

WERKAFSPRAKEN ATRIUMFIBRILLEREN TUSSEN 1^E EN 2^E LIJN REGIO ZUIDWEST-FRIESLAND EN NOP

BEGRIPPEN

AF, PAF	Atriumfibrilleren, paroxysmaal atriumfibrilleren
Eerste aanval van AF	Solitaire aanval of eerste gedocumenteerde aanval van AF
Paroxysmaal AF	Aanvallen van AF die niet langer dan 7 dagen bestaan
Persisterend AF	AF langer dan 7 dagen
Permanent/ geaccepteerd AF	AF bestaat langer dan 7 dagen en de ritmestoornis wordt geaccepteerd (er wordt geen poging tot cardioversie meer ondernomen)
VKA	Vitamine K antagonist
NOAC/DOAC	Nieuwe orale anticoagulantia, ook wel directe orale anticoagulantia
Antistolling	VKA of DOAC
Ritmecontrole	Gepoogd wordt het sinusritme zoveel mogelijk te verkrijgen en behouden
Frequentiecontrole	Bij permanent atriumfibrilleren zorgen dat de hartfrequentie niet te snel of te langzaam is: >50 slagen/min <110 slagen/min

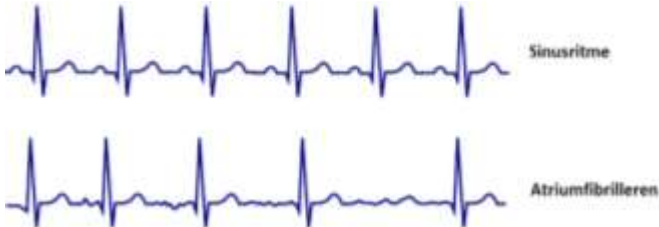
ANAMNESE

Hartkloppingen	Hoe lang? Continu? Aanvallen? Regulier/irregulier?
Hemodynamiek	Duizeligheid, wegrakingen, tekenen van hartfalen, pijn op de borst
EHRA score (european heart rhythm association)	EHRA score 1: geen symptomen EHRA score 2: mild. Normale dagelijkse activiteit wordt niet beïnvloed door symptomen geassocieerd met AF EHRA score 3: ernstig. Normale dagelijkse activiteit wordt wel beïnvloed door symptomen geassocieerd met AF EHRA score 4: disfunctioneren. Normale dagelijkse activiteiten zijn niet mogelijk
Uitlokkende factoren	Koorts? Schilddklierlijden? Stress? Tijdens, of juist na lichamelijke inspanning? Nachtelijk? Postprandiaal? Alcoholgebruik? Koffie? Drugs? Medicatie zoals B2 sympathicomimetica, levothyroxine, corticosteroïden
Complicaties	Trombo-embolische complicaties? TIA/CVA? Bloedingen?
Onderliggend lijden	CVA/TIA, kleplijden, hypertensie, angina pectoris, myocardinfarct, hartfalen, diabetes mellitus, hyperthyreoïdie, COPD, slaapapnoe, geleidingsproblemen, perifere vaatlijden
Familiair	Plotse hartdood? Mensen met pacemaker op jonge leeftijd?

ONDERZOEK

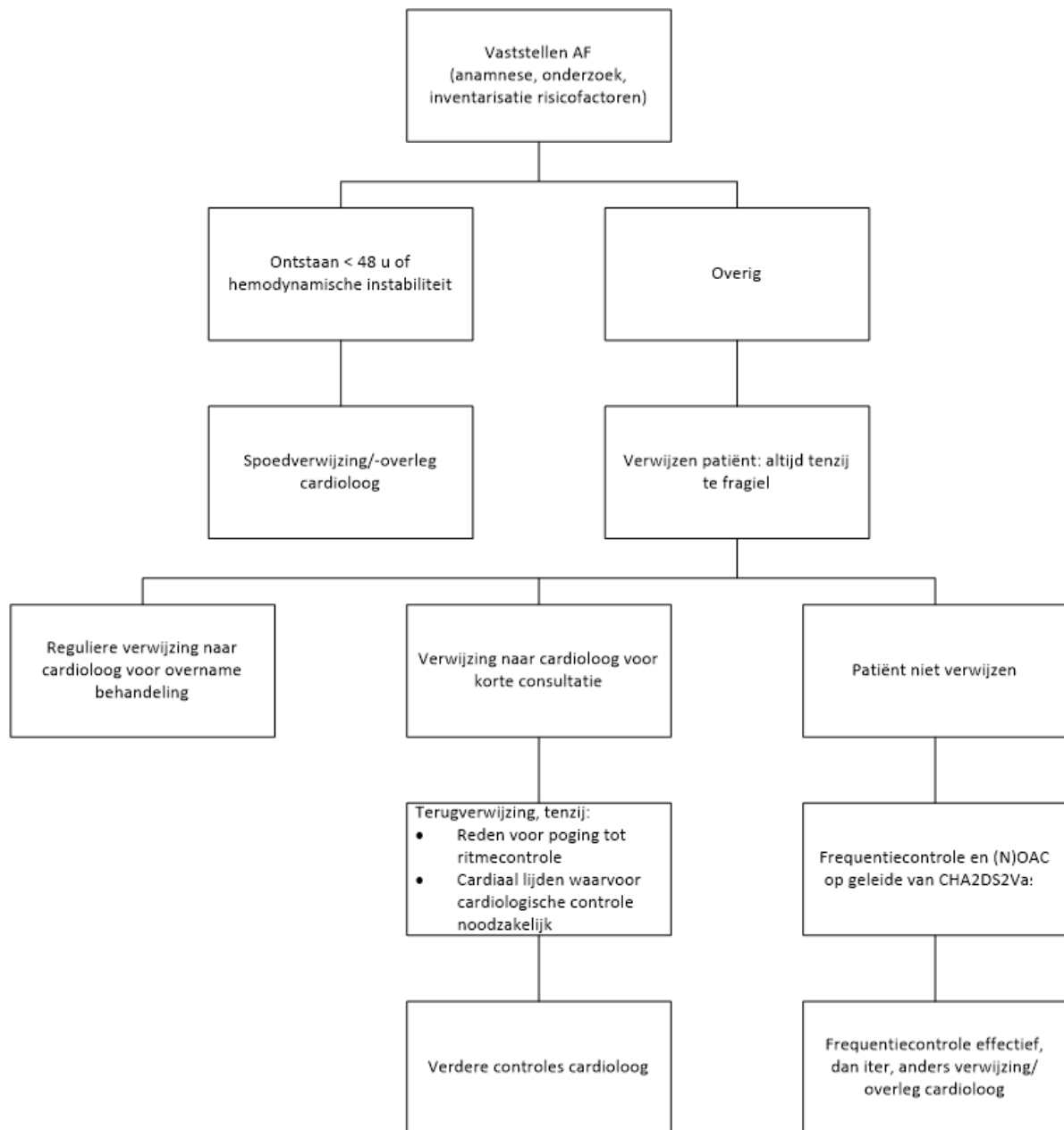
Bloeddruk	
Auscultatie hart	Ritme, frequentie, souffles
Tekenen hartfalen	Pulmonale crepitaties, verhoogde cvd, gestuwde halsvenen, leververgroting, ascites, perifeer oedeem
Ritmestrook of ECG	Documenteer het ritme tenminste met een ritmestrook. Stuur mee of geef mee bij verwijzing!
Holterfoon/eventrecorder	Bij verdenking paroxysmaal AF
Laboratoriumonderzoek niet ouder dan 3 maanden	Hb, kreatinine met eGFR, kalium, TSH (fT4), glucose Op indicatie: (NT-pro)BNP, lipiden

DIAGNOSE

Atriumfibrilleren	Atriumfibrilleren is een hartritmestoornis waarbij het ritme volledig onregelmatig en meestal versneld is. De diagnose wordt gesteld op basis van een kenmerkend ECG-beeld. Het kenmerkende ECG-beeld bij atriumfibrilleren laat de chaotische atriale activiteit als een golvende basislijn zien; er zijn geen P-toppen. De afstanden tussen de QRS-complexen zijn volledig irregulair  The image shows two ECG strips. The top strip is labeled 'Sinusritme' and shows a regular rhythm with distinct P waves followed by QRS complexes. The bottom strip is labeled 'Atriumfibrilleren' and shows an irregular rhythm with a wavy, chaotic baseline and no visible P waves.
Atriumflutter	Bij een atriumflutter is er vaak een zaagtand patroon te zien in de basislijn. Hierin zit een behoorlijke regelmaat, de flutterfrequentie is vaak +- 300/min. De typische volgrespons van de hartkamer is 150/min. Een boezemflutter wordt vergelijkbaar behandeld als fibrilleren en kent een min of meer vergelijkbaar tromboserisico  The image shows an ECG strip for atriumflutter, characterized by a sawtooth pattern (sawtooth waves) in the baseline, which is a regular, rapid oscillation.

BELEID IN DE 1^e LIJN

Stroomschema



Starten antistolling?

(géén plaatjesaggregatie-remming)

- Bij beoogde ritmecontrole in geval van persisterend AF: altijd (ongeacht CHADS2-VA)
 - Bij overige situaties (inclusief paroxysmaal AF) op geleide van CHADS2-VA
 - In principe altijd een DOAC, tenzij contra-indicatie of reeds VKA gebruik
- Voor beleid bij DOAC zie http://www.necf.nl/necf_doac.htm
- Bij start VKA bij oudere/fragiele patiënten: start low en go slow!!
 - Bij 'gezonde' patiënten zie onderstaand schema:

	acenocoumarol 1 mg		fenprocoumon 3 mg		
		relatieve contra-indicatie of		relatieve contra-indicatie of	
	< 70 jaar	> 70 jaar	< 70 jaar	> 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)	

CHA ₂ DS ₂ -VA score	Letter	Kenmerk	Score
	C	Hartfalen: symptomen van hartfalen of geobjectiveerde verminderde linker ventrikel ejectiefractie (<i>Congestive heart failure</i>)	1
	H	Hypertensie: RR > 140/90 in rust tenminste tweemaal gemeten of gebruik antihypertensiva	1
	A ₂	Leeftijd: 75 jaar of ouder (<i>Age</i>)	2
	D	Diabetes mellitus: nuchtere glucose > 7.0 mmol/l of behandeling met orale antidiabetica of insuline	1
	S ₂	CVA/TIA/trombo-embolie (<i>Stroke</i>)	2
	V	Vaatlijden: in de voorgeschiedenis myocard infarct, perifeer arterieel vaatlijden of sclerotische plaquevorming in aorta	1
	A	Leeftijd 65-74 jaar (<i>Age</i>)	1

Betekenis CHADS2-VA	● Een score van 0-1 betekent ongeveer 0,5-1% kans op een beroerte per jaar, dit is een ongeveer normaal risico. Hoe hoger de score, hoe hoger het risico op een beroerte (als er geen bloedverduunners worden gebruikt) ● Bij een score van 1 kan antistolling overwogen worden, de voordelen (minder kans op trombose) wegen net wel op tegen de nadelen (meer kans op een bloeding) ● Bij een score van 6 is er bijna 10% kans op een beroerte per jaar
	Vanaf 2 punten is antistolling geïndiceerd

Tijdelijk onderbreken	● Bij een CHADS2-VA < 7 is een tijdelijke onderbreking voor een chirurgische ingreep of tandheelkundige ingreep meestal geen probleem. Bridging met subcutane heparines is dan niet nodig (cave andere bijkomende problemen zoals een kunsthartklep of frequente trombotische problemen) ● Acenocoumarol: meestal 3 dagen tevoren staken ● Fenprocoumon meestal 5 dagen tevoren staken NOAC 2 dagen tevoren staken tenzij verminderde nierfunctie, dan 3 dagen tevoren staken
Starten frequentiecontrole	● Controle binnen een week (in wachttijd 1^e consult cardioloog) ● Controleer op tekenen van hartfalen, indien aanwezig dan overleg met cardioloog ● Controleer hartfrequentie bij voorkeur middels auscultatie of ECG
Voorlichting	www.thuisarts.nl , www.hartstichting.nl , www.cardiologiesneek.nl/aandoeningen/hartritmestoornissen

CONTROLES IN DE 1^e LIJN

Eenmaal per jaar	● Anamnese: klinisch welbevinden, verschijnselen hartfalen? EHRA score ● Besteed extra aandacht aan overgewicht en alcoholgebruik (≤ 1 consumptie per dag) en tekenen van slaap-apnoe omdat dat onafhankelijke risicofactoren zijn voor AF ● Lichamelijk onderzoek: RR, hartfrequentie ● Indien geen orale anticoagulantia: CHADS2-VA gewijzigd? ● Bij cardiovasculaire comorbiditeit: CVRM controles ● Laboratoriumonderzoek: Bij digoxine: Kalium, eGFR. Bij NOAC: eGFR ● Bij NOAC of VKA gebruik: adviseer patiënten bij iedere controle 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 Bij chronisch gebruik lanoxin overweeg spiegelcontrole eens per 2-3 jaar, of bij achteruitgang nierfunctie. Streefspiegel bij oudere patiënten ± 1 µg/l. (ipv max 2 µg/l.) Spiegelcontrole liefst 12-24 uur na laatste inname!
-------------------------	--

VERWIJZING NAAR DE 2^e LIJN

Altijd, tenzij te fragiel

(hierin wordt afgeweken van de tekst van de NHG standaard)

Aanwezigheid van onderliggend lijden is bepalend voor het beleid, dit betreft met name aanwezigheid van coronairlijden, klepvitium en hartfalen. Anamnese en lichamelijk onderzoek zijn onvoldoende betrouwbaar om hartfalen of klepvitium uit te sluiten.

Daarnaast hebben veel patiënten hoge bloeddruk, slaapapneu en/of andere ziekten die het beloop van het atriumfibrilleren belangrijk beïnvloeden.

TERUGVERWIJZING NAAR DE 1^e LIJN

Na korte consultatie

In alle gevallen tenzij:

- Reden voor poging tot ritmecontrole

Cardiaal lijden waarvoor cardiologische controle noodzakelijk

Regulier

- Bij 1 jaar klachtenvrij en geen anti-aritmische medicatie

Stabiel bij frequentiecontrole (freq < 110/min)

Na ablatie

Geen atriumfibrilleren een jaar na ablatie en cardiologische follow-up niet noodzakelijk

Communicatie naar patiënt

Patiënt krijgt een instructiebrief met duidelijke richtlijnen voor vervolgbeleid in de eerste lijn. Er is een instructiebrief voor patiënten met geaccepteerd atriumfibrilleren en een instructiebrief voor patiënten met paroxysmaal atriumfibrilleren

FORMULARIUM

Frequentiecontrole

1. B-blokker, tenzij niet goed gereguleerd hartfalen, ernstig astma. Bijvoorbeeld: metoprolol ret. 50-200 mg/dg of bisoprolol 2,5-10 mg/dg

2. Indien B-blokker gecontra-indiceerd v.w. bijvoorbeeld astma: Calciumantagonist (diltiazem, verapamil), niet bij hartfalen.

Bijvoorbeeld: verapamil of diltiazem. Bij verapamil start 2-3x daags 40-80 mg, indien dit goed verdragen wordt: retard preparaat dagdosis 120-360 mg

Bij tevens hartfalen: overweeg digoxine. Vooraf: kalium >3,5 mmol/L. Oplaad: 0,5-0,25-0,25 mg de eerste dag. Daarna 1x daags 0,0625-0,25 mg. Kies lage dosis bij lager gewicht, slechtere nierfunctie of hogere leeftijd

NOAC / VKA

Maak eigen keuze, zie [Keuzetabel NOAC's - Aanpassingen bij verminderde nierfunctie.pdf](#)