
Andere ‘mindset’ nodig in de zorg

Cardiologen moeten vrouwen op een andere manier gaan behandelen dan mannen. De pathofysiologie van hartvaatziekten verschilt enorm tussen mannen en vrouwen. Bij vrouwen moet niet de op klachten van mannen gebaseerde aanpak gebruikt worden.

DOOR: DR. ANGELA MAAS

Het onderscheid of kortademigheidsklachten pulmonaal of cardiaal worden bepaald of door pathologie in beide orgaansystemen kan lastig zijn. Indien de patiënt bovendien een vrouw is kan het dubbel moeilijk zijn. Een jaar geleden kreeg ik een brief van een jonge vrouw van 43 jaar, die ten einde raad was over haar klachten. Ze had last van kortademigheid, vermoeidheid, een afgenomen conditie en druk op de borst, zowel bij inspanning als in rust. Die klachten verontrustten haar, want haar moeder was met 62 jaar overleden aan een gemist hartinfarct. Ze was met deze klachten naar de cardioloog gegaan en die stelde een ‘foute boel’ vast op grond van haar fietsproef. Aansluitend kreeg zij een zak met 5 soorten pillen (‘big five’), waaronder ascal. Daar kreeg zij hevige menstruele bloedingen van en een ijzergebreksanemie. Er werd vervolgens een coronair angiografie (CAG) verricht, waarbij een andere cardioloog stelde dat zij ‘maagdelijk schoon’ van binnen was. Dat voelde verwarrend na de aanvankelijk alarmerende berichten over de fietstest en daarmee waren haar klachten en ongerustheid niet over. Er volgden verwijzingen naar de reumatoloog die haar boos wegstuurde en een psycholoog, die een ernstige burn-out en depressie vaststelde. Na anderhalf jaar rondzwerfen in het medische circuit

was ze als kostverdiener haar baan kwijt en had ze nog steeds dezelfde klachten. Bij het eerste consult op mijn spreekuur vertelde ze over de miskraam in haar eerste zwangerschap, een preeclampsie in de tweede en de zwaar belaste familie voor hart vaat ziekten (HVZ). Ze had nooit gerookt, haar moeder ook niet. Opvallend was haar hoge bloeddruk, 160-170/100 mmHg, bij herhaling gemeten. Allemaal stress volgens haar zelf en haar behandelende artsen. Het gaat nu gelukkig beter, ze heeft passende medicatie voor de bloeddruk en de klachten zijn geleidelijk aan verdwenen, maar daar waren wel enkele consulten voor nodig.

Negeren van voortschrijdend inzicht is verspilde zorg

De technologische ontwikkelingen in de cardiologie hebben in de afgelopen decennia onze inzichten in de patho-fysiologie van coronaire hartziekten enorm vergroot. Daarmee is echter ook letterlijk zichtbaar geworden dat de mate en ernst hiervan sterk verschillend is tussen mannen en vrouwen, door alle levensfasen heen. Maar wat hebben we aan deze nieuwe inzichten als we dat niet doceren in onze basisopleiding en niet vertalen in ander gedrag? Het is zinloos om bij een jonge vrouw met een kans van < 1% op obstructieve coronair afwijkingen een fietstest te doen. Ook voor de CAG en de ‘oude wijven pillen’ was geen enkele indicatie. Het heeft

Prof. dr. Angela Maas (Utrecht, 1956) is sinds mei 2012 hoogleraar Cardiologie voor vrouwen, bij het Radboudumc. Zij studeerde Geneeskunde in Groningen en verdiepte zich na haar opleiding tot cardioloog in man/vrouwverschillen bij hart- en vaatziekten. In 2006 promoveerde zij op dit onderwerp aan het UMC Utrecht. Haar belangstelling ligt vooral bij klachten en innoverende onderzoekstrajecten bij vrouwen op middelbare leeftijd. Binnen de leerstoel Cardiologie voor vrouwen werkt zij aan de ontwikkeling van een expertisecentrum voor microvasculaire coronary disease (MCD). Zij is adviseur van de ild care foundation, en promotor van multidisciplinaire samenwerking. Prof. Maas verwierf in 2010 de Corrie Hermann prijs van de Nederlandse Vereniging voor Vrouwelijke Artsen (VNVA) en de Libelle Award. In 2014 kreeg zij de Hermesdorf-prijs van de Radboud Universiteit in Nijmegen. Zij is voorzitter en oprichter van de stichting Hart voor Vrouwen. e-mail: angela.maas@radboudumc.nl.



al met al twee jaar ellende opgeleverd voordat er bij deze vrouw met een erfelijk verhoogd cardiovasculair risico adequate behandeling voor haar hypertensie werd gestart. Helaas is dit geen casuïstiek maar cardiologie van alledag. Dat we blijkbaar niet mee willen buigen met nieuwe inzichten kost de gezondheidszorg bakken met geld en veroorzaakt veel persoonlijk leed bij de betrokken patiënten.

Oude waarden integreren in toekomstige praktijkvoering

Veranderen van gedrag is lastig, zeker als het je niet is aangeleerd. In de specialistische zorg hebben we ons altijd kunnen verschuilen achter de gedachte dat de dokter alles beter weet. Pas als wij uit onze vastgeroeste denkkaders durven te treden wordt er ruimte gemaakt voor innovatief inzicht waar patiënten van kunnen profiteren. Zolang we dit niet doen is ook de opbrengst van bijvoorbeeld gezamenlijke themapoli's gering. Zoals industrieel vormgever Marcel Wanders oude tradities combineert met een andere tijdgeest en nieuwe toepassingen, zo creatief zouden we moeten zijn met nieuw verworven inzichten in de geneeskunde. De meerwaarde van samenwerking met andere disciplines ligt vooral in het gezamenlijk opzoeken van nieuwe grenzen en niet in het blijven herhalen van zinloze diagnostiek.

Patiënt van nu stuurt en beslist mee

De beste medische behandeling wordt niet bepaald door wetenschappelijke inzichten alleen.¹ Patiënten zijn steeds beter geïnformeerd en hun mening is minstens zo belangrijk als de zogenaamde 'expert opinion' in de richtlijnen. Zo ontmoette ik een jaar geleden een patiënte van 56 jaar met hartfalen na uitgebreide behandeling voor een dubbelzijdig mammacarcinoom, die een Implanteerbare Cardioverter Defibrillator (ICD) weigerde bij haar cardioloog. Haar wens om de tijd die ze nog had naar eigen inzicht in te vullen was waardevoller dan haar dalende ejectiefraction en een non evidence-based advies. Daar was ze tot aan haar overlijden tevreden over. De emancipatie van de patiënt gaat momenteel sneller dan die van de medisch specialistische zorg. We kunnen beter onze energie steken in een gezamenlijke weg vooruit, dan in krampachtig vasthouden aan een achterhaald verleden.²

Referenties

1. Mulley AG, et al. Stop the silent misdiagnosis: patients' preferences matter. *BMJ* 2012;345: e6572.
2. Ting HH, et al. Shared decision making. *Science and action. Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2014; 7: 323-327.