

## Atriumfibrilleren: adagio of toch in de maat blijven?

In de NHG-Standaard wordt in de meeste gevallen van atriumfibrilleren bij 65-plussers geadviseerd te starten met medicatie ter verlaging van de ventrikelfrequentie (ratecontrole) in plaats van conversie naar een sinusritme (ritmecontrole). Heeft deze strategie bij 65-plussers consequenties voor de mortaliteit?

Een Frans-Canadees observationeel onderzoek beschrijft het effect van medicamenteuze ritmecontrole ten opzichte van ratecontrole bij atriumfibrilleren op de totale mortaliteit. De onderzoekers selecteerden van 1999 tot 2007 uit een populatiedatabase in totaal 26.130 patiënten van 66 jaar en ouder met een eerste ziekenhuisopname wegens atriumfibrilleren. Deze patiënten werden - niet at random - in twee groepen verdeeld op basis van de voorgeschreven medicatie: een ratecontrolegroep (mediane leeftijd: 80 jaar) en een ritmecontrolegroep, met of zonder ratecontrolemedicatie (mediane leeftijd: 77 jaar). Binnen deze groepen werd de totale mortaliteit vergeleken.

Van de patiënten startte 25% met

ritmecontrole (bijvoorbeeld amiodarone) tegenover 75% met ratecontrole (bijvoorbeeld metoprolol). Gedurende het onderzoek wisselde 50% van de ritmecontrolegroep naar de ratecontrolegroep en 10% andersom. Tijdens de follow-up (gemiddeld 3-4 jaar) overleed 47,7% van de ritmecontrolegroep en 50,1% in de ratecontrolegroep. Vergelijking van de twee behandelingsgroepen liet geen verschil in mortaliteit in de eerste 3 jaar zien (hazard ratio 1 jaar: 1,03; 95%-BI 0,95-1,11; hazard ratio 3 jaar: 0,95; 95%-BI 0,90-1,02). Daarbij werd rekening gehouden met alle potentiële confounders van de associatie (door middel van *propensity scores*). Echter, na een langere follow-up van 5 jaar was de risicoreductie op mortaliteit bij de ritmecontrolegroep ten opzichte van de ratecontrolegroep 11%, en na 8 jaar 23% (hazard ratio 5 jaar: 0,89; 95%-BI 0,83-0,96; hazard ratio 8 jaar: 0,79; 95%-BI 0,69-0,89). Hoewel dit een observationeel onderzoek betreft en confounding (*by indication*) altijd een rol kan spelen, sluiten deze bevindingen aan bij recente resultaten uit andere onderzoeken.

Wat zijn de consequenties van dit onderzoek voor de Nederlandse huisarts? Bij een herziening van de NHG-Standaard Atriumfibrilleren zal kritisch gekeken moeten worden of we óók bij patiënten boven de 65 jaar moeten streven



Foto: Alexandru Nikal/Shutterstock

naar ritmecontrole bij atriumfibrilleren net zoals bij patiënten jonger dan 65 jaar, mits de patiënt de medicatie langdurig tolereert. ■

**Marissa Scherptong-Engbers**

*Ionescu-Ittu R, et al. Comparative effectiveness of rhythm control vs rate control drug treatment effect on mortality in patients with atrial fibrillation. Arch Intern Med 2012;172:997-1004.*

## NODO-procedure bij onverklaarde kindersterfte

Per 1 oktober 2012 geldt de Nader Onderzoek DoodsOorzaak (NODO)-procedure wanneer een kind overlijdt zonder duidelijke doodsoorzaak. Speciaal opgeleide kinder- en forensisch artsen voeren dit onderzoek uit met als enig doel de doodsoorzaak te achterhalen.

Wanneer een minderjarige (tot 18 jaar) overlijdt, neemt de behandelend arts altijd contact op met de reguliere forensisch arts. Dat gebeurt ook als de doodsoorzaak bekend is, zoals bij overlijden na leukemie. Bij een natuurlijke dood geeft de behandelend arts een

verklaring van overlijden af. Bij een niet-natuurlijke dood wordt justitie ingeschakeld. Als de forensisch arts geen duidelijke doodsoorzaak kan vinden, schakelt hij een NODO-forensisch arts in. Alle zorg- en hulpverleners die op de een of andere manier bij het overleden kind zijn betrokken, zijn wettelijk verplicht hun medewerking aan de NODO-procedure te verlenen. De procedure wordt geregeld in artikel 10a van de Wet op de lijkbezorging.

In de startfase van de NODO-procedure worden twee landelijke NODO-centra ingericht: in Amsterdam en Utrecht. De NODO-artsen spreken samen af wie de ouders inlicht, naar welk centrum het kind wordt overgebracht en wie het onderzoek op de plaats van het overlijden

begeleidt. Ook mogen onderzoekers alle organisaties benaderen die mogelijk iets over het kind of diens gezinssituatie weten, zoals crèche, school, GGD of Bureau Jeugdzorg. Het kind mag zonder toestemming van de ouders worden meegenomen naar een speciaal onderzoekscentrum. Binnen 24 uur (uiterlijk binnen 3 dagen) krijgen de ouders het kind terug.

De verwachting is dat de NODO-procedure vaker genetische afwijkingen aan het licht zal brengen. ■

**Susan Umans**

<http://www.rijksoverheid.nl/nieuws/2012/09/04/nodo-procedure-1-oktober-van-start.html>.