

na te gaan of nadere diagnostiek zinvol is. Immers, bij iemand met een geringe kans op een ernstige aandoening, zoals een jonge patiënt met lage-rugpijn, wordt men van nadere diagnostiek, zoals een röntgenfoto van de lumbale wervelkolom, meestal niet veel wijzer.

De invloed van veranderingen

Diagnostische criteria kunnen in de loop der tijd veranderen. Bij het ACS bestaat sinds enige jaren de mogelijkheid het troponinegehalte te bepalen en zijn de criteria op grond waarvan de diagnose wordt gesteld in 2000 bijgesteld. Aangezien de troponinebepaling zeer gevoelig is (al bij versterf van een geringe hoeveelheid hartweefsel is de test positief), zal vaker bij klachten passend bij myocardischemie een infarct worden vastgesteld, terwijl deze voor de introductie van de test wellicht als instabiele angina pectoris was gediagnosticeerd. Deze nieuwe, sensitieve test zal dus een stijging van de incidentie van ACS laten zien die niet berust op een toename van het werkelijke

aantal gevallen. Bovendien zal de incidentie van een aandoening bij het begin van een screeningsprogramma (mammacarcinoom, diabetes) stijgen vanwege het ontdekken van asymptomatische nieuwe gevallen.

Ook zijn veranderingen in behandelingsmogelijkheden van invloed. Zo stijgt de prevalentie van coronaire hartziekte nu de behandelingsmogelijkheden toenemen en dit dus een chronische aandoening wordt. Hetzelfde geldt voor bijvoorbeeld aids in de Westerse landen.

Margriet Bouma, huisarts,
wetenschappelijk medewerker NHG

- 1 Offringa M, Assendelft WJ, Scholten RJPM. Inleiding in de evidence-based medicine. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 2^e druk 2003.
- 2 Rutten FH, Grundmeijer HGLM, Grijseels EWM, Van Bentum STB, Hendrick JMA, Van Pinxteren B, et al. NHG-Standaard Acut coronair syndroom. Huisarts Wet 2003;46:831-43.

Praktijkgeval

Atriumfibrilleren in de huisartsenpraktijk: Als het hart van slag is

Hartkloppingen worden door patiënten meestal als onrustbarend ervaren. Gelukkig kan de huisarts hen na eenvoudig onderzoek meestal wel geruststellen. Anderzijds merken sommige patiënten juist niets van een onregelmatige hartslag, terwijl deze wél consequenties heeft. Bij zowel de diagnostiek als de behandeling is er een aantal beslismomenten voor de huisarts van belang. Aan de hand van een casus wordt hierop ingegaan.

Een onregelmatige pols

De heer Van Bommel, 72 jaar oud, komt bij de assistente voor zijn driemaandelijke tensiecontrole. Hij gebruikt sinds tien jaar hydrochloorthiazide 25 mg per dag. Hij heeft geen gezondheidsklachten, wandelt dagelijks en rookt niet.

De assistente meet een tensie van 152/84 mmHg. Het valt haar op dat de Korotkoff-tonen die ze hoort tijdens de meting onregelmatig zijn. Ze voelt daarom de pols en ook hierbij bemerkt ze onregelmatigheid. De polsfrequentie is ongeveer 94 slagen per minuut.

De assistente overlegt met de huisarts. Deze voelt de pols en luistert aan het hart. De hartslag is onregelmatig, maar er is geen soufflé. Hij stelt vast dat niet elke hartslag die hij hoort ook te voelen is aan de pols. Er is dus sprake van een polsdeficit.

De huisarts geeft een verwijzing voor een ECG, met de vraag of er sprake is van atriumfibrilleren. Hij spreekt af dat de heer Van Bommel nog dezelfde dag bij hem terugkomt met de uitslag. Deze luidt: atriumfibrilleren, ventrikelfrequentie 102/minuut,

QRS-complexen en repolarisatie normaal.

Hiermee is de diagnose gesteld. Toch is het belangrijk dat de huisarts een verdere anamnese afneemt en lichamelijk onderzoek verricht. Zo kan de aard van het atriumfibrilleren worden vastgesteld, evenals een mogelijke oorzaak.

De heer Van Bommel heeft nooit hartkloppingen. Hij heeft tijdens zijn dagelijkse wandelingen nooit pijn of druk op de borst. Het is hem de afgelopen weken wel opgevallen dat zijn hart af en toe oversloeg, maar dat hinderde hem niet. Ook is hij sinds ongeveer een maand of twee een beetje kortademig als hij zich wat meer inspant. Hij heeft geen nachtelijke benauwdheid, kan goed plat liggen, heeft geen oedeem. 's Nachts moet hij altijd eenmaal het bed uit om te plassen. Hij gebruikt sporadisch alcohol en heeft de laatste week niets gedronken. Zijn gewicht is constant rond de 80 kg. Verder lichamelijk onderzoek levert geen nieuwe gezichtspunten op; met name geen tekenen van hartfalen.

Diagnose atriumfibrilleren en dan...

Een regelmatige polsslslag is zeer specifiek voor de afwezigheid van atriumfibrilleren. Wanneer een patiënt bij lichamelijk onderzoek een onregelmatige pols heeft, kan het zijn dat de patiënt atriumfibrilleren heeft. Ook een polsdeficit kan passen bij atriumfibrilleren, maar is zeker niet bewijzend. Een polsdeficit geeft alleen aan dat niet elke hartslag ook aan de pols gevoeld kan worden. Dit kan ook bij extrasystolie het geval zijn.

De conclusie op dit moment luidt: chronisch atriumfibrilleren bij hypertensie met een snelle ventrikelfrequentie. Voor het beleid zijn een aantal elementen van deze conclusie van belang.

Chronisch atriumfibrilleren

De heer Van Bommel heeft gedurende een onbekende periode atriumfibrilleren. Hij kan geen acuut begin van de klachten aangeven, maar had de afgelopen periode wel een onregelmatige hartslag gemerkt. Voor het beleid zou het verschil maken of het gaat om een eerste aanval van atriumfibrilleren die kort bestaat. In dat geval is er geen verhoogd risico op complicaties en is het gerechtvaardigd om 48 uur af te wachten of de patiënt weer spontaan een normaal sinusritme krijgt. Andere vormen, beoordeeld naar het beloop in de tijd, zijn paroxismaal en chronisch atriumfibrilleren. Paroxismaal atriumfibrilleren verloopt aanvalsgewijs.

De huisarts van de heer Van Bommel neemt aan dat de klachten langer dan 48 uur bestaan, en concludeert dus tot chronisch atriumfibrilleren. Patiënten met paroxismaal of chronisch atriumfibrilleren hebben een verhoogd risico op trombo-embolie. Daarom zal de huisarts antitrombotische medicatie adviseren. De keuze plaatjesaggregatieremming of antistolling hangt van meerdere factoren af (zie onder).

Ventrikelfrequentie

Deze is hoog bij de heer Van Bommel, namelijk sneller dan 90 slagen per minuut in rust. Bij een hoge frequentie is er weinig gelegenheid voor vulling van de ventrikel en neemt het slagvolume af. De grens waarboven het zinvol is de ventrikelfrequentie aan te pakken ligt op 90 slagen per minuut; doel is deze te verlagen tot 70-90 slagen per minuut in rust. De huisarts zal dus ventrikelfrequentieverlagende medicatie adviseren volgens het schema in tabel 1.

Comorbiditeit

De diagnose atriumfibrilleren moet worden gezien in samenhang met andere aandoeningen. De belangrijkste zijn andere hartziekten,

Tabel 1			
De standaard adviseert over de ventrikelfrequentieverlagende medicatie als volgt:			
Geen hartfalen	eerste keus: bètablokker	metoprolol 50-200 mg, atenolol 25-100 mg	eventueel digoxine toevoegen
	tweede keus: calciumantagonist	verapamil of diltiazem 120-360 mg	
(Mogelijk) hartfalen	digoxine: eerste dag 0,75 mg, daarna 1 dd 0,25 mg; bij verhoogd risico op toxiciteit: eerste dag 3 dd 0,125 mg, daarna 1 dd 0,125 mg; hoogbejaarden eventueel 1 dd 0,0625 mg		

De ventrikelfrequentie bij atriumfibrilleren zonder (het vermoeden van) hartfalen wordt verlaagd met een bètablokker (atenolol of metoprolol). Hiervoor heeft de heer Van Bommel geen contra-indicatie; anders schrijft de huisarts de calciumantagonist verapamil of diltiazem voor. De huisarts kiest voor behandeling met atenolol. De startdosering is eenmaal daags 25 mg. Als na twee weken de frequentie nog te hoog is, wordt de dosering verdubbeld en zo nodig na twee weken weer. Zou bij maximale dosering de daling van de ventrikelfrequentie onvoldoende zijn, dan voegt de huisarts digoxine toe. De huisarts schrijft geen combinatie van een bètablokker met een calciumantagonist voor.

hyperthyreoïdie, anemie en diabetes mellitus. Het heeft zin hiernaar aanvullend onderzoek te doen.

Het is al bekend dat de heer Van Bommel hypertensie heeft, hetgeen het risico op trombo-embolie vergroot. Voor het beleid maakt dit uit in de advisering over de antitrombotische medicatie. Antistolling werkt beter dan acetylsalicylzuur, maar geeft ook meer kans op ernstige bijwerkingen. Bij een hoog risico op trombo-embolie weegt het voordeel op tegen de grotere kans op een bloeding. De huisarts zal de heer Van Bommel dus antistolling adviseren zoals weergegeven in tabel 2.

Tabel 2

De beslissing van de soort bloedverdunnende medicatie wordt genomen op grond van de hoogte van het risico op een trombo-embolie. In het volgende schema worden de criteria samengevat.

- Eerder TIA/ischemisch CVA - Verhoogde kans op trombo-embolie: hypertensie (in de voorgeschiedenis), diabetes mellitus, hartfalen, coronaire hartziekte - Reumatische hartklepafwijking	Coumarine-derivaten INR 2,0-3,0
- Geen verhoogde kans op trombo-embolie - Contra-indicatie voor coumarinderivaten	acetylsalicylzuur 1 dd 80 mg

Voorlichting

De huisarts legt uit dat atriumfibrilleren een hartritmestoornis is waarbij het hart onregelmatig en meestal snel klopt. Vaak veroorzaakt dit geen klachten, maar sommige patiënten voelen de hartkloppingen, zijn snel moe of hebben een verminderd inspanningsvermogen. Mensen met een hoge bloeddruk, zoals de heer Van Bommel, hebben een grotere kans om atriumfibrilleren te krijgen. Er zal nog bloedonderzoek worden verricht om te beoordelen of bloedarmoede of een te snelle werking van de schildklier een rol spelen.

De huisarts legt ook uit dat het zinvol is om met medicijnen de frequentie te verlagen bij een patiënt met chronisch atriumfibrilleren en een snelle hartslag. Deze medicijnen kunnen eventuele klachten verminderen en maken dat de patiënt zich beter kan inspannen.

Bij atriumfibrilleren bestaat een verhoogd risico op complicaties door stolsels die vanuit het hart naar de hersenen getransporteerd worden en zo tot een CVA kunnen leiden. Afhankelijk van de aanwezigheid van risicofactoren is een behandeling met bloedverdunders via de trombosedienst of een lage dosis acetylsalicylzuur zinvol. Deze behandeling vergroot weliswaar de kans op bloedingen (bijvoorbeeld bij een ongeval of uit het maag-darmkanaal), maar de voordelen zijn groter dan de nadelen. De heer Van Bommel heeft vanwege zijn hoge bloeddruk het meeste baat bij het gebruik van antistolling. De instelling hiervan gebeurt door de trombosedienst.

Dit is erg veel informatie tegelijk. De huisarts geeft daarom de desbetreffende patiëntenbrief mee. Ook geeft hij aan het eind van het consult een formulier mee voor de bepaling van het Hb, de TSH en het glucosegehalte. De heer Van Bommel krijgt van de assistente uitleg over de gang van zaken met de trombosedienst. Hij maakt meteen een afspraak voor controle op het spreekuur over twee weken.

*Jan van Lieshout, huisarts,
wetenschappelijk medewerker NHG*