

Atriumfibrilleren: een groeiend klinisch probleem

Eric Wever

Gerelateerd artikel: Ned Tijdschr Geneesk. 2010;154:A1570

Met de eerste herziening van de NHG-standaard 'Atriumfibrilleren' worden de richtlijnen voor de diagnostiek en het beleid bij atriumfibrilleren (AF) geactualiseerd.¹ De aanpassingen zijn gebaseerd op de geldende cardiologische classificaties en aanbevelingen.

AF is de meest voorkomende aanhoudende ritmestoornis en is vaak voor patiënten en de behandelend arts een last, een zwart kruis. De prevalentie- en incidentiecijfers tonen dat het aantal patiënten met AF aanzienlijk is.^{2,3} Deze getallen zijn waarschijnlijk nog een onderschatting.¹ De medicus zal in de dagelijkse praktijk bij een verouderende populatie steeds meer patiënten met AF zien.

AF geeft vaak belangrijke klachten, maar kan ook optreden zonder symptomen. Patiënten kunnen op het ene moment veel klachten hebben, en op andere momenten klachtenvrij zijn.¹ Daarom moet de conclusie dat AF van korte duur is, voorzichtig worden gehanteerd. AF kan optreden bij het brady-tachycardiesyndroom, waarbij pacemakerimplantatie geïndiceerd kan zijn. Auscultatie en palpatie van de pols kunnen van additionele waarde zijn, maar de NHG-standaard stelt terecht dat de diagnose 'AF' moet worden gesteld met een 12-kanaals-ecg.

Ook zonder symptomen van hartkloppingen, een onregelmatige hartslag, benauwdheid, vermoeidheid, thoracale pijn en duizeligheid kan AF belangrijke morbiditeit veroorzaken, zoals trombo-embolische complicaties en hartfalen.² Patiënten met een ischemisch cerebrovasculair accident (CVA) hebben vaak ook AF. De overlijdenskans is bij deze patiënten verdubbeld.²

Screening Verschillende onderzoeken hebben beschreven dat de diagnose 'AF' bij 25-35% van de patiënten niet eerder was vastgesteld. Screening kan helpen patiënten op te sporen; toch wordt dit nog niet aanbevolen.¹ Mogelijk ligt hier een onderzoekstaak voor huisartsen, in samenwerking met cardiologen.

EÉN CARDIOLOGISCH CONSULT

De NHG-standaard beschrijft dat de diagnostiek en behandeling van AF bij patiënten van 65 jaar en ouder kunnen plaatsvinden in de huisartsenpraktijk. Deze

scheidslijn is arbitrair; afgezien daarvan is bij AF vrijwel altijd, naar mijn mening, minimaal één cardiologisch consult gewenst. Argumenten hiervoor zijn de volgende. Allereerst moet de aandoening 'AF', zoals de NHG-standaard dat ook beschrijft, niet worden gezien als een geïsoleerde entiteit, maar als onderdeel van het spectrum van cardiologische morbiditeit. Bij zeer veel patiënten spelen cardiologische afwijkingen of risicofactoren voor coronairlijden, zoals hypertensie en diabetes mellitus, een oorzakelijke rol. Ook dit is bij het voortschrijden van de leeftijd in toenemende mate van belang.

Ten tweede is een 12-kanaals-ecg obligaats voor de diagnose. Een ecg kan aantonen of er sprake is van een eventuele andere aritmie zoals extrasystolie of een atriumflutter, en kan belangrijke informatie geven over eventueel bijkomende aandoeningen, zoals een hartinfarct of linkerventrikel-hypertrofie. Dit is van groot belang voor de behandeling. Voor correcte diagnostiek is bovendien kennis van het ecg vereist. De NHG-standaard blijft hier vaag over en vermeldt dat huisartsen AF kunnen vaststellen, indien zij beschikken over de nodige kennis van en ervaring met ecg-interpretatie.

Ten derde stellen richtlijnen van de American College of Cardiology, de American Heart Association en de European Society of Cardiology, dat bij patiënten met AF echocardiografie is geïndiceerd.⁴ In de NHG-standaard is dit niet als zodanig geformuleerd. Uiterste voorzichtigheid is geboden met het stroomschema uit de figuur, waar het reumatisch klepvitium tussengeplaatst is.¹ Een significant klepvitium is een harde indicatie voor het starten van warfarine (een cumarinderivaat). Juiste diagnostiek is dus een vereiste. Tegenwoordig heeft de vaardigheid van hartauscultatie, ter detectie van kenmerkend hartgebruis, in de artsenopleiding naar mijn idee niet de hoogste prioriteit.

Tot slot is frequentiecontrole van AF volgens meerdere studies equivalent aan ritmecontrole (oftewel behoud van sinusritme); deze 2 controles worden gelijk geacht wat betreft de totale mortaliteit, majeure cardiovasculaire eindpunten zoals de cardiale mortaliteit en trombo-embolische complicaties.⁵ Echter, in de studies van deze meta-analyse werden patiënten medicamenteus behandeld en waren er in de ritmecontrole-groepen grote percentages patiënten zonder behoud van sinusritme (40-77%). Ritmecontrole middels radiofrequente katheterablatie of ritmechirurgie (mini-maze-operatie) is effec-

St. Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein.

Dr. E.F.D. Wever: cardioloog

(e.wever@antonius.net).

tiever dan met medicijnen.⁶ Als frequentiecontrole zou worden vergeleken met ritmecontrole middels veilige en effectieve niet-farmacologische technieken, zou de conclusie wellicht anders zijn. In het algemeen mag worden gesteld dat patiënten met een gecontroleerde sinusritme een beduidend betere kwaliteit van leven hebben.⁶

BEHANDELING

Anti-arrhythmica Bètablokkers klasse II, calciumantagonisten klasse IV en digoxine kunnen door de huisarts worden voorgeschreven. Het starten van klasse I en klasse III anti-arrhythmica is voorbehouden aan de cardioloog. Het is echter niet zo dat de behandeling van AF altijd alleen uit frequentiecontrole bestaat; persisterende klachten ten gevolge van AF of bijwerkingen van de medicijnen kunnen ook behandeling behoeven, ongeacht de leeftijd van de patiënt (jonger of ouder dan 65 jaar). Anderzijds, als een patiënt goed is ingesteld op medicatie ten behoeve van ritmecontrole, kan de huisarts bij afwezigheid van belangrijke cardiologische afwijkingen de behandeling overnemen.

Antithrombotica Richtlijnen voor de toepassing van antistolling worden uitgebreid en duidelijk beschreven in onder andere *Netherlands Heart Journal*. Er is aanpassing verricht aan de huidige cardiologische richtlijnen zoals beschreven in 2006.⁴ Dit is erg belangrijk voor de uniformiteit en effectiviteit van preventie. De indicatie voor acetylsalicylzuur of warfarine wordt gebaseerd op de CHADS₂-score (afkorting afgeleid van: congestief hartfalen, hypertensie, leeftijd ('age'), diabetes mellitus en 'stroke' of 'transient ischaemic attack' (TIA) in de

medische voorgeschiedenis). Bij een score van 0-1 punten, inclusief idiopatisch AF, wordt acetylsalicylzuur geadviseerd; vanaf > 1 punt wordt warfarine geadviseerd, indien geen belangrijke contra-indicaties bestaan.

Andere behandelingen Behalve voor de behandeling van hypertensie, werken ACE-remmers volgens een recente meta-analyse gunstig ter primaire en secundaire preventie van AF.⁷ Zoals recent beschreven, is obesitas geassocieerd met het optreden van AF, zodat controle van de 'body mass index' (BMI) geïndiceerd is.⁸

Toekomstige behandeling Dabigatran, een directe trombineremmer, dat naar verwachting binnenkort voor cardiologische patiënten beschikbaar komt, heeft in de dosering van 220 mg 1 dd een risicoreductie op trombo-embolische complicaties die gelijkwaardig is aan warfarine, maar met een kleinere kans op majeure bloedingen.⁹ Percutane occlusie van het linker hartoor lijkt eveneens een goed alternatief ter preventie van trombo-embolische complicaties.⁶ Amiodaron wordt beschouwd als het meest effectieve anti-arrhythmicum, maar heeft potentieel belangrijke bijwerkingen. Het afgeleide middel 'dronedaron' heeft naar vermelding veel minder belangrijke bijwerkingen.¹⁰

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 4 juli 2010

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2010;154:A2478

[➤ Meer op www.ntvg.nl/opinie](http://www.ntvg.nl/opinie)

LITERATUUR

- Boode BSP, Heeringa J, Konings KTS, et al. NHG-standaard atriumfibrilleren. Eerste herziening. Huisarts Wet. 2009;52:646-63.
- Benjamin EI, Wolf PA, D'Agostino RB, et al. Impact of atrial fibrillation on the risk of death: the Framingham Heart Study. *Circulation*. 1998;98:946-52.
- Heeringa J, Van der Kuip DA, Hofman A, et al. Prevalence, incidence and life-time risk of atrial fibrillation: the Rotterdam study. *Eur Heart J*. 2006;27:949-53.
- Fuster V, Ryden LE, Cannom DS, et al. ACC/AHA/ESC 2006 guidelines for the management of patients with atrial fibrillation. *Circulation*. 2006;114:e257-354.
- De Denus S, Sanoski CA, Carlsson J, et al. Rate versus rhythm control in patients with atrial fibrillation: a meta-analysis. *Arch Intern Med*. 2005;165:258-62.
- Lafuente-Lafuente C, Mahe I, Extramiana F. Management of atrial fibrillation. Clinical review. *British Medical Journal*. 2009;340:40-5.
- Schneider MP, Hua TA, Böhm M, et al. *J Am Coll Cardiol*. 2010;55:2299-307.
- Tedrow UB, Conen D, Ridker PM, et al. *J Am Coll Cardiol*. 2010;55:2319-27.
- Connolly SJ, Ezekovitz MD, Eikelboom J, et al. RE-LY Steering Committee and Investigators. Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation. *New Engl J Med*. 2009;361:1139-51.
- Hohnloser SH, Crijns HJ, Van Eickels M, et al. Effect of dronedarone on cardiovascular events in atrial fibrillation. *New Engl J Med*. 2009;360:668-78.