

Werkafspraken Atriumfibrilleren (AF)

Therapeutische richtlijn

De werkafspraken zijn opgesteld volgens de richtlijnen van de [NHG-Standaard Atriumfibrilleren](#) en de [European Society of Cardiology](#) (ESC).

Formularium

Preventie van trombo-embolie met orale anticoagulantia

- Alle patiënten met AF hebben een verhoogd risico op trombo-embolische complicaties.
- Schat het risico op een herseninfarct in met de CHA2DS2-VASc-score (zie tabel 1).
- Bepaal de indicatie voor orale anticoagulantia > geldt ook voor asymptomatische AF-patiënten. Zie *Indicaties orale anticoagulantia* hieronder.
- De indicatie voor orale anticoagulantia is gelijk voor alle types AF (paroxismaal, persisterend of permanent).

Tabel 1 CHA2DS2-VASc-score voor het inschatten van het risico op herseninfarct bij patiënten met atriumfibrilleren

Letter	Kenmerk	Score
C	Hartfalen	1
H	Hypertensie	1
A ₂	Leeftijd ≥ 75 jaar	2
D	Diabetes mellitus	1
S ₂	Herseninfarct/TIA/trombo-embolie	2
V	Vaatlijden	1
A	Leeftijd 65-74 jaar	1
Sc	Vrouwelijk geslacht	1

Keuze van medicatie

- Behandel patiënten met AF en een indicatie voor behandeling met orale anticoagulantia
- Voor een trombocytenaggregatieremmer (TAR: acetylsalicylzuur, carbasalaatcalcium en overige (zoals clopidogrel)) is geen plaats.

Indicaties orale anticoagulantia

- Behandel met orale anticoagulantia:
 - vrouwen met CHA2DS2-VASc-score ≥ 3
 - mannen met CHA2DS2-VASc-score ≥ 2
- Bij vrouwen met CHA2DS2-VASc-score 2 en bij mannen met CHA2DS2-VASc-score 1 is het onduidelijk of het voordeel van orale anticoagulantia (preventie van trombo-embolie) over het algemeen opweegt tegen het risico op bijwerkingen, zoals bloedingen.
 - Patiënten met deze CHA2DS2-VASc-score betreft meestal jongere patiënten.
 - Bij deze patiënten met deze score wordt vaak ook ritmebehandeling overwogen, waarvoor verwijzing naar de cardioloog nodig is.
 - Bij verwijzing overweegt de cardioloog de indicatie voor behandeling met orale anticoagulantia in overleg met de patiënt.
 - Overweeg consultatie van de cardioloog over de indicatie voor antistolling indien de patiënt niet verwezen wordt voor een ritmebehandeling

Het wel of niet starten van DOAC dient individueel afgewogen te worden, waarbij verwacht voordeel en patiëntvoorkeur meegewogen dienen te worden.

- Bij mannen en vrouwen met CHA2DS2-VASc-score 0 en bij vrouwen met CHA2DS2-VASc-score 1 weegt het voordeel van orale anticoagulantia over het algemeen niet op tegen het risico op bijwerkingen.

Contra-indicaties orale anticoagulantia

- Absolute contra-indicatie > actuele klinisch relevantie bloeding > verwijs naar cardioloog.
- Relatieve contra-indicaties > ingeschatte risico op bloedingen > voordeel van antistollingsbehandeling moet worden afgewogen tegen het nadeel van het verhoogde bleedingsrisico.
 - Bij meeste patiënten met ≥ 1 relatieve contra-indicatie weegt voordeel van antistollingsbehandeling op tegen het nadeel van het verhoogde bleedingsrisico.
 - De belangrijkste relatieve contra-indicaties van orale anticoagulantia zijn:
 - hoge leeftijd
 - verhoogd valrisico
 - verminderde nierfunctie
 - leverinsufficiëntie (afhankelijk van het gekozen middel)
 - alcoholmisbruik
 - ongecontroleerde hypertensie
 - verhoogd risico op klinisch relevante bloedingen (bijvoorbeeld door ulcus pepticum, bekende oesofagusvarices of een hematologisch verhoogde bleedingsneiging)
 - recent doorgemaakte klinisch relevante bloeding.

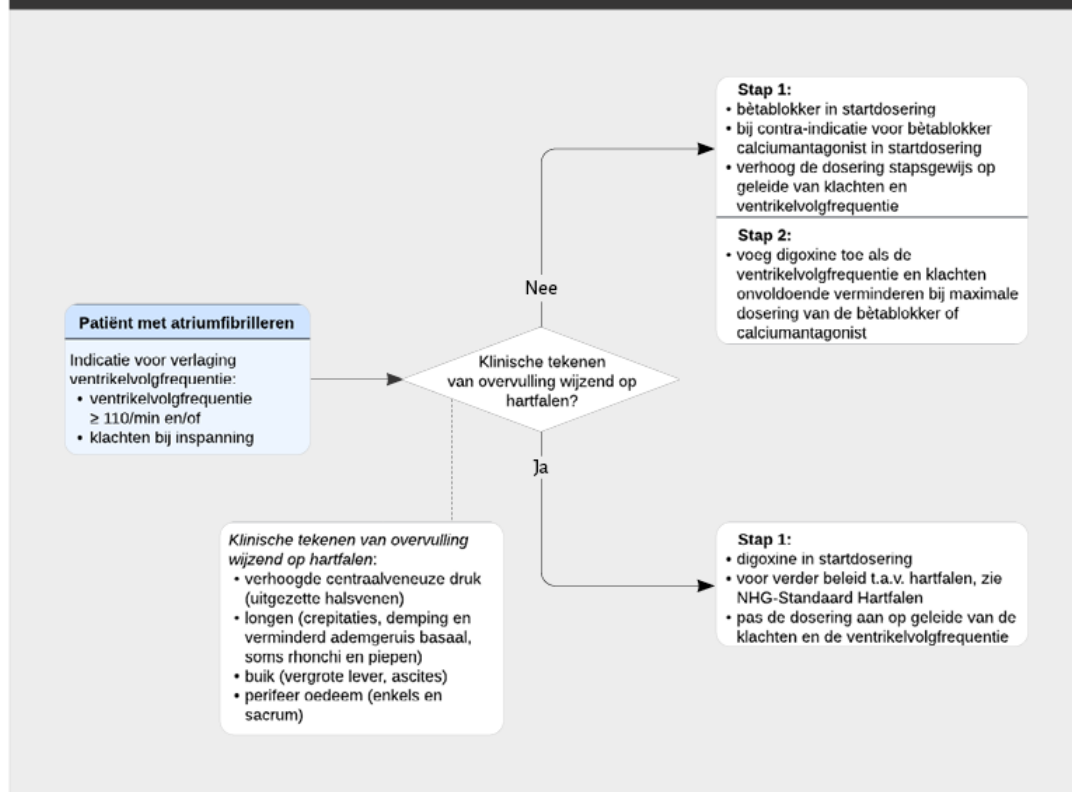
Voor doseringen zie [richtlijnen over DOAC's](#) in de NHG-standaard Atriumfibrilleren.

De regionale afspraken antistolling zijn op dit moment nog in herziening.

1. Verlaging van de ventrikelvolgfrequentie

- Bij een polsfrequentie > 110/minuut en/of klachten bij inspanning (zoals dyspneu of druk op de borst), starten met rate control volgens diagram in figuur 1 en doseerschema in tabel 1.

Stroomdiagram Atriumfibrilleren



Figuur 1. Diagram Indicatie voor verlaging ventrikelvolgfrequentie

Tabel 1 Middelen en doseringen ter verlaging van de ventrikelvolgfrequentie

Geneesmiddel	Startdosering	Maximale dosering
Bètablokkers		
• metoprolol (succinaat) mga	1 dd 50 mg	200 mg
• atenolol (tweede keus)	1 dd 25 mg	100 mg
bij eGFR < 30 mL/min	1 dd 12,5 mg	50 mg
Calciumantagonisten		
• diltiazem mga	1 dd 120 mg	360 mg
• verapamil mga (tweede keus)	1 dd 120 mg	360 mg
Digoxine		
• bij normaal risico op toxiciteit (< 70 jaar* EN eGFR ≥ 50 mL/min EN ≥ 55 kg*)	Dag 1 (oplaad): 1 dd 0,75 mg	
	Dag 2 e.v.: 1 dd 0,25 mg	
• bij licht verhoogd risico op toxiciteit (≥ 70 jaar* OF eGFR < 50 mL/min OF < 55 kg*)	Dag 1 (oplaad): 3 dd 0,125 mg	
	Dag 2 e.v.: 1 dd 0,125 mg	
• bij sterk verhoogd risico op toxiciteit (≥ 85 jaar* OF 2 risicofactoren eGFR < 50 mL/min EN < 55 kg*)	Dag 1 (oplaad): 3 dd 0,125 mg	
	Dag 2 e.v.: 1 dd 0,0625 mg	
* De aangegeven grenzen voor leeftijd en gewicht zijn arbitrair		

Verwijzen

Diagnose atriumfibrilleren

De diagnose AF kan alleen vastgesteld worden met een standaard 12-kanaals-ecg of 1-kanaals-ecg waarop atriumfibrilleren ≥ 30 seconden geregistreerd wordt, beoordeeld door een arts met een device met CE keurmerk.

- Een goed beoordeelbare registratie door een instrument dat een 1-kanaals-ecg kan maken is voldoende voor het stellen van de diagnose.
- Bij andere screeningstools (palpatie pols, PPG of andere sensor) moet altijd nog een ecg gemaakt worden voor het stellen van de diagnose.

Verwijzing naar tweede lijn:

1. Direct overleg met de cardioloog

Bij nieuw vastgesteld atriumfibrilleren, wat veel klachten geeft door een snelle ventrikelvolgfrequentie (> 110/min), is er de mogelijkheid tot cardioversie. Cardioversie is vaak succesvol, draagt bij aan snelle vermindering van klachten en kan, indien dit binnen 24 uur tot maximaal 48 uur, gebeurd nog zonder antistolling plaatsvinden.

2. Verwijzing bij nieuw vastgesteld atriumfibrilleren

- Indien bij het eerste consult of bij een vervolgconsult ≥ 1 onderdeel van het beleid niet kan worden uitgevoerd in de huisartsenpraktijk.
- Indien een ritmebehandeling wordt overwogen.
- Verhoogd risico op een herseninfarct bij een absolute contra-indicatie voor orale anticoagulantia.

3. Overige indicaties voor verwijzing

- Ventrikelvolgfrequentie < 50/min, niet veroorzaakt door middelen ter verlaging van de ventrikelvolgfrequentie (doel: laten beoordelen of een pacemaker geïndiceerd is)
- Onvoldoende daling van de ventrikelvolgfrequentie ondanks gebruik van twee frequentie verlagende middelen
- Patiënt met paroxismaal atriumfibrilleren die behandeling wenst ter vermindering van het aantal aanvallen

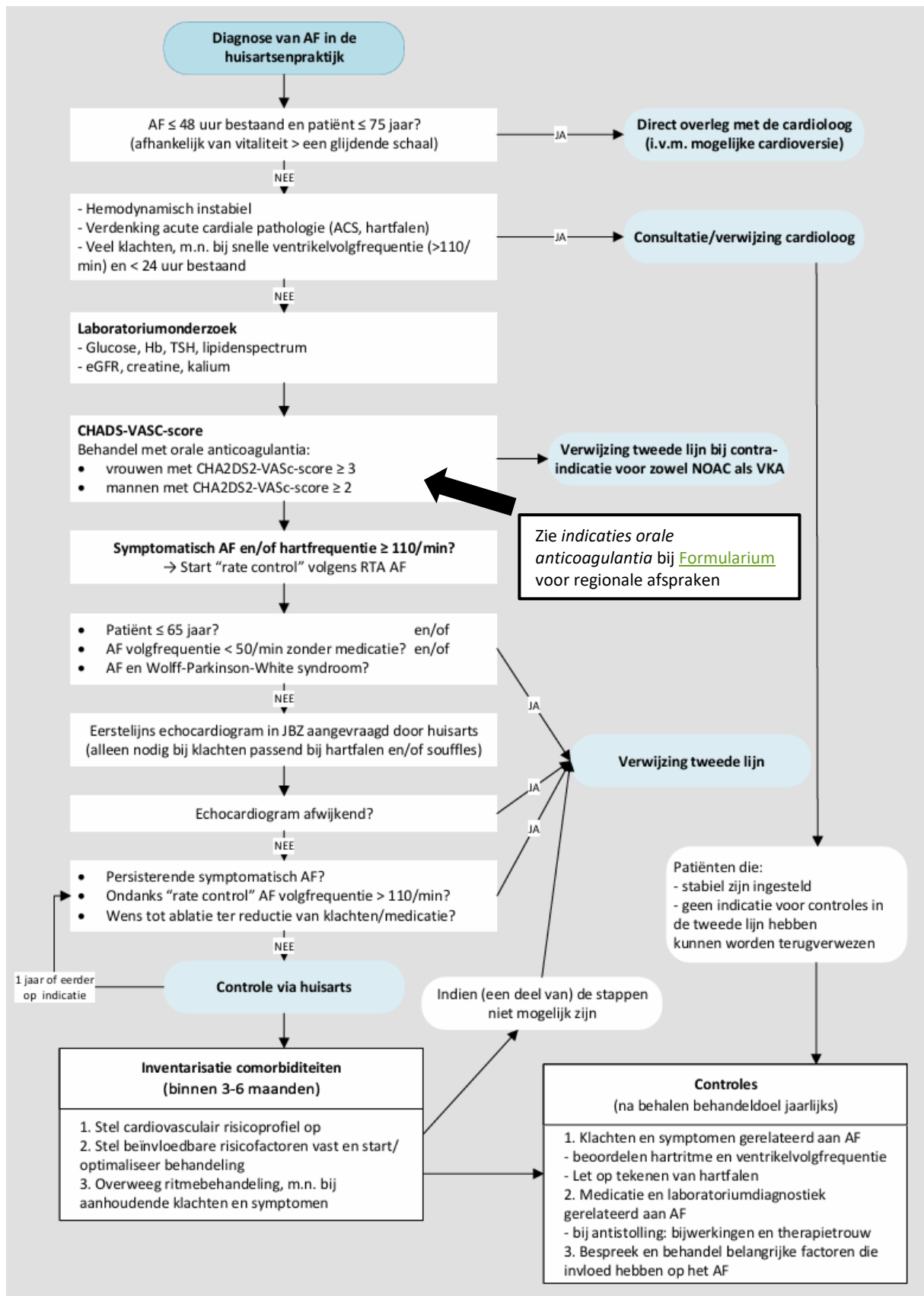
Zie figuur 2 voor de flowchart.

Aanvullend onderzoek:

- Een ECG (of ritmestroom) wordt uitgevoerd en beoordeeld (in huisartsenpraktijk of poli cardiologie JBZ). Een ECG (of ritmestroom) dient direct te worden gemaakt als een onregelmatige polsfrequentie wordt waargenomen.
- Holter bij het vermoeden op AF en frequente aanvallen (dagelijks). Event-recorder bij het vermoeden op AF met minder frequent optredende aanvallen (wekelijks/maandelijks).
- Bloedonderzoek (bij voorkeur in het JBZ). Dit bestaat minimaal uit: Hb, schildklier (TSH), natrium, kalium, kreatinine, GFR en nuchter glucose.
- Een echocardiogram wordt in principe geadviseerd bij alle nieuwe patiënten met AF waarbij souffles zijn waargenomen of die klachten passend bij hartfalen ervaren. Dit echocardiogram wordt bij voorkeur in het JBZ verricht en kan door de huisarts als eerstelijns diagnostiek aangevraagd worden.

Bij de verwijzing naar de cardioloog verstrekt de huisarts de volgende gegevens:

- Klinisch relevante gegevens uit anamnese, lichamelijk onderzoek en eventueel al verricht aanvullend onderzoek (zoals laboratoriumonderzoek of ECG's met het bewijs van AF)
- Cardiovasculaire voorgeschiedenis, comorbiditeit, allergieën en actuele medicatie
- Of de patiënt al deelneemt aan een CVRM-programma en op basis van welke indicatie



Figuur 2. Stroomschema nieuw vastgesteld Atriumfibrilleren

Terugverwijzen

- De cardioloog verwijst na diagnostiek de volgende patiënten terug voor (vervolg)behandeling en controles door de huisarts:
 - Patiënten bij wie geen AF of andere klinisch relevante cardiale afwijkingen zijn vastgesteld
 - Patiënten met AF zonder klinisch relevante cardiale comorbiditeit (bijvoorbeeld chronisch hartfalen, klinisch relevant klepgebrek)
 - Patiënt met gekend AF indien de situatie “stabiel” en geen cardiologische controle bij de cardioloog of verpleegkundig specialist meer noodzakelijk is. Dit zou al vanaf het eerste policontract (na ongeveer 6 weken) mogelijk kunnen zijn.

Indien de cardioloog de patiënt terugverwijst naar de huisarts, verstrekt de cardioloog in begrijpelijke verslaglegging zonder specifieke afkortingen de volgende gegevens:

- De resultaten van de bevindingen en aanvullend onderzoek
- De diagnose:
 - Eventueel aanwezig (bijkomend) hartlijden
 - Overige diagnoses en cardiovasculair risicoprofiel
- De verrichte behandeling/interventies en het verwachte beloop
- Zo concreet mogelijk behandeladvies en gewenst vervolgbeleid

De cardioloog informeert de patiënt over de terugverwijzing naar de huisarts en adviseert om zelf een afspraak te maken bij de huisarts met een termijn van 3 maanden. Gezien de mogelijke comorbiditeiten komt de patiënt met gekend AF periodiek onder controle bij de praktijkondersteuner en/of huisarts door middel van het CVRM protocol. Laboratoriumonderzoek (Hb, nierfunctie) en medicatie controle dient minstens 1x/jaar verricht te worden.

Patiënten met de diagnose AF worden opnieuw van de huisarts naar de cardioloog verwezen als er sprake is van:

- Klachten passend bij AF die ondanks maximale medicamenteuze behandeling belangrijke beperkingen geven in het dagelijks leven
- Het (vermoeden van) ontwikkelen van cardiale comorbiditeit, zoals chronisch hartfalen

Vervolgbeleid

- Behandeling vindt plaats conform het CVRM-protocol van de NHG.

Contactpersonen

- Christine Greb, Kaderhuisarts hart- en vaatziekten
- Wouter Wieringa, Cardioloog