

Algemeen

Atriumfibrilleren (AF) is een hartritmestoornis waarbij het ritme volledig onregelmatig en meestal versneld is. De diagnose wordt gesteld op basis van een kenmerkend ECG-beeld. Het kan leiden tot ernstige complicaties, in het bijzonder tot een ischemisch CVA. De meeste patiënten met AF in de huisartsenpraktijk zijn ouder dan 75 jaar en hebben comorbiditeit. Onderdeel van de behandeling van AF is de indicatiestelling en het voorschrijven van antistollingsmedicatie.

Deze werkaafspraak beschrijft:

- Afspraken over wel/niet verwijzen naar cardiologie (zowel poli als Eerste Hart Hulp)
- Afspraken over het verrichten van echocardiografie bij start DOAC
- Indicaties en voorschrijven van antistolling (DOAC of VKA)
- Advies over ritme en frequentie controle

Spoed

Direct per ambulance

- Patiënt is hemodynamisch instabiel (neiging tot cardiogene shock, astma cardiale of acute verergering van chronisch hartfalen);

Direct overleg met cardioloog

- Jongere patiënt (<75 jaar mits vitaal) heeft < 48 uur AF; een cardioversie (ECV) is dan vaak succesvol en zou zonder antistolling kunnen plaatsvinden.

Direct overleg met de cardioloog overwegen

- Oudere patiënt (arbitrair > 75 jaar) heeft < 48 uur AF met daarbij veel klachten van de hoge volgfrequentie (vaak > 150/min.); evt. cardioversie zonder antistolling.
- Patiënt heeft recidief AF (na eerdere cardioversie) en veel klachten van de hoge volgfrequentie.

Dan bellen met de dienstdoende cardioloog via telefoonnummer 033-8508701

Verwijscriteria

Zie ook [stroomdiagram](#)

- Leeftijd < 75 jaar (mits vitaal) met > 48 uur bestaand atriumfibrilleren: verdere diagnostiek geïndiceerd;
- Ventrikelfrequentie < 50/min zonder frequentie verlagende medicatie: beoordeling of pacemaker geïndiceerd is;
- Persisterende klachten ondanks adequate ventrikelfrequentie (mogelijke indicatie voor cardioversie of chirurgische interventie);

- Onvoldoende daling van de ventrikelfrequentie door digoxine en bètablokker en (vermoeden van) hartfalen;
- Onvoldoende daling van de ventrikelfrequentie ondanks gebruik van 2 frequentie verlagende middelen (mogelijke indicatie voor cardioversie of chirurgische interventie);
- Vermoeden van hartklepafwijking en/of hartfalen (indicatie voor echodiagnostiek);
- Aanwezigheid van het Wolff-Parkinson-Whitesyndroom of wanneer in de familie van de patiënt plotse hartdood voorkomt op jonge leeftijd;
- Paroxismaal atriumfibrilleren (PAF), wanneer de patiënt medicamenteuze behandeling ter preventie van aanvallen of vermindering van het aantal aanvallen wenst.
Omdat contra-indicaties voor het gebruik van antiaritmica moeten worden uitgesloten, stelt de huisarts deze behandeling niet zelf in.

Exclusiecriteria

Patiënten > 75 jaar met AF zonder of met weinig klachten.

Zij worden door de huisarts behandeld.

Hierbij stelt de huisarts tevens de indicatie (zie [CHADs-VASc tabel](#)) voor antistolling en schrijft deze voor.

Huisarts

Vorbereiding

Stelt de diagnose AF op basis van een ECG.

Behandelt zelf de patiënt > 75 jaar met AF inclusief het voorschrijven van antistolling en vertragen hartfrequentie <110/min.

Vraagt bloedonderzoek aan: nierfunctie, Hb, TSH, leverfunctie

Vraagt echocardiografie aan bij (vermoeden van) hartfalen en/of souffle bij indicatie DOAC.

Verwijst zo nodig naar cardioloog.

Info aan de specialist

Vraagt echocardiografie met consult cardioloog aan en vermeldt in de aanvraag:

- I.v.m. souffle en geïndiceerde antistolling bij AF, is er sprake van mitralistenose?
- Is er sprake van hartfalen? Zo ja, welk type?

Verwijst via Zorgdomein en vermeldt in de brief:

- Anamnese: duur AF, aard/[classificatie](#) AF, bijkomende klachten
- Voorgeschiedenis: co-morbiditeit
- Labuitslag: nierfunctie, Hb, TSH, leverfunctie
- Medicatie
- Vraagstelling:

Traject in het ziekenhuis

EHH (bij spoed indicatie) of poli cardiologie voor analyse

Teleconsultatie via Zorgdomein bij vragen over behandeling van AF door huisarts zonder verwijzing van patiënt.

Patiënt

Info aan de patiënt

Bij verwijzing naar poli cardiologie wordt patiënt opgeroepen vanuit Meander.
Bij verwijzing naar EHH kan patiënt zich direct melden bij EHH.

Specialist

Indicatie terug verwijzing huisarts

Geaccepteerd AF of stabiel paroxismaal AF èn afwezigheid van ernstig kleplijden, coronair lijden of hartfalen wv controles zijn geïndiceerd.

Bij onderhoud-ritmemedicatie (sotalol > 80 mg, amiodaron, flecainide, uitgezonderd on demand gebruik) blijft patiënt onder controle van cardioloog.

Info aan de huisarts

Brief met uitslag en behandeladvies volgt zo snel mogelijk na polikliniekbezoek per edifact.

Bij echo uitslag wordt beschreven of en welke klep aangedaan is, of er sprake is van hartfalen en zo ja, welk type hartfalen.

Indien patiënt anti-aritmica gebruikt, wordt beschreven welke controles geïndiceerd zijn en wat de maximale dosering voor pt is.

Cardioloog vermeldt op welke termijn patiënt terugkomt op de poli of dat controle aan huisarts wordt overgedragen.

Verantwoording

Bronnen

- [NHG standaard Atriumfibrilleren \(2017\)](#)
- [NHG Standpunt Anticoagulantia \(2016\)](#)
- AF Connect concept Medicamus (2017)
- [ESC richtlijn \(2020\)](#)

Samengesteld door

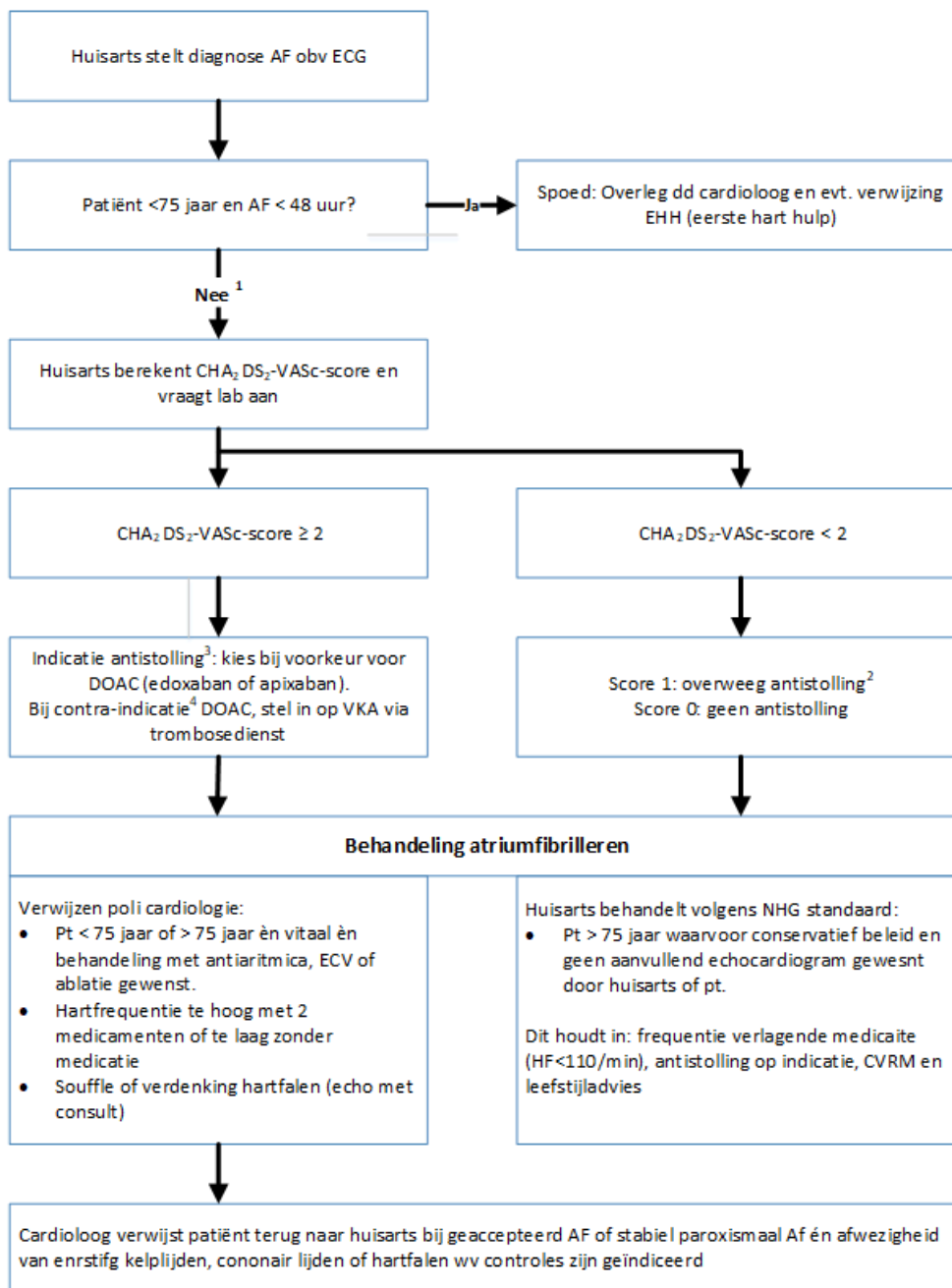
- A.E.D. Boddeüs-Souman, kaderhuisarts Hart- en vaatziekten
- E. Oudshoorn, kaderhuisarts Hart- en vaatziekten
- S. Velthuis, cardioloog
- E.A. de Vrey, cardioloog

Vaststelling

Deze werkafpraak is vastgesteld in juli 2022 en geldig tot en met juli 2025.

Bijlagen

Stroomschema



¹ Overweeg bij patiënten > 75 jaar met AF korter dan 48 uur én veel klachten direct overleg met dienstdoend cardioloog.

² Bij score van 1 antistolling overwegen, tenzij vrouw zijn de enige risicofactor is. (Mede gebaseerd op ESC-richtlijn.)

³ Contra indicaties antistolling: recente bloeding of operatie, stollingsstoornis, ernstige leverfunctiestoornis, oesophagusvarices, AV malformatie of aneurysma

⁴ mechanische hartklepoperatie, mitralisstenose, ernstige leverfunctiestoornis of eGFR < 15 ml/min, daarboven zo nodig middel en/of dosis aanpassen

DOAC: direct werkende anticoagulatie

VKA: vitamine K antagonist

ECV: elektrocardioversie

Tabel CHA₂DS₂-VASc-score

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
A2	Leeftijd = 75 jaar (Age)	2
D	Diabetes mellitus	1
S2	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%)

Classificatie van atriumfibrilleren

1. Eerste aanval van atriumfibrilleren:
de aandoening is niet eerder bij de patiënt vastgesteld. Het kan bij een enkele aanval blijven, vooral als er sprake is van een uitlokkende factor zoals een infectieziekte. Het kan echter ook de eerste manifestatie van paroxismaal atriumfibrilleren of het begin van persisterend atriumfibrilleren zijn. Het beloop in de tijd moet duidelijkheid verschaffen.
2. Paroxismaal atriumfibrilleren:
aanvallen van atriumfibrilleren, die binnen zeven dagen spontaan herstellen. Deze aanvallen kunnen overdag ontstaan, bijvoorbeeld uitgelokt door inspanning, maar sommige patiënten krijgen juist 's nachts, na stress of postprandiaal een aanval.
3. Persisterend atriumfibrilleren:
de aandoening bestaat langer dan zeven dagen. Wanneer de aandoening langer dan een jaar bestaat op het moment dat besloten wordt om het beleid te richten op cardioversie, spreken cardiologen van langdurig persisterend atriumfibrilleren.
4. Permanent atriumfibrilleren:
de aandoening bestaat langer dan zeven dagen en de ritmestoornis wordt door patiënt en arts geaccepteerd. Er wordt geen poging tot cardioversie (meer) ondernomen.

Wanneer bij een patiënt voor het eerst atriumfibrilleren wordt vastgesteld en geen duidelijk begin kan worden aangegeven, moet worden aangenomen dat het langer bestaat dan 48 uur. Strikt genomen zou er bij iedere tweede manifestatie van atriumfibrilleren sprake zijn van paroxismaal atriumfibrilleren. Wanneer een recidief echter evident wordt geprovoceerd door omstandigheden, zoals koorts, is het beleid toch gelijk aan dat bij een eerste aanval.