

## WERKAFSPRAKEN ATRIUMFIBRILLEREN TUSSEN 1<sup>E</sup> EN 2<sup>E</sup> LIJN REGIO ZUIDWEST-FRIESLAND EN NOP

### BEGRIPPEN

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



### ANAMNESE

<b>Hartkloppingen</b>	Hoe lang? Continu? Aanvallen? Regulaïr/irregulaïr?
<b>Hemodynamiek</b>	Duizeligheid, wegrakingen, tekenen van hartfalen, pijn op de borst
<b>EHRA score</b> (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
<b>Uitlokkende factoren</b>	Koorts? Schildklierlijden? Stress? Tijdens, of juist na lichamelijke inspanning? Nachtelijk? Postprandiaal? Alcoholgebruik? Koffie? Drugs? Medicatie zoals B2 sympathicomimetica, levothyroxine, corticosteroïden
<b>Complicaties</b>	Trombo-embolische complicaties? TIA/CVA? Bloedingen?
<b>Onderliggend lijden</b>	CVA/TIA, kleplijden, hypertensie, angina pectoris, myocardinfarct, hartfalen, diabetes mellitus, hyperthyreoïdie, COPD, slaapapnoe, geleidingsproblemen, perifere vaatlijden
<b>Familiair</b>	Plotse hartdood? Mensen met pacemaker op jonge leeftijd?

## ONDERZOEK

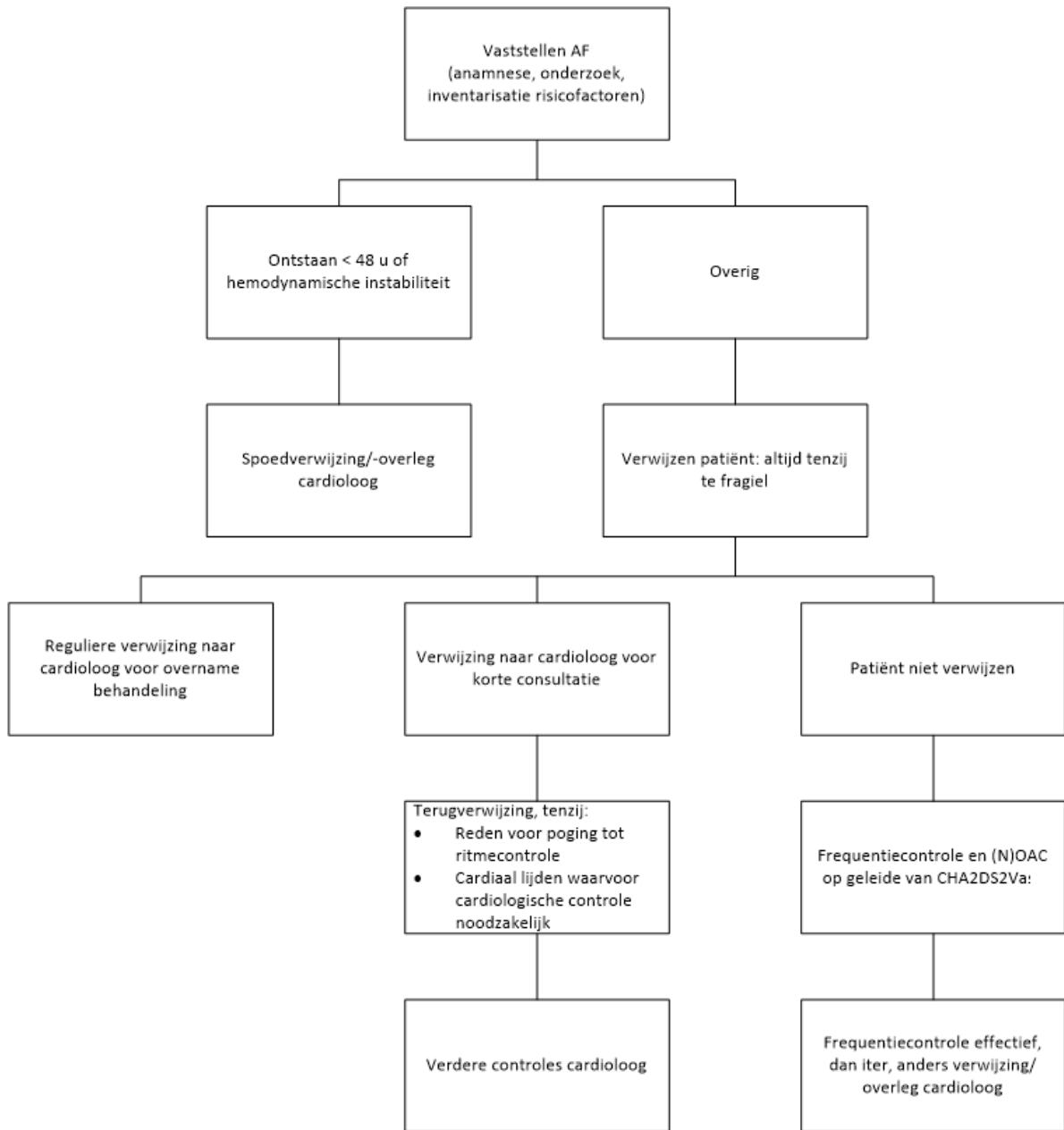
<b>Bloeddruk</b>	
<b>Auscultatie hart</b>	Ritme, frequentie, souffles
<b>Tekenen hartfalen</b>	Pulmonale crepitaties, verhoogde cvd, gestuwde halsvenen, leververgroting, ascites, perifeer oedeem
<b>Ritmestrook of ECG</b>	Documenteer het ritme tenminste met een ritmestrook. Stuur mee of geef mee bij verwijzing!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

## DIAGNOSE

<b>Atriumfibrilleren</b>	<p>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</p>  <p>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 irregularly irregular rhythm with a chaotic, wavy baseline and no discernible P waves.</p>
<b>Atriumflutter</b>	<p>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</p>  <p>The image shows an ECG strip with a sawtooth pattern (sawtooth flutter) in the baseline, characterized by regular, repetitive, and narrow QRS complexes.</p>

## BELEID IN DE 1<sup>e</sup> 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](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:

	<i>acenocoumarol 1 mg</i>		<i>fenprocoumon 3 mg</i>	
	< 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)

#### CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VA score

<i>Letter</i>	<i>Kenmerk</i>	<i>Score</i>
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 <sub>2</sub>	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 <sub>2</sub>	CVA/TIA/trombo-embolie ( <i>Stroke</i> )	2
V	Vaatlijden: in de voorgeschiedenis myocard infarct, perifere arterieel vaatlijden of sclerotische plaquevorming in aorta	1
A	Leeftijd 65-74 jaar ( <i>Age</i> )	1

#### Betekenis CHADS<sub>2</sub>-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 bloedverdunners 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

<b>Tijdelijk onderbreken</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Bij een CHADS2-VA &lt; 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)</li> <li>● Acenocoumarol: meestal 3 dagen tevoren staken</li> <li>● Fenprocoumon meestal 5 dagen tevoren staken</li> </ul> <p>NOAC 2 dagen tevoren staken tenzij verminderde nierfunctie, dan 3 dagen tevoren staken</p>
<b>Starten frequentiecontrole</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Controle binnen een week (in wachttijd 1<sup>e</sup> consult cardioloog)</li> <li>● Controleer op tekenen van hartfalen, indien aanwezig dan overleg met cardioloog</li> <li>● Controleer hartfrequentie bij voorkeur middels auscultatie of ECG</li> </ul>
<b>Voorlichting</b>	<a href="http://www.thuisarts.nl">www.thuisarts.nl</a> , <a href="http://www.hartstichting.nl">www.hartstichting.nl</a>

## CONTROLES IN DE 1<sup>e</sup> LIJN

<b>Eenmaal per jaar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Anamnese: klinisch welbevinden, verschijnselen hartfalen? EHRA score</li> <li>● Besteed extra aandacht aan overgewicht en alcoholgebruik (<math>\leq 1</math> consumptie per dag) en tekenen van slaap-apnoe omdat dat onafhankelijke risicofactoren zijn voor AF</li> <li>● Lichamelijk onderzoek: RR, hartfrequentie</li> <li>● Indien geen orale anticoagulantia: CHADS2-VA gewijzigd?</li> <li>● Bij cardiovasculaire comorbiditeit: CVRM controles</li> <li>● Laboratoriumonderzoek: Bij digoxine: Kalium, eGFR. Bij NOAC: eGFR</li> <li>● 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</li> </ul> <p>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!</p>
-------------------------	--

## VERWIJZING NAAR DE 2<sup>e</sup> LIJN

<b>Altijd, tenzij te fragiel</b> (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<sup>e</sup> LIJN

<b>Na korte consultatie</b>	In alle gevallen tenzij: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Reden voor poging tot ritmecontrole</li> </ul> Cardiaal lijden waarvoor cardiologische controle noodzakelijk
<b>Regulier</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Bij 1 jaar klachtenvrij en geen anti-aritmische medicatie</li> </ul> Stabiel bij frequentiecontrole (freq < 110/min)
<b>Na ablatie</b>	Geen atriumfibrilleren een jaar na ablatie en cardiologische follow-up niet noodzakelijk
<b>Communicatie naar patiënt</b>	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

<b>Frequentiecontrole</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. B-blokker, tenzij niet goed gereguleerd hartfalen, ernstig astma. Bijvoorbeeld: metoprolol ret. 50-200 mg/dg of bisoprolol 2,5-10 mg/dg</li> <li>2. Indien B-blokker gecontra-indiceerd vw 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</li> </ol> <p>Bij tevens hartfalen: overweeg digoxine. Vooraf: kalium &gt;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</p>
<b>NOAC / VKA</b>	Maak eigen keuze, zie <a href="#">Keuzetabel NOAC s - Aanpassingen bij verminderde nierfunctie.pdf</a>