

RICHTLIJNEN

Belangrijke wijzigingen in de NHG-standaard 'Atriumfibrilleren'

HERZIENE VERSIE VERSCHENEN

Maureen van den Donk en Wim Opstelten*

De NHG-standaard 'Atriumfibrilleren' is herzien op een beperkt aantal punten, met belangrijke consequenties voor de huisartsenpraktijk.

Het risico op een ischemisch CVA bij patiënten met atriumfibrilleren wordt bepaald op basis van een nieuwe risicoscore (CHA₂DS₂-VASc).

De streefwaarde van de ventrikelfrequentie in rust is verhoogd van maximaal 90 naar maximaal 110 slagen per minuut.

Bij vrijwel alle patiënten van 65 jaar en ouder met atriumfibrilleren zijn orale anticoagulantia geïndiceerd; alleen bij mannen jonger dan 75 jaar en zonder cardiovasculaire comorbiditeit is antitrombotische medicatie niet noodzakelijk.

Ter preventie van een trombo-embolie bij atriumfibrilleren is het gebruik van acetylsalicylzuur alleen nog geïndiceerd bij een contra-indicatie voor orale anticoagulantia.

De nieuwe orale anticoagulantia (NOAC's) hebben een zeer beperkte plaats bij de preventie van een trombo-embolie in de huisartsenpraktijk.

In augustus 2013 publiceerde het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) een herziening van de NHG-standaard 'Atriumfibrilleren', waarvan de volledige tekst is te vinden op www.nhg.org. Het betreft een partiële herziening die, eerder dan gepland, noodzakelijk was door nieuwe ontwikkelingen met grote consequenties voor de huisartsenpraktijk. We bespreken de belangrijkste wijzigingen.

NIEUWE RISICOSCORE VOOR INSCHATTING RISICO OP CVA

Atriumfibrilleren verhoogt het risico op een ischemisch CVA. Sinds het verschijnen van de vorige versie van de standaard is er een nieuwe risicoscore ontwikkeld om dit risico in te schatten: de CHA₂DS₂-VASc-score. Deze score is opgebouwd uit de volgende risicofactoren: hartfalen (Congestive heart failure; 1 punt); Hypertensie (1 punt); leeftijd \geq 75 jaar (Age; 2 punten); Diabetes mellitus (1 punt); doorgemaakt CVA/TIA/trombo-embolie (Stroke; 2 punten); Vaatlijden (1 punt); leeftijd 65-74 jaar (Age; 1 punt); en vrouwelijk geslacht (Sex category; 1 punt). Deze risicoscore, die gevalideerd is in een aantal patiëntenpopulaties, waarvan 2 in de eerste lijn, wordt nu ook

*Namens de NHG-werkgroep Atriumfibrilleren, waarvan de leden aan het eind van dit artikel worden vermeld.

Nederlands Huisartsen Genootschap, afd. Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, Utrecht.

Dr. M. van den Donk, epidemioloog; dr. W. Opstelten, huisarts.

Contactpersoon: dr. M. van den Donk (m.vandendonk@nhg.org).

in de standaard toegepast. Het verschil met de voorheen toegepaste CHADS₂-score is dat vrouwelijk geslacht en vaatlijden nu ook als risicofactoren voor een tromboembolie worden aangemerkt en dat leeftijd zwaarder weegt; iemand met een leeftijd van 65-74 jaar krijgt 1 punt (voorheen geen), personen met een leeftijd \geq 75 jaar krijgen 2 punten (voorheen 1).

De toepassing van de CHA₂DS₂-VASc-score heeft als voordeel dat patiënten met een daadwerkelijk laag risico op een ischemisch CVA beter worden aangemerkt, terwijl de CHADS₂-score beneden een jaarlijks risico van ongeveer 2% geen verdere differentiatie geeft. Bovendien wordt toepassing van deze nieuwe risicoscore geadviseerd in de 'Guidelines for the management of atrial fibrillation' (2010/2012) van de European Society of Cardiology, die wordt gevolgd door cardiologen in Nederland.

VERLAGING VAN DE VENTRIKELFREQUENTIE

Het doel van de medicamenteuze behandeling is verlagings van de ventrikelfrequentie om de klachten te verminderen. De streefwaarde van de ventrikelfrequentie in rust is verhoogd van maximaal 90/min naar maximaal 110/min op grond van resultaten van een gerandomiseerd onderzoek. Hierin werden 614 patiënten met atriumfibrilleren en een hartslag van > 80 /min gerandomiseerd tussen 2 groepen: in de interventiegroep werd strikte frequentiecontrole nagestreefd (in rust < 80 /min, bij matige inspanning < 110 /min), in de controlegroep alleen een rustfrequentie < 110 /min.

Na 3 jaar follow-up bleek de samengestelde uitkomstmaat (optreden van cardiovasculaire sterfte, ziekenhuisopname vanwege hartfalen, trombo-embolie, bloeding of levensbedreigende ritmestoornis) bereikt te zijn door 14,9% in de groep met strikte en 12,9% in de groep met soepelere frequentiecontrole (absoluut risicoverschil: 2%; 95%-BI: -7,6-3,5). Een soepelere frequentiecontrole bleek dus niet minder effectief te zijn dan een strenge frequentiecontrole. Zoals verwacht, moesten patiënten in de groep met strikte frequentiecontrole meer medicijnen gebruiken dan patiënten in de controlegroep om de hen gestelde streefwaarde te bereiken.

ORALE ANTICOAGULANTIA VOOR VRIJWEL ALLE 65-PLUSSERS

Voor patiënten met een CHA₂DS₂-VASc-score van 2 of hoger zijn orale anticoagulantia geïndiceerd. In de praktijk betekent dit dat vrijwel alle patiënten ≥ 65 jaar met atriumfibrilleren een indicatie voor orale anticoagulantia hebben. Alleen voor mannen < 75 jaar en zonder cardiovasculaire comorbiditeit (CHA₂DS₂-VASc-score van 1) wordt antitrombotische medicatie niet noodzakelijk geacht. Op dit punt wijkt de standaard af van de eerder genoemde Europese richtlijn.

De overweging van de NHG-Werkgroep Atriumfibrilleren is dat voor deze patiëntengroep het voordeel van antitrombotische medicatie (preventie van een tromboembolie) niet opweegt tegen het nadeel daarvan (risico op bijwerkingen, zoals bloedingen). Uit een analyse van trialgegevens van 4670 patiënten met een CHADS₂-score van 1, die tijdens het verschijnen van de Europese richtlijn overigens nog niet gepubliceerd was, bleek immers dat het risico op een ischemisch CVA bij patiënten met een CHA₂DS₂-VASc-score van 1 minder is dan 1% per jaar. Hiermee is het onwaarschijnlijk dat deze groep patiënten baat heeft bij behandeling met orale anticoagulantia, gegeven het risico op bloedingen dat met deze behandeling geassocieerd is.

Met orale antistolling zou het absolute risico op een CVA met ongeveer 0,5% (60% relatieve risicoreductie) kunnen worden verlaagd. Het extra risico op intracraniale bloedingen door gebruik van orale anticoagulantia is in trials ongeveer 0,3% en ligt in de praktijk waarschijnlijk hoger, omdat patiënten die niet aan de criteria voor onderzoeksdeelname voldoen een groter bloedingsrisico hebben dan de gemiddelde deelnemer aan het onderzoek. Aangezien intracraniale bloedingen meestal ernstiger zijn dan ischemische CVA's en orale anticoagulantia ook andere bijwerkingen hebben, zoals gastro-intestinale bloedingen, is de winst van het gebruik van orale anticoagulantia voor deze patiënten twijfelachtig. Dit wordt ondersteund door 2 Scandinavische cohortonderzoeken, die lieten zien dat cumarinederivaten leidden tot een neutraal netto klinisch effect (voorkomen herseninfarcten minus extra hersenbloedingen) bij patiënten met een CHA₂DS₂-VASc-score van 1.

ACETYSALICYLZUUR NIET MEER AANBEVOLEN

Ter preventie van een trombo-embolie bij atriumfibrilleren is acetylsalicylzuur alleen nog geïndiceerd bij een contra-indicatie voor orale anticoagulantia. Orale anticoagulantia verlagen het risico op een trombo-embolie namelijk sterker dan acetylsalicylzuur. Daarnaast bleek uit een meta-analyse met individuele patiëntgegevens dat bij patiënten > 75 jaar acetylsalicylzuur, in tegenstelling tot cumarinederivaten, niet meer effectief is om een trombo-embolie te voorkomen. Het beschermt bij deze leeftijdsgroep nog wel tegen andere cardiovasculaire gebeurtenissen.

NIEUWE ORALE ANTICOAGULANTIA: 'NEE, TENZIJ...'

Bij een indicatie voor orale anticoagulantia gaat de voorkeur uit naar cumarinederivaten. De reden hiervoor is dat hiermee jarenlange ervaring is opgedaan, terwijl er nog geen gegevens beschikbaar zijn over de effectiviteit en veiligheid van nieuwe orale anticoagulantia (NOAC's) op de lange termijn, vooral bij patiënten met multimorbi-

diteit, zoals die in de huisartsenpraktijk vaak voorkomen. Daarom adviseert de standaard aan huisartsen om NOAC's alleen te overwegen als aan alle volgende voorwaarden wordt voldaan:

- leeftijd < (arbitrair) 80 jaar;
- relatief weinig comorbiditeit;
- goede nierfunctie (GFR > 50 ml/min);
- goede therapietrouw.

NOAC's zijn gecontraïndiceerd bij patiënten met een mechanische kunsthartklep of een – tegenwoordig zeldzame – reumatische mitraalklepstenose. NOAC's worden vooralsnog alleen vergoed bij voorschrift door een medisch specialist. Wanneer huisarts en patiënt kiezen voor een NOAC, zal de patiënt daarvoor een cardioloog moeten consulteren.

TOT SLOT

Op een aantal punten is de standaard aangepast aan nieuwe ontwikkelingen. Het NHG zal de ontwikkelingen

op het gebied van atriumfibrilleren nauwlettend blijven volgen. Nieuwe relevante bevindingen, bijvoorbeeld met betrekking tot de effectiviteit en veiligheid van NOAC's in de huisartsenpraktijk, kunnen aanleiding zijn om de standaard opnieuw aan te passen.

De NHG-Werkgroep Atriumfibrilleren bestaat uit: dr. Pieter J. van den Berg, huisarts; dr. Bep S.P. Boode, huisarts; dr. Maureen van den Donk, epidemioloog; dr. Geert-Jan Geersing, huisarts; dr. Jan Heeringa, huisarts; dr. Karen T.S. Konings, huisarts; dr. Jan van Lieshout, huisarts; dr. Wim Opstelten, huisarts; dr. Frans H. Rutten, huisarts.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 24 juli 2013

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2013;157:A6697

 **KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/KLINISCHEPRAKTIJK**