

Interview met Jan Heeringa: Dilemma's bij de behandeling van atriumfibrilleren



Op 17 juni promoveerde Jan Heeringa op zijn proefschrift *Epidemiology of Atrial Fibrillation in the General Population*. Heeringa is huisarts in de Rotterdamse wijk Ommoord en tevens coördinator van het ERGO-onderzoek aldaar. In een interview vertelt hij welke aspecten van zijn onderzoek interessant zijn voor de huisarts en met welke dilemma's

deze zoal te maken krijgt in de behandeling van patiënten met atriumfibrilleren.

Gevraagd voor onderzoek

Het is geen toeval dat Heeringa op 58-jarige leeftijd nog promoveerde. 'Ik werd voor het onderzoek gevraagd. In Rotterdam loopt al decennialang het ERGO-onderzoek, ofwel "The Rotterdam Study". De huisartsen hier in de wijk spelen een cruciale rol in dit onderzoek. Het startte in '89 en toen had Ommoord een heel hoge concentratie ouderen. Bovendien hadden de huisartsen hier toen al ervaring met automatisering en waren ze bereid om "netjes te registreren", en dat gold nadrukkelijk ook voor de deelnemende huisartsen buiten het gezondheidscentrum. Mijn praktijk had destijds erg veel ouderen en op een gegeven moment wist men dat ik veel interesse had voor atriumfibrilleren en daar ook veel van afwist. Toentertijd was er een nauwe samenwerking tussen de afdelingen Epidemiologie en Huisartsgeneeskunde aan de Erasmus Universiteit, dus de vraag of ik dit onderzoek wilde doen lag voor de hand. Want al is het een onderzoek naar de epidemiologie van atriumfibrilleren, het onderwerp is huisartsgeneeskundig zeer relevant.'

Atriumfibrilleren en hartfalen...

Het onderzoek beschrijft vrij volledig de problemen die zich voordoen bij atriumfibrilleren. 'Ongeveer vanaf een leeftijd van 55 jaar komt atriumfibrilleren veel voor en alle huisartsen hebben dus wel met dit ziektebeeld te maken. Zij moeten weten dat atriumfibrilleren bepaald geen onschuldig fenomeen is. De gevolgen ervan zijn ingrijpend; er is een grote kans op hartfalen en beroerte. Bovendien is het sterfterisico 60 tot 70 procent verhoogd en dat is niet alleen een gevolg van hartfalen of beroerte. Je zou denken dat als je atriumfibrilleren hebt maar geen hartfalen of beroerte, er geen probleem zou zijn, maar dat is niet zo. Wel speelt hartfalen een grote rol in allerlei opzichten.'

Hartfalen geeft een sterk verhoogd risico op atriumfibrilleren, maar Heeringa toont in zijn onderzoek aan dat het omgekeerde

ook het geval is. 'Het is dus goed als huisartsen zeer bedacht zijn op het ontstaan van hartfalen in de loop van de behandeling van atriumfibrilleren.'

... en beroertes

'Huisartsen kunnen hun patiënten met atriumfibrilleren over het algemeen uitstekend zelf behandelen. Het optreden van beroertes bij atriumfibrilleren is een bekend probleem en het voorkomen daarvan is dus een belangrijk onderdeel van de behandeling. Maar dat stuit op grote dilemma's. Plaatjesremmers zijn minder effectief dan cumarinepreparaten, zeker op hogere leeftijd. Steeds meer huisartsen schrijven dan ook zelf anticoagulantia voor, maar mag dat wel bij ouderen? En kun je dan een goede instelling bereiken? Bovendien, cumarines reageren heel sterk op andere geneesmiddelen, dus moet je alles constant nauwlettend in de gaten houden. Gaat het fout, dan treden allerlei bloedingen op met een groot risico op sterfte. Huisartsen zijn erg huiverig voor dit alles. De Nederlandse trombosediensten, uniek in de wereld, spelen een belangrijke rol bij de juiste instelling van cumarinepreparaten. Maar een belangrijke conclusie van mijn onderzoek is dat in de onderzoeksperiode – van 1990 tot 2005 – atriumfibrilleren nog steeds een sterk verhoogd risico geeft op beroerte, ondanks de gezamenlijke inspanningen van huisartsen, cardiologen, neurologen en trombosediensten.'

Tegenstrijdigheid in de behandeling

Huisartsen hebben dus veel weerstand tegen anticoagulantia en dat heeft grote gevolgen. 'Bij jongere patiënten, zeg van een jaar of 55, worden wel vaak stollingsremmers voorgeschreven, maar die hebben ze eigenlijk niet nodig. De kans op beroerte is bij hen nog niet zo groot en bovendien hebben zij vermoedelijk nog baat bij acetylsalicylzuur. Ouderen hebben juist wél baat bij cumarines, maar bij hen durven we ze niet voor te schrijven. Bovendien, als we cumarines geven, dan gebeurt dat vaak bij mannen, maar het lijkt erop dat vrouwen misschien wel een hoger risico op een beroerte hebben. Hoe dan ook, wat de nadelen ook mogen zijn, anticoagulantia geven een hoge beschermingsgraad tegen beroerte bij atriumfibrilleren. Ik vind dus dat we ze wel degelijk aan ouderen moeten voorschrijven. Zeg niet: "Het zijn maar bejaarde mensen." Want het is een dankbare groep om te behandelen.'

Acetylsalicylzuur lijkt boven een bepaalde leeftijd dus niet meer te werken, maar een voorzichtige conclusie van Heeringa is dat het vermoedelijk evenmin werkt in de algemene populatie van 55-plussers bij de behandeling van atriumfibrilleren en het voorkomen van beroerte. 'Dat terwijl plaatjesremmers heel veel in de huisartsenpraktijk worden voorgeschreven.'

Vooral vrouwen en ouderen

Waar het gaat om atriumfibrilleren zijn er enkele gebieden wat onderbelicht gebleven. 'Mannen hebben een licht verhoogd risico op atriumfibrilleren ten opzichte van vrouwen, dat is algemeen bekend bij de huisarts. Wat men echter níét weet is dat ouderen met atriumfibrilleren weer een hoger risico hebben op beroerte en ook vrouwen lijken een hoger risico te hebben. Verder bepaalt de comorbiditeit – waaronder een doorgemaakte TIA, hypertensie, diabetes en hartfalen – hoe hoog het individuele risico op beroerte is bij atriumfibrilleren. Ik zit in de werkgroep die de NHG-Standaard Atriumfibrilleren actualiseert, en in de nieuwe versie wordt daar ook nadrukkelijk aandacht aan besteed. Het rekening houden met deze comorbiditeit lost echter niet alle problemen op. Wij wilden graag weten of je kon bepalen of iemand al dan niet een hoog risico heeft op beroerte door in het bloed een aantal stollingsfactoren te meten. We konden dat helaas niet aantonen. Het is dus zaak om iedereen te behandelen op geleide van de klinische comorbiditeit.'

Angst voor bloedingen

Als zo duidelijk is aangetoond dat antistolling het beste middel is bij atriumfibrilleren, waarom blijft men dan toch zo huiverig bij het voorschrijven? 'Huisartsen zijn bang voor bloedingen, voor de steeds wisselende doseringen en de beïnvloeding door andere medicatie, maar ook dat de patiënten niet met de medicatie kunnen omgaan. Anticoagulantia zijn een goed middel maar het is extreem lastig om ermee om te gaan. Ik snap die aarzeling best en heb die overigens zelf ook. Want als ik honderd mensen behandel met een cumarinepreparaat, zal ik daarmee een aantal beroertes voorkomen, maar ik weet niet bij wie. Maar als ik één patiënt heb die met cumarines een bloeding krijgt, weet ik dat ik hem die heb bezorgd. Als die patiënt dan sterft, of als ik die half invalide langs zie schuifelen, is dat door mijn toedoen. Daar moet ik dan de rest van mijn leven mee dealen. Dat is een heel lastig dilemma.'

Dit wetende wordt een van de stellingen bij het proefschrift zeer begrijpelijk: *Het voorschrijven van coumarinepreparaten en plaatjesremmers bij atriumfibrilleren is slechts probleemloos mogelijk door gedachten aan het 'primum non nocere'-begrip van Hippocrates uit te bannen.* Heeringa: 'De statistiek dwingt ons om dit begrip uit te schakelen en daar kan geen ethicus je bij helpen. Je weet dat je statistisch iets goed doet, maar je weet niet bij wie. Maar bij die ene bloeding die je veroorzaakt, weet je wél precies bij wie. Volgens mij is dat de reden waarom huisartsen, cardiologen en neurologen er zo'n moeite mee hebben om cumarines voor te schrijven. De vraag is dus: mag ik nooit bij één patiënt iets verkeerd doen als het doel is om op grote schaal iets goed te doen? Of het nieuwe middel Dabigatran bij het voorkomen van beroerte bij atriumfibrilleren alle problemen zal oplossen, is maar zeer de vraag. Het grote voordeel

van het middel is wel dat er een vaste dosis gegeven kan worden, zodat de patiënten niet steeds geprikt hoeven te worden.'

Sterke of zwakke kanten

Een tweede intrigerende stelling bij het proefschrift luidt: *De sterkste kant van personen of organisaties blijkt soms ook de zwakste te zijn, met grote schade tot gevolg. Het is voorstelbaar dat binnen de huisartsgeneeskunde het standaardenbeleid, de automatisering en de huisartsgeneeskundige hulp buiten kantooruren een dergelijk lot beschoren is.* Heeringa: 'Mensen hebben de neiging om door te schieten in dat wat goed is. Het standaardenbeleid heeft bijvoorbeeld de huisartsgeneeskunde in Nederland een enorme kwaliteitsborging gegeven en deze van wetenschappelijke onderbouwing voorzien. Maar ik kom steeds vaker huisartsen tegen die vragen: "Staat het in de standaard?" Zo niet, dan willen ze er niets mee te maken hebben. Zo ontstaat steeds meer "kookboekgeneeskunde". Het vrije discussiëren over onderwerpen buiten de standaarden om is bijna onmogelijk geworden. Ik vind dat heel storend. Bovendien kijken nu allerlei organisaties voor wie de standaarden niet bedoeld zijn naar de inhoud ervan en die spreken vervolgens de huisartsen daarop aan. Terwijl standaarden dus de sterkste kant van de huisartsgeneeskunde vormen, hebben ze ondermijnende gevolgen.

Bij de automatisering zie je iets soortgelijks. In de medische wereld liepen huisartsen daarmee destijds voorop. Maar daardoor zitten we nú opgezaald met gebruiksonvriendelijke software waar we niet meer vanaf kunnen. En ook is de nadruk komen te liggen op vastleggen en controleren, terwijl de zo belangrijke persoonlijke kant van het patiëntencontact verloren dreigt te gaan.'

Na de promotie

De promotie is achter de rug, is het onderzoek nu ook afgerond? 'Nee, dat loopt nog steeds; er is ook geen eindpunt vastgesteld. Het ERGO-onderzoek richt zich nog steeds op epidemiologie, met als speerpunten hart- en vaatziekten, botziekten, interne ziekten, oogziekten en psychische aandoeningen. Tegenwoordig speelt genetica een enorm grote rol, en ook is er veel aandacht voor farmacologie. Verder is onderzoek gaande naar dementie, Alzheimer en Parkinson. In wezen bestrijkt het dus de hele geneeskunde.

Ik ben coördinator van het ERGO-onderzoek en natuurlijk ook huisarts. Ik heb nu dus nog twee banen, maar tijdens mijn promotieonderzoek had ik er drie. Na de promotie ontstond er dus weer vrije tijd en ik moet leren dat zonder schuldgevoel in te vullen, want daarvoor was het "altijd werken". Je kunt namelijk altijd in de weekends en 's avonds schrijven; daar zit geen rem op als je niet oppast. Dat verschil is dus goed merkbaar!'

Ans Stalenhoef