

Hartfalen: wiens patiënt is het eigenlijk?



Laura M.G. Meems
4 juni 2026
Cardioloog

Disclosure of speaker's interests

(Potential) conflicts of interest

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Sponsorship or research funding• Fee or other (financial) payment• Shareholder• Other relationship, i.e. ... | <ul style="list-style-type: none">• Scientific advisor Novo Nordisk, Pfizer, Relaxera• Speaker fees AstraZeneca, Boehringer Ingelheim, Bayer, Daiichi Sankyo, Eli Lilly, Novo Nordisk, Novartis, Pfizer |
|---|--|

All financial support is paid to my employer

Wat is hartfalen?



Chronische en progressieve aandoening van de hartspeer waardoor er onvoldoende bloed, zuurstof en voedingsstoffen in het lijf zijn¹

Het is een klinisch syndroom gekarakteriseerd door:^{1,3}



Klachten

(zoals kortademigheid en vermoeidheid)

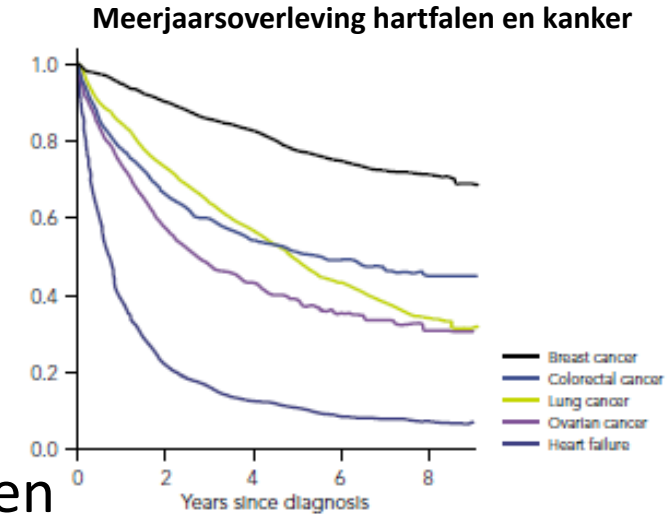


Kenmerken

(zoals crepiteren en perifeer oedeem)

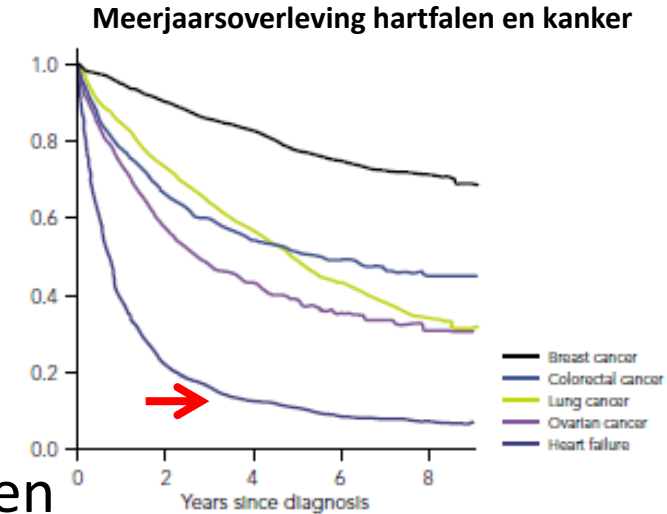
Hartfalen heeft een slechte prognose

- Ongeneeslijke ziekte
- Hoog sterftecijfer:
 - 30% binnen 1 jaar; 50% binnen 5 jaar
- Slechtere prognose dan verscheidene soorten kanker!

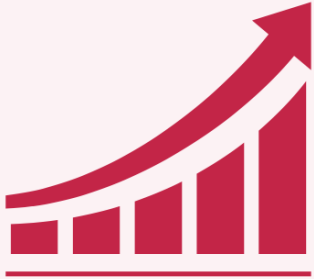


Hartfalen heeft een slechte prognose

- Ongeneeslijke ziekte
- Hoog sterftecijfer:
 - 30% binnen 1 jaar; 50% binnen 5 jaar
- Slechtere prognose dan verscheidene soorten kanker!



Hartfalen in Nederland



241.300

Nederlanders hebben hartfalen

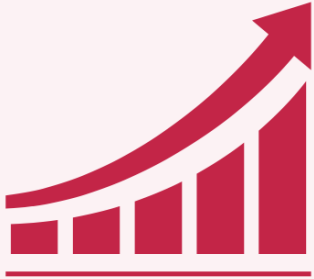
315.000

Nederlanders weten **NIET** dat ze hartfalen hebben

42%

Verwachte **toename prevalentie** hartfalen in 2030

Hartfalen in Nederland



241.300

Nederlanders hebben hartfalen

315.000

Nederlanders weten **NIET** dat ze hartfalen hebben

42%

Verwachte **toename prevalentie** hartfalen in 2030



Elke dag sterven

22

Nederlanders aan de gevolgen van hartfalen



Jaarlijks zijn er

33.000

Hartfalen ziekenhuisopnames



Jaarlijks

527

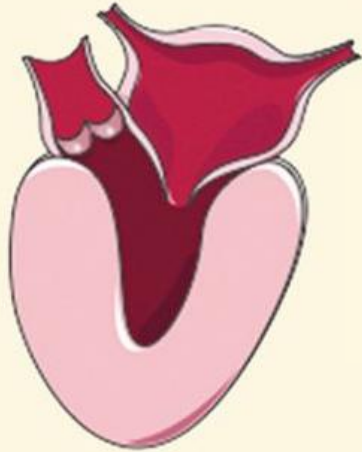
Miljoen aan zorgkosten

HF per jaar per huisartsenpraktijk

Totaal HF patiënten	50
Nieuwe patiënten/ jaar	9
Jaarlijkse sterfte	2

HF subtypes: HFrEF versus HFpEF

HFpEF



- Concentrische LVH
- Diastolische LV dysfunctie
- Behouden LVEF

HFrEF



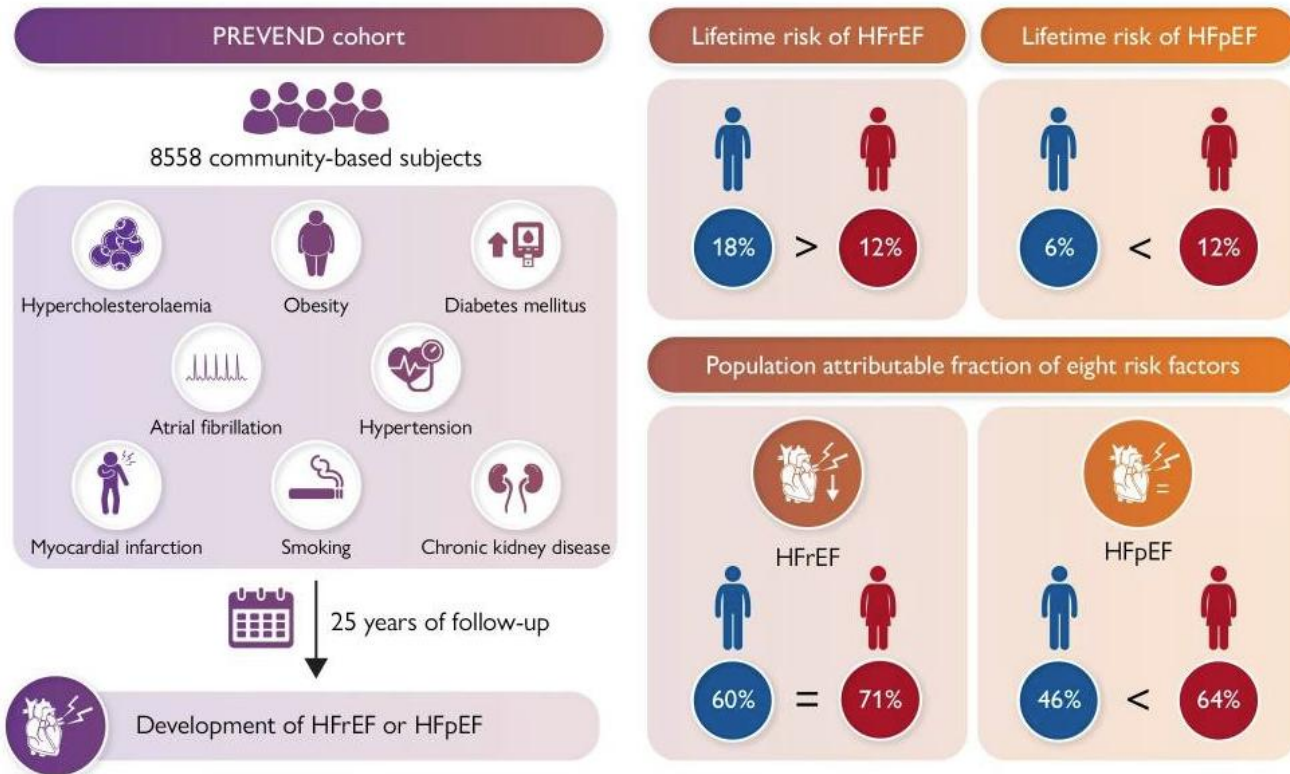
- Eccentrische LVH
- Systolische LV dysfunctie
- Verminderde LVEF

Heart failure with a **preserved** ejection fraction (HFpEF)
Linker ventrikel ejectie fractie (LVEF) >50%

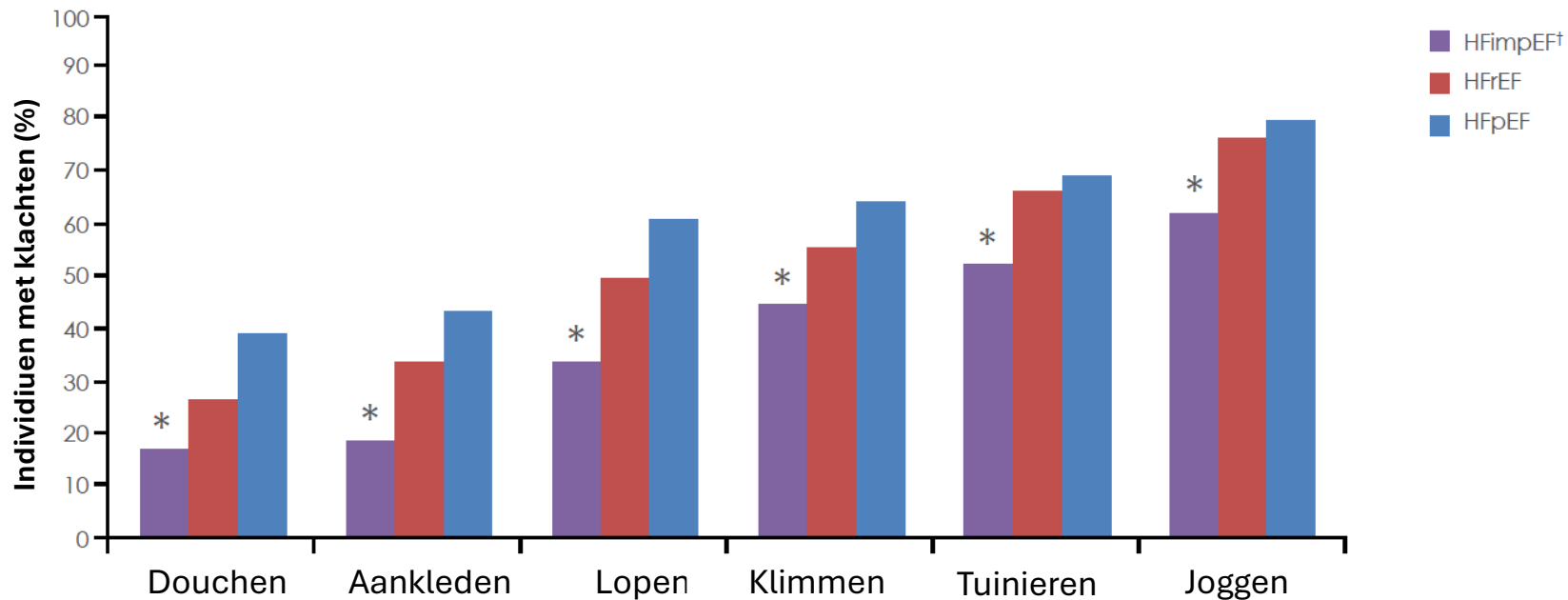
Heart failure with a **reduced** ejection fraction (HFrEF)
Linker ventrikel ejectie fractie (LVEF) <40%

LV = linker ventrikel; LVH = linkerventrikelhypertrofie

Diabetes en obesitas als belangrijke risicofactor

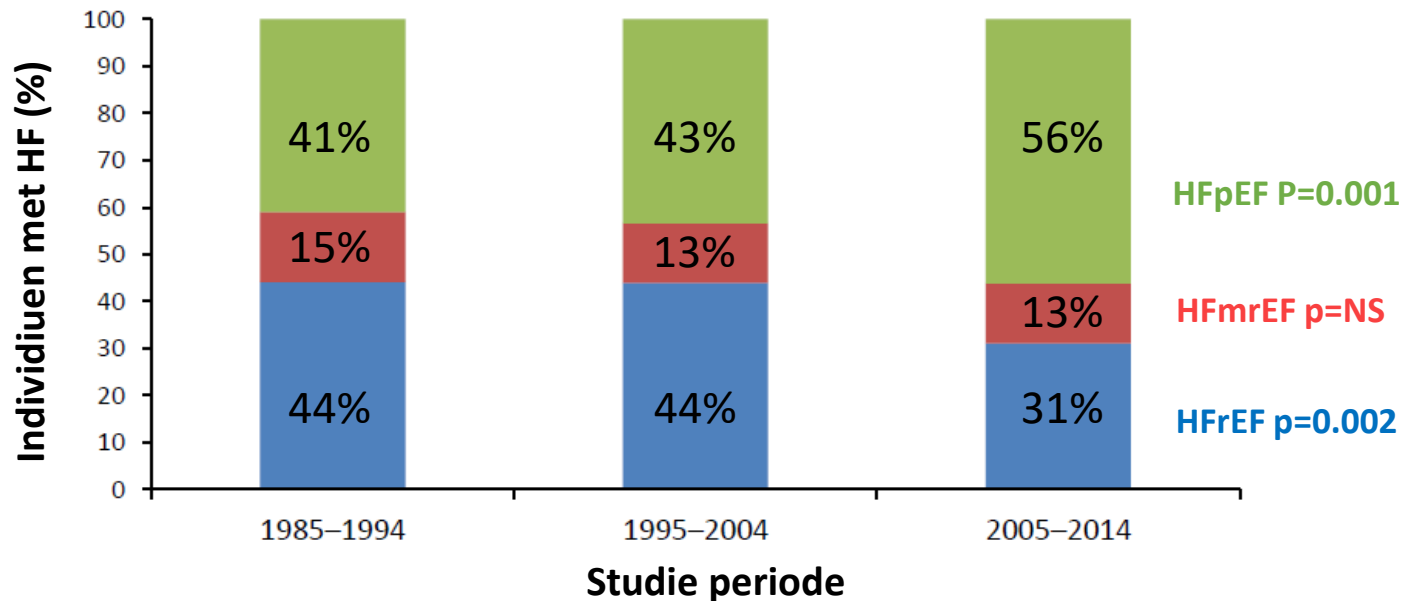


HF: veel en vaak klachten!

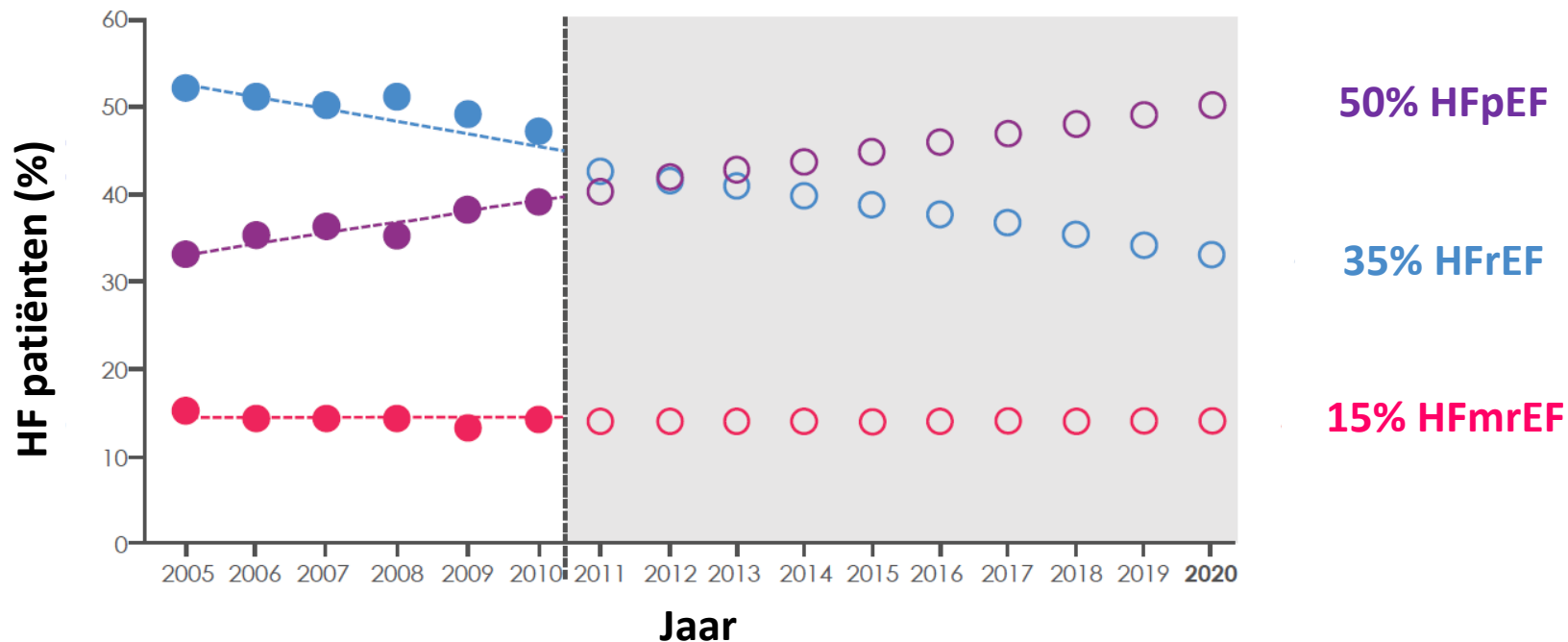


Questionnaire of patients with HF in the USA, N=948 (7.5% with HFpEF); HFimpEF = HF with improved ejection fraction

Eerste lijn: HFpEF als dominant HF subtype

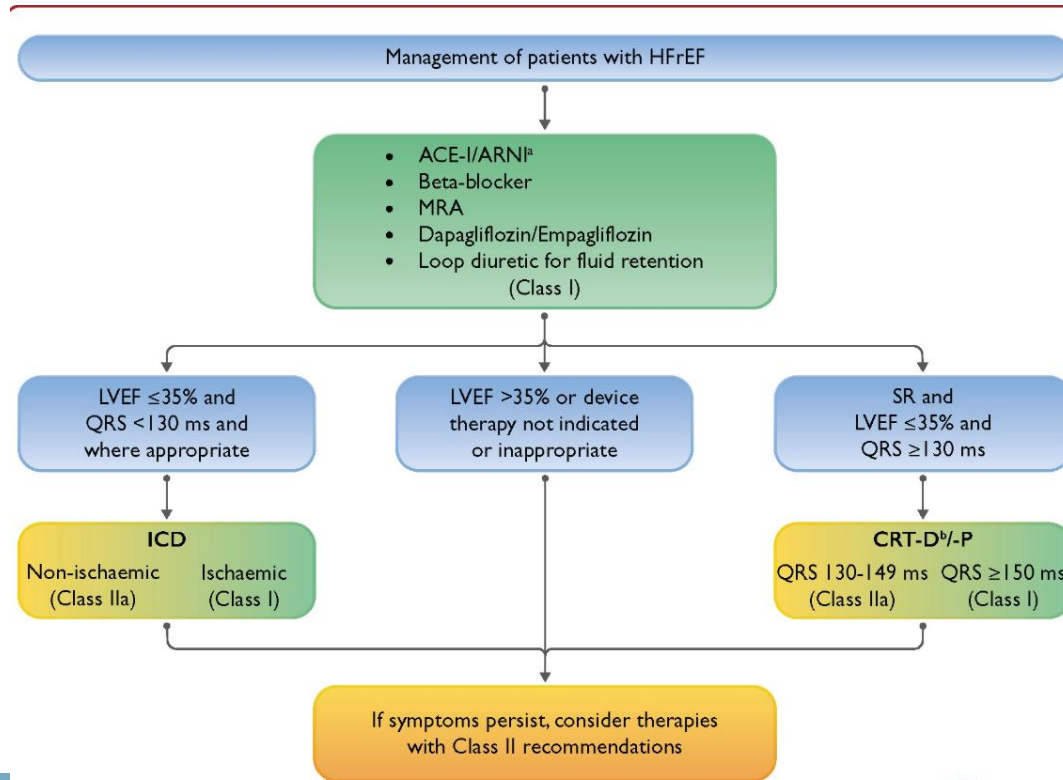


Ziekenhuis: HFpEF oók meest voorkomend

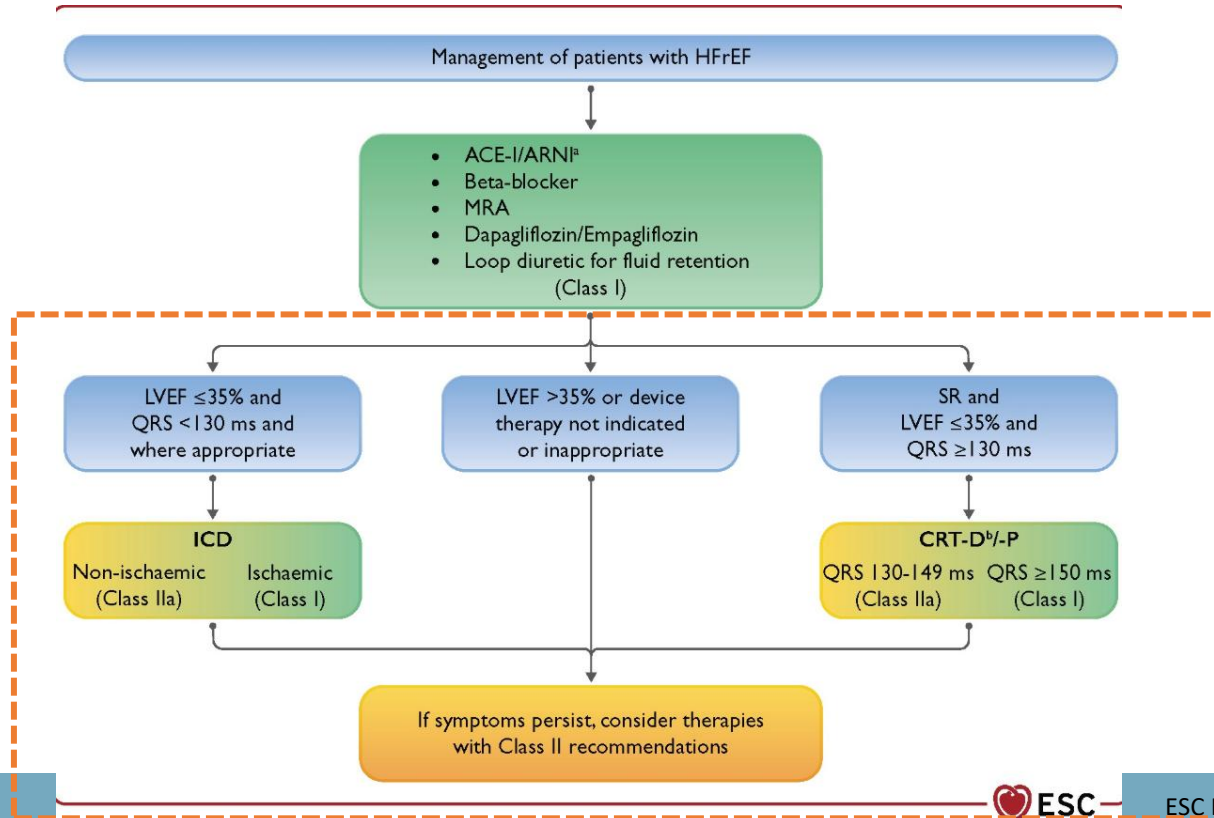


Behandeling van HFrEF: wie doet wat?

HFrEF: volgens de cardioloog



HFrEF: volgens de cardioloog



HFrEF: volgens de NHG

	Behandeling HFrEF en HFmEF
Stap 1	Start bij overvulling lisdiureticum; continueer laagste effectieve dosering. Start een RAS-remmer Start tevens met een SGLT2-remmer
Stap 2	Voeg een bètablokker toe
Stap 3	Verhoog dosering RAS-remmer en bètablokker.
Stap 4	Eventueel toevoegen aldosteronantagonist.

HFrEF: volgens de NHG

	Behandeling HFrEF en HFmEF
Stap 1	Start bij overvulling lisdiureticum; continueer laagste effectieve dosering. Start een RAS-remmer Start tevens met een SGLT2-remmer
Stap 2	Voeg een bètablokker toe
Stap 3	Verhoog dosering RAS-remmer en bètablokker.
Stap 4	Eventueel toevoegen aldosteronantagonist.

HFrEF: volgens de NHG

	Behandeling HFrEF en HFmEF
Stap 1	Start bij overvulling lisdiureticum; continueer laagste effectieve dosering. Start een RAS-remmer Start tevens met een SGLT2-remmer ARNI?
Stap 2	Voeg een bètablokker toe
Stap 3	Verhoog dosering RAS-remmer en bètablokker.
Stap 4	Eventueel toevoegen aldosteronantagonist.

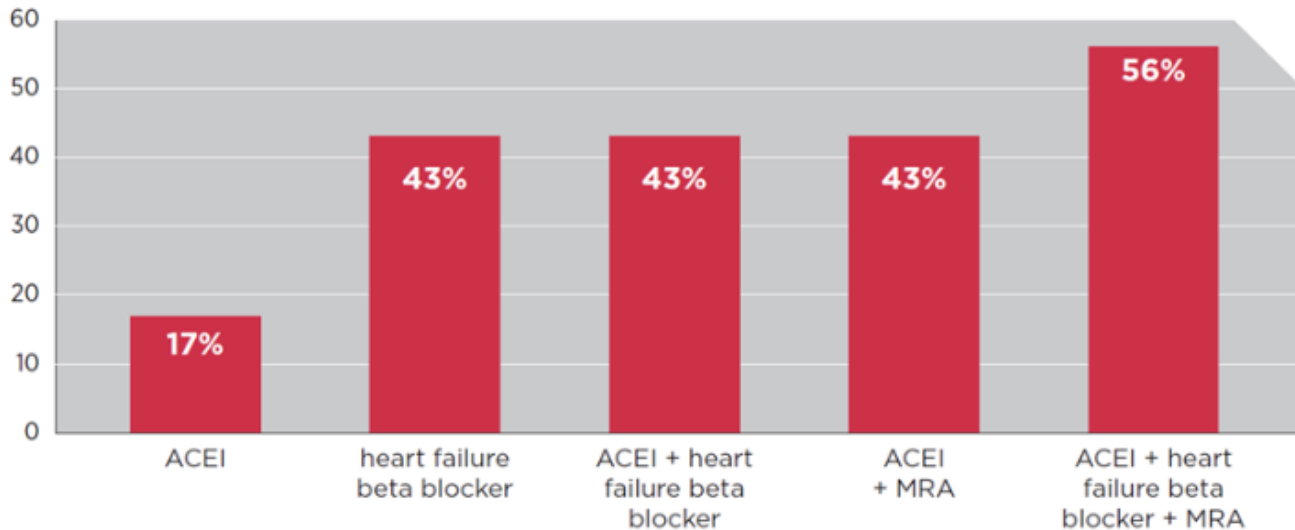
HFrEF: volgens de NHG

	Behandeling HFrEF en HFmEF
Stap 1	Start bij overvulling lisdiureticum; continueer laagste effectieve dosering. Start een RAS-remmer Start tevens met een SGLT2-remmer
Stap 2	Voeg een bètablokker toe
Stap 3	Verhoog dosering RAS-remmer en bètablokker.
Stap 4	Eventueel toevoegen aldosteronantagonist.



Waarom al deze middelen samen?

Figure 1: Percentage reduction in all-cause mortality over 1–3 years for people with HFrEF on selected, initial heart failure medicines versus placebo⁶



Start low, go slow?

Safety, tolerability, and efficacy of up-titration of guideline-directed medical therapies for acute heart failure (STRONG-HF): a multinational, open-label, randomised, trial

Alexandre Mebazaa, Beth Davison, Ovidiu Chioncel, Alain Cohen-Solal, Rafael Diaz, Gerasimos Filippatos, Marco Metra, Piotr Ponikowski, Karen Sliwa, Adriaan A Voors, Christopher Edwards, Maria Novosadova, Koji Takagi, Albertino Damasceno, Hadiza Saidu, Etienne Gayat, Peter S Pang, Jelena Celutkiene, Gad Cotter

Interpretation An intensive treatment strategy of rapid up-titration of guideline-directed medication and close follow-up after an acute heart failure admission was readily accepted by patients because it reduced symptoms, improved quality of life, and reduced the risk of 180-day all-cause death or heart failure readmission compared with usual care.

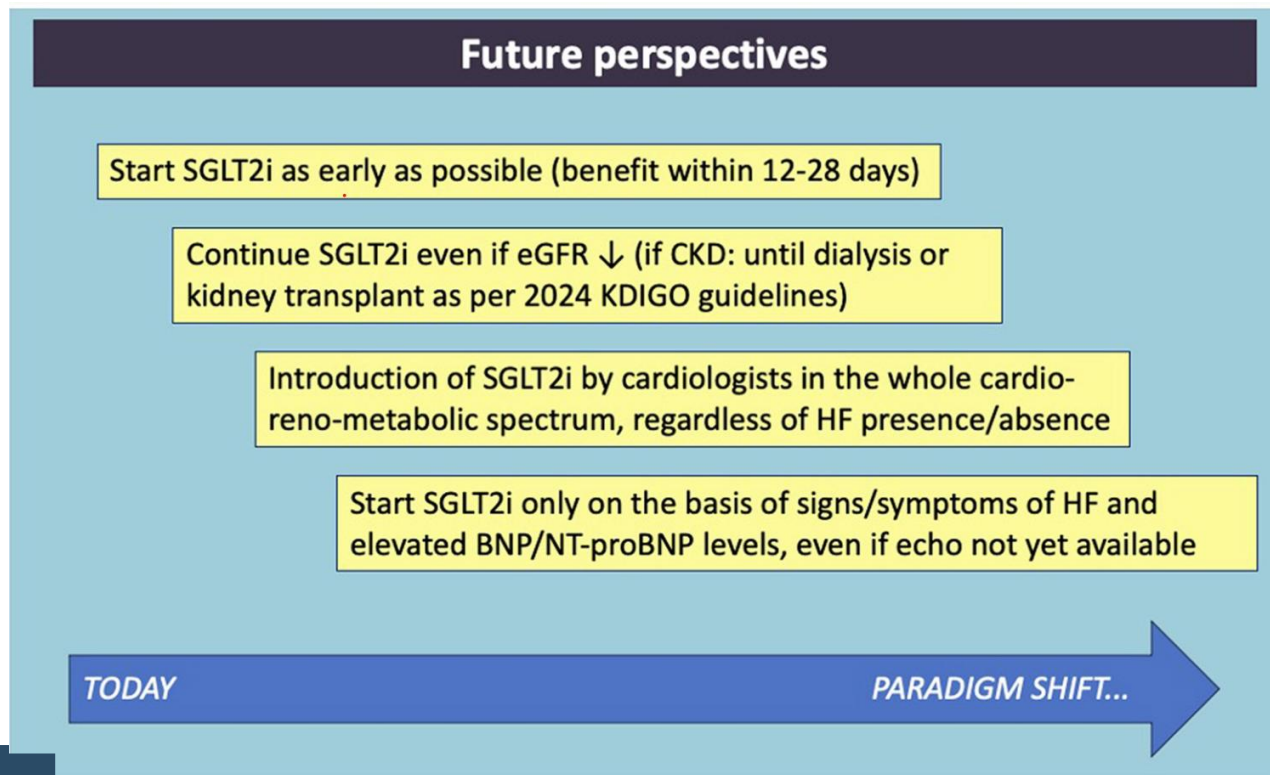
Start low, go fast!

Safety, tolerability, and efficacy of up-titration of guideline-directed medical therapies for acute heart failure (STRONG-HF): a multinational, open-label, randomised, trial

Alexandre Mebazaa, Beth Davison, Ovidiu Chioncel, Alain Cohen-Solal, Rafael Diaz, Gerasimos Filippatos, Marco Metra, Piotr Ponikowski, Karen Sliwa, Adriaan A Voors, Christopher Edwards, Maria Novosadova, Koji Takagi, Albertino Damasceno, Hadiza Saidu, Etienne Gayat, Peter S Pang, Jelena Celutkiene, Gad Cotter

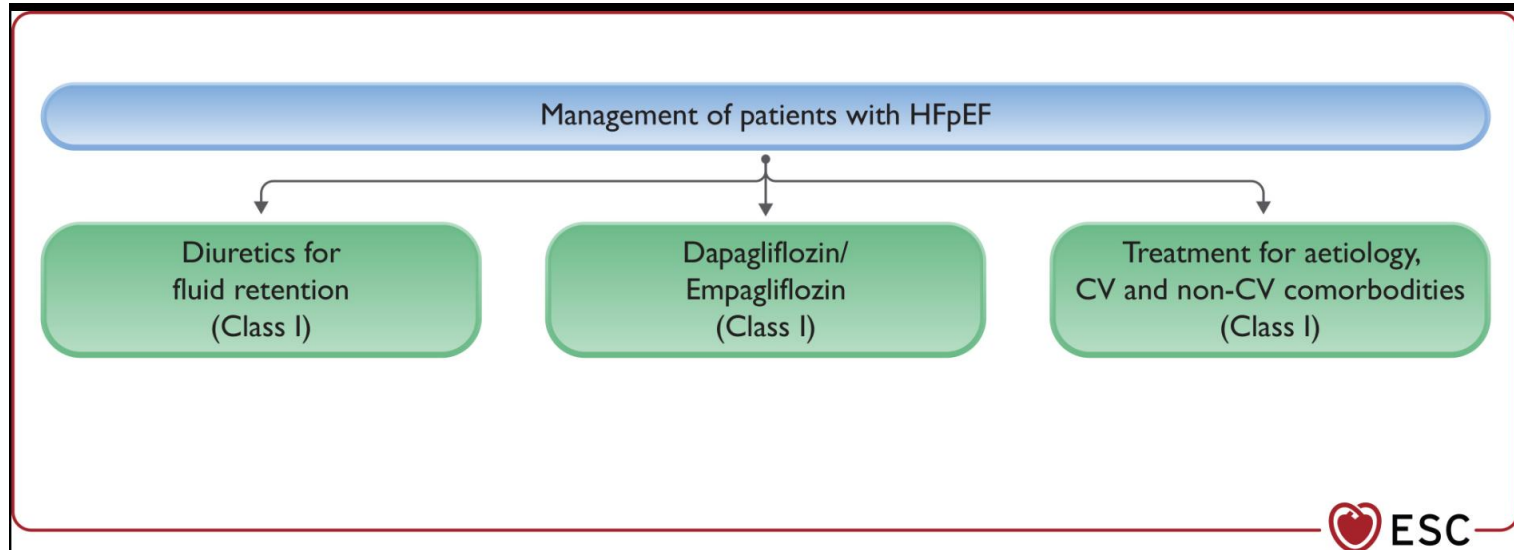
Interpretation An intensive treatment strategy of rapid up-titration of guideline-directed medication and close follow-up after an acute heart failure admission was readily accepted by patients because it reduced symptoms, improved quality of life, and reduced the risk of 180-day all-cause death or heart failure readmission compared with usual care.

Hoe zit dat nou met SGLT2-remmers?



Behandeling van HFpEF: wie doet wat?

HFpEF: volgens de cardioloog



HFpEF: behandel volgens NHG

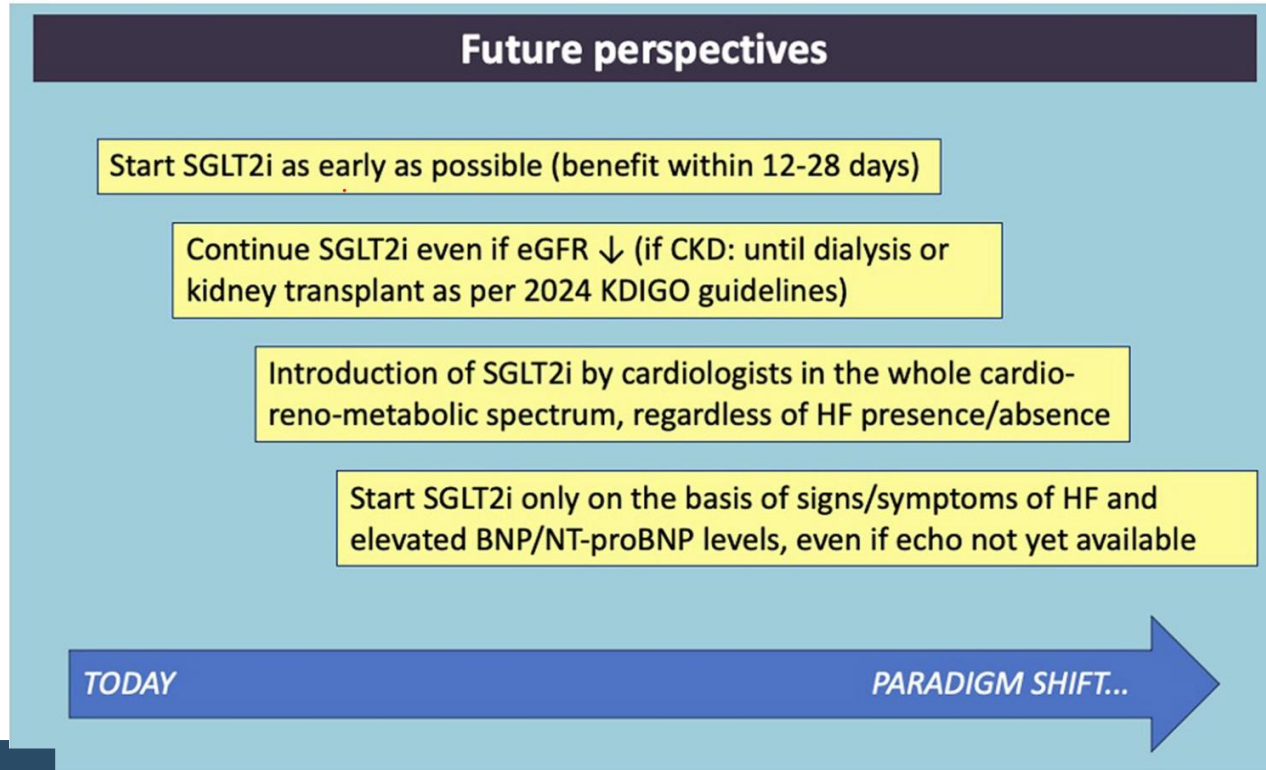
	Behandeling HFpEF
Stap 1	Streef vooral naar symptoomverlichting en verbetering of behoud van de kwaliteit van leven.
Stap 2	Start bij overvulling lisdiureticum; continueer laagste effectieve dosering.
Stap 3	Start met een SGLT2-remmer.
Stap 4	Behandel cardiovasculaire en niet-cardiovasculaire morbiditeit conform de betreffende richtlijnen (vermijd ca-antagonist).

HFpEF: volgens de NHG

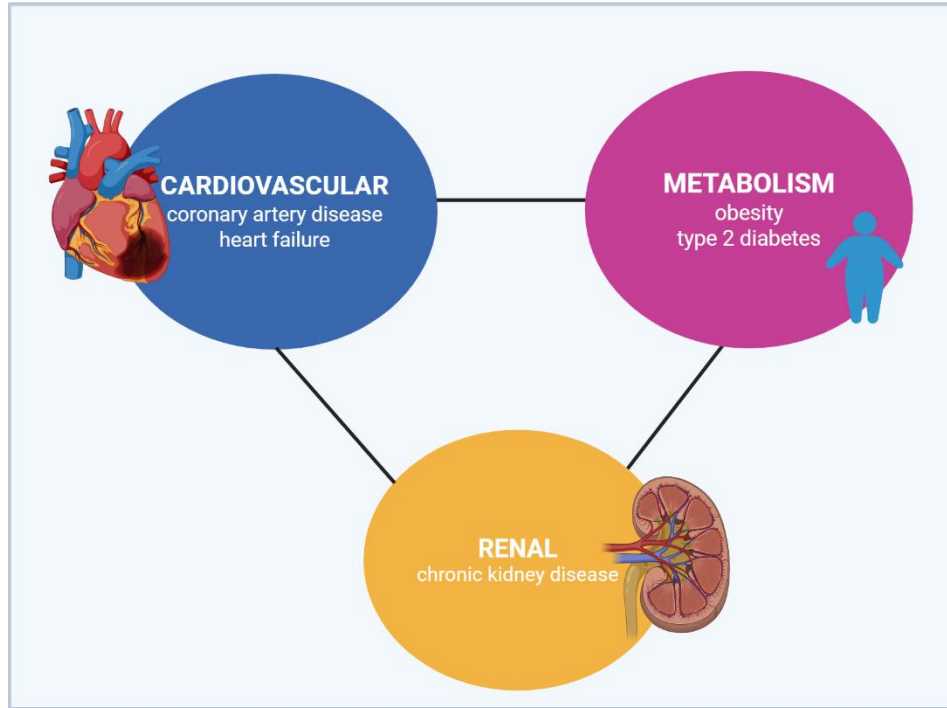
	Behandeling HFpEF
Stap 1	Streef vooral naar symptoomverlichting en verbetering of behoud van de kwaliteit van leven.
Stap 2	Start bij overvulling lisdiureticum; continueer laagste effectieve dosering.
Stap 3	Start met een SGLT2-remmer.
Stap 4	Behandel cardiovasculaire en niet-cardiovasculaire morbiditeit conform de betreffende richtlijnen (vermijd ca-antagonist).

HUISARTS = CARDIOLOOG!

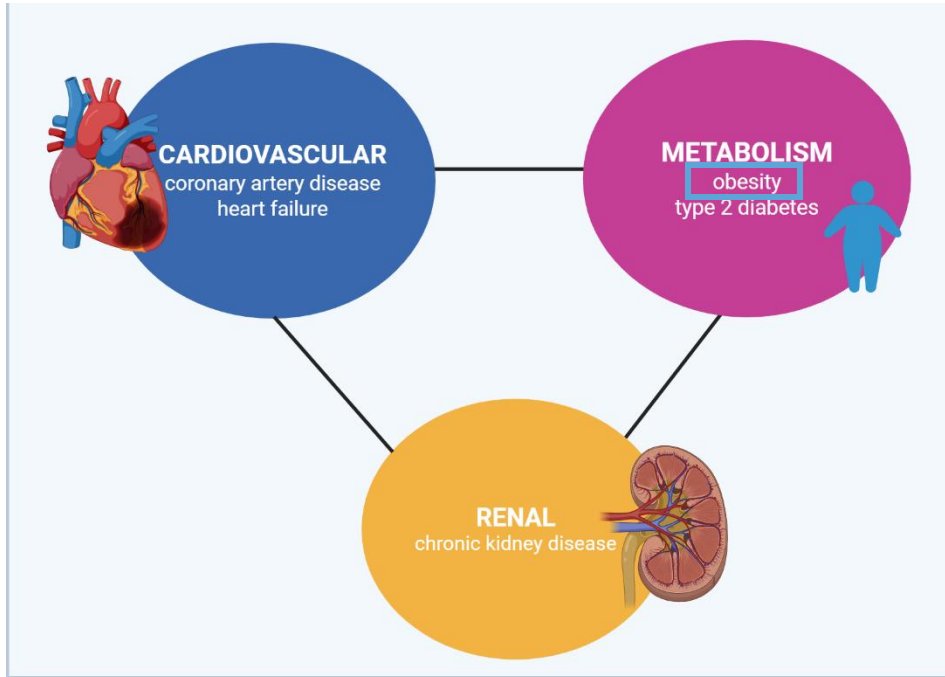
Hoe zit dat nou met SGLT2-remmers?



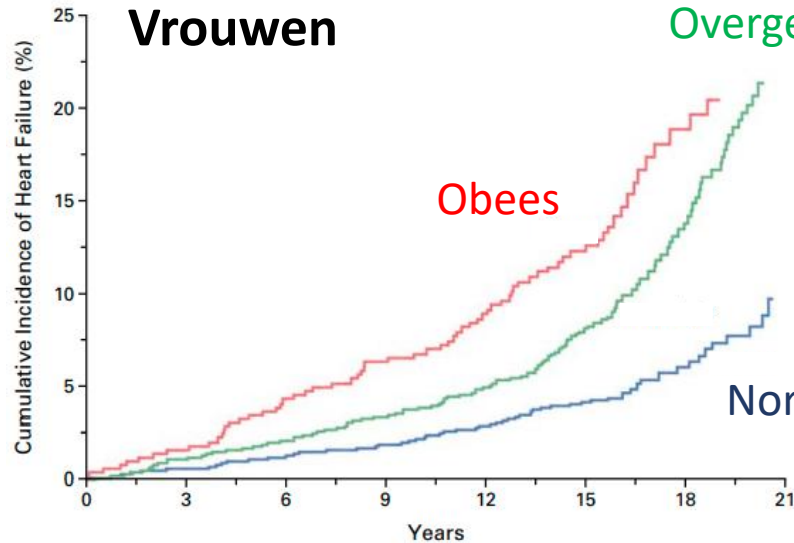
HFpEF: een cardio-renaal-metabole ziekte



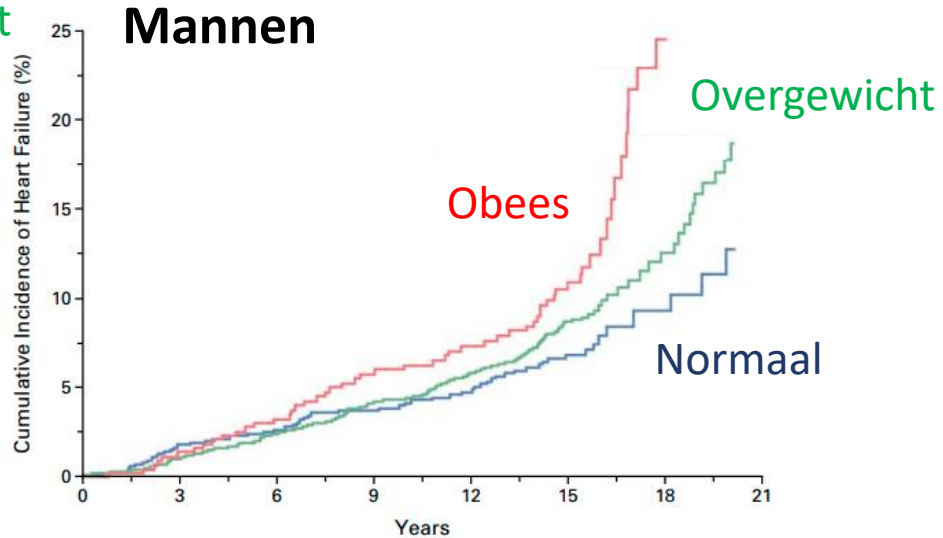
HFpEF: obesitas als spin in het web?



Obesitas = hoger HF risico



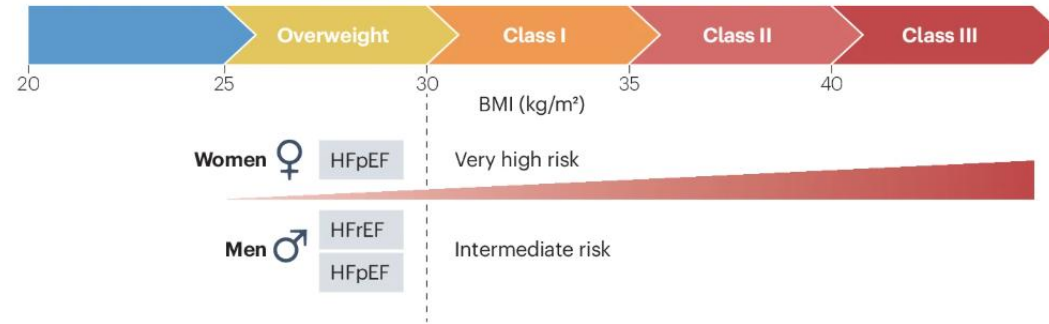
1 unit-BMI toename = 7% hoger HF risico



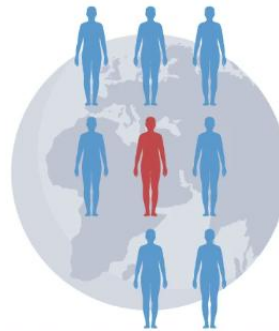
1 unit-BMI increase = 5% hoger HF risico

Obesitas = hoger HF risico

a Obesity classes and HF risk

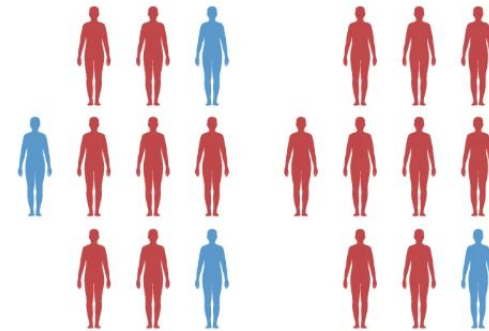


b Global prevalence of obesity



Approximately 11% of adults globally have obesity

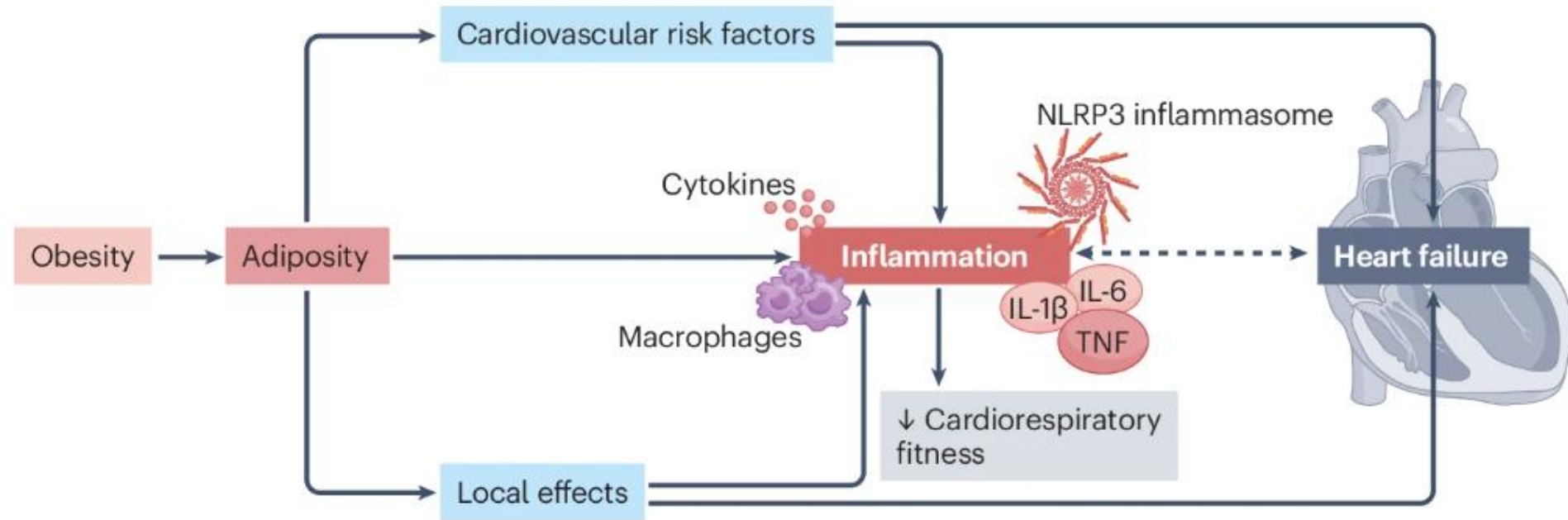
c Duration of obesity and prevalence of HF



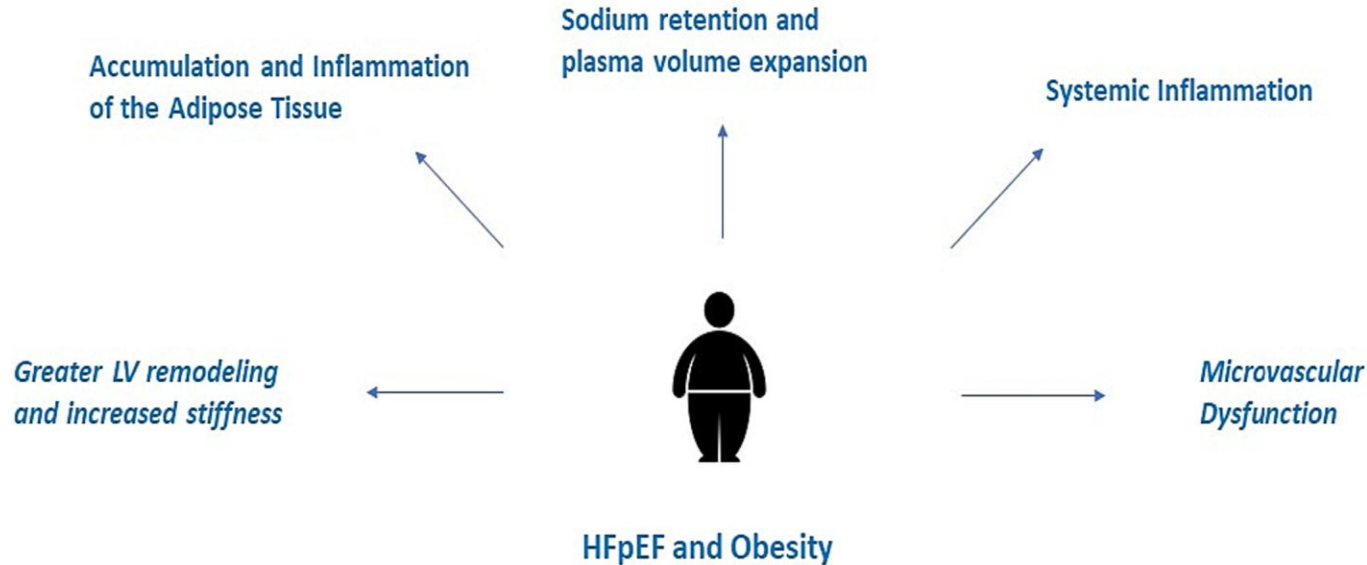
After 20 years of obesity, 70% have HF

After 30 years of obesity, 90% have HF

Inflammatie als sleutelrol in obesitas gerelateerd HF



HFpEF en obesitas: gedeeld ziektemechanisme

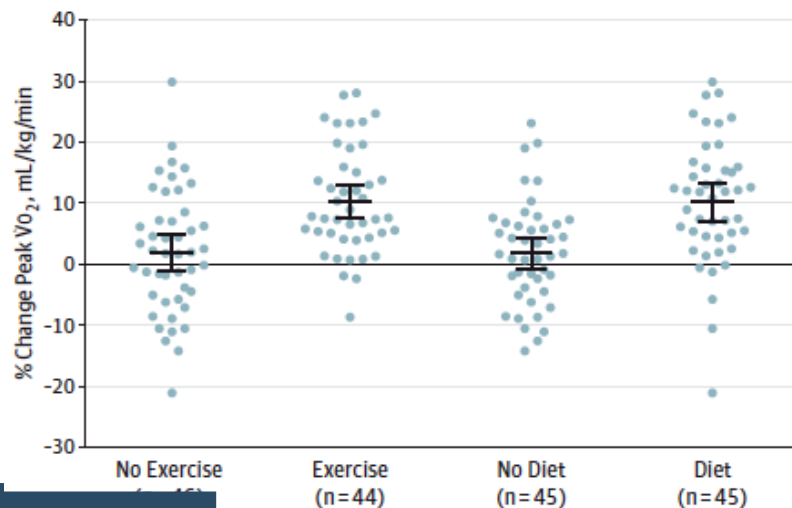


**Werkt gewichtsverlies dan als behandeling
voor HFpEF?**

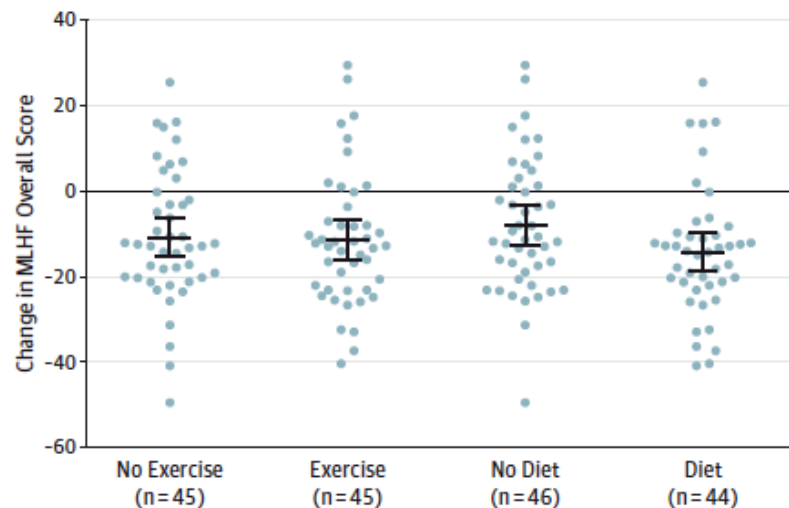
Effect of Caloric Restriction or Aerobic Exercise Training on Peak Oxygen Consumption and Quality of Life in Obese Older Patients With Heart Failure With Preserved Ejection Fraction A Randomized Clinical Trial

Figure 2. Adjusted Individual Changes of Primary Study Outcomes From Baseline to 20-Week Follow-up by Factorial Group

A Peak $\dot{V}O_2$ percentage change from baseline

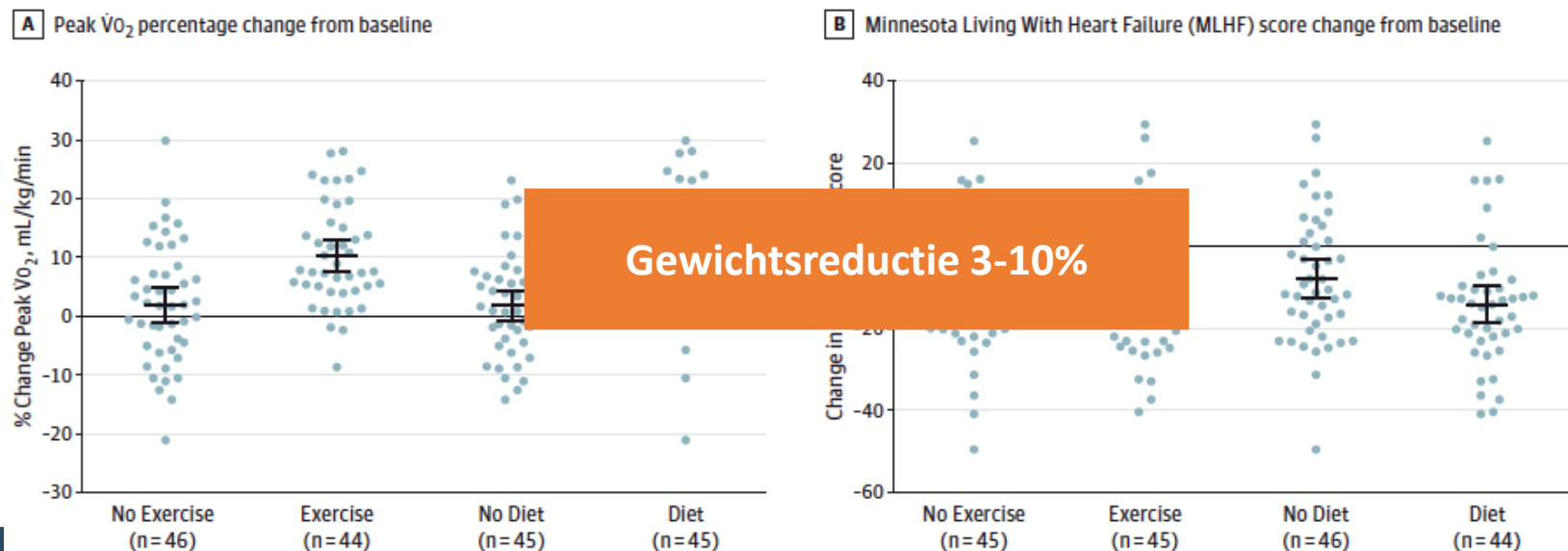


B Minnesota Living With Heart Failure (MLHF) score change from baseline



Effect of Caloric Restriction or Aerobic Exercise Training on Peak Oxygen Consumption and Quality of Life in Obese Older Patients With Heart Failure With Preserved Ejection Fraction A Randomized Clinical Trial

Figure 2. Adjusted Individual Changes of Primary Study Outcomes From Baseline to 20-Week Follow-up by Factorial Group



Hoe kom ik van mijn gewicht af?

Leefstijl	-5% to -10%
-----------	-------------

Hoe kom ik van mijn gewicht af?

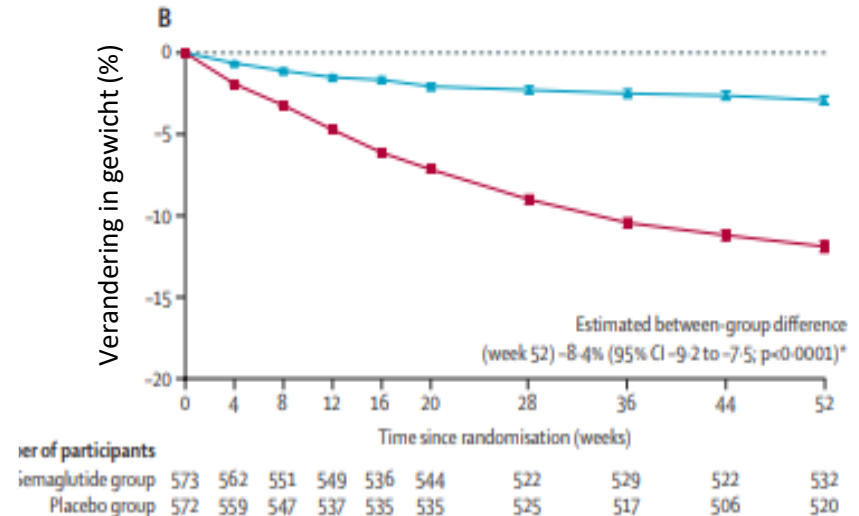
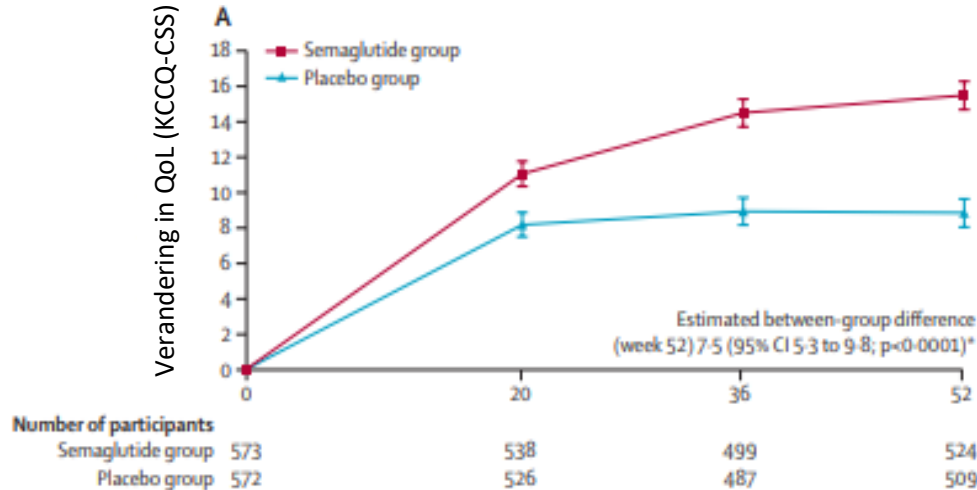
Leefstijl	-5% to -10%
Bariatrische chirurgie	-25% to -30%



Hoe kom ik van mijn gewicht af?

Bariatrische chirurgie	-25% to -30%
Incretine modificerende medicatie !	
Single GLP1 agonist	-16,9% (68 weeks)
Dual GIP agonist (GIP + GLP1)	-22,5% (70 weeks)

Semaglutide versus placebo in people with obesity-related heart failure with preserved ejection fraction: a pooled analysis of the STEP-HFpEF and STEP-HFpEF DM randomised trials



1145 patiënten (616 met T2DM)
BMI $\geq 30\text{kg/m}^2$

Semaglutide 2.4mg *versus* placebo
52 weken follow-up

Mogelijke effecten incretine-modificatie

↓renin-angiotensine-aldosterone systeem activatie

↓plasma volume expansie

Accumulation and Inflammation
of the Adipose Tissue

Sodium retention and
plasma volume expansion

Systemic Inflammation

↓ diastole vullingsdruk en LV unloading

↓reactive oxygen species en systemische inflammatie

Greater LV remodeling
and increased stiffness

Microvascular
Dysfunction

HFpEF and Obesity

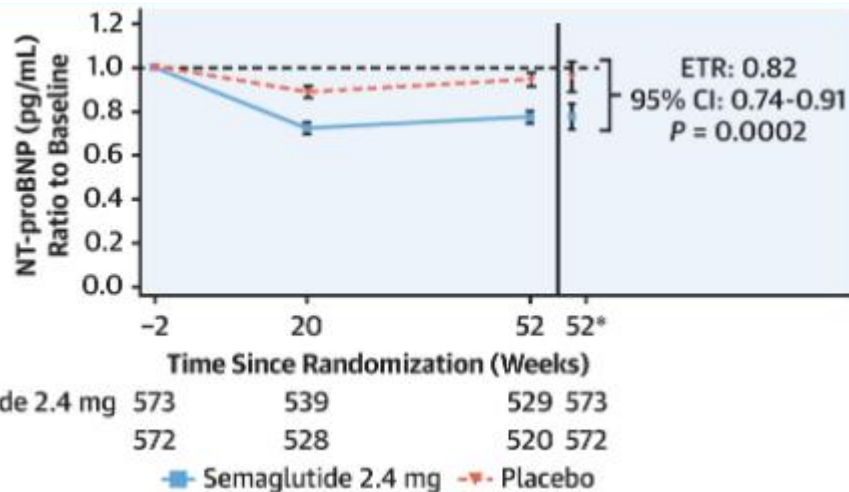
Gewichts
verlies?

Semaglutide: NTproBNP reductie

1145 patienten; Semaglutide *versus* placebo

Uitkomst:

- Week 20, semaglutide *versus* placebo:
NTproBNP -27.6% vs. -11.1%, $p < 0.0001$
- Week 52, semaglutide *versus* placebo:
NTproBNP -22.2% vs. -4.9%
- Meer NTproBNP daling = betere uitkomst

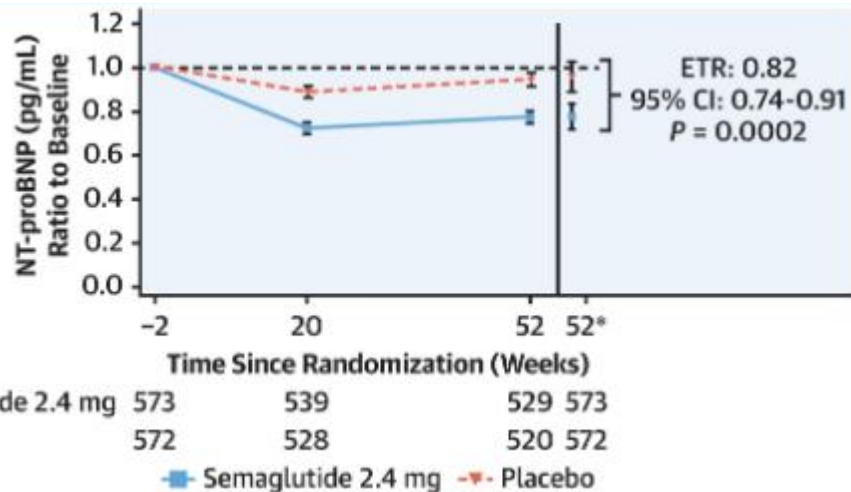


Semaglutide: NTproBNP reductie

1145 patienten; Semaglutide *versus* placebo

Uitkomst:

- Week 20, semaglutide *versus* placebo:
NTproBNP -27.6% vs. -11.1%, $p < 0.0001$
- Week 52, semaglutide *versus* placebo:
NTproBNP -22.2% vs. -4.9%
- Meer NTproBNP daling = betere uitkomst



Cardiospecifieke effecten?

Wat doe ik vanaf morgen anders?

- HF is een dodelijke, ongeneeslijke en veelvoorkomende ziekte, oók in de huisartsen praktijk
- Behandeling van HF:
 - HFrEF: fantastic four | HFpEF: SGLT2-remmers
- Herkenning van hoog-risico patiënten is belangrijk (CVRM poli!)
 - Preventie: focus op gewichtsverlies of gewichtsbehoud
 - Behandeling: overweeg vroegtijdige gewichtsreductie

Wat doe ik vanaf morgen anders?

- HF is een dodelijke, ongeneeslijke en veelvoorkomende ziekte, oók in de huisartsen praktijk
- Behandeling van HF:
 - HFrEF: fantastic four | HFpEF: SGLT2-remmers – GLP1-RA in de toekomst?
- Herkenning van hoog-risico patiënten is belangrijk (CVRM poli!)
 - Preventie: focus op gewichtsverlies of gewichtsbehoud
 - Behandeling: overweeg vroegtijdige gewichtsreductie