

Behandelrichtlijn Atriumfibrilleren

Verwijs met spoed

De huisarts (HA) overlegt direct met de cardioloog	<ul style="list-style-type: none"> • Wanneer een jonge patiënt (arbitrair < 65 jaar) korter dan 48 uur atriumfibrilleren (AF) heeft; een cardioversie is dan vaak succesvol en zou zonder antistolling kunnen plaatsvinden. • Wanneer een oudere patiënt (arbitrair > 65 jaar) korter dan 48 uur AF heeft met daarbij veel klachten; een cardioversie kan dan succesvol zijn en zou zonder antistolling kunnen plaatsvinden.
De huisarts verwijst met spoed per ambulance	<ul style="list-style-type: none"> • Wanneer de patiënt hemodynamisch instabiel is (neiging tot cardiogene shock, astma cardiale of acute verergering van chronisch hartfalen). • Wanneer de patiënt tevens instabiele angina pectoris (in rust) heeft.

Uitgangspunten medicamenteuze behandeling

- Bij patiënten die niet (meteen) worden verwezen naar de tweede lijn start de HA direct na de diagnose met antistolling bij een CHA2DS2-VASc-score van 2 of hoger.
- Bespreek met mannen van 65 tot 75 jaar zonder cardiovasculaire co morbiditeit (zij hebben een CHA2DS2-VASc-score van 1) dat het voordeel van antitrombotische medicatie ongeveer gelijk is aan het nadeel daarvan. Afhankelijk van de voorkeur wordt gekozen voor wel of geen antistolling.
- Daarnaast wordt op indicatie medicatie voorgeschreven om de ventrikelfrequentie te verlagen tot minder dan 110 slagen per minuut in rust.
- Huisartsen wordt ontraden om zelf antiaritmica (zoals sotalol of flecainide) te initiëren.

CHA2DS2-VASc-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 het de enige is.

Medicatie ter preventie van een trombo-embolie

Directe orale anticoagulantia (DOAC's)

- Controleer jaarlijks de nierfunctie en vaker indien deze reeds verminderd is of verslechtert;
- Adviseer dabigatran of rivaroxaban tijdens een maaltijd in te nemen;

DOAC	Behandelschema	Beleid bij eGFR < 50 ml/min en andere redenen voor dosisaanpassing
Apixaban	2 dd 5 mg	eGFR 10-30 ml/min: 2 dd 2,5 mg
Dabigatran	2 dd 150 mg	eGFR 30-50 ml/min, leeftijd 75-80 jaar, of met Gastritis, oesophagitis of bij patiënten met meer kans op bloedingen: overweeg 2 dd 110 mg eGFR < 30 is een absolute contra-indicatie Bij ouderen > 80 jaar of bij gebruik van verapamil dosering aanpassen: 2 dd 110 mg
Edoxaban	1 dd 60 mg	eGFR 10-50 ml/min, patiënten ≤ 60 kg of bij gelijktijdig gebruik van ciclosporine, dronedaron, erytromycine of ketoconazol: 1 dd 30 mg
Rivaroxaban	1 dd 20 mg	eGFR 10-50 ml/min: 1 dd 15 mg

Cumarinederivaten (acenocoumarol, fenprocoumon)

- De tabletten worden eenmaal per dag 's-avonds ingenomen, zodat bij een sterk afwijkende INR (International Normalized Ratio) de dosering nog op de dag van controle kan worden aangepast.
- Bij het starten van een cumarinederivaat wordt de eerste dagen een oplaaddosis gegeven en na de derde dag wordt de vervolgdosering bepaald op geleide van de INR (2,0 - 3,0).

	Acenocoumarol 1 mg		Fenprocoumon 3 mg	
	< 70 jaar	Relatieve contra-indicatie of > 70 jaar	< 70 jaar	Relatieve contra-indicatie of > 70 jaar
Eerste dag	6 mg (6 tabletten)	4 mg (4 tabletten)	12 mg (4 tabletten)	6 mg (2 tabletten)
Tweede dag	4 mg (4 tabletten)	2 mg (2 tabletten)	6 mg (2 tabletten)	3 mg (1 tablet)
Derde dag	2 mg (2 tabletten)	1 mg (1 tablet)	3 mg (1 tablet)	1,5 mg (0,5 tablet)

Overschakelen van een cumarinederivaat naar een directe orale anticoagulantia (DOAC)

Overzetten op een DOAC van een patiënt die naar tevredenheid gebruiker is van een cumarinederivaat wordt niet geadviseerd. De omzetting van een vitamine-K antagonist (VKA) in een DOAC wordt begeleid door de trombosedienst (TD).

- HA meldt patiënt aan bij Trombosedienst (TD) met formulier 'Trombosedienst VKA DOAC'. <https://dcwf.nl/verwijzer/formulieren/>.
- HA kiest de DOAC en verzorgt het recept voor de apotheek.
- HA/POH geeft formulier mee aan patiënt die het inlevert bij eerstvolgende INR-controle.
- HA/POH instrueert patiënt pas te starten met de DOAC ná bericht van TD.
- TD neemt contact op met de patiënt en bepaalt het moment van overzetten.

Medicatie ter verlaging van de ventrikelfrequentie

Voor alle middelen geldt dat de dosering gaandeweg wordt opgehoogd op geleide van klachten en ventrikelfrequentie.

Verlaging van de ventrikelfrequentie

Bij een ventrikelfrequentie in rust > 110 slagen/minuut of klachten bij inspanning.

Geen hartfalen	Eerste keus: bètablokker Tweede keus: calciumantagonist	Metoprolol met vertraagde afgifte 50-200 mg Verapamil of diltiazem 120-360 mg (bij tevens angina pectoris voorkeur voor diltiazem)	Eventueel digoxine toevoegen.
(Mogelijk) hartfalen	Digoxine: eerste dag 0,75 mg, daarna 1 dd 0,25 mg; bij verhoogd risico op toxiciteit (leeftijd > 70 jaar, verminderde nierfunctie, gewicht < 55 kg): eerste dag 3 dd 0,125 mg, daarna 1 dd 0,125 mg; bij meerdere risicofactoren voor toxiciteit of leeftijd > 85 jaar: eerste dag 3 dd 0,125 mg, daarna 1 dd 0,0625 mg.		

Bètablokkers

Geef een bètablokker tenzij de patiënt tekenen van overvulling heeft. De voorkeur gaat uit naar metoprolol met vertraagde afgifte. De meeste patiënten zijn ouderen bij wie een lage dosering vaak afdoende is.

Calciumantagonisten

Geef bij een contra-indicatie voor een bètablokker (bijvoorbeeld bij ernstig astma) diltiazem of verapamil. Diltiazem heeft de voorkeur omdat verapamil sterker negatief-inotropo werkt. Een goede linker ventrikelfunctie (LVF) is daarbij vereist.

Digoxine

Voeg digoxine toe bij onvoldoende daling van de ventrikelfrequentie bij maximale dosering van de bètablokker of diltiazem of verapamil. De combinatie van een bètablokker met een calciumantagonist wordt niet geadviseerd.

Controles

Diagnostische fase, door de huisarts

Anamnese

- **Klachten:** hartkloppingen, duizeligheid of wegrakingen; klachten passend bij hartfalen; angineuze klachten.
- **Uitlokkende factoren:** koorts, anemie, hyperthyreoïdie, stress, lichamelijke inspanning, postprandiaal, overmatig koffie- of alcoholgebruik, of drugsgebruik, medicatie, met name betasympathico-mimetica, levothyroxine of corticosteroiden.
- **Complicaties:**
 - TIA of een CVA.
 - Raadpleeg het dossier van de patiënt naar onderliggende aandoeningen en belangrijke co morbiditeit: CVA, TIA, hartkleplijden, hypertensie, angina pectoris, myocardinfarct, hartfalen, diabetes mellitus, hyperthyreoïdie, COPD, plotse hartdood in de familie.

Lichamelijk onderzoek

- Bloeddruk handmatig of oscillometrisch. Neem het gemiddelde van 3 metingen.
- Auscultatie: stel het ritme en de frequentie van de hartslag vast. Let op souffles die kunnen wijzen op hartklepgebreken. Een wisselende luidheid van de eerste harttoon past bij AF. Beoordeling van tekenen van hartfalen.

Aanvullende onderzoek

- **Laboratoriumbepalingen:** TSH en indien afwijkend vrije T4, Hb, glucose, eGFR, kalium.
- ECG, als deze nog niet gedaan is.
- Echocardiografie op indicatie bij vermoeden van kleplijden of hartfalen.

Evaluatie

- Bestaan van AF korter of langer dan 48 uur.
 - Dit is van belang omdat bij korter dan 48 uur bestaand AF nog cardioversie kan plaatsvinden zonder antistolling.
- Eerste aanval, paroxismaal, (langdurig) persisterend of permanent AF.
- Besluitvorming antitrombotisch beleid met behulp van de CHA2DS2-VASc-score.

Instelfase (huisarts)

- Controleer een patiënt bij een eerste manifestatie twee dagen na de diagnose en controleer de hartfrequentie en pas zo nodig de frequentie verlagende behandeling aan, en beoordeel of een echo van het hart nodig is.
- Controleer de patiënt tijdens de instelfase met frequentie verlagende medicatie regelmatig tot het behandeldoel is bereikt. Besteed aandacht aan tekenen van hartfalen.
- Voorlichting: algemeen welbevinden, gezondheid en leefstijl, uitlokkende factoren, noodzaak periodieke controle en mogelijke behandelingen.

Stabiele fase

Controleer de patiënt bij een stabiele instelling in ieder geval jaarlijks:

- Klachten van AF of aanwijzingen voor hartfalen.
- CHA2DS2VASc-score bij patiënten zonder antistolling.
- Controleer bij DOAC-gebruik jaarlijks de eGFR en vaker bij verminderde nierfunctie of verslechtering.
- Pas bij verslechtering van de nierfunctie de dosis aan (zie tabel).
- Controleer bij digoxinegebruik jaarlijks de eGFR en kalium.
- Auscultatie hart: doel van de auscultatie is het meten van de hartfrequentie.
- Bloeddruk handmatig of oscillometrisch. Neem het gemiddelde van 3 metingen.
- Persoonlijke doelen evalueren, hierbij advies geven en samen individueel zorgplan opstellen/bijstellen.
- Overleg huisarts:
 - frequentie >110;
 - klachten AF;
 - aanwijzingen voor hartfalen;
 - afwijkend lab;
 - onvoldoende therapietrouw;
 - verandering in CHA2D2VASc score waardoor antistolling noodzakelijk wordt.

Overleg zo nodig met de Cardioloog via Secretariaat bereikbaar (SecretariaatCardiologie@westfriesgasthuis.nl), kaderhuisarts HVZ

(BvanOostendorp@ketenzorgwv.nl) of Verpleegkundig specialist AF poli DLZ (atriumfibrilleren@westfriesgasthuis.nl. Tel. 0229-855483 di-wo: 14:30 – 15:30).

Voorlichting

- Geef uitleg over de aandoening en het te verwachten beloop.
- Bespreek uitlokkende factoren.
- Leg uit dat medicatie voor verlaging van de hartfrequentie zinvol is.
- Geef het belang aan van antitrombotische medicatie.
- Leg uit wat de verschijnselen zijn van CVA, TIA en perifere trombo-embolie en instrueer de patiënt direct contact op te nemen met de huisarts wanneer deze verschijnselen zich voordoen.
- Bespreek bij AF met frequente aanvallen met klachten de mogelijkheden om de aanvalsfrequentie te verminderen.
- Adviseer patiënten om contact op te nemen bij braken, diarree en/of intercurrente infecties; door een (tijdelijk) verminderde nierfunctie kan aanpassing van de dosering van orale anticoagulantia noodzakelijk zijn. Dit geldt vooral voor DOAC's, waarbij immers regelmatige controles van de stolling ontbreken.
- Bespreken algemeen welbevinden, gezondheid en leefstijl.
- Bespreek de noodzaak van therapietrouw en periodieke controle.

Consultatie en verwijzing

- De cardiologen in het Dijklanderziekenhuis (DLZ) zijn beschikbaar voor telefonische consultatie.
- Voor het beoordelen van in de huisartsenpraktijk gemaakte ECG's bieden de cardiologen Tele-cardiologie aan via Zorgdomein.
- Verwijs patiënten met AF:
 - bij een leeftijd < 65 jaar;
 - indien de patiënt de voorkeur heeft voor analyse en behandeling van AF in de tweede lijn dan kan de huisarts verwijzen naar de AF-poli;
 - bij patiënten met een verhoogd risico op een beroerte en een absolute contra-indicatie voor orale anticoagulantia;
 - bij een ventrikelfrequentie < 50 zonder frequentie verlagende medicatie;
 - bij persisterende klachten ondanks adequate ventrikelfrequentie;
 - bij onvoldoende daling van de ventrikelfrequentie door digoxine en bètablokker;
 - bij onvoldoende daling van de ventrikelfrequentie ondanks gebruik van twee frequentie verlagende middelen;
 - bij vermoeden van een hartklepafwijking en/of hartfalen (eventueel na echo-diagnostiek in eigen beheer);
 - bij aanwezigheid van het Wolff-Parkinson-White syndroom of wanneer in de familie plotse hartdood voorkomt;
 - bij paroxismaal AF, wanneer de patiënt medicamenteuze behandeling ter preventie van aanvallen of vermindering van het aantal aanvallen wenst.

