

OP GROND VAN WELKE CRITERIA OPEREREN WE NIET?

De grenzen van de hartchirurgie

Bij de vraag of een hartoperatie opportuun is, spelen meerdere afwegingen een rol. Maar die zijn veelal impliciet en weinig objectief. Dat moet veranderen, zodat de gemaakte keuze helder en toetsbaar wordt.

Voor cardiochirurgische interventies bij volwassenen verlopen de diagnosestelling en het behandeladvies volgens nationale en internationale richtlijnen. De beoordeling vindt dagelijks plaats tijdens het hartteam – de gezamenlijke bespreking van cardioloog en cardiothoracaal chirurg. Als echter wordt besloten tot inoperabiliteit (niet geschikt om te opereren of niet (curatief) te opereren), ontbreken objectieve en toetsbare criteria. Dat schept onduidelijkheid voor professionals in en rondom de cardiale zorgketen, en resulteert in per centrum wisselende conclusies die van prognostische betekenis kunnen zijn voor patiënten. En hoewel de aantallen inoperabele patiënten niet worden geregistreerd, zijn ze wel van invloed op de sterftecijfers: immers, de ‘slechtste’ patiënten worden niet geopereerd. Nauwkeurige begripsbepaling en centrale registratie zijn daarom nodig.

Kans op sterfte

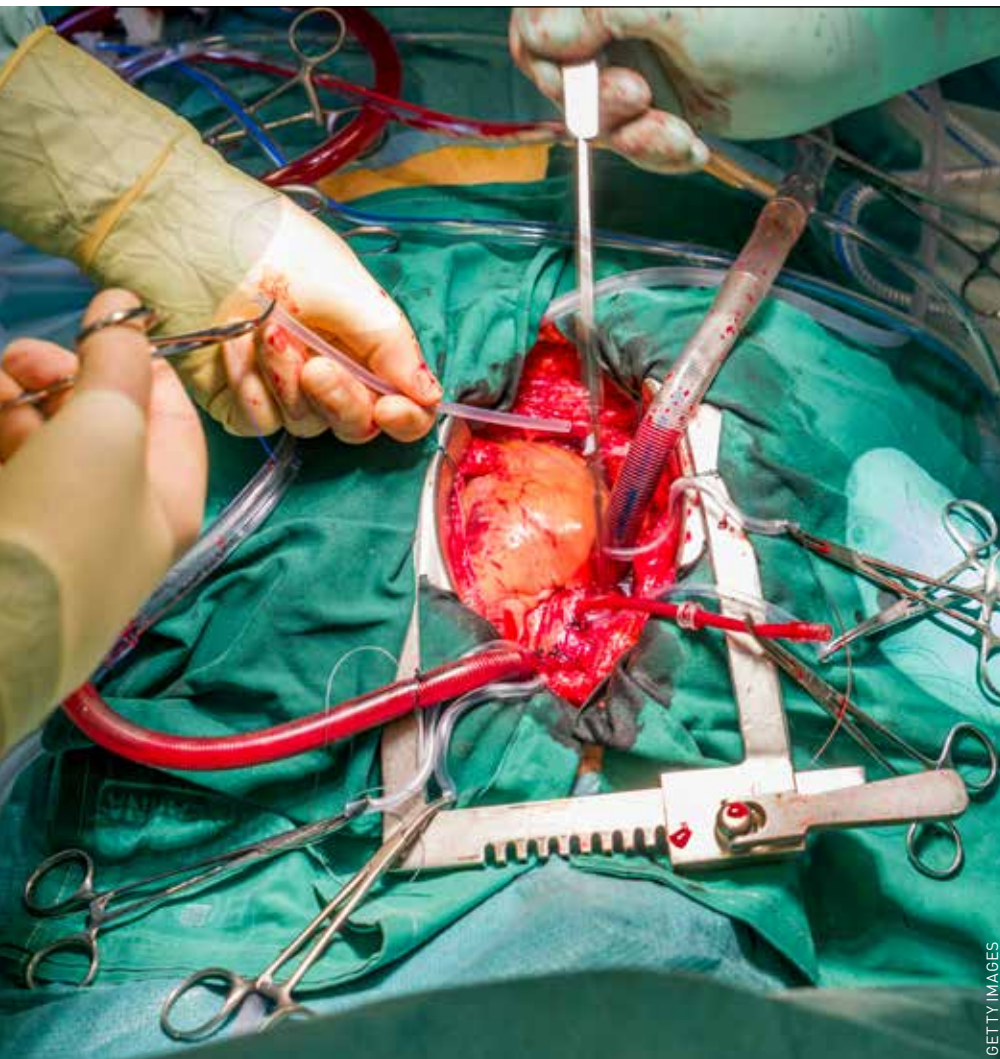
In de cardiothoracale chirurgie wordt van elke volwassen patiënt, voorafgaande aan de operatie, de kans op sterfte tot dertig

dagen na de operatie berekend volgens een risicogestratificeerd model, de EuroScore II (European System for Cardiac Operative Risk Evaluation). Hoog risico (voorspelde hoge kans op sterfte) wordt nogal eens verward met ‘inoperabel’. We spreken van hoog risico als de verwachte sterfte volgens de EuroScore II-classificatie 8 tot 50 procent bedraagt. De grens tussen ‘onacceptabel’ hoog risico en inoperabiliteit is echter subjectief. De score wordt meegewogen bij de uiteindelijke beslissing, maar is niet allesbepalend. Zo kan de verwachte sterfte voor een hartoperatie bij een 85-jarige vrouwelijke patiënte met een acute dissectie van de ascenderende aorta oplopen tot 60 procent of hoger. Echter, er kan toch tot operatie worden besloten op grond van andere factoren – bijvoorbeeld een beperkte (lokale) dissectie,

goede hemodynamiek, vitaliteit van de patiënte en een vrijwel blanco medische voorgeschiedenis. Daarentegen kan bij een 56-jarige vrouw met een acuut hartinfarct en een veel lagere verwachte sterfte, bijvoorbeeld 6 procent, worden afgezien van een operatieve ingreep vanwege een levensbeperkende combinatie van factoren – waaronder de slechte kwaliteit van het coronair systeem, morbide obesitas en eerdere radiotherapeutische behandeling voor mammacarcinoom.

Dit maakt duidelijk dat niet alle patiëntgerelateerde factoren zijn opgenomen in het risicogestratificeerde model van de EuroScore II. Het model voorziet ook niet in gradaties van een bepaald risico. Zo weten cardiothoracaal chirurgen dat de effecten van een eerdere postoperatieve mediastinitis een grote kans op een ‘*hostile chest*’ oplevert voor een volgende sternotomie, vanwege de compacte vergroeiing van de weefsels, en dat dit van een geheel andere orde is dan alleen maar ‘*previous cardiac surgery*’, wat een item in het EuroScore II-model is. Technische uitdagingen waaronder de mate van adhesies en de kwaliteit van de weefsels bij een reoperatie, verhogen de kans op complica-

EuroScore II voorziet niet in gradaties van een bepaald risico



Het is niet zinvol in elke situatie en tegen elke prijs te opereren.

SOORTEN HARTCHIRURGIE

De typen hartchirurgie die in Nederland plaatsvinden kunnen we onderbrengen in drie grote zorggroepen, waarin de meestvoorkomende hartoperaties – namelijk CABG (*coronary artery bypass grafting*), AVR (*aortic valve replacement*), en CABG + AVR – zijn opgenomen. Hiermee wordt 70 procent van de totale productie gedekt. In de overige 30 procent vallen operaties voor veelal ernstige pathologie die aanzienlijk minder frequent voorkomt.^{1,2} Te denken valt aan complexe hartoperaties bestaande uit meerdere onderdelen, post-infarct ventrikelseptum- of vrijwandruptuur, aortadissectie, of hart- en/of longfalen waarvoor mechanische ondersteuning noodzakelijk is. Bij analyse van de geobserveerde postoperatieve sterfte blijkt dat een derde van de totale sterfte plaatsvindt bij de drie grootste zorggroepen. In de overige (kleinere) zorggroepen van hartchirurgie wordt de rest van de sterfte waargenomen.

ties zoals een bloeding of beschadiging van omringende weefsels, maar hoeven op zich nog geen belemmering te betekenen voor een tweede of derde chirurgische interventie.

Niet tegen elke prijs

In principe kan elke patiënt geopereerd worden, maar het behoeft geen betoog dat het niet zinvol is in elke situatie en tegen elke prijs te opereren. Zo zal er niet geopereerd worden als het ingeschatte risico op overlijden of andere majeure kwaliteit van leven beperkende complicaties aanmerkelijk groter is dan niet-ingrijpen. Te denken valt aan 'beyond repair'-situaties in een reanimatiesetting, zoals diepe cardiogene shock bij een afgesloten hoofdstam van het coronair systeem of hypovolemische shock veroorzaakt door traumatische afscheuring van de vena cava inferior of de pulmonaalvenen, een dissectie van de aorta of bij perforerende letsels van het hart. Het kan misschien verwarrend klinken, maar er bestaan ook acute ziektebeelden die cardiochirurgisch (technisch) goed te behandelen zijn, maar waarbij toch van de interventie wordt afgezien omdat de postoperatieve sterfte ten gevolge van de preoperatieve comorbiditeit vrijwel 100 procent is. Een praktijkvoorbeeld hiervan is een patiënt met een massaal lekkende aortaklep als gevolg van endocarditis, in aanwezigheid van de ernstigste child-pughklasse levercirrose. Inoperabiliteit wordt dan gemotiveerd op grond van de infauste prognose van de comorbiditeit.

Accent verschoven

In electieve situaties is de vaststelling van inoperabiliteit veel lastiger en kan veranderen naarmate de behandelings-technieken evolueren. Zo werden bijvoorbeeld hoogbejaarde patiënten met een geïsoleerde, ernstig vernauwde aortaklep (aortaklepstenose) en een hoge EuroScore lange tijd niet of nauwelijks behandeld middels openhartchirurgie. Inoperabiliteit of 'onacceptabel' hoog risico werd door interventiecardiologen in samenspraak met de cardiothoracaal chirurgen in het hartteam van het betreffende centrum

vastgesteld. Echter, na de introductie van de percutane behandelingsoptie met TAVI (*transcatheter aortic valve implantation*) is het accent verschoven van inoperabel naar ‘passende zorg’ en ‘best mogelijke behandeling’. Hierbij bepalen de hartteamspecialisten heel zorgvuldig welke interventie de beste, meest zinvolle behandeling is. Een beoordeling die mede gebaseerd is op de impact en duur van de ingreep, de duur van het herstel, het zelfstandig functioneren, de mate van kwetsbaarheid en de kwaliteit van leven van de specifieke patiënt. In de meest recente literatuur wordt nu voorgesteld TAVI-zorg uit te breiden naar patiënten met gemiddeld en laag risico en komt het wel of niet cardiochirurgisch behandelbaar zijn meer op de achtergrond.^{3,4}

zijn, door bevoegde specialisten van het betreffende centrum, geëncrypteerd te raadplegen bij de Nederlandse Hart Registratie (NHR), de centrale databank voor alle hartinterventies in Nederland.

Gekwalificeerde operatieteams

In de Verenigde Staten is het niet gebruikelijk dat patiënten op basis van een lijst met sterfteresultaten of een overzicht van door vakgenoten aangemerkte ‘*best surgeons*’, ver reizen voor een behandeling. Het gevaar van een dergelijke lijst is dat het een niet-risicogestratificeerde weergave is en dat sterfte als enige maat voor outcome te beperkt is. De chirurg met de laagste gerealiseerde sterfte wordt voor de ‘beste’ aangezien, terwijl het mogelijk is dat die cijfers werden gereali-

sen van gekwalificeerde en gecertificeerde operatieteams voor een bepaalde interventie, met de meeste kans op het beste resultaat voor de patiënt.

Relevante criteria

Om aan al deze onduidelijkheid een eind te maken, zou het goed zijn als de wetenschappelijke beroepsverenigingen van de direct betrokken disciplines – cardiothoracale chirurgie, cardiologie, anesthesiologie en intensive care – in samenwerking met de NHR, waar de registratie kan worden ondergebracht, relevante criteria en definities zouden ontwikkelen. Het is van belang om daarin de volgende elementen op te nemen:

- de beschrijving van de noodzakelijke interventie
- de verwachte sterftekans aan de hand van de EuroScore II
- beperkende comorbiditeit die buiten de EuroScore II valt
- de mate van kwetsbaarheid
- de vraag of de patiënt de operatie en het intensivetrace traject conditioneel kan ondergaan en kan revalideren
- de mate waarin het behandelteam en het centrum beschikken over de juiste competenties en voorzieningen
- de vraag of de literatuur (richtlijn) de beslissing ondersteunt en of een second opinion geïndiceerd is.

Invoelbare, maar oneigenlijke argumenten zoals ‘anders gaat de patiënt dood, de patiënt is nog zo jong of de patiënt was tot voor kort nog zo vitaal’, zouden niet beslissend mogen zijn bij het besluit om niet te opereren. ■

contact

g.j.brandon.bravo.bruinsma@isala.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

web

De voetnoten en meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.

De chirurg met de laagste sterfte wordt voor de ‘beste’ aangezien

Expertise per ziekenhuis

Waar patiëntgerelateerde risicofactoren min of meer objectief zijn vast te stellen, zijn de verschillen in operateur-, team- en ziekenhuisgerelateerde factoren minder duidelijk. Niet alle chirurgen en hun teams beheersen hetzelfde palet aan ingrepen en sommige pathologie heeft zo’n lage incidentie dat het nauwelijks realiseerbaar is daar expertise voor op te bouwen.

Bovendien, en dat wordt niet gauw benoemd, bevinden professionals zich in verschillende fases van hun carrière, en zijn niet alle intensive cares uitgerust met dezelfde voorzieningen op het gebied van bijvoorbeeld ventilatoire of hemodynamische ondersteuning. Een door professionals samengestelde lijst van de behandel- en logistische expertise per ziekenhuis is niet beschikbaar. Risicogestratificeerde resultaten per cardiochirurgisch centrum zijn openbaar. De resultaten per chirurg

seerd bij laagrisicopatiënten en met meer postoperatieve complicaties zoals nabloeding, TIA/CVA, mediastinitis, nierfalen et cetera.

Bij de toekenning van inoperabiliteit spelen, naast de eerdergenoemde factoren, ook teamgerelateerde competenties mee die zich niet goed lenen voor inventarisatie. Als chirurgen of hun groep zich onvoldoende bekwaam achten voor het uitvoeren van bepaalde (veelal hoogrisico-)operaties, dan zou dat een rol kunnen spelen bij de toekenning van ‘inoperabiliteit’, zeker wanneer dit een levensbedreigende acute situatie betreft. Een kwaliteitspaspoort voor zorgprofessionals met beschrijving van een set aan basisvereisten, aangevuld met het bekwaamheidsniveau voor specifieke onderdelen van het cardiochirurgische palet, lijkt onbetaalbaar en dus niet goed realiseerbaar. Maar dit zou wel kunnen bijdragen aan het verantwoord samenstel-