



Boezemfibrilleren NHG standaard

**ESTHER DE BRAAL,
KADERHUISARTS HVZ**

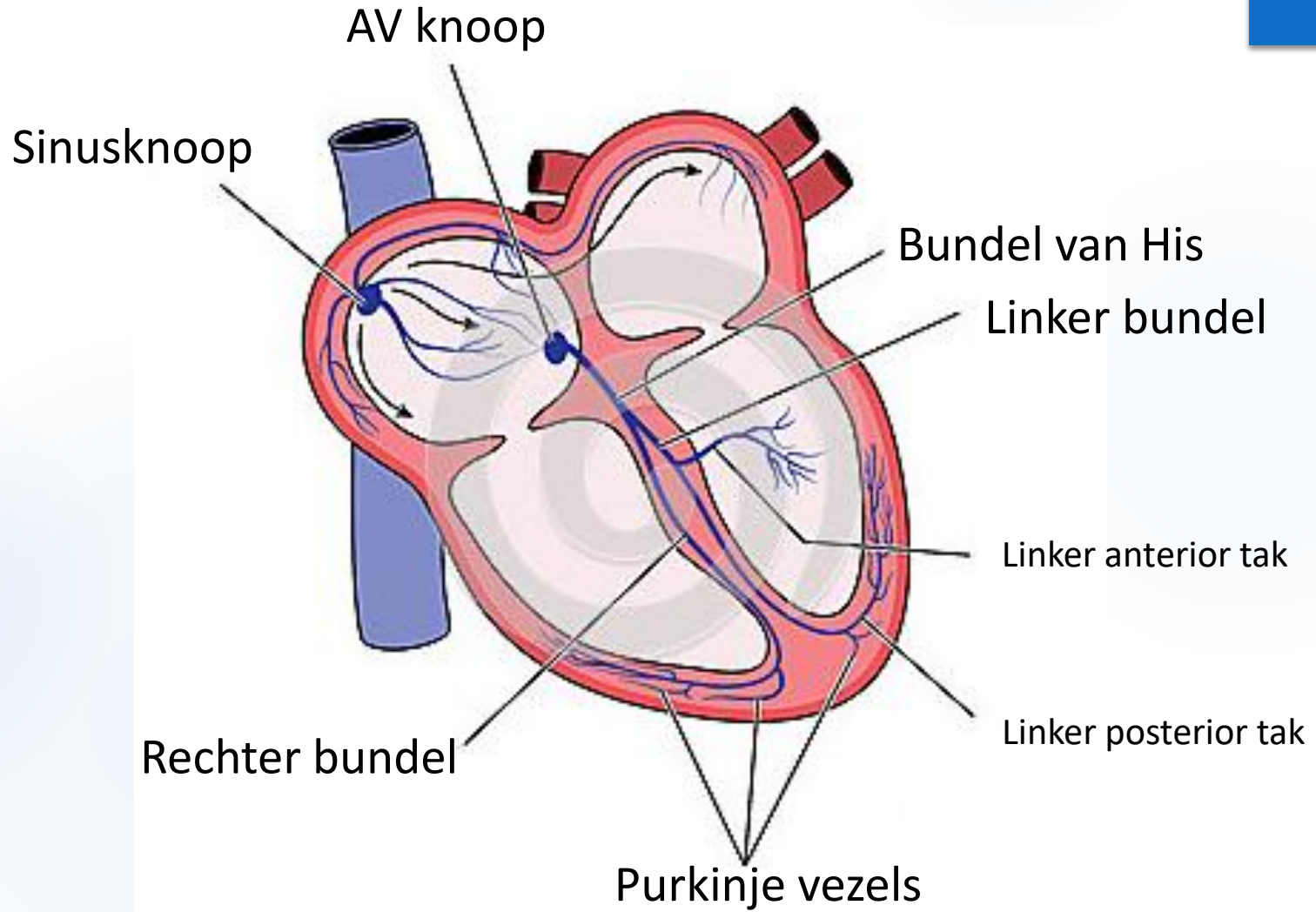
Disclosure dia Esther de Braal

Huisarts Zorggroep Almere

Kaderhuisarts REHA

Advieswerk Doktersacademie





ATRIAL FIBRILLATION



Pathofysiologie

- Onregelmatig en vaak snel
- Stase van bloed > trombusvorming
- Mn in hartoor li atrium
- 70% terecht in hersenen
- Remodelling: verandering myocardcellen
 - paroxysmaal > persisterend

Vraag 1

*Bij elk
onregelmatig
hartritme laat
ik een ECG
maken.*



A background image showing a person's hands playing a large, decorated drum. The drum has a dark head and a body with colorful geometric patterns in orange, yellow, and black. The person is wearing a red garment with a white patterned strap. The image is partially obscured by a blue header and a dark overlay containing text.

Oorzaken van onregelmatig ritme

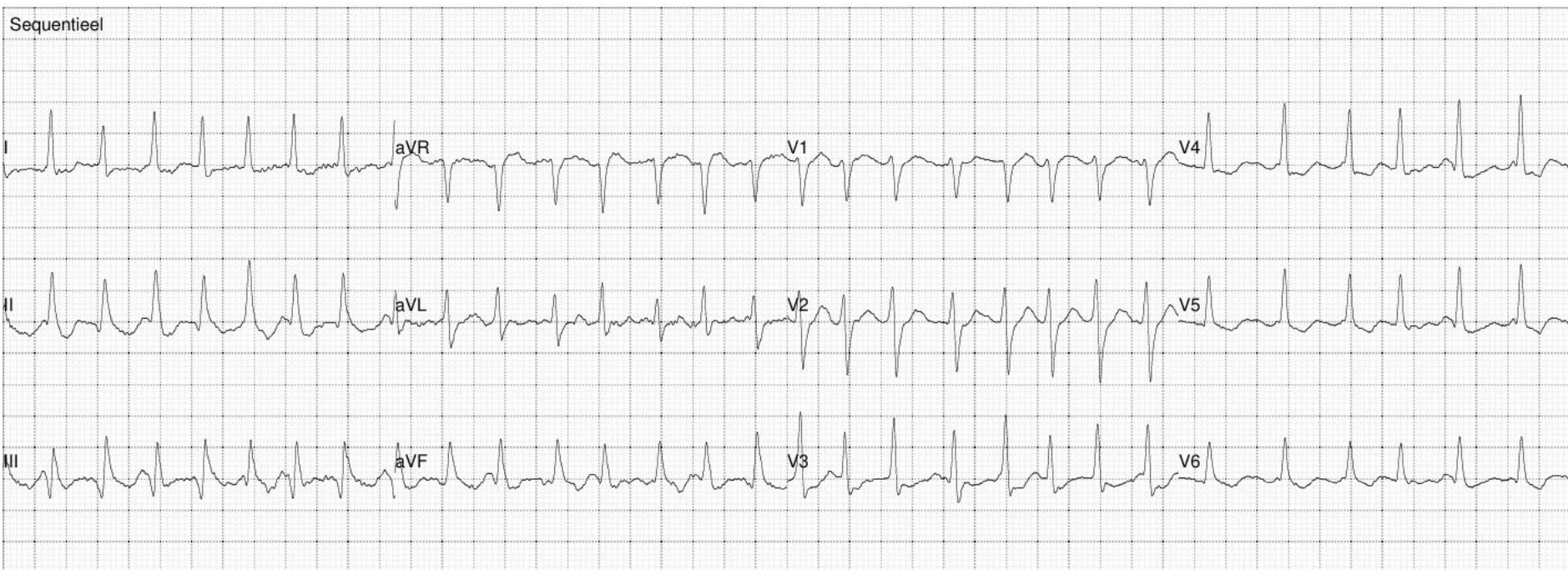
- ▶ Sinusaritmie
- ▶ Premature atriale contractie (SVES)
- ▶ Premature ventriculaire contractie (VES)
- ▶ Atriumfibrilleren
- ▶ Atriumflutter met wisselend blok
- ▶ Atrial ritme met wisselend blok
- ▶ 2e graads AV-blok
- ▶ 3e graads AV-blok

Vrouw 62 jaar

- ▶ Pijn in de knie > diclofenac > niet lekker
- ▶ Snelle hartslag
- ▶ Bij liggen kloppend gevoel hals
- ▶ Onrustig gevoel
- ▶ Gevoel flauw te vallen
- ▶ Duizeligheid
- ▶ Herkent het van de schildklier



Sequentieel

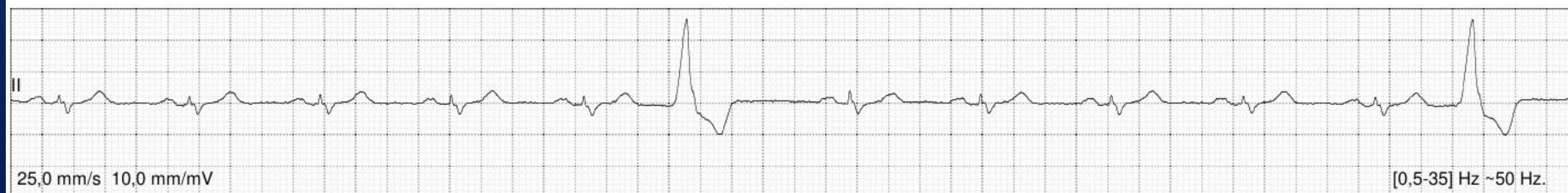
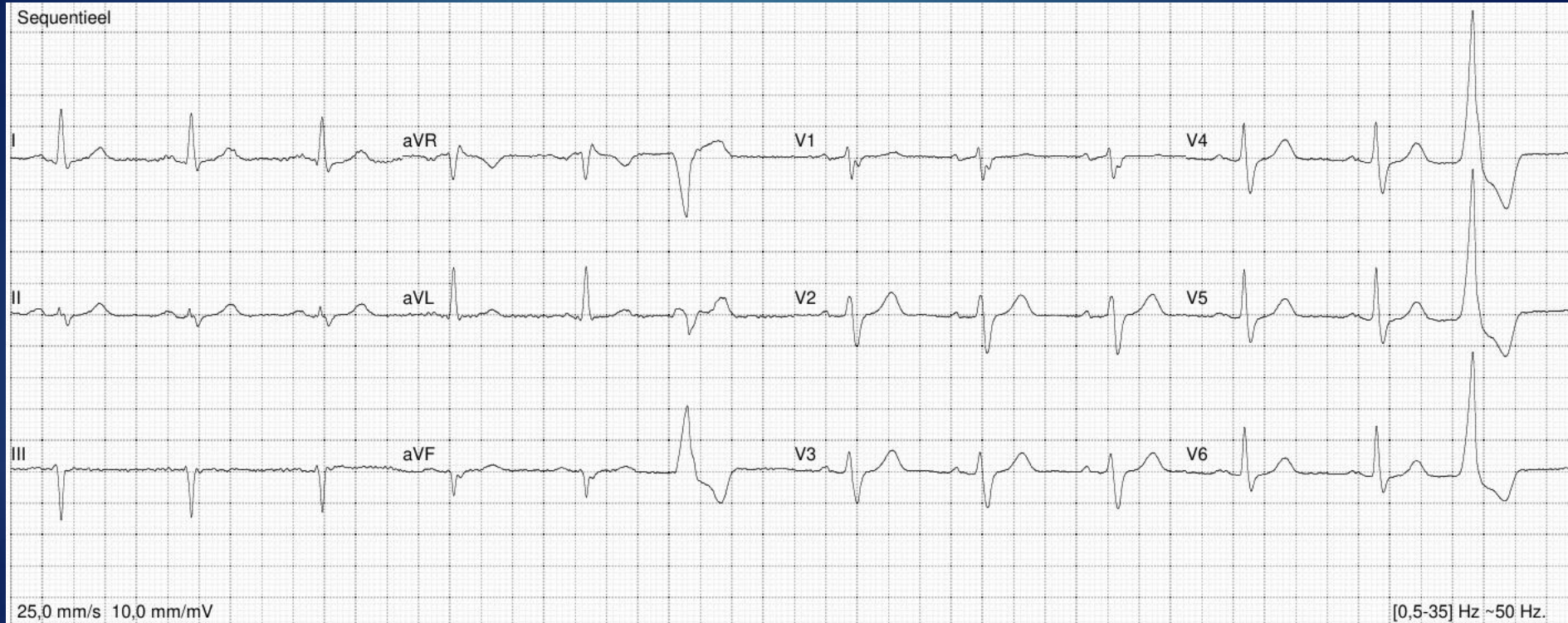


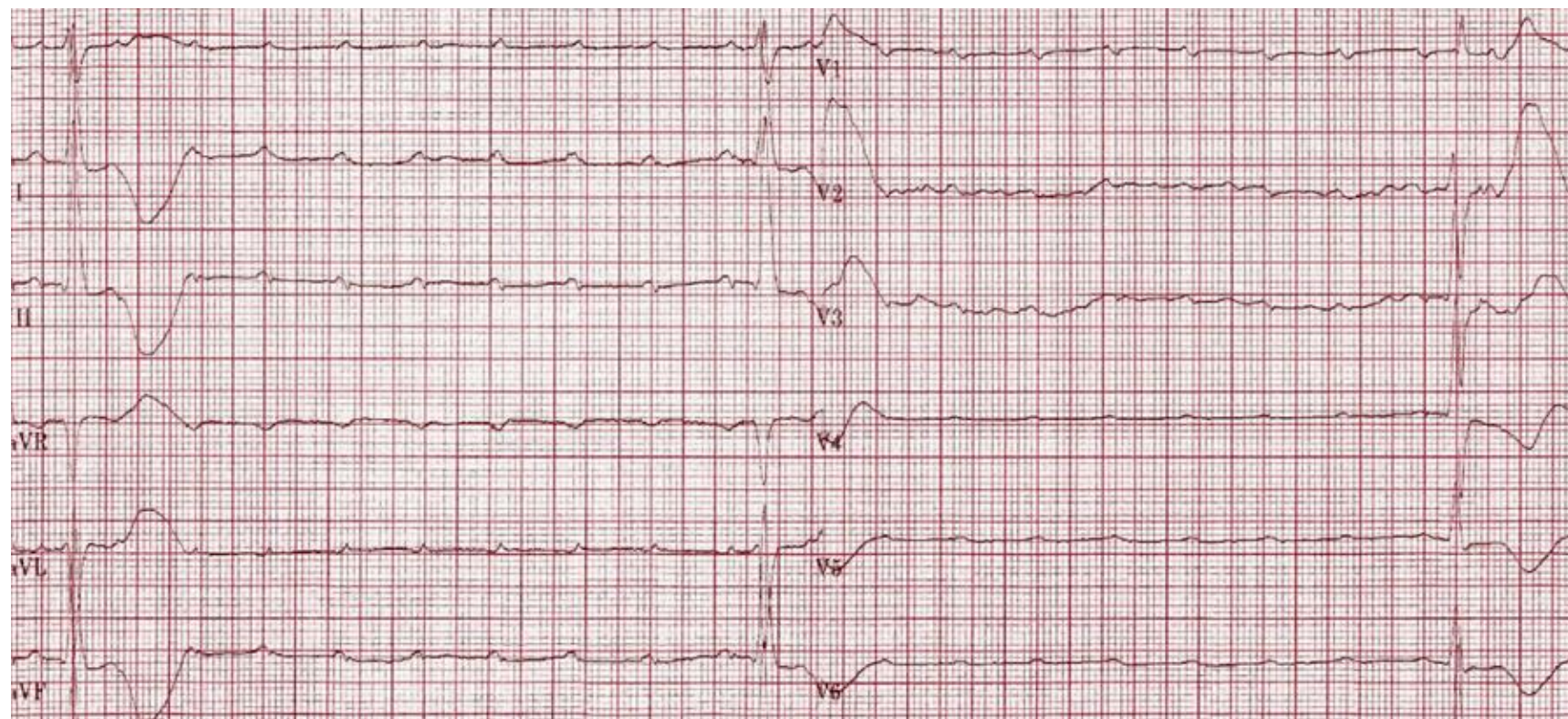
A man in a dark suit, white shirt, and red patterned tie is holding a large white rectangular sign. He is looking down at the sign. The background is a solid blue color.

Man
68 jaar

- ▶ Sinds 1 jaar soms fladderend gevoel borstkas
- ▶ Lastig te beschrijven
- ▶ Niet duizelig, geen pijn, geen dyspnoe

Sequentieel





Classificatie**Definitie**

Eerste aanval

Diagnose voor het eerst gesteld

Paroxysmaal

Herhaaldelijk en korter dan 7 dagen

Persisterend

> 7 dagen

Permanent

> 7 dagen en geaccepteerd

Classificatie AF

Vraag 2

*In mijn
huisartsenpraktijk is
ten minste 80% van
de patiënten met AF
bekend.*



A hand holding a pencil is pointing to a survey form. The form has three radio button options:

- ☐ Juist
- ☐ Onjuist
- ☒ Ik weet het niet

Epidemiologie

Prevalentie

- ▶ 0.5% totale populatie
- ▶ < 0,1% 25-45 jaar
- ▶ 16% 85 jaar en ouder

50% van alle AF pt is 75 jaar en ouder

Hogere prevalentie bij mannen

Populatieonderzoek: 25-35% niet bekend bij HA

Comorbiditeit

- ❑ Hypertensie
- ❑ DM
- ❑ Hartklepafwijkingen
- ❑ Hartfalen
- ❑ Ischaemische hartziekten
- ❑ CVA of TIA
- ❑ Hyperthyreoïdie
- ❑ Chronische nierziekte
- ❑ obesitas

Risicofactoren

Leeftijd

Geslacht

Genetische
factoren

Etniciteit

Leefstijl

Uitlokkende factoren

Koorts/acute infectie

Hyperthyreodie

Na myocardinfarct/hartchirurgie

Medicatie/drugs

Screening zinvol?

- ▶ iCVA bij 20% 1^e teken van AF
- ▶ NHG
bij elke RR een pols voelen
- ▶ ESC
Vanaf 75 jaar



Tabel dz Sensitiviteit en specificiteit van verschillende screeningstools voor atriumfibrilleren

Meetmethode	Sensitiviteit	Specificiteit
Palpatie van de pols	87-97%	70-81%
Automatische bloeddrukmeting	93-100%	86-92%
1-kanaals-ecg	94-98%	76-95%
Smartphone-app	91,5-98,5%	91,4-100%
Smartwatch	97-99%	83-94%

Symptomen

- ▶ Hartkloppingen
- ▶ Uitlokkende factoren
- ▶ Trombo-embolie
- ▶ Angineuze klachten
- ▶ Hartfalen? Anemie? Hyperthyrodie? Angst?

Lichamelijk onderzoek

- ❑ RR
- ❑ Pols: freq en ritme
- ❑ Auscultatie van het hart
 - ❑ Souffles
 - ❑ Ventrikelvolgfrequentie (polsdeficit)
- ❑ Tekenen van hartfalen
- ❑ Trombo-embolische complicaties



Diagnose
AF
middels
ECG

Laboratoriumonderzoek

Oorzaken/uitlokkende factoren

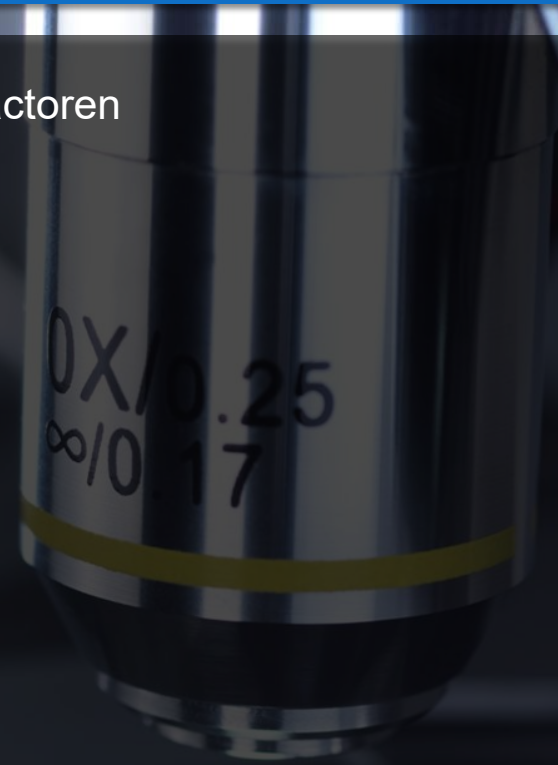
- TSH, zn T4
- Hb
- Glucose
- Lipiden

Therapie

- eGFR
- Kalium

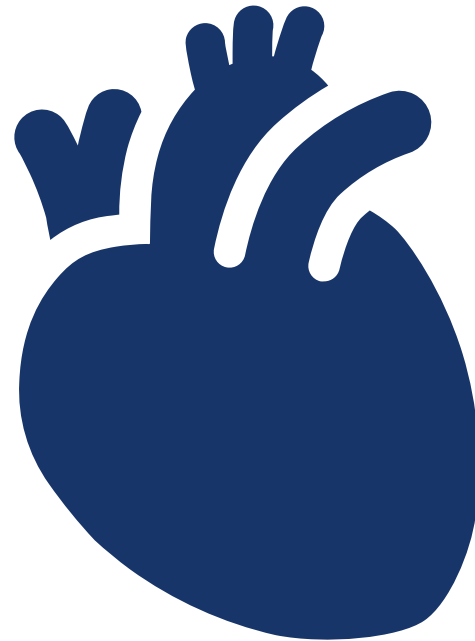
Niet doen

- (NT-pro)BNP



Echo cor

- ▶ Hartfalen
- ▶ Klepafwijkingen
- ▶ 1e lijns onderzoek





Behandeling



Antistolling

Verminderen
symptomen

Behandelen
co-morbiditeit

Speed

- ▶ Hemodynamisch instabiel
- ▶ Acute cardiale pathologie
- ▶ Veel klachten

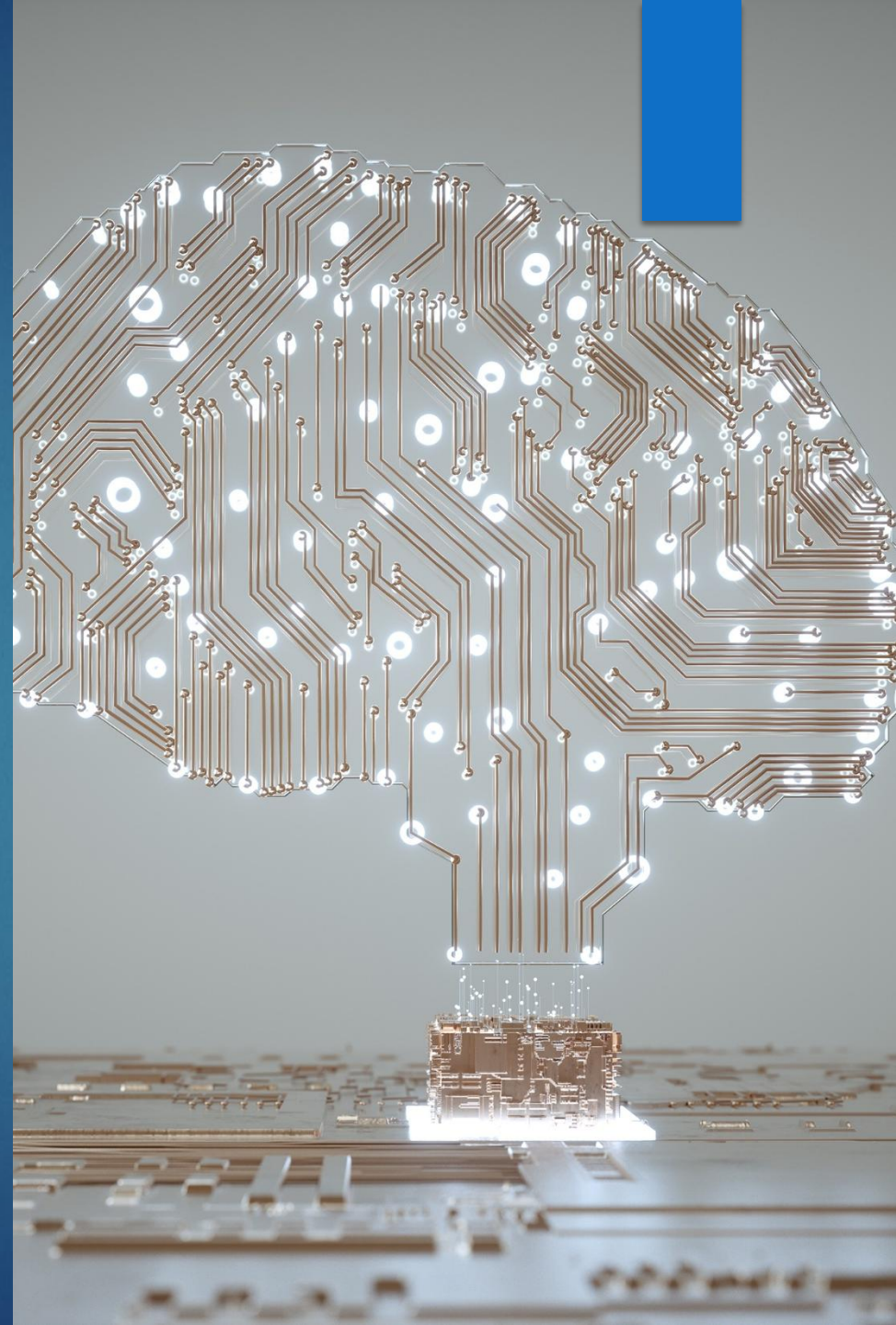




Wolf
In
Schaapskieren

Kans op i-CVA

- ▶ Leeftijd
 - ▶ < 60 jaar zonder RF <1%
 - ▶ > 75 jaar met RF >12%
- ▶ Paroxysmaal = persisterend
- ▶ CHA₂DS₂-VASc
- ▶ Reumatisch kleplijden



CHA₂DS₂-VASc: NHG

C	C ongestive heartfailure	1
H	H ypertensie	1
A₂	A ge ≥ 75 jaar	2
D	D iabetes	1
S₂	S troke	2
V	V aatlijden	1
A	A ge 64-74 jaar	1
Sc	S ex category: vrouw	0/1

Kans op i-CVA per jaar

- ▶ 0 0.5%
- ▶ 1 1%
- ▶ 2 5%

Vraag 3

*Bij oudere kwetsbare patiënten
is de 1^e keus als antistolling
Acetylsalicylzuur.*

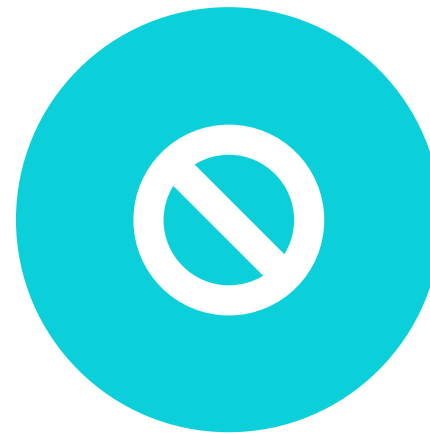
Juist/onjuist?



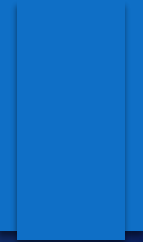
Antitrombotische behandeling



ORALE
ANTICOAGULANTIA



TAR
(ACETYLSALICYLZUUR)



Stollingscascade

Antitrombotische behandlung

Acenocoumarol

Fenprocoumon

Apixaban

Eliquis

Edoxaban

Lixiana

Rivaroxaban

Xarelto

Dabigatran

Pradaxa

Werking antistolling

Cumarines remmen vit K afhankelijke stollingsfactoren

Dabigatran remt trombine

ApiXaban remt stollingsfactor Xa

Kans op een bloeding



2-3% per jaar

ernstige bloeding



0,3-0,5% per jaar

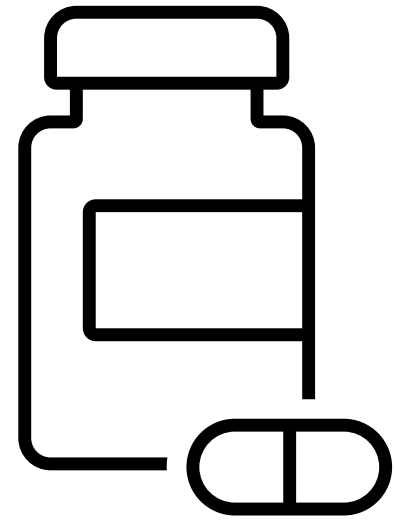
lager op hersenbloeding bij
DOAC ivm VKA



Maag-darm bloeding iets hoger bij DOAC

DOAC of VKA?

- ▶ 1^e keus DOAC
niet-kwetsbare patiënten
- ▶ Kwetsbare ouderen: DOAC of VKA
- ▶ Overzetten van VKA naar DOAC
 - ▶ Moeilijk instelbaar
 - ▶ Nav vraag pt
- ▶ Let op contra-indicaties en interacties



Tabel 2 Onderscheidende kenmerken van DOAC's en VKA's

	VKA	DOAC
Effectiviteit	Bewezen effectiviteit en veel ervaring, ook bij ouderen	• Mogelijk effectiever dan VKA, maar minder onderzoek/ervaring bij kwetsbare ouderen • Na bariatrische chirurgie en bij morbide obesitas onvoldoende bekend over effectiviteit
Veiligheid	–	Consistent beeld van minder hersenbloedingen dan bij VKA, ook in subgroepen, maar minder onderzoek/ervaring bij kwetsbare ouderen
Absolute contra-indicaties	–	• Mitralisstenose (indien bekend) • Klepprothese • Morbide obesitas • Na bariatrische chirurgie
Relatieve contra-indicaties	–	Antifosfompiënsyndroom (overleg voorafgaand aan de behandeling met de internist)
Interacties	Relatief veel interacties	Beperkte interacties, per DOAC enigszins verschillend (Zie <u>Praktische uitwerking DOAC's</u>)
Bijwerkingen	–	Vaker buikklachten, zoals misselijkheid en dyspepsie
Beleid bij couperen werking	• Couperen is mogelijk met vitamine K (beschikbaar in eerste lijn, lage kosten). • Bij spoed couperen met stollingsfactoren (tweede lijn, hoge kosten). • Toelichting: werken relatief lang, dus relatief vaker noodzaak tot couperen.	• Alle DOAC's zijn te couperen met een antidotum of met stollingsfactoren (tweede lijn, hoge kosten (kosten van antidotum zijn hoger dan van stollingsfactoren). • Toelichting: DOAC's werken relatief kort. Minder noodzaak tot couperen van de werking.
Praktisch	• Dosering afhankelijk van INR • Periodiek INR-controle nodig (zelf meten of trombosediens)	• Vaste dosering • Strikte inname op vaste tijdstippen noodzakelijk • Therapietrouw minder goed te monitoren • Kan in medicijnrol/baxter • Dosisaanpassing nodig in bepaalde situaties, per DOAC verschillend (bijvoorbeeld bij lagere eGFR, bij hogere leeftijd) • DOAC's bereiken antitrombotisch effect sneller dan VKA's (uren vs. dagen) • Door gemiddeld kortere halfwaardetijd sneller uitgewerkt, wat voordeel biedt rondom geplande hoogrisicoingrepen

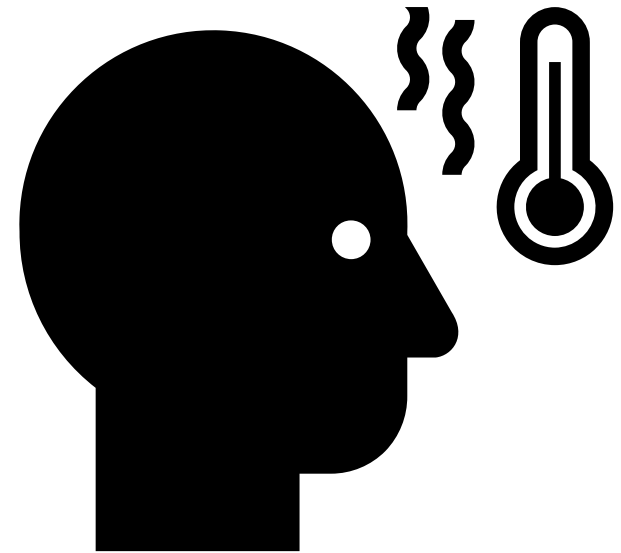
Relatieve contra indicatie

- ▶ hoge leeftijd
- ▶ verhoogd valrisico
- ▶ verminderde nierfunctie
- ▶ leverinsufficiëntie
- ▶ alcoholmisbruik
- ▶ ongecontroleerde hypertensie
- ▶ verhoogd risico op klinisch relevante bloedingen
- ▶ recent doorgemaakte klinisch relevante bloeding.



AF bij intercurrente ziekte

- ▶ Overweeg antistolling
 - ▶ CHA₂DS₂-VASc-score
 - ▶ 4-6 weken
- ▶ Overweeg erna te stoppen
 - ▶ intercurrente ziekte over is EN
 - ▶ weer sinusritme





Vraag 4

Bij het voorschrijven
van een DOAC of
acenocoumarol
hoort een PPI.

Juist/onjuist

Maagbescherming?

- ▶ Meerdere risicofactoren
 - ▶ Maagulcus
 - ▶ Hoge leeftijd
 - ▶ andere risicomedicatie
 - ▶ ernstige comorbiditeit (invaliderende artritis, hartfalen, diabetes)
- ▶ Omeprazol 1 dd 20 mg 's ochtends



Let Op!

- ▶ Andere antistolling, zoals TAR
- ▶ Maagbescherming
- ▶ NSAID
- ▶ Laatste eGFR < 3 mnd
- ▶ Geen voorkeur DOAC



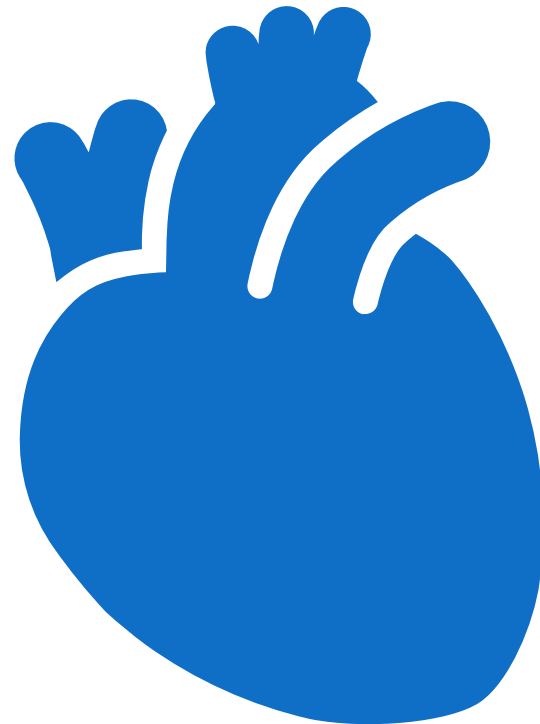
Vitamine K antagonist

- ▶ Oplaadosis: 6-4-2
- ▶ 's avonds doseren
- ▶ INR 2,5



Verlagen frequentie

- ▶ Ventrikelvolgfrequentie
- ▶ Streef $< 110/\text{min}$
- ▶ Behandelen $> 110/\text{min}$
of klachten



Verlaging frequentie

Geen hartfalen	1^e keus: bètablokker 2^e keus: calciumantagonist	metoprolol retard diltiazem	Eventueel digoxine toevoegen
(Mogelijk) Hartfalen	digoxine		

Streefwaarde:
110/minuut is verantwoord



Digoxine



eGFR



Kans op toxiciteit



Verlagen Digoxine
bij Ca-antagonist

Digoxine

- bij normaal risico op toxiciteit (< 70 jaar* EN eGFR $\geq$ 50 mL/min EN $\geq$ 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 ($\geq$ 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 ($\geq$ 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

Digoxine

Cardioversie

versus

daling frequentie



1 jaar na ECV 30-50% een SR, ondanks medicatie



Bij kort AF succesvol



Antiaritmische
medicatie

Vaak bijwerkingen
Ventriculaire aritmie

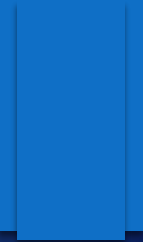


Geen verschil op mortaliteit, kans
op iCVA en trombo-embolie

Verwijzen



- ▶ $>110/\text{min}$, < 24 uur en veel klachten
- ▶ Pols $< 50/\text{min}$
- ▶ Klachten bij goede ventrikelfrequentie
- ▶ Onvoldoende daling ventrikelfrequentie en
 - ▶ Hartfalen
 - ▶ Ondanks ventrikel verlagende medicatie
- ▶ Indicatie voor echo
- ▶ Wens voor vermindering aanvallen



Katheterablatie

Afsluiting linker hartoor





Als er nog tijd over is....

- ▶ Alle patiënten met AF zonder antistolling
- ▶ Jaarlijks check op nierfunctie bij DOAC
- ▶ eGFR < 50 en DOAC gebruik
- ▶ ASA en AF



Vragen?