

ESC/EACTS Klinische praktijkrichtlijnen voor de
**Behandeling van
hartklepaandoeningen:
Wat patiënten moeten
weten**



Wat zijn klinische praktijkrichtlijnen?

Klinische praktijkrichtlijnen zijn documenten die worden opgesteld door gezondheidszorgprofessionals, wetenschappers en patiënten. Zij zijn in de eerste plaats bedoeld voor professionals en geven aanbevelingen gebaseerd op de best beschikbare wetenschappelijke en medisch evidentie. Richtlijnen helpen ervoor te zorgen dat patiënten de best mogelijke zorg krijgen.

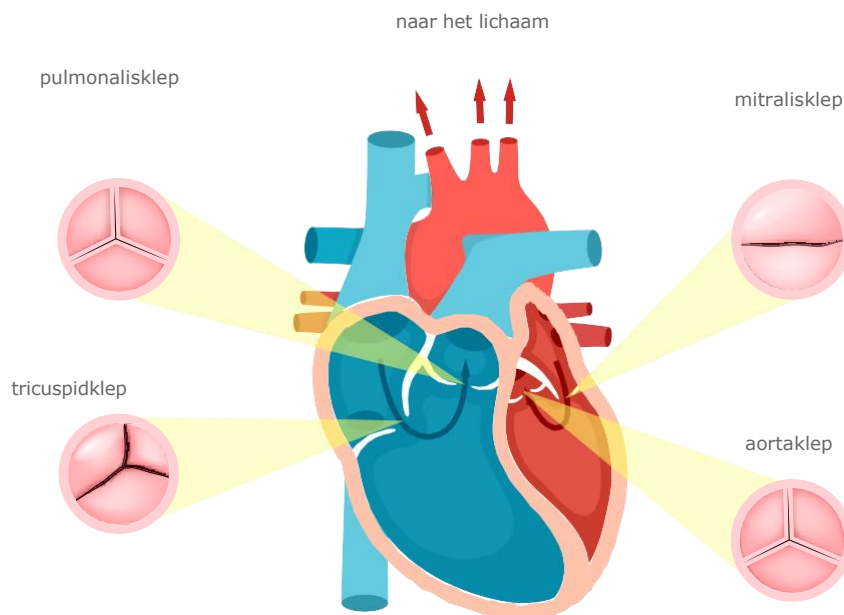
Hoe zal dit document u helpen?

Dit document werd gebaseerd op de "[European Society of Cardiology \(ESC\) en de European Association for Cardio-Thoracic Surgery \(EACTS\) Richtlijnen voor de behandeling van hartklepaandoeningen](#)" en werd opgesteld voor patiënten en hun familieleden.

Deze gids geeft een overzicht van de aanbevelingen voor de diagnose en behandeling van verschillende vaak voorkomende typen van hartklepaandoeningen. Het document helpt u om samen met uw zorgteam goed geïnformeerde beslissingen te nemen.

Wat is een hartklepaandoening?

Het hart heeft vier hartkleppen die tussen de 4 kamers liggen. Als ze goed werken, zorgen de kleppen ervoor dat het bloed in de juiste richting stroomt.



Als één of meer van de kleppen niet goed opent of sluit, dan wordt dat een hartklepaandoening genoemd.

Symptomen en oorzaken

De symptomen van hartklepaandoeningen kunnen variëren naargelang welke klep is aangetast en hoe ernstig de beschadiging is. Klachten zijn niet altijd duidelijk merkbaar, zelfs als de hartklepaandoening ernstig is. De meest voorkomende symptomen zijn onder meer:



Verhoogde
Vermoeidheid
(meer dan
gewoonlijk)



Kortademig-
heid



Gevoel van
draaiierigheid/
duizeligheid



Opgezwollen benen



Snelle of onregelmatige
harts slag (palpitatie
genoemd)

Sommige mensen worden met afwijkende hartkleppen geboren (aangeboren of congenitale hartklepaandoening), maar meestal ontstaat een hartklepaandoening door slijtage bij het ouder worden. Ook andere hartziekten, zoals een eerdere hartaanval, kunnen leiden tot hartklepproblemen. Bij reumatische koorts kan de reactie van het lichaam op een keelinfectie langzaam schade aan de hartkleppen veroorzaken. Acute infecties, zoals endocarditis, kunnen veel sneller schade veroorzaken. Sommige kankerbehandelingen (bijvoorbeeld radiotherapie van de borst en bepaalde typen chemotherapie) worden eveneens met een verhoogd risico op een hartklepaandoening verbonden, vaak vele jaren later.

Schade aan de hartkleppen wijzigt de snelheid en de richting waarmee het bloed door de kleppen stroomt. Vaak wordt een hartklepaandoening vermoed wanneer tijdens een routinematig medisch onderzoek met behulp van een stethoscoop naar het hart wordt geluisterd. Als er een hartruis wordt gehoord, dan kan het zijn dat de patiënt naar verdere tests wordt doorverwezen.

Diagnose en algemene aanpak

Elke persoon met een hartklepaandoening krijgt idealiter de nodige zorg van een zorgprofessional met de nodige specialistische kennis.

Als u een hartklepaandoening vermoedt, moet u naar een ziekenhuis **worden doorverwezen waar ze deze gespecialiseerde cardiologische aandoening kunnen behandelen**. Deze ziekenhuizen hebben standaardprocedures om een tijdige diagnose, behandeling en opvolging te verzekeren.

Klinisch onderzoek

Als er een vermoeden is van een hartklepaandoening, dan zal een gespecialiseerd zorgverlener een volledig medisch onderzoek uitvoeren. Dat omvat het luisteren naar het geluid van uw hart en longen met een stethoscoop. De zorgverlener gaat na of u kortademig of vermoeid bent, of u gezwollen armen of benen hebt en of u uw dagelijkse activiteiten nog goed kunt uitvoeren.

Er zal vaak ook een bloedafname gebeuren om de gezondheid van uw hart te beoordelen. Een verhoogde BNP-waarde (brain natriuretic peptide) kan bijvoorbeeld wijzen op een overbelasting van het hart of troponine-stijgingen kunnen wijzen op schade aan het hart.

Ook andere hartaandoeningen en gezondheidsproblemen worden nagegaan, zodat de specialisten een volledig beeld krijgen van uw gezondheid.

Beeldvorming van het hart

De meest gebruikte vorm van beeldvorming is de echocardiografie (afgekort 'echo'). Deze techniek gebruikt geluidsgolven om beelden van verschillende delen van het hart, waaronder de hartkleppen en de kamers, te vormen. Gewoonlijk wordt een transthoracale echocardiografie (TTE) uitgevoerd, waarbij een echosonde tegen de huid wordt gedrukt en over de borst wordt bewogen.

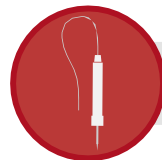
Als de TTE onvoldoende details oplevert, dan kan een transoesofageale echocardiografie (TOE), die beelden van binnen in het lichaam neemt, nodig zijn. De echosonde (een dunne flexibele slang) wordt voorzichtig door de keel en de slokdarm (oesofagus) opgeschoven om een duidelijker beeld van het hart te krijgen. U moet meestal enkele uren van tevoren nuchter zijn. U krijgt ook een speciale spray toegediend die uw keel lokaal verdooft, of u valt in slaap door een lichte, korte verdoving (sedatie).

Andere vormen van beeldvorming kunnen bijkomende informatie opleveren, waaronder of de patiënt al dan niet geblokeerde krans(slag)aders (coronaire hartziekten) of andere hartziekten heeft. Bijvoorbeeld, een CT-scan van het hart levert gedetailleerde 3D-beelden van het hart en de omliggende bloedvaten op. Cardiale magnetische resonantie (CMR) levert een zeer gedetailleerd beeld van de structuur van uw hart en toont hoe goed het functioneert.



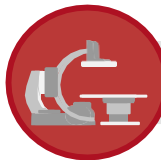
Transthorachale
Echocardiografie (TTE)

- Gewoonlijk gebruikt om hartkleppen en kamers na te kijken
- Beoordelen van de hartfunctie en mogelijke schade
- Gebruikt voor diagnose en opvolging



Transoesofagale
Echocardiografie (TOE)

- Geeft meer detail wanneer TTE niet volstaat
- Gewoonlijk uitgevoerd voorafgaand aan een ingreep op de hartklep



CT-scan van het
hart

- Geeft gedetailleerde beelden van het hart en de bloedvaten



Cardiale magnetische
resonantie (CMR)

- Controleert de functie en de structuur van het hart

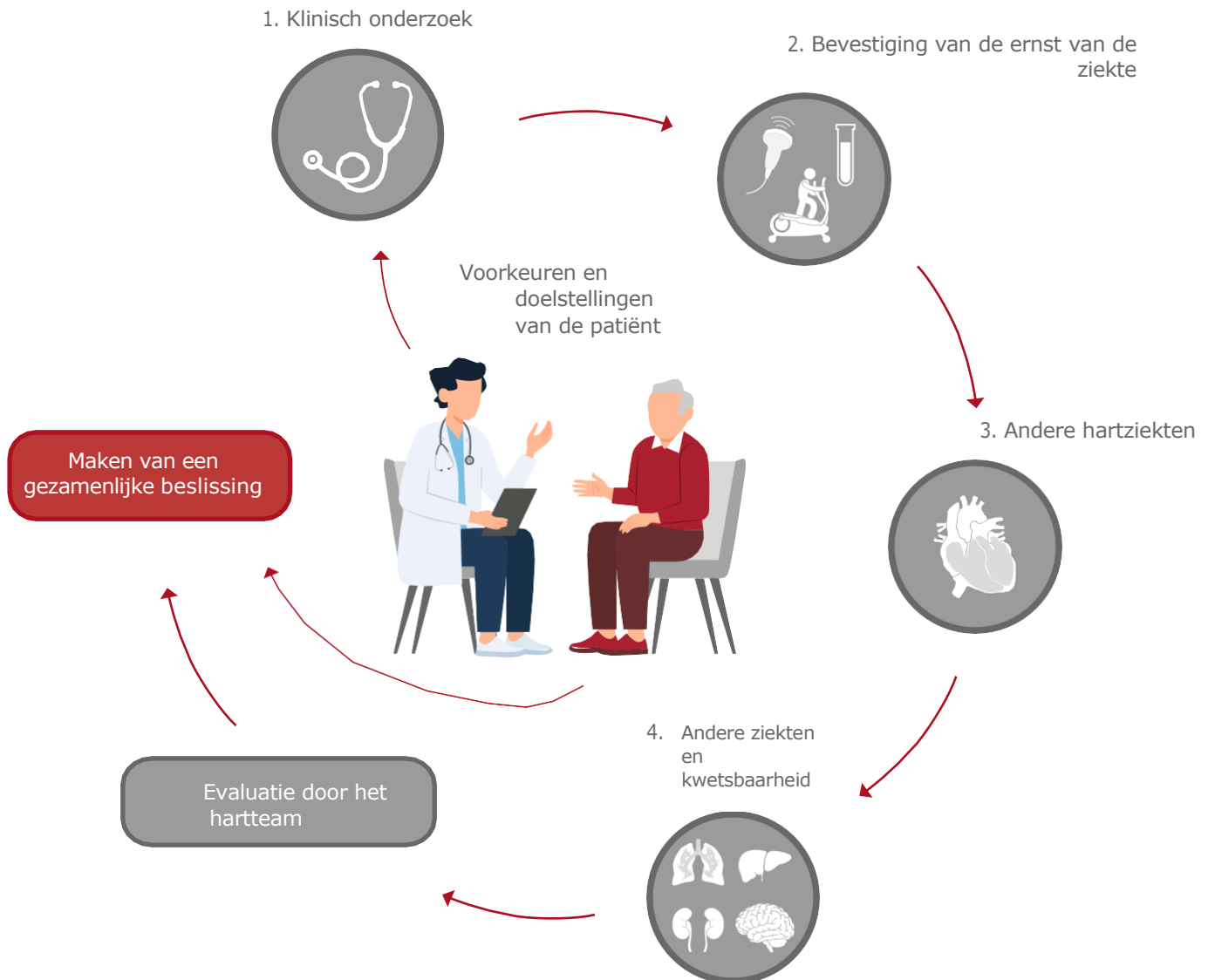
Beeldvorming speelt een belangrijke rol in de diagnose van de ziekte van een hartklep en helpt de zorgverleners om de ernst van de schade aan de klep te evalueren, alsook het plannen van opvolging of de noodzaak voor een behandeling

Naast beeldvorming, kan een hartkatheterisatie uitgevoerd worden om de druk in de hartkamers en de longen op te meten. Een dun slangetje wordt in het bloedvat ingebracht en vervolgens naar de rechterzijde van het hart opgeschoven.

Het hartteam

Als de diagnose van een hartklepaandoening wordt bevestigd, zal een groep specialisten bij uw zorg betrokken worden. Deze groep bestaat meestal uit een cardioloog die gespecialiseerd is in uw aandoening, een hartchirurg, een cardioloog met expertise in beeldvorming en een verpleegkundig specialist in de cardiologie. Zij worden het **Hartteam** genoemd. Indien nodig, kan ook ander gespecialiseerd zorgpersoneel betrokken worden.

Samen kunnen zij de risico's en voordelen van de verschillende behandelingsopties afwegen en dit met u bespreken. Met hun hulp kunt u een gezamenlijke geïnformeerde beslissing over de best aangewezen behandeling nemen.



Patiëntgerichte aanpak van een hartklepaandoening

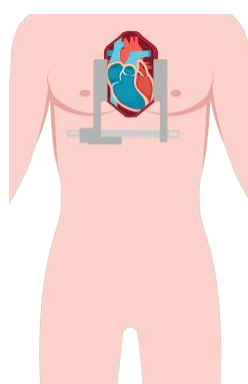
Behandelingsopties

Afhankelijk van het type en de ernst van de klepziekte hebben sommige patiënten niet meteen een behandeling nodig, maar zullen ze op regelmatige tijdstippen worden opgevolgd.

Andere mensen zullen een procedure nodig hebben voor het herstel of het vervangen van de hartklep. Uw arts en zorgteam bespreken met u welk type ingreep de beste optie is voor uw specifieke hartklepaandoening en kenmerken. Dit is onder andere afhankelijk van uw leeftijd.

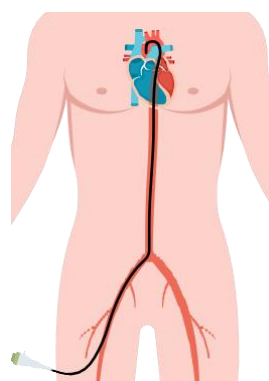
Chirurgie kan op twee manieren gebeuren. Ofwel via 'open hartchirurgie', of via een kleine opening: 'minimaal invasieve chirurgie' genaamd.

Bij een **transkatheter gebaseerde interventie** wordt een buisje (genaamd een katheter) ter hoogte van de lies in het bloedvat ingebracht om zo toegang te krijgen tot de hartklep.



Chirurgie

- Meer invasief
- hart-long machine
- Langere opname in het ziekenhuis
- Kan een langere, duurzame oplossing bieden



Transkatheter benadering

- Minder invasief
- Geen gebruik van het hart-long machine
- Sneller herstel
- Kan minder effectief en duurzaam zijn dan chirurgie

Hartklepreparatie is het herstellen van een beschadigde hartklep. Klepreparatie vraagt gewoonlijk chirurgie, maar in geselecteerde gevallen kunnen transkathetertechnieken worden gebruikt. Chirurgische klepreparatie wordt vaak verkozen boven het chirurgisch vervangen van de klep. Echter, het vervangen van de klep is gewoonlijk de enige beschikbare optie wanneer de klep vernauwd is of er sprake is van calciumafzetting op de klep.

Vervanging van de hartklep betreft het inbrengen van een nieuwe klep (een klepprothese genaamd). Er zijn twee typen vervanging mogelijk: mechanisch en biologisch.

Mechanische kleppen worden van carbon of metaal gemaakt. Zij gaan lang mee, maar het levenslang innemen van bloedverdunners is nodig om de vorming van klonters op de klep (kleptrombose) te voorkomen.

Biologische kleppen worden gemaakt van dierlijk weefsel, of in zeldzame gevallen, menselijk weefsel. Gewoonlijk is het hier niet nodig om bloedverdunners te gebruiken, maar ze gaan minder lang mee dan mechanische kleppen en moeten later in het leven mogelijks opnieuw vervangen worden. Biologische kleppen zijn geschikt voor mensen die geen bloedverdunners kunnen nemen, bijvoorbeeld voor mensen met een hoog bloedingsrisico door kwetsbaarheid, andere ziekten of vrouwen die een zwangerschap overwegen.

Een klepvervanging kan door chirurgie of een transkatheter gebaseerde interventie uitgevoerd worden. Transkathetertechnieken zijn in het bijzonder geschikt bij oudere patiënten en wanneer chirurgie te veel risico's met zich zou meebrengen.

De voordelen en nadelen van de behandelingsopties zouden volledig met u besproken moeten worden, inclusief de kansen op succes, de hersteltijd, de mogelijke complicaties en de mogelijke risico's op toekomstige procedures. Bijvoorbeeld, hoewel een vervanging via een transkatheter gewoonlijk een korter verblijf in het ziekenhuis en herstelperiode betekent dan met chirurgie, zou de nieuwe klep minder lang kunnen meegaan. Daarom kan deze behandeling minder geschikt zijn voor jongere patiënten.

Onderzoek toonde aan dat de beste resultaten worden bereikt wanneer klepreparatie en -vervanging in ziekenhuizen met een Hartklepcentrum doorgaan met ervaren personeel dat regelmatig procedures

uitvoert.

Het is onmogelijk om hartklepaandoeningen met **geneesmiddelen** alleen te genezen, maar ze kunnen wel worden voorgeschreven om symptomen te verminderen en andere risicofactoren voor het hart te behandelen.

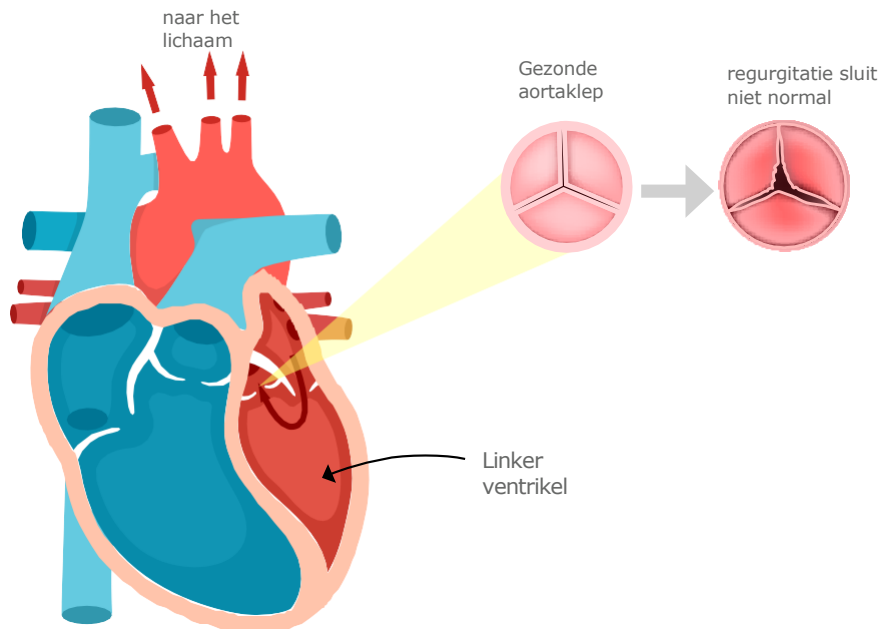
Bovendien kunnen wijzigingen in de **levensstijl**, zoals het behouden van een gezond lichaamsgewicht, stoppen met roken en lichte beweging, zoals wandelen, de algemene gezondheid verbeteren en de belasting van het hart verminderen.

Uw hartteam zal gepaste behandelingsopties en verandering in levensstijl met u bespreken.
Bespreek uw voorkeuren en aarzel niet om vragen te stellen.

Het volgende hoofdstuk beschrijft een aantal veelvoorkomende hartklepaandoeningen en hoe ze behandeld kunnen worden.

Lekkage van de aortaklep (aortaregurgitatie)

Bij een normale hartslag pompt de linker hartkamer (ventrikel) bloed door de aortaklep naar het lichaam. Lekkage van de aortaklep (aortaregurgitatie) doet zich voor wanneer de aortaklep niet goed sluit, waardoor bloed dat teruglekt in het linker ventrikel. Dat vermindert de effectiviteit van het hart om bloed door het lichaam te pompen en kan ertoe leiden dat de linker hartkamer gaat uitzetten en verzwakken.

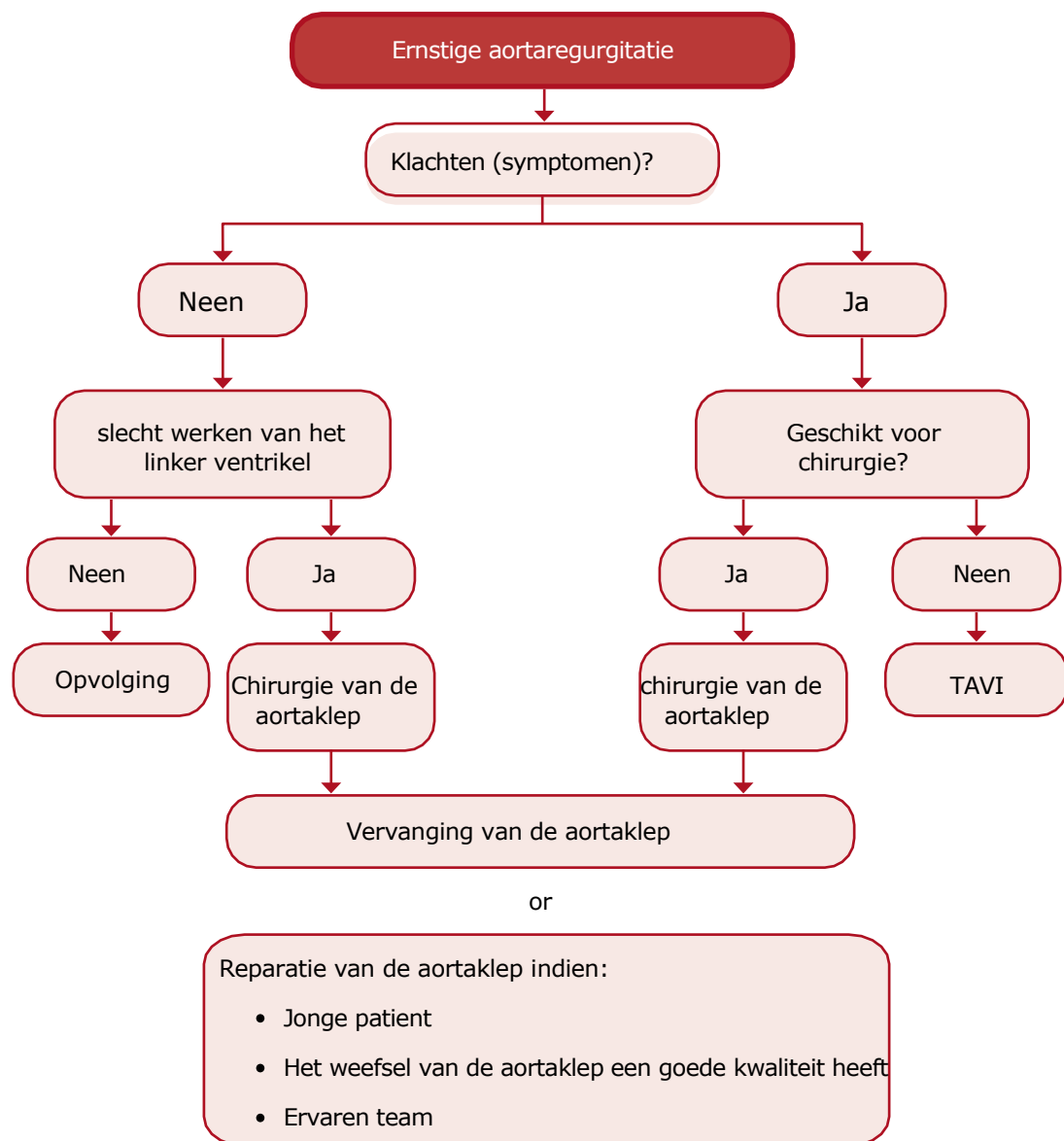


Echocardiografie is meestal het eerste onderzoek dat wordt gebruikt om de oorzaak en de ernst van de aortaregurgitatie te evalueren en om te kijken naar de effecten op de linker hartkamer. Bovendien, kunnen CT- of CMR-scans nuttige informatie geven over de oorzaak van de aortaregurgitatie en of er schade is aan het linker ventrikel.

Veel patiënten met aortaregurgitatie hebben geen klachten. Zij zullen regelmatig in het ziekenhuis worden opgevolgd. Tijdens deze check-ups dienen patiënten alle mogelijke symptomen aan hun zorgverstrekker te melden.

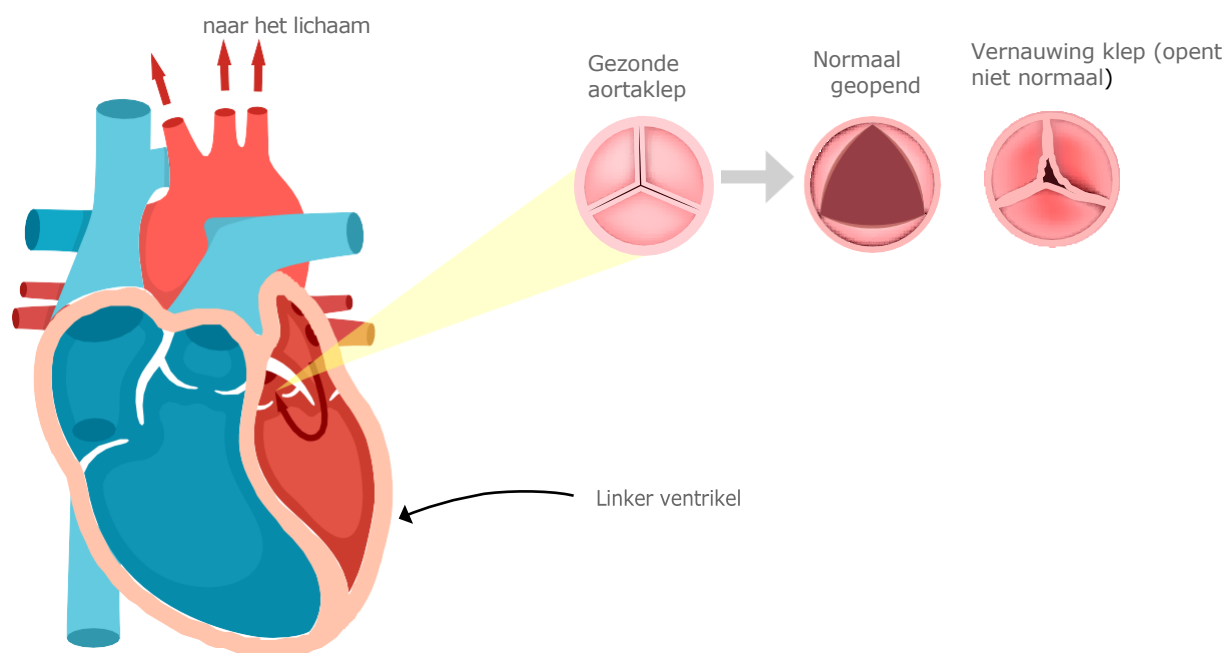
Chirurgie wordt voor patiënten met symptomen en ernstige aortaregurgitatie aanbevolen zolang de patiënt geen verhoogd risico op chirurgische complicaties heeft. Chirurgie is eveneens aangewezen als de patiënt zonder symptomen een toenemende uitzetting van de linker ventrikel heeft. Meestal wordt een chirurgische klepvervanging uitgevoerd, maar in ziekenhuizen met de nodige expertise kan aan jongere patiënten klepreparatie worden voorgesteld. Voor patiënten die niet in aanmerking komen voor chirurgie, kan transkatheteraortaklepipplantatie (TAVI) worden aanbevolen.

De figuur hieronder toont een voorbeeld van hoe een patiënt met ernstige lekkage van de aortaklep zou behandeld kunnen worden. Per patiënt worden er echter individuele beslissingen genomen waarbij voor iedere patiënt verschillende factoren en diens noden en voorkeuren worden overwogen.



Vernauwing van de aortaklep (aortaklepstenose)

Bij aortastenose is de aortaklep vernauwd en opent ze minder goed. Dat betekent dat er minder bloed het linker ventrikel kan verlaten en door het lichaam kan stromen. De meest voorkomende oorzaak van aortastenose is de afzetting van calcium die zich opbouwt rond de klep bij het ouder worden.



Een echocardiografie is het belangrijkste onderzoek om de diagnose te bevestigen en om te evalueren hoe nauw de aortaklep is geworden. Een aanvullende CT-scan kan aantonen hoeveel calcium zich heeft opgebouwd.

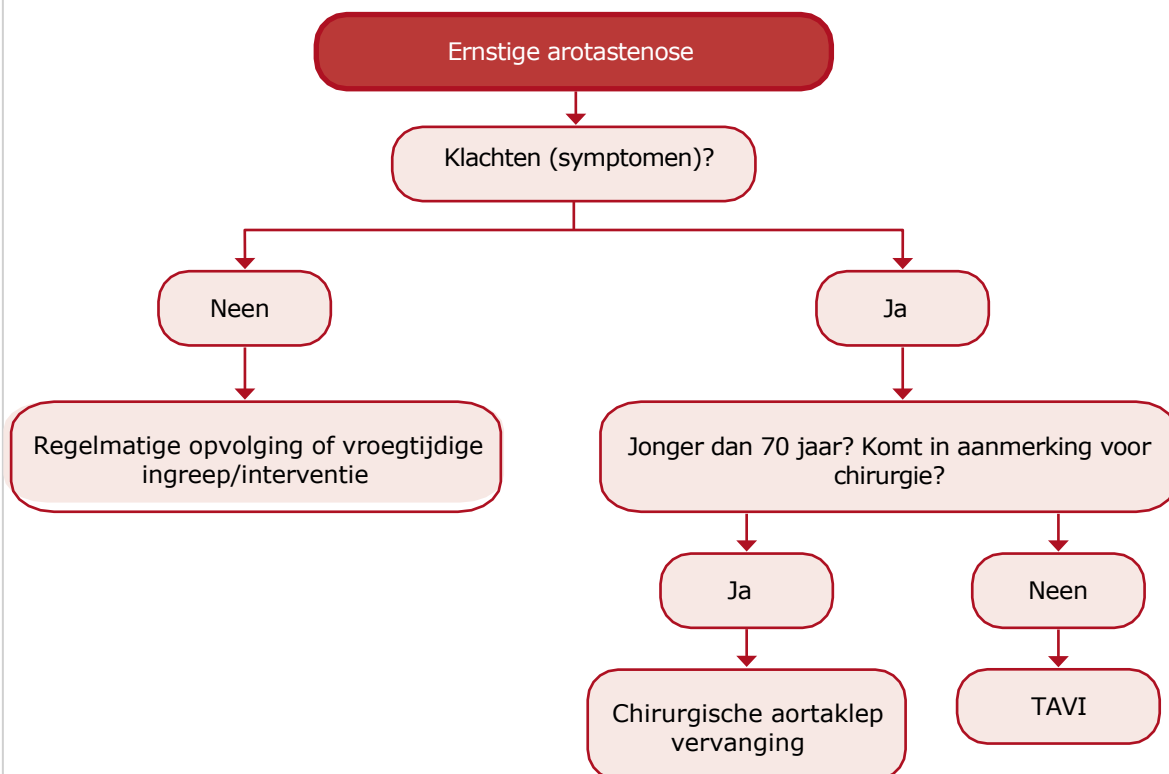
Vaak veroorzaakt milde aortastenose geen symptomen en vereist het geen onmiddellijke behandeling.

Als u ernstige aortastenose heeft zonder klachten, dan zal uw arts met u de mogelijke voordelen en risico's van een vroegtijdige behandeling van uw klep bespreken. Afhankelijk van het risico van de procedure en uw persoonlijke voorkeuren, zou u samen kunnen beslissen om de klep te vervangen of om te wachten en regelmatige controles in te plannen (afwachtende houding/watchful waiting). Indien er een afwachtende houding wordt aangenomen, wordt u minstens om de 6 maanden opgevolgd om vroegtijdige symptomen of tekenen van verergering op te sporen. Het is van belang dat u tijdens deze periode elk nieuw symptoom aan uw zorgverstrekker signaleert.

Voor patiënten met ernstige aortaklepstenose en symptomen, is een vervanging van de klep aanbevolen. Of de klep via chirurgie of met een transkatheterinterventie wordt vervangen, hangt af van veel factoren, zoals leeftijd. Een oudere leeftijd wordt geassocieerd met een hoger risico op complicaties tijdens chirurgie. TAVI is het meest geschikt voor patiënten van 70 jaar of ouder. Chirurgie is het meest geschikt voor jongere patiënten of voor patiënten met een ingeschatte lange levensverwachting, omdat er een kans is dat een klep die met TAVI wordt ingebracht later in het leven mogelijk opnieuw moet worden vervangen, wat risico's met zich meebrengt.

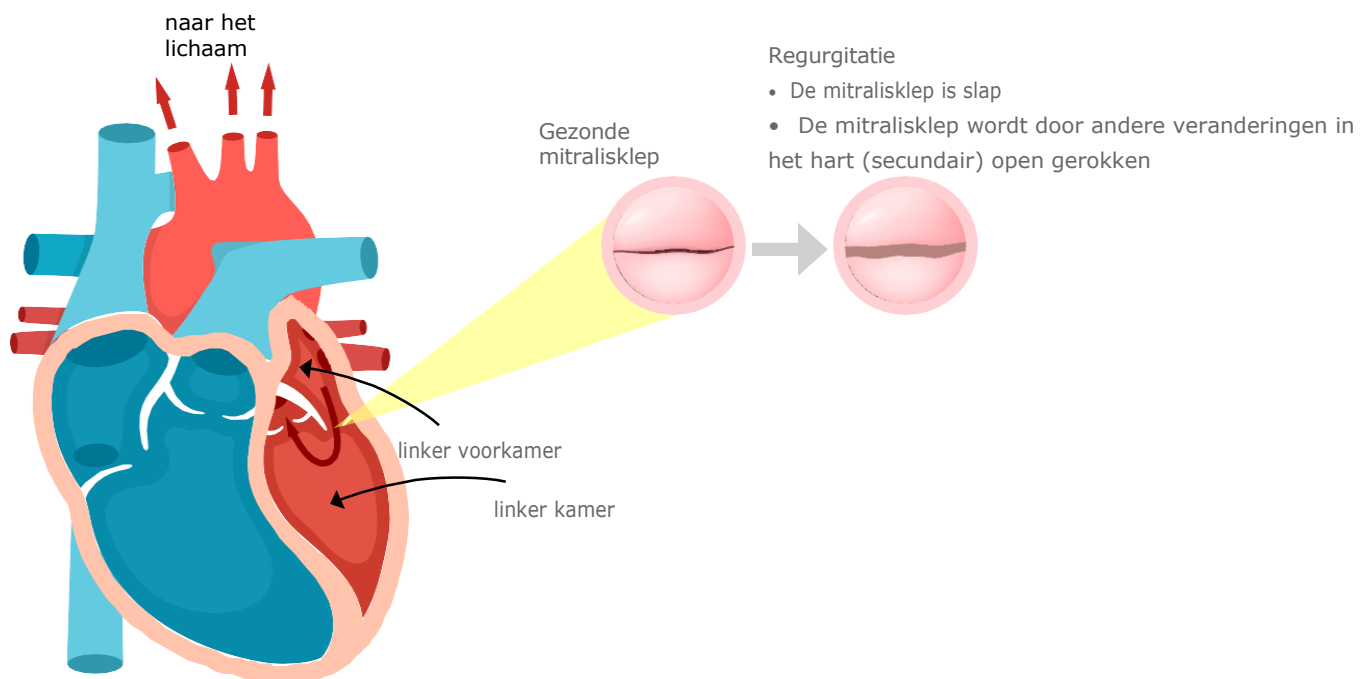
Andere factoren, zoals de vorm van de klep, de klepmaat, de graad van verkalking (calcificatie) en andere bestaande ziekten, zijn ook onderdeel van het beslissingsproces. Het hartteam zal de risico's en voordelen afwegen en de beschikbare mogelijkheden met de patiënt bespreken.

Voorkeur voor CHIRURGISCHE klepvervangng	Voorkeur voor TRANSKATHETER klepvervangng (TAVI)
• Jonger dan 70 jaar • Andere hartziekten die behandeling vereisen • Complexe ziekte van de kransslagader • Bepaalde kenmerken van de klep (bv. ernstige verkalking, of een bicuspide klep [de klep heeft 2 bladjes in plaats van drie])	• 70 jaar of ouder • Eerdere chirurgie • Hartaandoening of andere ziekte dat het chirurgisch risico verhoogt. • Kwetsbaarheid • De bloedvaten in het been zijn geschikt om via een katheter het hart te bereiken.



Lekkage van de mitralisklep (mitralisregurgitatie)

De mitralisklep laat bloed door van de linker voorkamer (atrium) naar de linker kamer (ventrikel). **Lekkage van de mitralisklep** (mitralisregurgitatie) treedt op wanneer de mitralisklep niet goed sluit. Bloed lekt terug naar de linker voorkamer. Daardoor kan de linker voorkamer groter worden en kan de linker hartkamer geleidelijk verzwakken.



Wanneer de mitralisklep beschadigd of abnormaal is, wordt dat **primaire mitralisregurgitatie** genoemd. Een gangbare oorzaak is leeftijdsgebonden slijtage, waardoor de klep slap kan worden en niet meer volledig sluit (ook 'mitralisverzakking' genoemd). In andere gevallen werd de klep beschadigd door een infectie (endocarditis), of werd de patiënt geboren met een abnormale klep.

Andere patiënten hebben een normale hartklep, maar veranderingen in de afmetingen van de linkerzijde van het hart trekken de klepbladen uit elkaar. Dit wordt **secundaire (of functionele) mitralisregurgitatie** genoemd en het kan gebeuren na een hartaanval en bij patiënten met hartfalen of die langdurig last hebben van voorkamerfibrillatie (atriale fibrillatie).

Een echocardiografie is de voorkeursmethode om de ernst en de oorzaak – primair of secundair – van de mitralisregurgitatie te evalueren. Dit zal ook bepalend zijn voor de juiste behandeling.

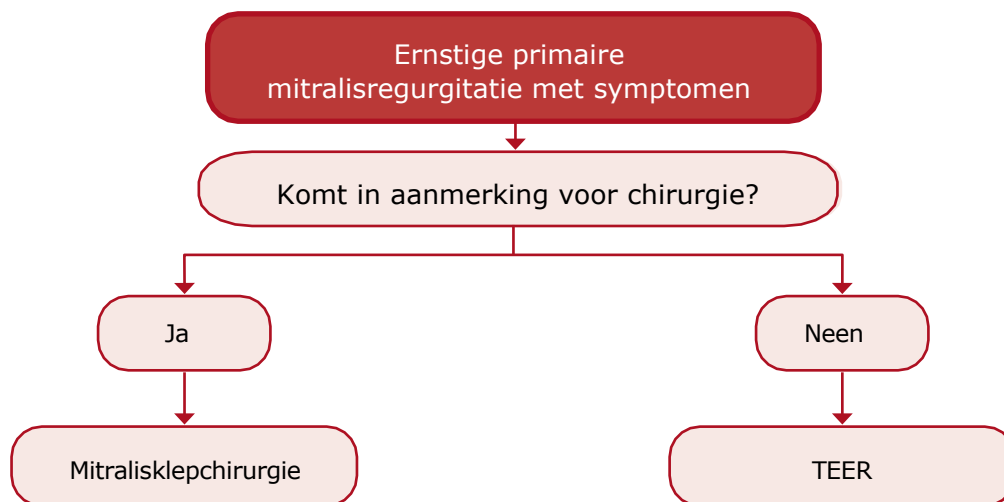
Primaire mitralisregurgitatie

Patiënten met ernstige primaire mitralisregurgitatie die geen symptomen hebben en geen duidelijke problemen met hun linker ventrikel of hartritme (voorkamerfibrillatie), moeten tweemaal per jaar geëvalueerd worden, idealiter in de gespecialiseerd ziekenhuis. Dit wordt 'afwachterende houding' (watchful waiting) genoemd. Een vergroting van de linker hartkamers, verzwakking van de pompfunctie van het hart of een hoge druk in de bloedvaten van de longen kan op de noodzaak voor chirurgie wijzen.

Bij patiënten met ernstige mitralisregurgitatie die symptomen hebben, is operatie aan de mitralisklep aanbevolen, bij voorkeur met herstel van de mitralisklep.

Als chirurgie te risicovol is, dan kan voor de patiënt herstel van de mitralisklep via een katheter (transkatheter edge-to-edge reparatie: TEER) overwogen worden. De borstkast hoeft niet geopend te worden. In plaats daarvan wordt de hartklep bereikt door een slangetje (katheter) en een clip via een bloedvat in de lies op te schuiven. De clip wordt in de mitralisklep geplaatst en houdt de klepblaadjes samen om het lekken tijdens het sluiten van de kleppen te verminderen.

Niet alle mitraliskleppen zijn geschikt voor TEER en uw zorgverlener kan andere transkatheteringrepen met u bespreken of medicatie gebruiken om de symptomen te verminderen.



Secundaire mitralisregurgitatie

De behandeling van secundaire mitralisregurgitatie richt zich in eerste instantie op het verbeteren van het onderliggende hartprobleem dat het lekken van de mitralisklep heeft veroorzaakt. Gewoonlijk betekent dit het aanpassen van de medicatie voor hartfalen en het behandelen van hartritmestoornissen als die aanwezig zijn.

Indien het lekken ondanks deze behandelingen ernstig blijft, zal het Hartteam een procedure om de hartklep te behandelen, bespreken. Afhankelijk van de oorzaak van de lekkage en de structuur van uw klep kan dit met transkatheter edge-to-edge reparatie (TEER) of met chirurgie worden gedaan. In het algemeen wordt TEER meer overwogen wanneer de hartspier verzwakt is, terwijl chirurgie de voorkeur geniet wanneer het lek voornamelijk het gevolg is van een vergroot linker voorkamer (atrium).

Mitralisstenose

Mitralisstenose (vernauwing van de mitralisklep) komt voor wanneer de mitralisklep niet goed open gaat en minder bloed in het linker ventrikel stroomt.

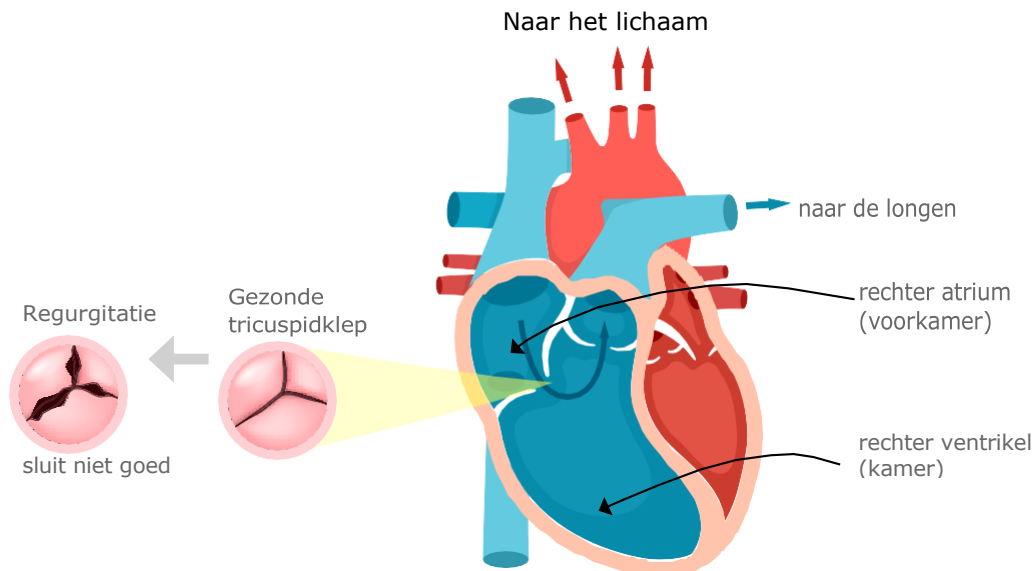
Eén van de belangrijkste oorzaken van mitralisstenose is reumatische koorts, die nu vooral in hoog- en middeninkomenslanden uitzonderlijk voorkomt. Achteruitgang van de mitralisklep bij het ouder worden kan zich ook voordoen wanneer calcium zich met de tijd erop afzet.

De meeste mensen met mitralisstenose zullen geen behandeling nodig hebben, maar vergen wel regelmatige opvolging van hun aandoening.

Aan patiënten met symptomen kan medicatie worden voorgeschreven. Als symptomen aanwezig blijven, kan het hartteam chirurgie of een transkatheterinterventie (percutane mitraliscommissurotomie genaamd), overwegen. Bij dat laatste wordt een ballonnetje in de hartklep opgeblazen om de opening te verbeteren. Wanneer de klepvernauwing niet beperkt is tot de klepblaadjes, maar het gehele klepparaat omvat, dan geniet chirurgie de voorkeur. Bij geselecteerde patiënten kan een transkatheter mitralisklepvervanging een optie zijn.

Lekkage van de tricuspidalklep (Tricuspidregurgitatie)

De tricuspid klep laat bloed van het rechter atrium naar het rechter ventrikel stromen, vanwaar het naar de longen gaat om zuurstof op te nemen. Bij **tricuspidregurgitatie**, sluit de tricuspidklep niet goed en er lekt bloed terug naar het rechter atrium.

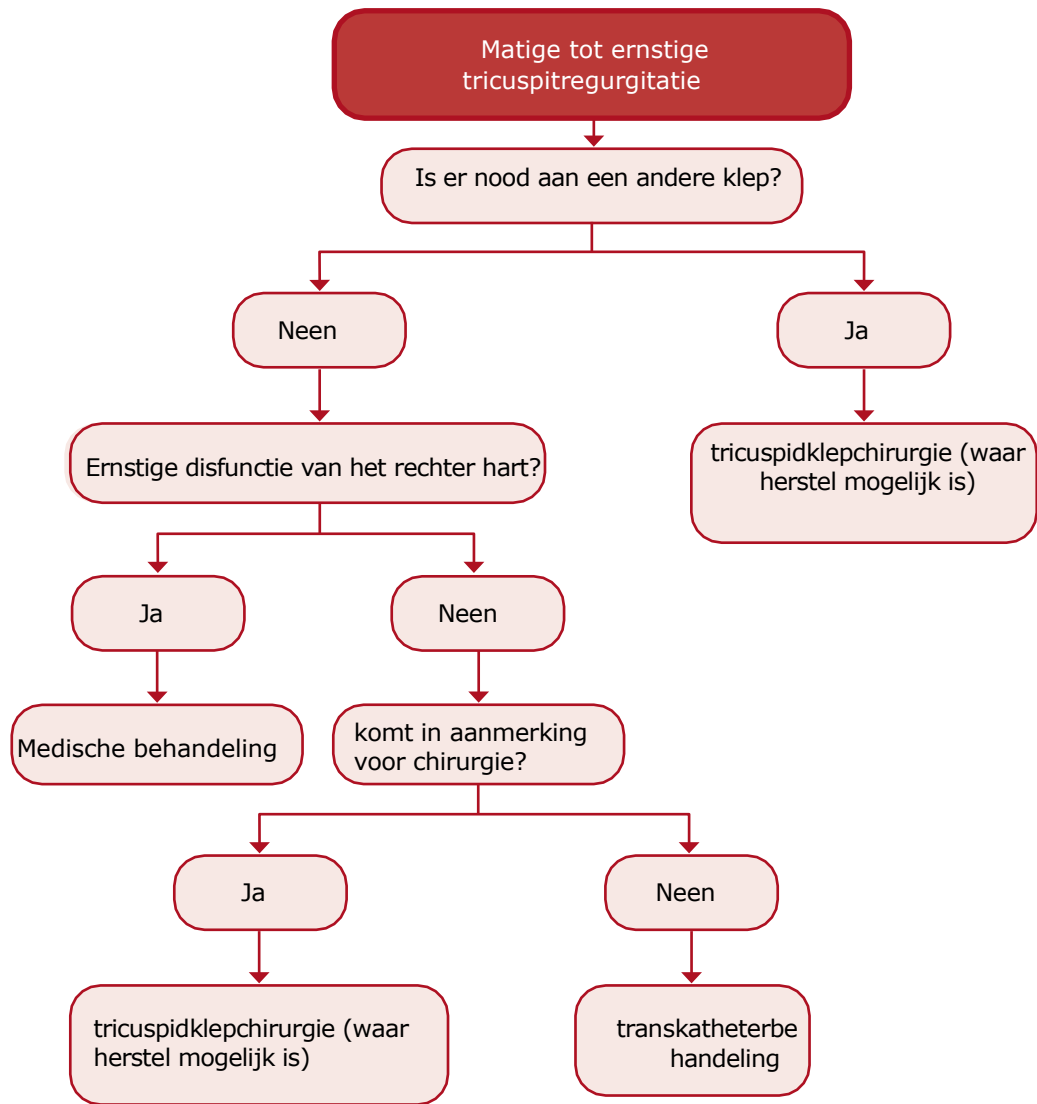


Geïsoleerde milde tricuspidregurgitatie komt zeer vaak voor en vergt geen behandeling. Matige tricuspidregurgitatie is ook vaak voorkomend en is meestal te wijten aan het ouder worden. Ernstige tricuspidregurgitatie wordt meestal veroorzaakt door wijzigingen in het rechter atrium of het rechter ventrikel die de tricuspidklep opentrekt.

Echocardiografie wordt gebruikt om de ernst en de oorzaak van de tricuspidregurgitatie te beoordelen. Indien nodig, wordt een katheterisatie van het rechter hart uitgevoerd, waarbij een dun slangetje (katheter) in een bloedvat wordt ingebracht om de druk in de bloedvaten van de longen en de rechterzijde van het hart te meten.

Patiënten met tricuspidregurgitatie krijgen geneesmiddelen voorgeschreven om de onderliggende oorzaak te behandelen. Dit kunnen geneesmiddelen tegen hartfalen zijn of medicatie om de hoge bloeddruk in de longen of medicijnen om het hartritme, te behandelen.

Vandaag de dag is het ongebruikelijk dat patiënten één enkele procedure aan hun tricuspidklep krijgen. Meestal wordt de tricuspidklep hersteld terwijl ook een andere klep wordt geopereerd. Bij bepaalde patiënten met ernstige tricuspidregurgitatie en die niet geschikt zijn voor chirurgie, wordt een ingreep met een katheter meer en meer gebruikt.



Een **vernaauwing van de tricuspidalklep** (Tricuspidstenose), waarbij de klep niet goed opent, is eerder zeldzaam. Chirurgische vervanging van de tricuspidklep kan worden uitgevoerd als geneesmiddelen de symptomen niet verbeteren.

Opvolging van patiënten na een klepingreep

Voor patiënten bij wie een hartklep werd hesteld, is gewoonlijk een controleraadpleging om de 2 à 3 jaar wenselijk.

Na een klepvervanging zijn jaarlijkse opvolgraadplegingen aanbevolen. Met de tijd kunnen chirurgisch geplaatste of transkatheter geplaatste vervangkleppen verslijten. Dat komt vaker voor bij biologische dan bij mechanische kleppen. Controles bij uw arts helpen om te controleren of uw klep nog steeds goed werkt.

Het is belangrijk dat u uw zorgverlener vertelt of u nieuwe symptomen (klachten) ondervindt tussen de controles.

Patiënten met een mechanische kunstklep zullen levenslang bloedverdunners, ook ontstollingsmedicatie genoemd, moeten nemen om zo de kans op het vormen van een bloedklonter op de nieuwe klep (kleptrombose) te verminderen. De effectiviteit van de bloedverdunners zal regelmatig met een international normalised ratio (INR) test gecontroleerd worden. Het is aanbevolen dat patiënten zelf hun INR waarden weten. Patiënten moeten educatie over INR testen krijgen en over hoe belangrijk een goede anticoagulatie is voor hun gezondheid.

Antibiotica worden aanbevolen wanneer patiënten met een vervangen of herstelde klep tandextractie, orale chirurgie of eender welke andere invasieve interventie nodig hebben. Dat is om endocarditis (een infectie van de herstelde of vervangen klep) te voorkomen.

Hartrevalidatie

U kunt een persoonlijk programma met oefeningen, informatie en ondersteuning aangeboden krijgen. Dit heet hartrevalidatie. Programma's verschillen – ze kunnen fysiek of online zijn – maar ze zijn ontworpen om uw fysieke en mentale welzijn te ondersteunen. Hartrevalidatie kan u helpen:

- Herstellen na een klepprocedure
- Het risico op verdere hartproblemen te verminderen
- Uw conditie en uw voorgeschreven medicatie beter te begrijpen
- Veranderingen in uw levensstijl aan te brengen om uw hartgezondheid te verbeteren, zoals gezond eten, stoppen met roken en het verminderen van alcoholgebruik.
- Uw mentaal welzijn te verbeteren met gesprekken en hulpmiddelen.

Herinner dat uw gezondheidsteam er is om je te helpen. Spreek met hen als je vragen hebt over jouw zorg of ongerust bent over uw gezondheid.

Zoek dringende medische hulp als u volgende symptomen krijgt:

- **Plotse ernstige kortademigheid**
- **Flauwte, duizeligheid**
- **Pijn op de borst**
- **Snel verergeren van symptomen.**

Deze gids voor patiënten is een vereenvoudigde versie van de [2025 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease](#).

Auteurs

Fabien Praz, Department of Cardiology, Inselspital, Bern University Hospital, University of Bern, Bern, Switzerland

Michael A. Borger, University Clinic of Cardiac Surgery, Leipzig Heart Center, Leipzig, Germany

Benoit Mores, (Belgium), ESC Patient Forum, Sophia Antipolis, France

Jonas Lanz, Department of Cardiology, Bern University Hospital, Bern, Switzerland

Mateo Marin-Cuartas, University Department of Cardiac Surgery, Leipzig Heart Center, Leipzig, Germany

Ruggero De Paulis, Department of Cardiac Surgery, European Hospital, Rome, Italy; Unicamillus University, Rome, Italy

Wojtek Wojakowski, Division of Cardiology and Structural Heart Diseases, Medical University of Silesia, Katowice, Poland

Vertaling

Benoit Mores, (Belgium), ESC Patient Forum, Sophia Antipolis, France

Lien Desteghe, Department of Nursing and Midwifery, University of Antwerp, Antwerp, Belgium – Department of Cardiology, Antwerp University Hospital, Edegem, Belgium

Disclaimer

Dit materiaal werd aangenomen op basis van 2025 ESC/EACTS Guidelines for the Management of Valvular Heart Disease (European Heart Journal 2025 - doi.org/10.1093/eurheartj/ehaf194) zoals gepubliceerd op 29 augustus 2025.

Copyright © European Society of Cardiology 2026 - Alle rechten voorbehouden.

Dit materiaal werd enkel voor persoonlijk en educatieve gebruik gepubliceerd. Geen commercieel gebruik wordt toegelaten. Geen deel van dit document mag worden vertaald noch worden gereproduceerd zonder enige vorm van schriftelijke toelating van de ESC. Toelating kan worden verkregen op basis van een ingediend schriftelijk verzoek aan de ESC, Practice Guidelines Department, Les Templiers - 2035, Route des Colles - CS 80179 Biot - 06903 Sophia Antipolis Cedex - France. Email: guidelines@escardio.org

Het materiaal werd aangenomen uit de ESC/EACTS Guidelines als een hulpmiddel voor de patiënten en zorgverstrekkers. Het geeft de inzichten van de ESC weer en werd vervaardigd na zorgvuldige overweging van wetenschappelijke en medische kennis en de evidentie die beschikbaar was op het ogenblik van zijn publicatie. De ESC is niet verantwoordelijk in het geval van enige tegenspraak, discrepantie en/of enige ambiguïteit tussen EACTS/EAS Guidelines en enig andere officiële aanbevelingen of richtlijnen uitgegeven door relevante publieke overheden, in het bijzonder aangaande het goed gebruik van gezondheids- en therapeutische strategieën. Alstublieft, verwijst naar de preambule van de originele richtlijnen voor verdere details over de rol van Klinische Praktische Richtlijnen en de individuele verantwoordelijkheid van zorgprofessionals wanneer beslissingen over de zorg van patiënten worden gemaakt.