

Ook hoogrisicopatiënten voor wie chirurgie voorheen geen optie was, kunnen we nu helpen

Twintig jaar geleden, in 1997, werd er in het OLV Ziekenhuis te Aalst voor het eerst een ingreep aan een hartklep uitgevoerd via een kijkoperatie. Daarmee was het OLV Ziekenhuis één van de pioniers op wereldvlak van de endoscopische techniek voor ingrepen aan de mitralis- of tricuspidalisklep. Waar staan we vandaag? Waarheen leidt de toekomst? We spraken met dokter Frank Van Praet en dokter Filip Casselman, die beide als hartchirurg gespecialiseerd zijn in endoscopische klepingrepen.

Een traditie van vernieuwing

Dr. Van Praet: "In het OLV Ziekenhuis hadden we altijd al de ambitie om hartchirurgische ingrepen op een innovatieve manier uit te voeren, met zo min mogelijk impact voor de patiënt. Nagenoeg alle hartchirurgie verliep in die periode nog via een sternotomie. Het toenmalige diensthoofd, Dr. Hugo Vanermen, enthousiasmeerde zijn voltallige staf om te zoeken naar innovatieve manieren om deze traditioneel ingrijpende operaties minder invasief te maken. We hadden een brede visie en we stonden open voor meerdere innovatieve opties. Zo ontwikkelden we procedures om te opereren op kloppend hart, waarbij de nadelen van

de hart-longmachine konden vermeden worden. Verder nam het OLV Hartcentrum een pioniersrol op voor de ontwikkeling van robotchirurgie in onze discipline."

1997: eerste endoscopische mitralisklepingreep

Vanuit diezelfde gedrevenheid onderzocht het OLV Hartteam ook de mogelijkheid om complexere ingrepen - zoals de herstelling of vervanging van mitralis- en tricuspidalisklepen - via een kijkoperatie uit te voeren. In 1997 leidde de inspanningen van onze cardiochirurgen tot de ontwikkeling van een techniek waarbij men met

lang gesteelde instrumenten het hart kan benaderen via een minimale opening rechts onder de borstkas, dus aan de tegenovergestelde zijde van het hart. De ribben worden daarbij niet gespreid en bijgevolg wordt er geen retractor tussen de ribben aangebracht, wat het postoperatief comfort voor de patiënt aanzienlijk verhoogt.

Bij deze procedure wordt de hart-longmachine via de lies aangesloten. Langs deze weg wordt ook een ballonkatheter opgevoerd tot juist boven de aortaklep. Daardoor kan het hart 'bloedleeg' gemaakt en stilgelegd. Zo kan deze complexe ingreep op een stil liggend en beschermd hart worden uitgevoerd.



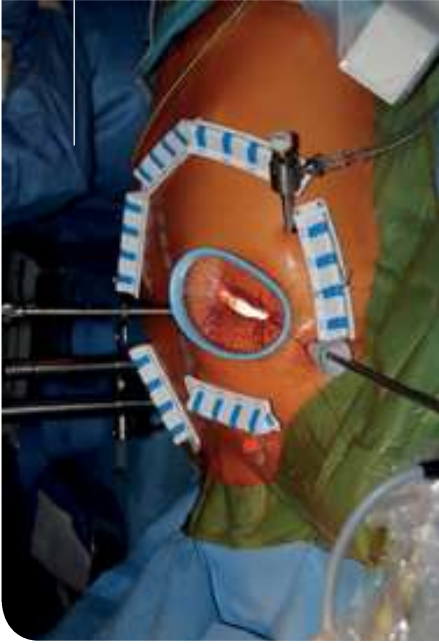
Innovatie stopt nooit

Het baanbrekend werk dat op dit domein werd verricht, vond ook een weerslag in talrijke medisch-wetenschappelijke publicaties.

Dr. Van Praet: "Van meet af aan deelden we onze kennis met andere hartchirurgen, door zelf congressen en meetings te organiseren, maar ook via teaching- en proctoring-projecten over de hele wereld. Dat doen we nog steeds, nu al twintig jaar lang."

3D-visulering: beter dieptezicht

Dr. Van Praet: "Een belangrijke ontwikkeling van de voorbije jaren is de driedimensionale visualiseringstechnologie. Met de moderne 3D-beeldvormingstechnieken kunnen we de mitralisklep zelfs beter visualiseren dan bij een open chirurgische ingreep. De mitralisklep bevindt zich immers niet meteen in het directe zichtveld van de chirurg, maar zit enigszins verdoken. De 3D-camera voert ons als het ware mee



“Het grootste voordeel van deze endoscopische techniek is dat wij de klepingreep hiermee nog preciezer en veiliger kunnen uitvoeren.”

binnenin de hartstreek: verbluffend! Daardoor kunnen we de meeste complexe handelingen met heel grote precisie - en dus met een hoge graad van veiligheid - uitvoeren. Op ons huisartscongres van juni 2015 waren deze 3D-technieken nog relatief nieuw, maar sindsdien is 3D simpelweg niet meer weg te denken uit onze dagelijkse praktijk.”

‘Olympisch minimum’: het aantal ingrepen bepaalt de expertise- graad

Hoewel de endoscopische klepchirurgie twintig jaar bestaat, wordt deze discipline nog steeds slechts door minder dan tien procent van de hartcentra wereld ook daadwerkelijk toegepast. In nog een kleiner aantal centra is deze procedure een standaard onderdeel van het therapeutisch arsenaal.

Zelfs om de basisexpertise te verkrijgen - het ‘olympisch minimum’ - is een voldoende hoog aantal ingrepen vereist.

Dr. Casselman: “Inderdaad: een kennis van mij bezit één de meest gesofisticeerde digitale reflexcamera’s, maar dat maakt hem nog geen internationaal topfotograaf. Deze metafoor kunnen we ook naar ons domein overzetten. Er is consensus dat gespecialiseerde ingrepen beter worden uitgevoerd en een betere kwaliteit voor de patiënt inhouden naarmate men een groter aantal van deze ingrepen uitvoert. Men moet een ingreep ‘in de vingers hebben’ zoals dat wel eens wordt uitgedrukt. De voorbije 20 jaar werden er in ons centrum naar genoege 3.000 van dergelijke ingrepen uitgevoerd: een imponerende track record, ook binnen internationaal perspectief.”

Streven naar maximale méérwaarde

Dr. Van Praet: “Het grootste voordeel van deze endoscopische techniek is dat wij de ingreep hiermee nog preciezer en veiliger kunnen uitvoeren.”

Verder leidt de endoscopische ingreep vooral tot minder pijn, een beter postoperatief comfort, een sneller functioneel herstel en biedt ze bovendien een optimaal cosmetisch resultaat. Bovenop deze uiterst relevante voordelen, hebben de OLV-hartchirurgen de ambitie om nog méér waarde te halen uit de endoscopische hartklepchirurgie. Zij willen excelleren in het belang van een zo groot mogelijke patiëntenpopulatie.

Tijdig ingrijpen: garantie op beste langetermijnresultaat

Wetenschappelijke studies tonen aan dat de langetermijnoverleving en de levenskwaliteit van hartkleplijders beter zijn wanneer het onderliggend probleem tijdig en adequaat wordt verholpen. In centra waar endoscopische klepchirurgie nog niet tot het standaard arsenaal behoort, wordt de ingreep echter nog vaak uitgesteld - zelfs voor relatief jongere hartkleplijders zonder co-morbiditeit - omdat het risico van een sternotomie als te hoog wordt ingeschat.

Dr. Casselman: “Doordat de endoscopische aanpak veel minder invasief is, ligt de drempel om te opereren veel lager. Bij mitralis- of tricuspidalisproblemen is tijdig ingrijpen meestal aangewezen. In centra met een uitgebreide expertise in endoscopische klepchirurgie is dat mogelijk - zowel voor relatief jonge als oudere patiënten.”

In het OLV Ziekenhuis komt negenooftien procent van de geïsoleerde problemen aan de mitralis- of tricuspidalis klep in aanmerking voor een endoscopische ingreep - tenzij bij grote uitzondering, bijvoorbeeld wanneer de bloedvaten in de lies teveel verkalft zijn.

Ook hoogrisicopatiënten kunnen vaak nog geholpen worden

Dankzij het groot aantal van deze procedures in ons centrum, kunnen we ook de meer complexe operaties uitvoeren met grote precisie.

Dr. Van Praet: “De waarde van de endoscopische klepchirurgie komt vooral tot uiting bij hoogrisicopatiënten, zoals de groeiende groep van uitgesproken obese patiënten. Ons centrum krijgt talrijke verwijzingen vanuit binnen- en buitenlandse centra en veelal betreft het dan een complexe problematiek. Uiteraard wordt ook voor dergelijke patiënten de meest aangewezen aanpak besproken in het multidisciplinaire Hartteam. Daarbij wordt grondig nagegaan of een ingreep ethisch en economisch verantwoord is.”

Waar mogelijk: klep-herstel in plaats van vervanging

Dr. Casselman: “Wij proberen een maximum aantal mitralis- kleppen te herstellen in plaats van te vervangen door een lichaamsvreemde kunstklep. Klepherstel is meestal de beste oplossing voor de patiënt, maar vereist een hoog niveau van vakmanschap.

Dr. Van Praet: “Bij degeneratief kleplijden - de grootste indicatiegroep - kan in ons centrum de klep met een kijkoperatie hersteld worden bij 93% van de patiëntenpopulatie. Wanneer we in die groep de patiënten met verkalkingen buiten beschouwing laten, halen we zelfs een score van 96%.”

Heringrepen worden mogelijk

Omwille van de vergrijzing van de bevolking, is er een groeiend aantal patiënten die eerder al een hartoperatie ondergingen en die na verloop van tijd met klepproblemen worden geconfronteerd. Indien een nieuwe operatie zich opdringt, dan biedt endoscopische chirurgie een enorm voordeel.

Dr. Van Praet: “Dankzij onze groeiende expertise komen steeds meer patiënten met een terugkerend probleem toch in aanmerking voor een zogenaamde redo-operatie. Ons centrum heeft een van de grootste reeksen redo’s ter wereld. In de voorbije vijf jaar lag de intra muros mortaliteit voor heringrepen in ons centrum drie maal lager dan statistisch voorspeld.”

De overheid wil wel betalen voor een betere gezondheid, maar niet louter voor méér prestaties

In de editie van mei 2017 meldden we al dat we het thema Value Based Healthcare verder zouden uitdiepen in het decembernummer. "Het is een boeiend thema dat de komende maanden ongetwijfeld overal zal opduiken wanneer er over de toekomst van de Belgische gezondheidszorgsector wordt gesproken," stond er te lezen. En effectief: de ministers De Block en Vandeurzen lanceerden inmiddels meerdere ideeën en initiatieven om de financiering van de gezondheidszorg veel sterker dan voorheen te laten afhangen van het resultaat. 'Pay for Quality': zo werd het kind gedoopt. Hoewel vrijwel symbolisch bij de start (het nationaal gealloceerd budget blijft erg mager) laat het wel al een richting vermoeden waar onze beleidsmakers morgen naartoe willen gaan. Dokter Eric Wyffels, hoofdarts van het OLV Ziekenhuis, geeft zijn visie.

VKF tegelijk aanpakken

Dr. Casselman: "De medische literatuur wijst erop dat voorkamerfibrillatie vaak hand in hand gaat met een lekkende klep. In die gevallen is het aangewezen om beide problemen tegelijk in één gecombineerde procedure aan te pakken. Endoscopische klepchirurgie maakt het perfect mogelijk om twee - of meer - hartproblemen in één chirurgische sessie te behandelen. In het OLV Ziekenhuis wordt 25% van de patiënten bij wie een mitralis- of tricuspidalklep wordt vervangen of hersteld met een kijkoperatie, tegelijk ook via ablatie behandeld voor voorkamerfibrillatie."

Dr. Van Praet: "Endoscopische chirurgie, uitgevoerd door ervaren experts, is vandaag onbetwistbaar de gouden standaard voor de behandeling van mitraliskleproblemen, waarmee alle nieuwe technieken - ook de veelbelovende percutane technieken, die momenteel in volle ontwikkeling zijn - dienen te worden vergeleken."

Midden november 2017 organiseerde **Dr. Van Praet** bij het Deutsche Herzzentrum in Berlijn een teaching-opdracht. De deelnemende artsen kwamen uit 40 centra van 10 verschillende Europese landen. Omdat enkele klepingrepen live werden gestreamd naar de congreszaal konden zij de procedures van heel nabij volgen. Voor deze live surgery-sessies in Berlijn kon **Dr. Van Praet** rekenen op de vakkundige ondersteuning van **Geert Van Vaerenbergh**, perfusionist, en het verpleegkundig team van het OLV Ziekenhuis. Ook **Dr. Casselman** en **Dr. José Coddens**, anesthesist in het OLV Ziekenhuis, leverden een gewaardeerde wetenschappelijke bijdrage op het congres in Berlijn. Het OLV Hartcentrum wordt regelmatig gevraagd voor dergelijke opdrachten. Kennisdeling is belangrijk.



Wordt gezondheidszorg in de toekomst gefinancierd volgens de resultaten die worden behaald?

Dokter Wyffels: "Value Based Health Care is een relatief nieuw concept in de geneeskunde. Het werd in 2006 geïntroduceerd door Michael E. Porter en Elizabeth Olmsted Teisberg in hun boek Redefining Health Care. Daarin definiëren zij 'waarde' als de gezondheidsresultaten die bereikt worden ten opzichte van de gemaakte kosten. Een hoge zorgwaarde voor

de patiënten - omschreven als 'outcome mattering to patients' - zou het doel van moderne gezondheidszorg moeten worden. Er is een groeiend besef dat de kwaliteit van de gezondheidszorg in essentie wordt bepaald door de resultaten die er voor de patiënt werkelijk toe doen. De relatie van de resultaten ten opzichte van de kosten bepaalt de gerealiseerde gezondheidswaarde."

Dokter Wyffels: "Ons land scoort traditiegetrouw vrij goed op het vlak van volksgezondheid. We spenderen er dan ook een niet onaanzienlijk deel van ons bruto nationaal product (11% in 2016) aan. Anderzijds weten we dat andere, ons omringende landen het vaak beter doen met minder middelen. Met de vergrijzing van de bevolking wordt dat stilaan onbetaalbaar. In zulke economische realiteit van een gesloten en gelimiteerd budget - waar de laatste jaren vele noden beantwoord werden, waar nog meer geld uitgegeven onredelijk lijkt, waar één op