

Twijfels over TAVI bij oudere, fragiele patiënt

‘We moeten kritisch blijven op ons eigen handelen’

Recentelijk is in de Europese richtlijnen de leeftijdsgrens voor een TAVI verder verlaagd naar 70 jaar. Toch leidt een TAVI niet bij alle patiënten tot een substantiële verbetering van de kwaliteit van leven. Interventiecardiologen Ronak Delewi (Amsterdam UMC) en Michiel Voskuil (UMC Utrecht) willen gaan onderzoeken hoe zij onderscheid kunnen maken tussen patiënten voor wie een TAVI nog wel en voor wie niet meer zinvol is.



Een deel van de patiënten die een TAVI ondergaan, ervaart na de ingreep nog (bijna) evenveel klachten als daarvoor. Voskuil: ‘We schatten dat dit zo’n 10 tot 15 procent van de patiënten kan zijn, ofwel rond de 400 patiënten per jaar.’ Delewi: ‘Vaak gaat het hier om oudere, fragiele mensen die bijvoorbeeld kampen met cognitieve problemen, ondervoeding of een sterk verminderde mobiliteit. Of mensen bij wie, naast de aortaklepstenose, ook comorbiditeiten zoals longziekten of ernstig perifeer vaatlijden een rol spelen. Voor deze mensen concluderen we soms achteraf dat deze bijkomende factoren bij elkaar minstens zoveel invloed hadden op de klachten als de aortaklepstenose.’

Kritisch kijken

De indicatie voor de keuze voor een TAVI of een chirurgische aortaklepvervanging bevindt zich op een continu verschuivend spectrum. Voskuil: 'Voorheen kregen alleen patiënten die inoperabel waren een TAVI. De nieuwste studies laten echter zien dat ook patiënten met een laag of gemiddeld operatierisico, in het algemeen ook jongere patiënten, minstens even goed af zijn met een TAVI. Aan de andere kant van het spectrum bevindt zich de fragielere, meestal oudere, patiënt met comorbiditeiten. Bij deze mensen moeten we als cardiologen kritisch zijn of een TAVI überhaupt nog wel zinvol is.'

Op dit moment kijken artsen al goed welke patiënten zij behandelen en welke niet. Delewi: 'Dat begint al bij de huisarts en de verwijzend cardioloog. Als zij inschatten dat een patiënt geen baat zal hebben bij een TAVI, verwijzen zij vaak niet naar ons door. Daarnaast kijken wij zelf kritisch naar de patiënten die wél op ons spreekuur komen. Dit doen we vaak in samenspraak met de hartchirurg en de geriater. Daarnaast is een eerlijk gesprek met de patiënt en zijn of haar naasten belangrijk. Hierin wegen we de verwachte voordelen én de mogelijke complicaties van de procedure, zoals een beroerte, de noodzaak van het plaatsen van een pacemaker of een ernstige bloeding, tegen elkaar af. Soms kom je er dan op uit dat het beter is om geen TAVI uit te voeren.' Voskuil: 'In dat geval zouden we wellicht nog meer moeite moeten steken in het optimaliseren van de andere factoren die de kwaliteit van leven beïnvloeden. Denk hierbij, naast het behandelen van andere aanwezige comorbiditeiten, bijvoorbeeld ook aan de voeding, conditie en de beoordeling van polyfarmacie. Daarbij moet dan goed worden samengewerkt met de diëtist, de fysiotherapeut, de apotheker en de geriater.'

Staven met data

Om een nog betere selectie van patiënten te maken, willen Voskuil en Delewi hun klinische inschatting staven met data. Voskuil: 'Er zijn al eerder studies gedaan naar het effect van TAVI bij oudere, kwetsbare patiënten. Die laten zien bij welke mensen een TAVI wel of niet zinvol is in termen van overleving. In onze studie willen wij ons richten op de kwaliteit van leven en het inspanningsvermogen na de ingreep. We kijken hierbij naar de groep mensen met een levensverwachting van minimaal een jaar die, mede op basis hiervan, in aanmerking komen voor een TAVI.'

Ronak Delewi:

Soms kom je er in een eerlijk gesprek met de patiënt en diens naasten op uit dat het beter is om geen TAVI uit te voeren

Het opzetten van zo'n studie is niet eenvoudig. Voskuil: 'Idealiter zou je een gerandomiseerde studie doen, waarbij de helft van de patiënten waarover je twijfelt wel een TAVI ondergaat en de andere helft niet. Het lastige hierbij is dat alle

patiënten die je in de studie wilt includeren volgens de huidige richtlijnen in aanmerking komen voor een TAVI. Je moet de mensen dus heel goed kunnen uitleggen waarom zij, als ze loten voor de controlegroep, deze behandeling op dit moment toch niet krijgen. Natuurlijk moeten we hen ook wel een behandeling aanbieden. Ook zonder TAVI kun je erop inzetten om de kwaliteit van leven te verbeteren, door de eerdergenoemde factoren als comorbiditeiten, conditie, voeding en medicatiegebruik te optimaliseren. Daarnaast kun je de patiënten in de controlegroep, als zij na afloop van de studie nog steeds veel klachten hebben, alsnog de keuze voor een TAVI bieden. Maar het blijft een lastige discussie.'

'Een alternatieve opzet is een prospectieve registratiestudie, waarbij de artsen op basis van hun klinische inschatting zelf bepalen of de deelnemers een TAVI ondergaan. Hierbij brengen zij dan zowel aan het begin als aan het einde van de studie de patiënt heel goed in kaart en vergelijken zij de uitkomsten bij de mensen die wel of geen TAVI hebben ondergaan. Het lastige hierbij is dat er, naast het wel of niet krijgen van een TAVI, mogelijk ook andere factoren verschillend zijn tussen de twee groepen die de vergelijking verstoren.'

Op dit moment werken Delewi en Voskuil aan een subsidieaanvraag binnen het kader van het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG). Voskuil: 'Hierin staat het studiedesign nog niet volledig vast. Als de aanvraag wordt toegekend, zullen we het definitieve studiedesign vaststellen in co-creatie met de patiëntenverenigingen, zorgverzekeraars en de verschillende medisch specialisten uit de deelnemende ziekenhuizen. Hierbij wegen we zowel de ethische als methodologische aspecten af.'

Michiel Voskuil:

In onze studie willen wij ons richten op de kwaliteit van leven en het inspanningsvermogen na de ingreep

Voordat de studie daadwerkelijk van start gaat, moet er nog het een en ander gebeuren. Voskuil: 'De keuze voor het meest passende studiedesign, het schrijven van de protocollen en de goedkeuring door de medisch ethische commissies van de deelnemende ziekenhuizen kosten allemaal tijd. Als alles goed gaat, hopen we eind 2026 met de dataverzameling te starten.'

Essentieel

Ondanks de lastige keuzes en het langdurige traject vinden Voskuil en Delewi het essentieel dat de studie gedaan wordt. Voskuil: 'In de cardiologie zijn de richtlijnen over het algemeen stevig onderbouwd met wetenschappelijke data. Nederlands onderzoek speelt hierbij vaak een belangrijke rol. Ook voor dit onderwerp is het belangrijk dat wij kritisch blijven kijken naar ons eigen handelen en onze keuzes

onderbouwen met gedegen wetenschappelijk bewijs. En, als dat nodig is, inzetten op een aanvulling van de richtlijnen. Alleen zo komen we verder in de beste behandeling voor onze patiënten.'

NVVC KENNISAGENDA

De NVVC bracht in 2019 haar eerste Kennisagenda uit, gericht op zorgevaluatie. In 2024 volgde een update met hierin twaalf belangrijke cardiologische onderzoeksvragen voor de periode 2025-2029. In De Cardioloog lichten we telkens één kennisvraag uit. Dit keer: Welke patiënten komen niet meer in aanmerking voor klepinterventie en hoe begeleid je deze groep?

GEÏNTERVIEWDEN



Prof. dr. Ronak Delewi

is hoogleraar Interventiecardiologie (Amsterdam UMC) en is directeur van het Amsterdam Cardiovascular Sciences onderzoeksinstituut. Haar aandachtsgebied is klepinterventies, waaronder TAVI.



Prof. dr. Michiel Voskuil

(UMC Utrecht) is interventiecardioloog en hoogleraar Percutane behandeling van structurele hartaandoeningen. Hij is voorzitter van het bestuur van de Commissie Wetenschap en Innovatie van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC).

Auteur

Jessica Brussee

Over de auteur

Jessica Brussee, wetenschapsjournalist

Printdatum

12 december 2025

E-pubdatum

11 december 2025

ISSN print

2542-7687

ISSN online

2589-4145