

INTERVENTIECARDIOLOOG HANS BOSKER OVER DE GROTE ONTWIKKELINGEN IN ZIJN VAK

‘Superspecialisatie vraagt om regie van algemeen cardioloog’

De interventiecardiologie heeft een enorme ontwikkeling doorgemaakt de afgelopen decennia, zegt Hans Bosker, voorzitter van de NVVC. Hij waarschuwt wel voor de valkuilen van een vakgroep die steeds meer uit superspecialisten bestaat.



PIROSKA VAN DE WOUW

Hans Bosker (64), interventiecardioloog in ziekenhuis Rijnstate in Arnhem, en voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC), begon zijn carrière begin jaren tachtig. Een tijd waarin nog maar enkele cardiologen zich schoorvoetend bekwaamden in het dotteren. Die tijd is voorbij, vertelt hij in het gebouw waar ‘zijn’ vereniging huist. ‘Destijds ging dat alleen nog maar om ballonverwijdingen bij mensen met een enkelvoudig vernauwd coronair vat, en zeker nog niet bij acute infarcten. Sindsdien is er een enorme ontwikkeling geweest, in techniek en materiaal. Na zo’n ballondilatatie zagen we ongeveer één op de vier à vijf patiënten terug, omdat zo’n vat op dezelfde plaats opnieuw vernauwde. Toen kwamen de stents op, de buisjes die de vaten moeten openhouden. Het begon met metalen stents die we zelf om de ballon moesten krimpen, later werden dat mooiere systemen die veel beter werkbaar waren, zodat je niet de kans liep dat ze al te vroeg loslieten. Die stenting bracht het percentage restenoses verder terug, naar zo’n 10 procent van de patiënten. Dat percentage is nog verder gedaald doordat we nu stents gebruiken die lokaal medicijnen afgeven, de *drug eluting stents*. Daardoor treedt een nieuwe vernauwing in de stent veel minder vaak op en is een herhaalde ingreep bij nog maar 1 tot 5 procent van de patiënten nodig.’

Wat betekent dat voor de indicatiestelling?

‘Die is drastisch veranderd. In de jaren tachtig dotterden we alleen als er sprake was van een heel lokale laesie, niet te lang, liefst proximaal, en in een verder glad en niet verkalkt vat. Nu kunnen we veel meer vernauwingen en zelfs afsluitingen via katheters aanpakken.’

Vinden er daardoor minder bypassoperaties plaats?

‘Dat zou je wel denken, maar de hartchirurgen merken dat nog niet. Er blijft nog voldoende over, mensen met meertakslijden, met totale afsluitingen of als dotteren niet lukt. Soms laten we de keuze aan de patiënt, in gevallen waarbij beide benaderingen gelijkwaardig zijn, maar verschillende voor- en nadelen hebben. Bijvoorbeeld als het gaat om een stenose op een splitsing proximaal in de slagader naar de voorwand van het hart, waarbij we weten dat de kans op een herhaalde interventie op de lange termijn wat groter is dan bij chirurgisch ingrijpen. Zeker omdat de chirurgen ook steeds minder invasief, met kleinere snedes toekunnen, is opereren een goede optie, maar de keuze van de patiënt kan dan doorslaggevend zijn.’

Tegenwoordig is de interventiecardioloog ook de aangewezen behandelaar bij acute infarcten, hoe is dat zo gekomen?

‘Dat is voortgekomen uit het toedienen van trombolitica. Dat gebeurde aanvankelijk via lokale toediening in het aangedane bloedvat en dus was een hartkatheterisatie nodig. Dan zag je het afgesloten bloedvat vaak opengaan. Maar bij een aantal ook niet of er bleef na opening een restvernaauwing achter. Dan was je daar al met je katheter, dus dan is snel bedacht dat acuut dotteren een optie is. De groep interventiecardiologen uit Isala in Zwolle heeft daar in 1993 over gepubliceerd. Sindsdien is dotteren in de acute fase steeds normaler geworden. Eigenlijk wordt iedereen met een infarct tegenwoordig gedotterd, zeker als er sprake is van ST-elevaties op het eeg. Dat ziet men in de ambulance al, en dan rijdt men direct naar een van de dertig interventiecentra in Nederland. Ook bij infarcten zonder ST-elevatie is er vaak een indicatie voor. In sommige centra, bijvoorbeeld in mijn eigen werkplek in Rijnstate in Arnhem, gebeuren er meer acute dan geplande interventies.’

Wat zijn andere ontwikkelingen in uw vak?

‘Percutane behandeling van klepafwijkingen, waarbij je vooral moet denken aan het plaatsen van een prothese in gestenoseerde aortakleppen. Ook daarbij zien we het indicatiegebied verbreden. Ooit was het voorbehouden aan mensen met een ernstige aortaklepvernaauwing en een hoog operatierisico, bijvoorbeeld vanwege longfunctiestoornis of nierinsufficiëntie. Omdat de resultaten tot nu toe goed zijn, komen nu ook mensen met een intermediair operatierisico in aanmerking voor deze techniek.’

Waarom dan niet iedereen percutaan behandelen?

‘Omdat opereren ook voordelen heeft. Het is meer gecontroleerd, omdat je de klep goed voor je ziet. Via de arterie is dat minder, en je duwt de nieuwe klep op zijn plaats, waarbij je de oude als het ware samenperst. Daardoor kunnen delen losraken en cerebrale embolieën veroorzaken. Er kunnen ook geleidingsstoornissen optreden, door druk op het omringende weefsel. In 5 tot 10 procent van de gevallen leidt dat tot een pacemakerimplantatie vanwege een totaal AV-blok. Het aantal complicaties neemt af, de

techniek verbetert, maar het zijn wel belangrijke overwegingen. Tot nu toe zijn de resultaten van percutane klepvervangings goed en vergelijkbaar met chirurgische aortaklepvervangings, maar omdat we dit nog niet zo lang doen, is nog niet bekend hoe de langetermijnresultaten zijn.’

Zijn er ook andere klepafwijkingen percutaan te behandelen?

‘Ja, we kunnen ook de mitralisklepinsufficiëntie behandelen, door het plaatsen van zogenaamde mitralsclips. Via een grote vene wordt vanuit de rechterboezem door punctie van de scheidingswand de linkerboezem bereikt en van daaruit de mitralisklep. Dit soort ingrepen is mogelijk omdat de beeldvorming in de cardiologie zoveel beter is geworden. Op de hartkatheterisatiekamer staat dan een imaging cardioloog die via echocardiografie vanuit de slokdarm de linkerboezem in beeld brengt, en de interventiecardioloog stuurt bij het plaatsen van de clip.’

U vertelde net over een bepalende studie die vanuit Zwolle kwam. Komt de Nederlandse interventiecardiologie nog steeds internationaal goed mee?

‘Zeker, het niveau is hoog, en er zijn verschillende belangrijke ontwikkelingen uit ons land gekomen. Om twee voorbeelden te noemen: Patrick Serruys van het Erasmus is een van de grondleggers van de *drug eluting stents* geweest. Nico Pijls uit het Catharina Ziekenhuis heeft een katheter ontwikkeld waarmee je de afname van druk voor en na een stenose kunt meten, de zogenaamde *fractional flow reserve*. Dat geeft een indruk van wat een vernauwing voor de flow in een vat betekent. Als de flow vrijwel niet afneemt door een stenose, dan moeten we ervan afblijven.’

Er kan steeds meer in de interventiecardiologie. Roept dat ook de vraag op of alles wat kan, ook moet?

‘Jazeker. Wij hebben het onder elkaar grappend over de oculos-tenotische reflex: als een interventiecardioloog een vernauwing ziet, wil hij of zij meteen handelen. De vraag is of de patiënt daar altijd beter van wordt, want soms heeft iemand daar geen klachten van. Er zijn internationaal grote studies gedaan, waaruit we bijvoorbeeld weten dat bij mensen met stabiele angina pectoris optimale medicamenteuze behandeling net zo goed kan zijn als welke interventie dan ook. Maar bij hen heb je ook tijd om na te denken, alles op een rij te zetten; in de acute situatie moet je snel beslissen. Wat bij de electieve ingrepen geldt: elke patiënt is weer anders. Daarom is het zo belangrijk om patiënten in teamverband te spreken. Met een algemeen cardioloog, een imaging en een interventiecardioloog en de thoraxchirurg.’

Maakt leeftijd nog uit bij zo'n overweging, bijvoorbeeld bij het plaatsen van een nieuwe klep?

‘Dat is een onderwerp dat steeds belangrijker wordt, mede door het succes van de cardiologie en preventie. Vroeger kregen mensen rond hun 40ste, 50ste een eerste infarct, dat is nu naar



achter geschoven. En mensen blijven langer in leven. Daardoor zien we steeds meer ouderen met hartproblemen, waardoor de overwegingen voor ingrijpen veranderen. Onderwerpen zoals frailty en comorbiditeit gaan dan spelen. We hebben niet voor niets recentelijk een congres georganiseerd gezamenlijk met de geriater. Hun blik op de patiënt is heel waardevol, en er zijn al plekken waar geriater meedenken in het hartteam, vooral als het gaat om de behandeling van klepafwijkingen.'

U bent zelf van de generatie cardiologen die nog alles deed. Is dat erg veranderd?

'Zeker. Wij deden inderdaad alles: pacemakers, echo's, algemene cardiologie, dotteren. Op die manier kunnen jonge cardiologen het vak niet meer uitoefenen, het is de tijd van superspecialisatie.

CARDIOLOGIE IN VOGELVLUCHT

In 2017 telde de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie 1008 leden, onder wie 242 vrouwen. Van alle leden stonden er 174 geregistreerd als interventiecardioloog, die in dertig centra in Nederland werkten.

Naast de interventiecardiologie, kunnen cardiologen zich specialiseren in de elektrofysiologie, congenitale cardiologie, non-invasieve cardiale beeldvorming of intensievecaregeneeskunde.

Een interventiecardioloog zal zich maar zelden nog bezighouden met ritmestoornissen. Die specialisatie heeft voordelen, de patiënt die bijvoorbeeld een ablatie ondergaat, krijgt een zeer ervaren arts voor zich. Maar er schuilt ook gevaar in. De patiënt heeft meestal niet alleen een klep die aan vervanging toe is, maar ook wat hartfalen, en atriumfibrilleren. Er moet een algemeen cardioloog zijn die de regie over dat alles houdt, iemand die opkomt voor de patiënt.'

Er zijn toch nog steeds algemeen cardiologen?

'Jawel, maar die moeten meer de regie krijgen én nemen. Daar moeten we als hele beroepsgroep oog voor hebben. Ook omdat we moeten zorgen dat deze groep met net zoveel inzet en plezier het vak kan uitoefenen als de superspecialisten. Ziekenhuizen die geen interventiecardiologie bieden, moeten aantrekkelijke werkplekken blijven voor cardiologen. Een hartkatheterisatiekamer is duur, dus het komt voor dat raden van bestuur druk uitoefenen op cardiologen om de coronairangio's niet meer te doen, want die kamer staat te vaak leeg. De zorg op de CCU's (*coronary care units*) wordt minder aantrekkelijk: waar je eerst nog de opvang na acute infarcten en ritmestoornissen had, verdwijnt dat ook steeds meer naar gespecialiseerde centra. Dan komen er gestabiliseerde patiënten terug en gebeurt er niet zo veel meer. Dat zijn toch zaken die het plezier in je werk beïnvloeden. Hier moeten we het over hebben, want we moeten ervoor zorgen dat ons vak voor de hele groep leuk blijft. Dat iedere cardioloog met passie en compassie het vak kan uitoefenen.' ■