

# NHG-Standaard Atriumfibrilleren

De NHG-Standaard Atriumfibrilleren is na ruim zes jaar herzien. Veel risicofactoren voor atriumfibrilleren zijn bekend, variërend van eerder opgelopen cardiale schade tot alcoholgebruik en stress. Het is echter niet mogelijk om risicogroepen die in aanmerking komen voor opsporing aan te wijzen. Er wordt van uitgegaan dat de meeste – oudere – patiënten met een verhoogd risico op atriumfibrilleren al onder controle zijn. De aandoening is dan onderdeel van het cardiovasculaire risicomanagement.

## Opsporing van atriumfibrilleren

De enige ingang voor opsporing van atriumfibrilleren (AF) is het voelen van de pols bij de reguliere bloeddrukmeting, maar dat is matig betrouwbaar (de hoogste positief voorspellende waarde ligt rond 70%). Mogelijk zouden met een handmatige bloeddrukmeting de onregelmatige slagen eerder aan het licht komen, maar de huisarts kan ook letten op het ritme van de piepjes bij een (semi)automatische bloeddrukmeting. Bij twijfel tijdens de bloeddrukmeting over het hartritme moet de pols gedurende 30 seconden worden gevoeld.

Een diagnose AF op basis van alleen pols- of bloeddrukmeting leidt tot overbehandeling; voor de definitieve diagnose is een ECG nodig. Een dergelijk ECG kan ook zonder uitgebreide expertise betrouwbaar beoordeeld worden, zeker als er een computergestuurde beoordeling aan verbonden is.

Bij patiënten met klachten die mogelijk wijzen op paroxismaal AF, moet de huisarts actiever gaan opsporen via ECG-registratie tijdens klachten of met een eventrecorder bij weinig frequente klachten.

## Behandeling van atriumfibrilleren

Wat betreft het beleid bij AF – ofwel ritme- en frequentiecontrole – heeft ritmecontrole de voorkeur, vooral bij jongeren. Bij ouderen is dat vaak niet geïndiceerd; de prognose is bij hen niet beter door ritmecontrole. Wel

is medicatie nodig om de hartfrequentie te beperken (in rust 70-90/min en bij matige inspanning tot 110/min) vanwege een betere cardiale output. De voorkeur gaat dan uit naar metoprolol retard, eventueel diltiazem of digoxine. Let op bij het combineren van de medicatie: er zijn ongunstige interacties! Voor de keuze tussen trombocytenuitremming of antistolling is een scorelijst ontwikkeld. (Patiënten met reumatisch kleplijden of een doorgemaakte tromboembolische gebeurtenis komen echter altijd in aanmerking voor antistolling.) Lastig is dat de diagnostiek van een TIA vaak berust op subjectieve kenmerken. Vervolgens zit men dan wel aan antistollingstherapie vast. Een leeftijd > 75 jaar, hartfalen, diabetes mellitus en hypertensie zijn elk goed voor 1 punt in de score; een score van 2-4 punten wijst op een zodanig verhoogd risico op trombo-embolie dat antistolling geïndiceerd is. Een 75-jarige zonder andere risicofactoren zou dus niet in aanmerking komen voor antistolling. Echter, trombocytenuitremmers hebben boven de 75 jaar nauwelijks invloed op het risico op een CVA door AF, maar wel op andere cardiovasculaire events. In een noot krijgt de huisarts de onderbouwing bij deze overwegingen, maar een individueel advies is moeilijk te destilleren uit onderzoek in grote groepen.

## Scholing en patiënteninformatie

De huisarts kan zich scholen in het onderwerp atriumfibrilleren via een PIN die eind 2009 beschikbaar is. Daarin wordt uitgebreid ingegaan op de voor- en nadelen van antistolling bij ouderen.

Voor de uitleg aan de patiënt zijn er drie NHG-Patiëntenbrieven: een gereviseerde over medicijnen en antistolling (zie [www.nhg.org](http://www.nhg.org)).

Rondom antistolling lopen verschillende samenwerkingsprojecten met apothekers en de trombosediensten, die in de loop van 2010 tot concrete afspraken kunnen leiden.

## Aandacht voor ouderen

Deze maand vindt het NHG-Congres *Ga voor (G)oud* plaats. Ouderen vormen een uitdaging voor huisartsen en praktijkondersteuners. Vaak is er multimorbiditeit en richt de zorg zich vooral op het voorkomen van verslechtering en behoud van zelfredzaamheid. Dit laatste is eerder in H&W onder de aandacht gebracht (Gussekklo J. Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid. *Huisarts Wet* 2009;52:426-7) en ook tijdens de oratie van de congresvoorzitter Jacobijn Gusseklo.

Hoe krijgen we als huisartsen zicht op het functioneren van onze oudere patiënten? Daarvoor is een aantal instrumenten samengevoegd in de NHG-PraktijkWijzer Ouderen (alleen digitaal beschikbaar via [www.nhg.org](http://www.nhg.org)). Afhankelijk van de problematiek kunt u of de praktijkondersteuner meteen doorklikken naar de relevante testmogelijkheden. De PraktijkWijzer gaat ook uitgebreid in op de evaluatie van de testuitslagen, de monitoring en de samenwerkingsaspecten.

Bij de zorg voor ouderen kan ook de specialist ouderengeneeskunde (voorheen verpleeghuisarts) behulpzaam zijn. De meerwaarde van diens expertise krijgt aandacht in het LHV/NHG-document *Complexe ouderenzorg in verzorgingshuis en thuis* (zie [www.lhv.nl](http://www.lhv.nl)). Op basis hiervan ontwikkelde het NHG een scholingsprogramma dat in het land zal gaan draaien onder leiding van kaderhuisartsen ouderengeneeskunde. Laatstgenoemden zijn graag bereid ook op andere terreinen mee te denken over de zorg voor ouderen. U kunt de kaderartsen vinden onder [www.chbb.nl](http://www.chbb.nl), [www.laego.nl](http://www.laego.nl) of via [A.W.Wind@LUMC.nl](mailto:A.W.Wind@LUMC.nl).

Vanaf januari 2009 maakt de redactie ruimte voor implementatie van onderwerpen die in H&W worden besproken. Louwrens Boomsma vat de NHG-inbreng samen ([l.boomsma@nhg.org](mailto:l.boomsma@nhg.org)).