

TWA Atriumfibrilleren Apeldoornse en Zutphense TWA

Revisie 2017

Begrippen en richtlijnen diagnostiek

Zie NHG-Standaard september 2017 [link naar NHG standaard Atriumfibrilleren](#)

De werkgroep wil het belang van (opportunistische) screening op atriumfibrilleren benadrukken, vooral bij hoog risico patiënten (Diabetes type 2, CVRM) ([link naar screeningsprotocol](#))

EHRA classificatie voor de inschatting van de ernst van de symptomen

Modified EHRA score	Symptoms	Description
I	None	AF does not cause any symptoms
2a	Mild	Normal daily activity not affected by symptoms related to AF ^a
2b	Moderate	Normal daily activity not affected by symptoms related to AF, but patient troubled by symptoms ^a
3	Severe	Normal daily activity affected by symptoms related to AF
4	Disabling	Normal daily activity discontinued

Opmerkingen bij aanvullend onderzoek

Poliklinisch ECG (bij het vermoeden van atriumfibrilleren, bij PAF zo mogelijk tijdens een aanval):

Apeldoorn e.o.: op werkdagen van 8.30 – 11.30 uur en 13.30 – 16.00 uur, route 163 Gelre Ziekenhuis en op maandag op de buitenpoli in Epe.

Zutphen: op werkdagen van 8.30 – 16.00 uur, route 21 Gelre Ziekenhuis.

Echocardiografie (bij vermoeden van hartklepafwijking of hartfalen): aanvragen via ZorgDomein.

Richtlijnen beleid

Zie NHG-Standaard september 2017 [link naar NHG standaard Atriumfibrilleren](#)

CHA₂DS₂-VAsC-score voor het inschatten van het risico op ischemisch CVA bij patiënten met atriumfibrilleren (> 48 uur of paroxismaal)

Letter	Kenmerk	Score
C	Hartfalen (Congestive heart failure)	1
H	Hypertensie	1
A ₂	Leeftijd ≥ 75 jaar (Age)	2
D	Diabetes mellitus	1
S ₂	CVA/TIA/trombo-embolie (Stroke)	2
V	Vaatlijden	1
A	Leeftijd 65-74 jaar (Age)	1
Sc	Vrouwelijk geslacht (Sex category)	1*

* Geldt niet als vrouwelijk geslacht de enige risicofactor is.

Bij een totaalscore van 0 is sprake van een laag risico op een ischemisch CVA (ongeveer 0,5% per jaar), bij 1 een matig risico (ongeveer 1%) en bij 2 of hoger een hoog risico (oplopend tot meer dan 12%; gemiddeld ongeveer 5%).

Verwijzing (conform NHG-richtlijnen)

- Verwijs met spoed per ambulance:
- wanneer de patiënt hemodynamisch instabiel is;
- bij instabiele angina pectoris.
- Overleg direct met de cardioloog wanneer een jonge patiënt (< 65 jaar) korter dan 48 uur atriumfibrilleren heeft. Cardioversie is dan vaak succesvol en kan zonder antistolling plaatsvinden.
- Overweeg direct overleg met de cardioloog, om dezelfde reden, bij patiënten > 65 jaar, dat korter dan 48 uur atriumfibrilleren hebben met veel klachten.

Overige verwijsindicaties

- leeftijd < 65 jaar en langer dan 48 uur bestaand atriumfibrilleren;
- bij patiënten met een verhoogd risico op een beroerte en een absolute contra-indicatie voor orale anticoagulantia die dit risico willen verlagen;
- ventrikelfrequentie < 50/min zonder frequentie verlagende middelen;
- persisterende klachten ondanks adequate ventrikelfrequentie (*transmurale afspraak*: EHRA classificatie >2A);
- onvoldoende daling van de ventrikelfrequentie ondanks gebruik van twee frequentie verlagende middelen;
- vermoeden van een hartklepafwijking en/of hartfalen;
- aanwezigheid van het Wolff-Parkinson-White-syndroom of plotse hartdood in de familie;
- PAF, wanneer de patiënt therapie wenst ter vermindering van het aantal aanvallen.

Opmerking (transmurale afspraak)

Patiënten met atriumfibrilleren en leeftijd >65 jaar kunnen ook zonder de genoemde verwijsoindicaties naar de Atriumfibrillerenpoli worden verwezen voor een kortdurend onderzoeks- en/of behandeltraject.

Terugverwijzing/rapportage (transmurale afspraak)

Indien de diagnostiek is afgerond en/of de behandeldoelen bereikt zijn (EHRA classificatie \leq 2A, voldoende rate-control en instelling op antistolling) volgt terugverwijzing naar de 1e lijn. Hieronder vallen ook patiënten die op sotalol zijn ingesteld* en patiënten met een geslaagde pulmonaal venen ablatio 1 jaar na dato.

Verantwoording en achtergrond

NHG-Standaard Atriumfibrilleren M79 september 2017

[link naar NHG standaard Atriumfibrilleren](#)

Atriumfibrillerenpoli-proces Gelre Ziekenhuizen Apeldoorn

Screeningsprotocol Atriumfibrilleren in de eerste lijn (in wording)

TWA werkgroep: W.G. Frieling (huisarts), A.C. Steenbergen (huisarts), G.H. Wiechers (huisarts), L.M. Berghout (huisarts), D. Nicastia (cardioloog), S. Bulut (cardioloog), M. van de Pavert (coördinator transmurale zorg)

(*) Hierbij wordt jaarlijkse bepaling van de nierfunctie en een ECG geadviseerd. Cave interactie met medicatie met QT-verlengende eigenschappen zoals bijvoorbeeld metoclopramide, haloperidol en claritromycine