

# De huisarts ontdekt boezemfibrilleren met en zonder screening even goed

Patrick Marx

**Opportunistisch screenen op boezemfibrilleren in de eerste lijn heeft geen toegevoegde waarde op standaardzorg. Huisartsen diagnosticeren boezemfibrilleren bij klachten of vinden het per toeval. Het gebruik van een bloeddrukmeter met ritmedetectie of het maken van een ecg met 1 afleiding zijn een goede aanvulling op de gebruikelijke zorg, het voelen van de pols.**

Dit jaar promoveerden huisartsen Nicole Verbiest-van Gulp en Steven Uittenbogaart beiden op onderzoek naar de detectie van boezemfibrilleren in de eerste lijn. Samen voerden ze een klinische trial uit naar het nut van opportunistische screening op boezemfibrilleren in 96 huisartsenpraktijken. Ieder voor zich onderzochten ze diverse aspecten die met de diagnose boezemfibrilleren te maken hebben. 'Onze begeleiders in Maastricht en Amsterdam voerden eerder al een onderzoek uit naar longembolieën in de eerste lijn. Nu vonden ze elkaar weer voor het onderzoek dat Steven en ik uitvoerden bij de universiteiten van Amsterdam en Maastricht', zegt Verbiest-van Gulp.

## *Tijdig opsporen*

Vanwege de ernstige gevolgen die boezemfibrilleren kan hebben, is het van belang om patiënten tijdig op te sporen en, indien geïndiceerd, te behandelen met antistolling. Zou het daarbij helpen als de huisarts het hartritme controleert, zodra de kans zich voordoet als de patiënt op het spreekuur komt? Beide onderzoekers beten zich vast in deze vraag. Om het antwoord te vinden, zetten ze de D<sub>2</sub>AF-studie op (Diagnosing and Detecting Atrial Fibrillation). Ze rekruteerden 96 huisartsenpraktijken, 47 voerden opportunistische screening uit en 49 leverden zorg zoals gebruikelijk. Van elke praktijk deden maximaal 200 patiënten van 65 jaar of ouder en zonder voorgeschiedenis van boezemfibrilleren mee. De screening bestond uit polspalpatie, bloeddrukmeting met automatische hartritmedetectie en een 1-lead ecg. Als de screening er aanleiding toe gaf, volgde ook een 12-lead ecg, de gouden standaard voor de diagnose van boezemfibrilleren.

Uiteindelijk lukte het om gemiddeld 100 patiënten per praktijk te screenen. Uittenbogaart: 'Het is een les die we als onderzoekers leerden: houd je onderzoek voor de deelnemende praktijken zo makkelijk mogelijk, anders wordt het moeilijk voldoende patiënten te includeren. Het kost gewoon extra tijd om onderzoek te doen in een huisartsenpraktijk.'

## *Niet significant*

Van alle gescreeende patiënten had 1,62% boezemfibrilleren. De reguliere zorg in de controlepraktijken leverde bij 1,53% van de patiënten de diagnose op. Uittenbogaart: 'We vinden dus geen significant verschil tussen beide groepen en dat komt overeen met bevindingen van andere onderzoeken, zoals die van Femke Kaasenbrood.' Verbiest-van Gulp vervolgt: 'We vergeleken zowel de hele interventiegroep als de daadwerkelijk gescreeende patiënten met de controlegroep. In beide gevallen is er geen significant verschil.'

**Verbiest-van Gulp:  
'Huisartsen zijn bedacht op boezemfibrilleren bij hun oudere patiënten'**

Opmerkelijk was de bevinding dat huisartsen in de controlegroep een derde van de patiënten met boezemfibrilleren, maar zonder klachten, bij toeval ontdekten (twee derde vanwege klachten en 9 na een CVA). Verbiest-van Gulp: 'Het grote aantal toevalsbevindingen laat zien dat de huisartsen bedacht zijn op boezemfibrilleren bij hun oudere patiënten. Ga dus vooral zo door.'

De manier van detectie van boezemfibrilleren laat wel verschillen zien. De sensitiviteit van het ecg met 1 aflei-



**Nicole Verbiest-van Gorp** deed haar promotieonderzoek als aioto tegelijk met haar opleiding tot huisarts. Ze won de professor Huygensprijs voor een onderzoeksvoorstel [H3 proefschrift] en was genomineerd voor de NHG-Wetenschapsprijs 2022. Momenteel werkt ze als waarnemend huisarts in Brabant waar ze ook een praktijk wil overnemen. Haar proefschrift heet 'Detection of atrial fibrillation. Evaluation of diagnostic methods and primary care based opportunistic screening'.



**Steven Uittenbogaart** werkte als anios interne geneeskunde op Curaçao. Omdat hij breed naar de patiënt wil kijken stapte hij over naar de huisartsgeneeskunde. Hij deed zijn opleiding en promotieonderzoek bij de huisartsenopleiding van het AMC. Momenteel is hij waarnemend huisarts in Berkel-Enschot. De titel van zijn proefschrift is: 'The detection and diagnosis of atrial fibrillation in Dutch general practice'.

ding is met 97,7% het hoogst, gevolgd door 70,0% voor de automatische bloeddrukmeter met ritmedetectie en 62,8% voor polspalpatie. Verbiest-van Gorp: 'De huisarts doet een deel van de bloeddrukmetingen niet meer handmatig, waardoor deze de hartslag niet meer hoort. Ons onderzoek laat zien dat een automatische bloeddrukmeter met ritmedetectie een goed alternatief is, net als een 1-lead ecg.' Uittenbogaart: 'Zo'n 1-lead ecg is snel te maken: binnen 1 minuut, zodat deze controle je spreekuur niet overhoop gooit.' Verbiest-van Gorp: 'Als je zelf de ritmestroom controleert om boezemfibrilleren vast te stellen, dan is geen 12-leads ecg meer nodig voor het starten van de behandeling. Dat is bijvoorbeeld handig in de thuissituatie bij patiënten die niet naar de praktijk kunnen komen.'

### Thuismeting

Om mensen met paroxysmaal boezemfibrilleren op te sporen, gaven beide onderzoekers een groep mensen uit de D<sub>2</sub>AF-studie gedurende 2 weken een holter en een 1-lead ecgapparaat mee naar huis. Ondanks goede instructies bleek het niet mogelijk om thuis betrouwbare ecg's te maken. 'Op basis van de D<sub>2</sub>AF-studie kunnen we niet veel zeggen over het nut van langdurig thuis monitoren. Andere onderzoeken laten zien dat het thuis monitoren op paroxysmaal AF meer gevallen van AF opspoorde. Als deze groepen lang vervolgd worden, zie je echter niet altijd een verschil in het voorkomen van langetermijncomplicaties. Daarom pleiten wij er (nu) niet voor 65-plussers thuis te screenen', aldus Uittenbogaart. Verbiest-van Gorp enquêteerde huisartsen en cardiologen

over hun ervaringen met de diagnostiek van boezemfibrilleren. Daaruit volgde dat de meeste artsen holters te kort mee naar huis geven. 'Als je om de paar dagen last van boezemfibrilleren hebt, dan mis je mogelijke events bij een 24-uursmeting. Ook bij patiënten met af en toe klachten. Ondanks het advies van de richtlijnen om langer te meten, krijgen de meeste patiënten toch maar voor 1 dag een holter mee', aldus de Maastrichtse onderzoeker.

### Stijgende prevalentie

Dit voorjaar publiceerde het *Netherlands Heart Journal* een onderzoeksartikel over de prevalentie van boezemfibrilleren en de behandeling ervan in de algemene populatie. Het onderzoek laat zien dat de prevalentie van boezemfibrilleren steeg van 0,4% in 2008 naar 1,4% in 2017. Uittenbogaart reageert: 'De hogere prevalentie komt deels door de bewustwording bij huisartsen over het belang van tijdige behandeling om complicaties te voorkomen, en deels door de vergrijzing.' Twee jaar geleden liet huisarts Carline van den Dries zien dat een driemaandelijke controle in de eerste lijn van patiënten met boezemfibrilleren leidt tot 45% reductie van de sterfte (ook sterfte door niet-cardiale redenen). Uittenbogaart: 'Dat is een indrukwekkende reductie die laat zien dat de populatie patiënten met boezemfibrilleren erg kwetsbaar is en baat heeft bij regelmatige controle. In Amsterdam loopt nu een nieuw onderzoek waarin gekeken wordt of het zinvol is om actief te screenen op boezemfibrilleren bij mensen met een hoog risico.'

---

Al met al leidt het onderzoek van beide jonge doctoren tot het inzicht dat er geen noodzaak is voor de opportunistische screening op (paroxysmaal) boezemfibrilleren in de huisartsenpraktijk. Wel laten ze zien dat ritmecontrole de belangrijkste tool blijft voor het vaststellen van de hartziekte. Als dat ritme niet meer in beeld komt, bij automatische bloeddrukme-

## Uittenbogaart: 'Een 1-lead ecg maak je binnen 1 minuut, zodat deze controle je spreekuur niet overhoop gooit'

ting of bloeddrukmeting door de praktijkassistent, dan is een automatische vorm van detectie aan te raden. Hiervoor zijn inmiddels enkele goed geteste en betrouwbare tools beschikbaar, zo blijkt uit het proefschrift van Verbiest-van Gurp. Is daarmee de kous af? Zeker niet, er blijven genoeg onbeantwoorde vragen over.

### *Wel of niet behandelen?*

De belangrijkste vraag die op antwoord wacht gaat over de noodzaak van behandeling. Hoe lang en vaak moet je episo-

den van paroxysmaal boezemfibrilleren hebben voordat de behandeling zinvol is? Verbiest-van Gurp: 'Gevoelsmatig heb je meer reden tot het geven van antistolling bij iemand die één keer in de week een uur lang last heeft van boezemfibrilleren dan bij iemand die af en toe 30 seconden last heeft.' 'De relatie tussen de duur van boezemfibrilleren en de kans op een beroerte is echter niet zo heel sterk', vervolgt Uittenbogaart die in de literatuur naar deze relatie keek. 'Risicoscores als de CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc zijn inmiddels 30-40 jaar oud en komen uit een tijd dat de behandeling van hoge bloeddruk nog niet zo goed was als nu, er nog veel reumatische klepproblemen waren en dotteren nog in de kinderschoenen stond. Mensen met boezemfibrilleren hadden toen een zieker hart dan de patiënten van nu.'

Beide artsen hebben na hun promotie hun handen vol, er is zeker geen sprake van een zwart gat. Beiden ronden ze de laatste artikelen van hun onderzoek af en plukken ze er de vruchten van. Uittenbogaart: 'Onderzoek doen laat je met andere ogen kijken naar richtlijnen, onderzoeken en bewijs.' Verbiest-van Gurp: 'Ik ben druk met de onderhandelingen over een praktijkovername. De wetenschap blijft me wel trekken, in de toekomst ga ik er weer mee aan de slag.' ■