

NHG-Standaard Atriumfibrilleren volledig herzien

Lia Boelman, Annemiek Schep, Tjerk Wiersma

De NHG-Standaard Atriumfibrilleren is op veel punten gewijzigd. Zo is het advies toegevoegd om laagdrempelig het hartritme te bepalen door palpatie van de pols bij oudere patiënten met specifieke klachten. Een ander advies is om een echocardiografie te verrichten bij patiënten met atriumfibrilleren om hartfalen uit te sluiten. Daarnaast gaat bij nieuwe patiënten met atriumfibrilleren met een indicatie voor orale anticoagulantia voortaan de voorkeur uit naar een DOAC. Verder vervalt de indicatie om patiënten < 65 jaar te verwijzen en daarboven alleen op indicatie te verwijzen.

Atriumfibrilleren is de meest voorkomende hartritmestoornis bij volwassenen. Het is vaak een uiting van een of meerdere andere aandoeningen: cardiovasculair (zoals hartfalen, hypertensie, coronaire hartziekten) en/of niet-cardiovasculair (zoals diabetes mellitus (DM) type 2, obesitas). Atriumfibrilleren is meestal geen geïsoleerde aandoening en de comorbiditeit bepaalt mede het beleid.

De diagnose atriumfibrilleren wordt gesteld op basis van een 12-kanaals-elektrocardiogram (ecg) of 1-kanaals-ecg van minimaal 30 seconden. De behandeling bestaat uit 3 delen:

- preventie van trombo-embolie (met orale anticoagulantia)
- behandeling van symptomen (door normalisering van de ventrikelvolgfrequentie of door conversie naar en behoud van sinusritme)
- behandeling van onderliggende comorbiditeit

BEPAAAL LAAGDREMPELIG HET HARTRITME

Atriumfibrilleren is vaak asymptomatisch. De vraag is of screening naar atriumfibrilleren zinvol is. De werkgroep heeft deze vraag onderzocht en beveelt systematisch screenen niet aan. In de geraadpleegde onderzoeken werd geen gezondheidswinst gevonden bij systematische screening op atriumfibrilleren. Ook in onderzoeken naar opportunistische screening werd gezondheidswinst niet overtuigend aangetoond. Om zo veel mogelijk patiënten met atriumfibrilleren op te sporen, adviseert de werkgroep om laagdrempelig het hartritme te bepalen bij patiënten met specifieke klachten (zoals malaise), vooral bij patiënten ≥ 75 jaar. Deze patiënten hebben een hoog risico op atriumfibrilleren en bij hen is gezondheidswinst van antitrombotische preventie en behandeling te verwachten. De aanbeveling om bij alle patiënten bij wie de bloeddruk wordt gemeten het hartritme te bepalen, ook als er geen klachten zijn, is onveranderd ten opzichte van de vorige standaard.



Foto: Shutterstock/Forinnikowski

Een nieuw advies is om laagdrempelig het hartritme te bepalen door palpatie van de pols bij oudere patiënten met specifieke klachten.

ECHOCARDIOGRAFIE EN GEEN (NT-PRO-)BNP

Bepaal niet langer het (NT-pro-)BNP bij patiënten met atriumfibrilleren om hartfalen uit te sluiten, maar verricht een echocardiografie. Een (NT-pro-)BNP-waarde onder de afkapwaarde geeft onvoldoende zekerheid om hartfalen uit te sluiten bij patiënten met atriumfibrilleren. Met een echocardiografie kan de aan- of afwezigheid van hartfalen wel voldoende zeker worden vastgesteld en kan zo nodig de daarbij behorende behandeling gestart worden. Antistolling en een eventueel andere behandeling van atriumfibrilleren kunnen, in afwachting van de echografie, gewoon worden opgestart. Een echocardiografie binnen een termijn van 3 tot 6 maanden na de diagnose atriumfibrilleren is wenselijk.

VOORKEUR VOOR DOAC

Atriumfibrilleren verhoogt het risico op een trombo-embolie, vooral op een herseninfarct. Schat het risico op een herseninfarct in met behulp van de CHA_2DS_2 -VASc-score en bepaal aan de hand daarvan of er een indicatie is voor orale anticoagulantia. Dat is bij het merendeel van de patiënten het geval. Of de patiënt klachten heeft door atriumfibrilleren is voor de bepaling van de indicatiestelling van orale anticoagulantia niet van belang.

In de vorige standaard werden vitamine K-antagonisten (VKA's) en DOAC's als gelijkwaardig beschouwd. Na beoordeling van de literatuur vindt de werkgroep dat er voldoende bewijs is om bij patiënten met nieuw atriumfibrilleren de voorkeur te geven aan een DOAC, omdat DOAC's iets effec-

tiever en veiliger lijken en vaak eenvoudiger te gebruiken zijn (geen bloedcontroles door de trombosedienst, lagere innamefrequentie). De werkgroep geeft daarnaast duidelijk aan bij welke patiënten een VKA ook een goede optie kan zijn.

LEEFTIJDSGRENS VERVALT

De indicatie om patiënten < 65 jaar te verwijzen en daarboven alleen op indicatie te verwijzen, is vervallen. In plaats daarvan vermeldt de werkgroep redenen om een ritmebehandeling door de cardioloog te overwegen en op basis daarvan wel/niet te verwijzen. Niet-kwetsbare patiënten met korter bestaand atriumfibrilleren en weinig relevante comorbiditeit komen regelmatig in aanmerking voor een ritmebehandeling. Behandel patiënten met een snelle ventrikelvolgfrequentie (> 110/min) of klachten (bij inspanning) in eerste instantie zelf met medicatie. Als er desondanks aanhoudende klachten en symptomen of contra-indicaties voor de medicatie zijn, of als de patiënt medicatie niet tolereert, overweeg dan verwijzing voor een ritmebehandeling door de cardioloog.

CONTROLES EN KWALITEITSVERBETERING

Controleer patiënten met nieuw vastgesteld atriumfibrilleren tot de klachten en de ventrikelvolgfrequentie tot een bevredigend niveau zijn gereduceerd. Controleer daarna

NVVC Connect is een regionaal ingericht netwerkprogramma dat zich inzet om de verschillende zorgverleners uit de eerste en tweede lijn bij elkaar te brengen en zo de zorg voor de patiënten met hart- en vaatziekten meer integraal en transmuraal aan te bieden. Connect is onder meer actief bij de aandoening atriumfibrilleren, waar het zich richt op het eerder opsporen en optimaal behandelen van patiënten met atriumfibrilleren. Zie voor meer informatie www.nvccconnect.nl.

minimaal jaarlijks. Let daarbij op klachten en symptomen die zijn gerelateerd aan atriumfibrilleren. Kijk ook naar atriumfibrillerengerelateerde medicatie en de bijbehorende laboratoriumdiagnostiek, en naar factoren die invloed hebben op atriumfibrilleren (bijvoorbeeld cardiovasculaire comorbiditeit, DM type 2). De controles kunnen, afhankelijk van de regionale mogelijkheden, via geprotocolleerde/integrale zorgprogramma's worden uitgevoerd. De werkzaamheden worden dan (deels) gedelegeerd aan de praktijkondersteuner. De inhoud van de controles blijft gelijk. Veel patiënten met atriumfibrilleren zitten voor een bijkomende aandoening toch al in een programma voor chronische zorg (zoals DM type 2 of CVRM).

Bij de nieuwe standaard worden ook indicatoren gemaakt. Deze zijn bruikbaar voor interne kwaliteitsverbetering in de huisartsenpraktijk. ■

Raadpleeg de volledige versie van deze NHG-Standaard op richtlijnen.nhg.org.

Boelman L, Schep-Akerman AE, Wiersma TJ. NHG-Standaard Atriumfibrilleren volledig herzien. Huisarts Wet 2023;66:DOI:10.1007/s12445-023-2379-4.

NHG, cluster Richtlijnontwikkeling, Utrecht: L. Boelman, huisarts en senior wetenschappelijk medewerker, correspondentie: kenniscentrum@nhg.org. A.E. Schep, huisarts en senior wetenschappelijk medewerker; Tj Wiersma, huisarts en senior wetenschappelijk medewerker. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

De volledige NHG-werkgroep Atriumfibrilleren bestond uit: Boelman L, Geersing GJ, Hemels MEW, Jongerius S, Joosten LPT, Olk H, Ruigrok S, Schep-Akerman AE, Schoenmakers M, Van Doorn S, Verheij AAA, Wiersma TJ.