

Stedelijke Transmurale Afspraken Atriumfibrilleren – Amsterdam



Leden werkgroep CVRM/HVZ

David Koetsier	Kaderhuisarts HVZ – ROHA - voorzitter
Jonas de Jong	Cardioloog Electrofysioloog – OLVG
Nancy Colman	Cardioloog OLVG
Arno Moons	Cardioloog MC Slotervaart
Jill Dekker	Cardioloog BovenIJ Ziekenhuis
Loek van Heerenbeek	Cardioloog OLVG
Aernout Somsen	Cardiologie Centrum Amsterdam/CCN
Steven van de Vijver	Huisarts ROHA
Mirella Buurman	Huisarts, bestuurslid HKA
Martijntje Quik	Huisarts SAG
Michiel Veth	Huisarts CHAGZ
Andreas Keck	Huisarts GAZO
Erica Knödler	Beleidsadviseur ROHA
Marieke Maier	Projectleider SIGRA

Aan de inhoud van dit document is in belangrijke mate bijgedragen door: Albert Willems (Cardioloog OLVG), Afra Burger (Verpleegkundig specialist), Figen Akyildiz (POH – Linneaus Medisch Centrum), Agnes Helmich (Verpleegkundig Specialist) en Dionne Steenvoorden (Adviseur concernstaf – OLVG).

Tekst en lay-out Dionne Steenvoorden

Inhoud

1. Aanleiding en achtergrond	3
2. Doel.....	3
3. Geldigheid van STA	3
4. Het ziektebeeld atriumfibrilleren	4
a) Klachten.....	4
b) Risicofactoren.....	4
5. Diagnostiek.....	4
6. Behandeling.....	5
a) Medicatie.....	5
i. Antistolling	5
ii. Rate control.....	6
iii. Rhythm control.....	6
b) Cardioversie.....	6
iv. Elektrische Cardioversie	6
v. Chemische cardioversie.....	6
c) Ablatie	6
i. Kathetherablatie.....	6
ii. Ablatie via minimaal invasieve operatie	6
7. Indicaties voor verwijzen naar cardioloog	6
8. Indicaties voor terugverwijzen naar huisarts	7
9. Stroomdiagram verwijs en terugverwijsafspraken.....	8
10. Afstemming en communicatie tussen huisarts en specialist.....	9
11. Informatie en voorlichting aan patiënt.....	9
Bronvermelding.....	10
Samenvatting STA Atriumfibrilleren conform App Amsterdam Transmuraal.....	11

1. Aanleiding en achtergrond

Het is zowel voor huisartsen als voor cardiologen niet altijd duidelijk wie verantwoordelijk is voor welk onderdeel in de begeleiding en behandeling van mensen met (verdenking op) atriumfibrilleren. Zowel vanuit de huisartsen als vanuit cardiologen in de regio Amsterdam is behoefte aan meer eenduidigheid over verantwoordelijkheden, (terug)verwijscriteria en de bijbehorende werkwijze.

Binnen de huisartsenkring Amsterdam/Almere is een project opgezet om een stedelijk protocol te ontwikkelen voor atriumfibrilleren. In eerste instantie wordt een protocol of stedelijke transmurale afspraken (STA) ontwikkeld met de Huisartsenkring Amsterdam en het OLVG mede namens het BovenIJ (vanuit de voormalige constructie TP-BOS, nu TP Amsterdam). Hierna zal de huisartsenkring deze afspraken afstemmen met de overige ziekenhuizen in Amsterdam om daadwerkelijk een stedelijk protocol voor atriumfibrilleren te krijgen.

OLVG is actief bezig met Value Based Health Care, waarin de samenwerking met huisartsen daar een belangrijk onderdeel van vormt.

De ontwikkeling van deze STA komt voor alle betrokken partijen op een gunstig moment.

2. Doel

Het doel van de STA is uniforme afspraken te maken over:

- welke diagnostiek nodig is
- welke behandelopties bestaan en wanneer deze mogelijk zijn
- wanneer verwijzen van huisarts naar cardioloog
- wanneer terugverwijzen van cardioloog naar huisarts
- hoe en wat gecommuniceerd wordt tussen huisarts, specialist en patiënt
- een beschrijving van de belangrijkste taken en rollen in de zorg voor mensen met atriumfibrilleren zowel in de eerste als tweede lijn
- de werkwijze rondom het (terug)verwijzen

Er zijn aparte transmurale afspraken gemaakt over het antistollingsbeleid. Deze zijn niet opgenomen in deze STA voor atriumfibrilleren.

Tevens biedt de STA huisartsen met minder ervaring in de CVRM zorg houvast bij hun begeleiding en behandeling van mensen met atriumfibrilleren.

3. Geldigheid van STA

Deze afspraken zijn geldig voor alle huisartsen aangesloten bij de Huisartsenkring Amsterdam/Almere en alle cardiologen en electrofysiologen werkzaam in OLVG en het BovenIJ.

Deze afspraken gaan in vanaf het moment van akkoord door de projectgroep namens alle POH-ers, huisartsen uit de huisartsenkring Amsterdam/Almere en de cardiologen uit de ziekenhuizen van TP Amsterdam en zijn geldig totdat de inhoud niet meer accuraat is en gewijzigd dient te worden. Tenminste elke drie jaar wordt de inhoud van deze STA herzien.

4. Het ziektebeeld atriumfibrilleren

Atriumfibrilleren (AF) is een veelvoorkomende hartritmestoornis. AF kan ingedeeld worden in verschillende klassen of fasen, afhankelijk van hoelang de ritme stoornis aanwezig is in eerste episode van AF, paroxismaal AF, persisterend AF (en langdurig persisterend) en chronisch AF.

a) Klachten

Atriumfibrilleren is een vervelende hartritmestoornis, maar niet levensbedreigend indien adequaat behandeld. Patiënten hoeven geen klachten te hebben (asymptomatisch). Maar veel voorkomende klachten zijn vermoeidheid, duizeligheid, wegrakingen, gevoel van onrust, dyspneu (symptomatisch). Ook kunnen bloedstolsels ontstaan tot bijvoorbeeld een hart- of herseninfarct kunnen leiden. Op de lange duur kan atriumfibrilleren leiden tot een hartspieraandoening of hartfalen (hartstichting.nl).

Het voelen van de pols, waarbij een onregelmatige hartslag wordt geconstateerd, is vaak de eerste wijze waarop atriumfibrilleren ontdekt wordt en wordt gezien als standard practice.

b) Risicofactoren

Er zijn een aantal risicofactoren die de kans op het krijgen van atriumfibrilleren verhogen:

- hypertensie
- leeftijd, vanaf 55 jaar
- een chronische hartaandoening
- een te snel werkende schildklier
- intensief sporten
- COPD, OSAS
- Overgewicht

Maar vaak is geen duidelijke oorzaak aan te wijzen.

Het drinken van meerdere koppen koffie per dag, meerdere glazen alcohol in korte tijd, roken, stress, koorts en gebruik van drugs kunnen atriumfibrilleren ingang zetten.

5. Diagnostiek

Onderstaande richtlijn voor diagnostiek komt uit de NHG standaard voor atriumfibrilleren <https://www.nhg.org/standaarden/samenvatting/atriumfibrilleren>

- Een **standaard ECG** bevestigt atriumfibrilleren indien de ritmestoornis plaatsvindt tijdens het maken van het ECG.
Voor het lezen en interpreteren van een ECG is kennis en kunde nodig, enkele huisartsen zijn daartoe opgeleid. Als de huisarts deze niet heeft, kan gebruik gemaakt worden van tele-ECG. Een ECG kan ook via het ziekenhuis uitgevoerd worden als 'eerstelijns diagnostiek'.
- **Ambulante ritmeregistratie** d.m.v. een 24 uren Holter (evt. 48 uur) of een eventrecorder. Vaak kunnen huisartspraktijken dit in eigen beheer (laten) doen of via de 'eerstelijns diagnostiek' in het ziekenhuis.
- **Laboratorium bepaling** kan in opdracht van de huisarts als 'eerstelijns diagnostiek' worden gedaan:

Stedelijke

Transmurale Afspraken Atriumfibrilleren 2017

- **TSH** en, indien afwijkend, vrije T4: atriumfibrilleren kan de enige klinische uiting van hyperthyreoïdie zijn;
- **Hb**: anemie kan een uitlokkende factor zijn;
- **Glucose**: diabetes mellitus is een belangrijke co-morbiditeit met consequenties voor het verdere beleid;
- **eGFR** (nierfunctie) en **kalium**: uitgangswaarden bij het begin van de behandeling met digoxine en antitrombotische behandeling.

Het bestaan van atriumfibrilleren is op zichzelf geen reden voor bepaling van een B-type natriuretisch peptide (**BNP of NT-proBNP**). Bij vermoeden van hartfalen is deze bepaling echter wel geïndiceerd (zie de NHG-Standaard Hartfalen). Overigens zullen de meeste patiënten met atriumfibrilleren zonder hartfalen verhoogde waarden hebben.

6. Behandeling

Voor een ritme stoornis zijn verschillende behandelopties mogelijk. Afhankelijk van de leeftijd, fitheid en voorkeuren kan gekozen worden voor een bepaalde behandeloptie of een combinatie van behandelingen.

a) Medicatie

i. Antistolling

Of antitrombotische medicatie nodig is, is afhankelijk van de [Cha2DS2-VASc score](#)

CHA2DS2 VASc Puntenlijst:

C Congestive Heart Failure (HF of li ventriculaire diastolische dysfunctie)	1
H Hypertensie (>140/90 of medicatie)	1
A2 Age: leeftijd \geq 75	2
D Diabetes Mellitus	1
S2 Stroke: TIA, CVA of systemische embolie in VG	2
V vasculaire aandoeningen (PAV, ACS, AAA)	1
A Age: leeftijd 65-74	1
Sc Sexe: vrouw	1

- Antistolling voor beroertepreventie is geïndiceerd in
 - mannen met een CHA2DS2-VASc score \geq 2
 - vrouwen met een CHA2DS2-VASc score \geq 3
- Geen antitrombotische therapie, ook geen trombocytenuitremmer bij
 - mannen met een CHA2DS2-VASc score = 0
 - vrouwen met score = 1
- Mannen met een score = 1 en vrouwen met een score =2: verschil in advies van NHG en ESC. NHG: bij mannen met score=1 niet; ESC: overweeg antistolling.
- Drie weken **voor** en vier weken **na** een electieve **cardioversie dient sowieso** antistolling gegeven te worden ongeacht Cha2DS2-VASc. Bij ablatie 3 weken ervoor en 8 weken erna.

ii. Rate control

Bij rate-control wordt het atriumfibrilleren geaccepteerd. Hierbij is de behandeling gericht op het voorkomen van hoge hartfrequenties door de AV knoop te onderdrukken met medicamenteuze behandeling ([Wyse et al. 2002](#)).

iii. Rhythm control

Bij rhythm-control wordt gestreefd naar sinusritme door medicatie, cardioversie of ablatie(zie 6.c cardioversie)

b) Cardioversie

iv. Elektrische Cardioversie

Een Elektrische Cardioversie is een veilige manier om het normale hartritme (sinusritme) te herstellen bij patiënten met een hartritmestoornis. Met een defibrillator geeft de arts een elektrische schok aan het hart, om deze als het ware opnieuw op te starten of te 'resetten'.

v. Chemische cardioversie

Chemische cardioversie is een cardioversie (reset) met behulp van medicatie via een infuus.

c) Ablatie

i. Kathetherablatie

Bij een ablatie schakelt de cardioloog het hartweefsel uit dat hartritmestoornissen veroorzaakt. Dit gebeurt door kleine brandwondjes (of soms vrieswondjes) in dit weefsel te maken met speciale katheter-elektroden. Dit gebeurt binnen in het hart.

ii. Ablatie via minimaal invasieve operatie

Tijdens een minimaal invasieve operatie wordt met zo klein mogelijke sneetjes aan twee kanten in de borstkas kleine openingen gemaakt. De cardio-thoracaal chirurg kan dan met een kleine camera en met speciale instrumenten de gebieden in de boezem van het hart van buitenaf uitschakelen door brandplekjes te maken net zoals bij een katherablatie gebeurt.

7. Indicaties voor verwijzen naar cardioloog

De onderstaande indicaties voor verwijzen naar een cardioloog door een huisarts zijn in overleg gemaakt door de werkgroep en zoveel mogelijk in lijn met de NHG en NVVC richtlijnen.

Is de patiënt:

- **<65 jaar → altijd verwijzen naar cardioloog**
 - o <48 uur bekend → met spoed verwijzen
 - o 48> uur (on)bekend → reguliere verwijzing
- **65+ jaar en symptomatisch/vermoeden op AF → overweeg verwijzing**
 - o <48 uur bekend → met spoed verwijzen
 - o 48> uur (on)bekend → reguliere verwijzing
- **65+ jaar en asymptomatisch (geen duidelijke klachten gerelateerd aan AF)**
 - o Echocardiografie voor uitsluiten hartfalen en kleplijden, dan kan de huisarts gericht bepalen of een cardioversie zinvol geacht wordt (tot ongeveer 80 jaar oud). Bij

ernstige kleplekkage of slecht pompfunctie heeft cardioversie weinig kans van slagen.

- Bij afwijkingen → reguliere verwijzing naar cardioloog
- Bij geen afwijkingen → huisarts bespreekt met patiënt of hij/zij verwezen wil worden voor advies en evt. behandeling door eenmalige cardioversie
- Vaak wordt antistolling gestart. Indien **DOAC, Directe Orale Anticoagulantia (voorheen NOAC, Nieuwe Orale Anticoagulantia genoemd)** gestart wordt, volg dan NHG adviezen of regionale afspraken rondom DOAC's.
- Indien een patiënt een **anti-aritmicum nodig** heeft, (flecainide, amiodaron, propafenon of sotalol*) is verwijzing naar en behandeling door een cardioloog altijd noodzakelijk ongeacht leeftijd in verband met eventuele pro-aritmische effecten van deze middelen.

8. Indicaties voor terugverwijzen naar huisarts

De onderstaande indicaties voor terugverwijzing naar de huisarts door een cardioloog zijn in overleg gemaakt door de werkgroep en in lijn met de NHG en NVVC richtlijnen.

Is de patiënt:

1. **Zes maanden stabiel op rate control** → terugverwijzen naar huisarts
2. **Zes maanden stabiel sinusritme** zonder AF → terugverwijzen naar huisarts
3. **Zes maanden stabiel op rhythm control met Sotalol** → in overleg met huisarts en cardioloog kan patiënt terugverwezen worden naar de huisarts mét instructie voor het periodiek uitvoeren van een ECG (controle rhythm control en eventuele QTc verlenging), jaarlijkse controle op nierfunctie en indien het atriumfibrilleren over gaat in permanent AF dan te stoppen met het anti-aritmicum Sotalol. In alle gevallen geldt dat na terugverwijzing naar de huisarts, binnen 3 maanden een consult moet volgen door de huisarts conform CVRM afspraken.

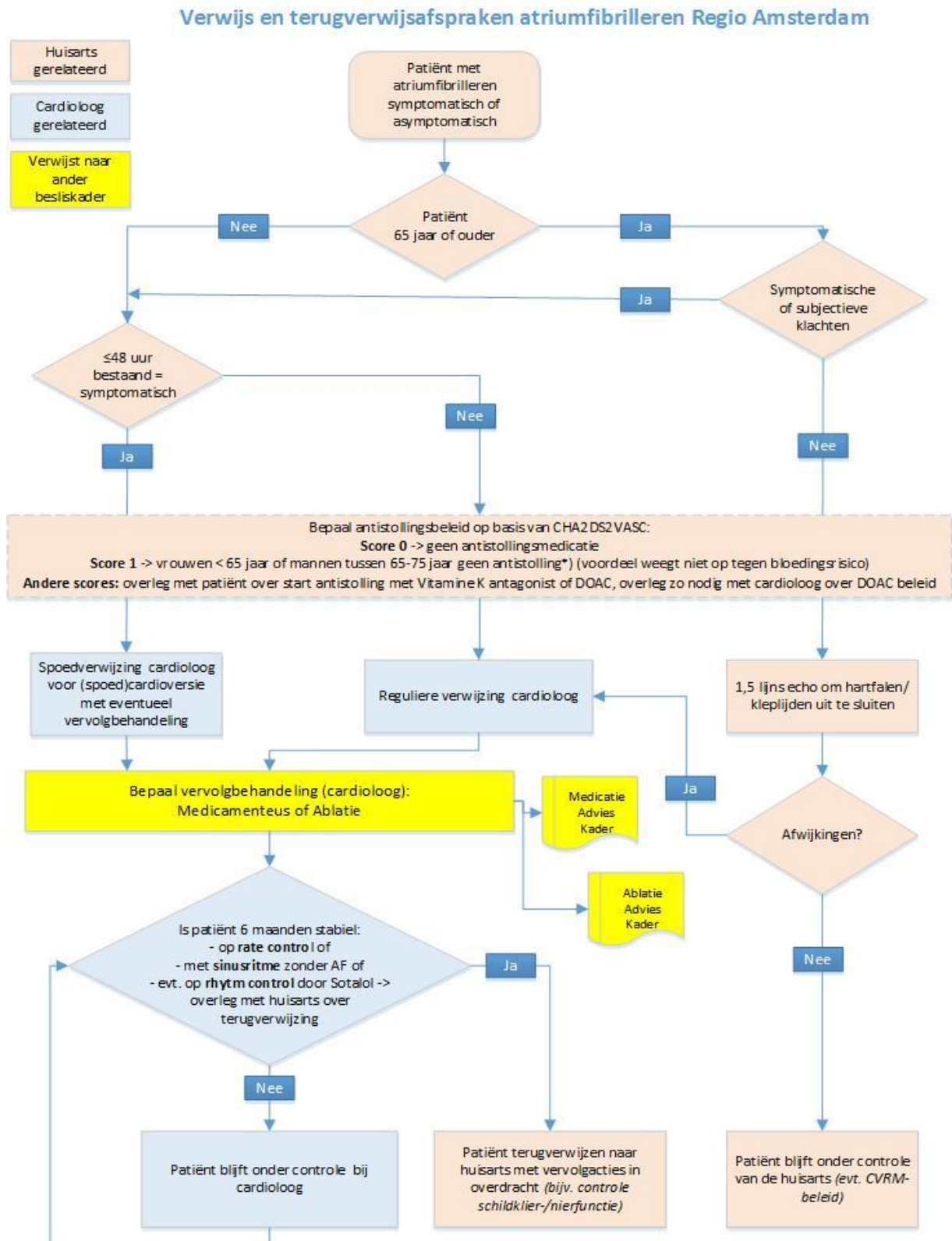
Zolang patiënt DOAC gebruikt → (jaarlijkse) machtiging van arts nodig.

Zolang een patiënt anti-aritmica nodig heeft (te weten flecainide, amiodaron, propafenon, evt. sotalol) → blijft de patiënt in principe in behandeling bij de cardioloog.

Bepaal bij mensen met AF > 65 jaar op rate control of met sotalol jaarlijks tenminste de nierfunctie en kalium.

* stabiële patiënt op sotalol kan in overleg met huisarts en met instructies van cardioloog patiënt terug in behandeling nemen. Zie hoofdstuk 8 indicaties voor terugverwijzen

9. Stroomdiagram verwijs en terugverwijsafspraken



*) Cardiologen richtlijn ESC adviseert wel antistolling bij mannen 65-74 jaar

10. Afstemming en communicatie tussen huisarts en specialist

a) Overleg huisarts → cardioloog

- Bij mensen boven 65 jaar die anti-aritmica (flecainide, amiodaron, propafenon, sotalol) slikken en waarbij de huisarts persistent atriumfibrilleren constateert, overlegt de huisarts met de cardioloog of rate control overwogen kan worden indien sprake is van asymptomatisch AF.
- Bij vragen over start DOAC kan de huisarts contact opnemen met de cardioloog.

b) Brief cardioloog → huisarts

Op drie afgesproken momenten gaat een brief van de cardioloog naar de huisarts:

- I. **< 2 weken na 1^e of 2^e bezoek** van een patiënt aan een cardioloog met de bevindingen en ondernomen stappen tot dan toe.
- II. **< 4 weken na ontslag** uit de controle door de cardioloog, gaat een ontslagbrief aan de huisarts ten bate van de overdracht.
- III. Indien een patiënt **jaarlijks op controle** blijft bij de cardioloog, dient tevens **eens per jaar** een brief naar de huisarts te gaan met de stand van zaken.
- IV. In elke brief dient vermeld te worden of een patiënt onder controle blijft bij de cardioloog of niet.

11. Informatie en voorlichting aan patiënt

In de communicatie met patiënten moet vanaf het begin van het zorgtraject aangegeven worden dat na behandeling in het ziekenhuis, de patiënt in het algemeen terug in behandeling/begeleiding komt bij de huisarts. Vooral de cardioloog moet dit helder communiceren om het vertrouwen bij patiënten in de huisarts te verhogen.

Bij terugverwijzen naar de huisarts, overleg de huisarts met de patiënt wie binnen de praktijk de patiënt het beste kan begeleiden, de huisarts of POH.

In de huisartspraktijk en/of ziekenhuis is het advies de volgende folders beschikbaar te stellen en/of overhandigen aan patiënten van bijvoorbeeld de Nederlandse Hartstichting, te vinden op <https://www.hartstichting.nl/hartziekten/hartritmestoornissen/boezemfibrilleren>.

Bronvermelding

ECGPedia (2015). Bekeken op 03-08-2015 van <http://nl.ecgpedia.org/wiki/Boezemfibrilleren>

Hartstichting (2015). Bekeken op 03-08-2015 van
<https://www.hartstichting.nl/hartziekten/hartritmestoornissen/boezemfibrilleren>

Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (2015). Richtlijn voor Atriumfibrilleren van The European Society for Cardiology. Bekeken op 03-08-2015
<https://www.nvvc.nl/richtlijnen/bestaande-richtlijnen>

NHG standaard voor atriumfibrilleren (2013). Bekeken op 03-08-2015 van
<https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-atriumfibrilleren-tweede-partiele-herziening>

www.OLVG.nl/hartcentrum retrieved 03-08-2015

<https://www.hartstichting.nl/hartziekten/hartritmestoornissen/boezemfibrilleren> bekeken 16-12-2015

Samenvatting STA Atriumfibrilleren conform App Amsterdam Transmuraal

Algemeen

Voor het volledige document, kijk op www.amsterdam-transmuraal.nl.

De NHG standaard Atriumfibrilleren is bij deze afspraak van toepassing evenals de ECS Richtlijn.

Huisarts

Lichamelijk onderzoek: bloeddrukmeting (hypertensie), pols en auscultatie van het hart (souffle, polsdeficit), tekenen van hartfalen.

Diagnostiek: ECG of ambulante ritmeregistratie (Holter of eventrecorder) is vereist.

Lab: Hb, TSH, glucose, eGFR en K⁺. BNP of NT-pro BNP alleen bij vermoeden van hartfalen

[CHA2DS2 VASC](#) t.b.v. bepalen antistollingsbeleid

Consultatie

(Directe) Echocardiografie: bij een souffle, twijfel over hartfalen of subjectieve klachten heeft aanvullend onderzoek naar structurele afwijkingen van het hart zin. Verwijs via ZorgDomein.

Bij vragen over antistolling, het starten van een NOAC of behandeling van rate control.

Consultatie kan telefonisch, via ZorgDomein of het KIS.

Verwijzen¹

Spoed: wanneer patiënt hemodynamisch instabiel is of angineuze klachten heeft en na overleg bij patiënten met korter dan 48 uur klachten. Cardioversie is dan veelal mogelijk.

Regulier:

- Leeftijd < 65 jr en >48 uur AF
- Keuze voor DOAC, tenzij via consultatie reeds afgestemd
- Ventrikelfrequente < 50/min zonder frequentie verlagende middelen.
- Persisterende klachten ondanks adequate ventrikelfrequentie
- Onvoldoende daling van de ventrikelfrequentie ondanks gebruik van frequentie verlagende middelen
- Vermoeden van een hartklepafwijking en/of hartfalen; voor echocardiografie
- Aanwezigheid van het Wolff-Parkinson-White syndroom of aanwezigheid van plotse hartdood in de familie
- Paroxismaal Atriumfibrilleren, wanneer de patiënt therapie wenst ter vermindering van het aantal aanvallen

Terugverwijzen

- Stabiele patiënten > 65 jaar met rate control na 6 maanden

¹ Stroomdiagram verwijst en terugverwijsafspraken wordt opgenomen in de app

*Stedelijke
Transmurale Afspraken Atriumfibrilleren 2017*

- Stabiele patiënten > 65 jaar met ritme control zonder anti-aritmica, of met Sotalol als anti-aritmicum waarbij controle door de huisarts kan volgen
- Patiënten < 65 jaar met een eenmalige episode zonder anti-aritmica na 6 maanden
- Patiënten 65 > asymptomatisch komen/blijven bij huisarts onder controle, 1x per jaar lab (nier, Ka)

Auteurs en datum van herziening

D. Koetsier (ROHA), J. de Jong & A. Willems (OLVG)

24-04-2017