbeeld het Rijnlands Revalidatie Centrum in Leiden). Daar is voldoende kennis en kunde aanwezig. De hartfalenpatiënten die Chris onder behandeling krijgt worden doorgestuurd door de cardioloog of worden verwezen naar aanleiding van een gebeurtenis. Dit kan een ziekenhuisopname zijn of de patiënt is al eerder gerevalideerd en heeft hulp nodig om weer spreekwoordelijk in het zadel te komen. Het belangrijkste is dat de patiënt kennis heeft van wat er met hem of haar aan de hand is. In een eerste kennismaking laat hij die patiënt dan ook uitleggen wat er volgens hem of haar aan de hand is. Als men weet wat er aan de hand is dan pas is men in staat om de problemen aan te pakken. Een patiënt weet dan beter waar haar of zijn grenzen liggen en of de doelen die hij of zij zichzelf gesteld heeft reëel en haalbaar zijn. Daarnaast is het ook van belang in welk stadium van hartfalen de patiënt zit.

De hartfalers in stadium I en II zijn conditioneel trainbaar. De revalidatie van de patiënten in stadium III en IV is meer gericht op het onderhouden van de ADL-functies. ADL betekent algemene dagelijkse levensverrichtingen zoals zichzelf verzorgen, het voeren van een huishouden, boodschappen doen enzovoort. Deze mensen krijgen vaak fysiotherapie aan huis en behoort niet tot het werkterrein van Chris Fransz. De hartfalenpatiënten die hij ziet behoren vooral tot de categorie I en II. Voor ieder patiënt wordt een individueel programma opgesteld. Een revalidatie valt of staat met de motivatie van de patiënt. Het is aan mij als fysiotherapeut/begeleider de taak om die intrinsieke motivatie bij de hartfaler te vinden en deze te vertalen in een programma waarbij hij of zij positieve ervaringen krijgt en mede daardoor zijn grenzen durft te verleggen. De mens is volgens Chris een 3-eenheid. Je hebt het fysieke gedeelte, het rationele gedeelte en het emotionele gedeelte. Die drie moeten met elkaar in het gareel komen. Eigenlijk moet je samen met de patiënt een balans zien te vinden tussen wat kan ik en wat wil ik. Het is een hele kunst om deze twee nader tot elkaar te brengen. Het is heel belangrijk om op deze mensen geen standaard programma los te laten maar een op het individu aangepast geheel aan te bieden. Het revalidatietraject dat door het Rijnlands Ziekenhuis wordt aangeboden duurt minimaal vijf tot zes weken afhankelijk van de doelen die de patiënt zichzelf gesteld heeft. Daarbij is de insteek om middels fietstraining tot een algehele conditieverbetering te komen. Aan het eind van het traject krijgt men een eindtest om te zien of er een verbetering is in conditioneel opzicht. Voor de fysiotherapeut is het veel belangrijker dat de hartfaler weg gaat met een aantal handreikingen waardoor deze weer het gevoel heeft controle te hebben over zichzelf en zijn of haar mogelijkheden. Ken als hartfalenpatiënt je beperkingen, maar weet ook dat er mogelijkheden zijn. Het is aan het individu om daar zijn zoektocht naar te maken. Als men passief wordt dan wordt het er niet beter op. Conditie is iets dat als we daar niets aan doen uiteindelijk verliezen. Dit geldt niet alleen voor de gezonde mens maar zeker voor de hartfalenpatiënt in het bijzonder.....

De hartfunctielaborant een onmisbare schakel



De hartfunctielaborant is een onmisbare schakel binnen de afdeling cardiologie. In opdracht van de cardioloog doet de laborant diverse onderzoeken naar het functioneren van het menselijke hart. Guus Sarstadt is één van die hartfunctielaboranten. Sinds zeven jaar is hij werkzaam op de afdeling cardiologie van het Rijnland Ziekenhuis. Zijn werkterrein is heel divers. Naast het maken van echo's, het uitlezen van ecg's, het plaatsen van holters en het assisteren bij hartkatheterisaties is Guus vooral bekend bij de patiënt als pacemakertechnicus, alhoewel dit maar een heel klein onderdeel van zijn dagelijkse werk is. Een pacemaker is een apparaat dat het menselijke hart dient te ondersteunen. Door middel van kleine stroomstootjes wordt het hart door de pacemaker op gang gehouden. Patiënten krijgen een pacemaker als het hart niet voldoende of te langzaam klopt. Bij een deel van de patiënten met hartfalen trekt de linkerhartkamer niet meer synchroon samen. Een biventriculaire pacemaker kan er voor zorgen dat de vrije wand meer gelijktijdig met het interventriculaire septum (tussenschot tussen de linker en de rechter hartkamer) samen knijpt. Simpel gezegd zorgt deze pacemaker ervoor dat het hart minder zwabbert en meer gelijkmatig samentrekt. Middels dit vernuftig stukje techniek tracht men de synchronie van de contractie te verbeteren en daarmee dus ook de pompfunctie van het hart. Vooralsnog worden de pacemakers geïmplanteerd bij patiënten die zich met hun hartfalen in stadium III en IV bevinden. Bij ongeveer 70 % van de patiënten die voor deze pacemaker in aanmerking komen leidt het implanteren ook tot een verbetering van de conditie en een afname van de kortademigheid. Daarnaast ziet men een verbetering ten aanzien van de levensverwachting. Toch gebeurt het wel eens dat het plaatsen van de pacemaker bij de patiënt niet leidt tot het gewenste resultaat, ook al wijzen alle waarden en uitslagen op een verbetering van de pompfunctie. In sommige gevallen is er volgens Guus geen duidelijke verklaring voor, maar over het algemeen zijn hartfalenpatiënten erg te spreken over hun pacemaker en de behaalde resultaten.

Meestal komt de patiënt twee keer per jaar op controle bij de pacemakertechnicus. Afhankelijk van het type pacemaker wordt er op de borst van de patiënt een antenne in de vorm van een ring of een blauwe knop gelegd. Dit staat in verbinding met een computer die de pacemaker uitleest. Er wordt onder andere gekeken naar de batterij en of deze nog voldoende energie heeft om het apparaatje aan de gang te houden. Daarnaast wordt er gekeken naar ongeregelde heden zoals ritmestoornissen en vochttoename. Alle resultaten en uitslagen komen in het dossier van de patiënt te staan en worden door de cardioloog bekeken en samen met de patiënt in kwestie geëvalueerd. Het instellen van de pacemaker is vaak maar een eenmalige gebeurtenis en gebeurt meestal samen met een echo. De overige afstellingen zoals frequentie en het energieverbruik worden bij ieder half jaarlijkse controle bekeken en zondig opnieuw af- en of bijgesteld totdat de pacemaker aan vervanging toe is. Een biventriculaire pacemaker heeft een levensduur van ongeveer vijf tot acht jaar. Daarna wordt meestal alleen het kastje vervangen. De draden zijn vergroeid met het hart en als de weerstand in deze draden nog optimaal is dan kiest de cardioloog er voor om deze te laten zitten. Sommige hartfalers krijgen in plaats van een biventriculaire pacemaker een ICD. Een ICD is een inwendige defibrillator die het hart een heftige schok geeft in geval van een levensbedreigende hartritmestoornis. Er wordt onder andere een ICD of biventriculaire pacemaker met ICD-functie geplaatst als de ejectiefractie (hoeveelheid bloed dat het hart kan wegpompen) onder de 35% ligt. De ejectiefractie bij een gezond hart ligt op 60%. Bij een ejectiefractie van 30% is er dus sprake van een verminderde pompfunctie. Omdat de huidige ICD's ook kunnen werken als biventriculaire pacemakers ziet Guus een toename in het aantal hartfalenpatiënten dat een ICD geïmplanteerd krijgen. Helaas is het implanteren van deze pacemakers alleen nog maar voor behouden aan medische centra zoals bijvoorbeeld het LUMC die hiervoor speciale toestemming hebben. Dit betekent voor hartfalenpatiënten van het Rijnland dat zij hun pacemaker moeten laten nakijken op het ziekenhuis waar deze is ingebracht. Dit is in praktisch opzicht nog wel eens lastig. Volgens Guus zijn de lijnen op de hartfalenpoli van het Rijnland ziekenhuis kort en er is altijd een pacemakertechnicus aanwezig. De hartfalenverpleegkundige kan dus wat makkelijker een patiënt er tussen schuiven als deze klachten heeft. Dit is vele malen moeilijker als deze patiënt op een ander ziekenhuis moet worden geholpen. Guus hoopt dat de hartfalers van het Rijnland Ziekenhuis in de toekomst ook bij hem en zijn twee andere collega's terecht kunnen om hun ICD te laten uitlezen en bijstellen. We zijn nou eenmaal hartfunctielaboranten in de breedste zin van het woord.....

Drs. M.G.J. Gademan promoveert op de Allegro Studie

December 2008 rondt Maaike Gademan haar wetenschappelijk onderzoek af naar de effecten van stimuli in loopritme bij de revalidatie van patiënten met hartfalen. Dit onderzoek, ook bekend als het Allegro-onderzoek, duurde vier jaar en werd financieel gesteund door de Nederlandse Hartstichting en verricht door de Afdeling Hartziekten van het Leids Universitair Medisch Centrum. In dit onderzoek werd er nauw samengewerkt met de afdeling Hart-Long-Revalidatie van het Rijnlands Revalidatie Centrum in Leiden en met de Hartfalen Polikliniek van het Rijnland Ziekenhuis in Leiderdorp. In 2005 zag Maaike Gademan een vacature voor een arts in opleiding. Met haar achtergrond als bewegingwetenschapper besloot ze te solliciteren en tot haar grote verrassing werd ze aangenomen. Achtergrond van het Allegro onderzoek is, dat bij hartfalen het lichaam probeert de verminderde hartwerking te compenseren door het produceren van een aantal neurohormonen. Deze neurohormonen gaan in het bloed circuleren waardoor ze de samentrekkingskracht van het hart verhogen, de bloedvaten in het gehele lichaam vernauwen en het vasthouden van vocht bevorderen. Hoewel de hartwerking zo in eerste instantie voldoende blijft wordt het hart wel zwaarder belast, mede omdat de productie van de neurohormonen niet alleen bij belasting maar ook in rust - onnodig dus - doorgaat. Indien deze situatie langere tijd voortduurt zal het falende hart door de hoge concentraties van de neurohormonen zelfs sneller verslechteren. Vandaar dat patiënten met hartfalen medicijnen krijgen om de invloed van deze neurohormonen af te remmen. Geregelde lichamelijke activiteit vermindert de hoeveelheid, in het bloed circulerende, neurohormonen. Daarom wordt de patiënt veelal geadviseerd om, nadat een behandeling met medicijnen is ingesteld, met revalidatie te beginnen. Door vermindering van de concentraties neurohormonen helpt de revalidatie het hart verder te ontlasten en zo de kwaliteit van leven te verbeteren en voortschrijding van het hartfalen af te remmen. Fitness verbetert dus de prognose.

Wetenschappelijk onderzoek heeft duidelijk gemaakt dat veel van de gunstige uitwerking van lichamelijke activiteit te maken heeft met een trainingseffect van het autonome (onwillekeurige) zenuwstelsel. Dit deel van het zenuwstelsel bevindt zich in de hersenstam en regelt de hartfrequentie, de bloeddruk, weerstand van de bloedvaten en tevens de productie van de neurohormonen. Het is echter onbekend hoe het komt dat lichamelijke activiteit dit trainingseffect in de hersenstam veroorzaakt. Het antwoord op deze vraag is van groot belang voor de revalidatie. Uit vorig onderzoek, uitgevoerd door dezelfde centra, waren er aanwijzingen dat ritme (een sensatie die onlosmakelijk is verbonden met allerlei vormen van lichamelijke inspanning zoals lopen en fietsen) belangrijk is voor het bereiken van dit trainingseffect. Bij dat onderzoek kregen hartfalenpatiënten 1 uur per dag een ritmische prikkeling van de voeten, in looptempo, door middel van elektrostimulatie. Het bleek dat de baroreflex (een reflex waarmee het autonome zenuwstelsel de bloeddruk zoveel mogelijk constant houdt) binnen enkele dagen sterk verbeterd was. Men bereikt dus een trainingseffect zonder lichamelijke activiteit. In feite alleen door de ritmische sensaties die met bewegen geassocieerd zijn aan het lichaam toe te dienen. In het Allegro onderzoek wilde men nagaan of ritmische sensaties in looptempo ook de hoeveelheid neurohormonen in het bloed deden dalen. Een groep hartfalenpatiënten werd getest in een periode van twee weken voorafgaand aan een standaard revalidatieprogramma. Voor het onderzoek werden zij door loting in drie groepen verdeeld: de controlegroep (alleen observatie gedurende deze twee weken), de conventionele revalidatie groep (fietstrainingen gedurende deze twee weken) of de experimentele revalidatiegroep (trainingen door elektrostimulatie in loopritme aan de voeten, zonder inspanning en zonder spieractiviteit). Voor en na deze periode werd een vragenlijst afgenomen, een maximale inspanningstest op de fiets gedaan, gemeten hoeveel meter men in 6 minuten af kon leggen, bloed afgenomen voor latere analyse, en werd de baroreflex sensitiviteit bepaald (een maat voor de effectiviteit van de bloeddrukregeling door het autonome zenuwstelsel). Hoewel Maaike Gademan benadrukt dat het om voorlopige resultaten gaat, toonde de Allegro Studie aan dat de elektrische stimulatie aan de voeten, die qua gevoel en qua ritme enigszins lijkt op lopen of fietsen, voor het autonome zenuwstelsel vergelijkbare effecten had met duurtraining op de fiets in het revalidatiecentrum. Met name was dit effect te zien in de mate waarin patiënten last hebben van hun ziekte (verlaging van de score op de vragenlijst na twee weken), het aantal meters dat men na twee weken meer kon afleggen en de verhoogde baroreflex sensitiviteit na de twee weken periode. Ook werden er aanwijzingen gevonden voor een afname van de adrenaline concentratie in het bloed, en voor de afname van het NT-proBNP hormoon, een stof die vaak wordt gebruikt als maat voor de ernst van hartfalen. De onderzoekers concluderen dat een ritmische component in het revalidatieprogramma leidt tot het terugdringen van de neurohumorale activatie bij hartfalenpatiënten. Theoretisch zou het zelfs zo kunnen zijn dat dit gunstige effect op het autonome zenuwstelsel en op de neurohormonen door ritme wordt bepaald, maar dat kan met het Allegro onderzoek niet bewezen worden. De resultaten van deze studie suggereren in elk geval dat indien een revalidatieprogramma te zwaar blijkt te zijn voor een bepaalde hartfalenpatiënt men een lichter programma zou kunnen kiezen, zolang daar maar wel voldoende ritmische componenten in vertegenwoordigd zijn. Wetenschappelijk gezien speelt het onderzoek een rol in de discussie hoe lang, hoe vaak, hoe intensief en op welke wijze patiënten met hartfalen het beste kunnen revalideren en, na de revalidatie, trainen. Praktisch gezien zal er voor patiënten met hartfalen naar aanleiding van dit onderzoek op korte termijn weinig veranderen, omdat vervolgonderzoek nodig is om aan te tonen dat een dergelijke modificatie in het revalidatieprogramma leidt tot een verbetering van de prognose. Hiervoor moeten dan patiënten met hartfalen gedurende een langere periode worden gevolgd.

Maaike Gademan hoopt in 2009 op dit onderzoek te promoveren. Copromotor is fysicus Kees Swenne, promotoren zijn de hoogleraren Ernst van der Wall (cardioloog) en Martin Jan Schalij (cardioloog), allen verbonden aan de afdeling van het Leids Universitair Medisch Centrum.

Colofon

De hartfalennieuwsbrief is een uitgave van de Hartfalenfoundation. Deze stichting zet zich in voor sponsorwerving ten bate van onderzoek naar en voorlichting over hartfalen.

Redactie

Martina Schut
Arie Krijgsman jr.
Ger Cleuren
Jan Clemens

Contact

Stichting Hartfalenfoundation
Duinrustplein 8
2225 PK Katwijk
hartfalenfoundation@live.nl