

CHA₂DS₂-VASc: complexe score, eenvoudig in de praktijk

Patiënten met atriumfibrilleren (AF) hebben een verhoogd risico op een beroerte. Om de grootte van dit risico te bepalen, hanteert de onlangs herziene NHG-Standaard Atriumfibrilleren een nieuwe risicoscore: de CHA₂DS₂-VASc-score. Deze breidt de tot nu toe gebruikte CHADS₂-score uit met twee extra risicofactoren: vaatlijden (1 punt) en vrouwelijk geslacht (1 punt). Daarnaast weegt leeftijd zwaarder: > 65 jaar 1 punt en > 75 jaar 2 punten. Alle patiënten met AF ouder dan 65 jaar hebben dus minimaal 1 punt. Bij een score van 2 of hoger zijn orale anticoagulantia (OAC) geïndiceerd; bij een score van 0 of 1 is antistolling, ook acetylsalicylzuur, niet noodzakelijk.

Om een indruk te krijgen van de gevolgen van de CHA₂DS₂-VASc voor de huisartsenpraktijk onderzochten we de verschuivingen in antitrombotisch beleid die deze nieuwe score teweegbrengt. We gebruikten LINH-data uit 2011 en concentreerden ons op patiënten met AF (ICPC-code K78) ouder dan 65 jaar; patiënten jonger dan 65 jaar worden immers in principe door de cardioloog beoordeeld en behandeld.

ATRIUMFIBRILLEREN IN DE HUISARTSENPRAKTIJK

In totaal waren er 3443 patiënten met AF (prevalentie 10,2 per 1000), van wie 2586 (75%) ouder dan 65 jaar. Een normpraktijk telt dus gemiddeld 18 AF-patiënten ouder dan 65 jaar. Onder de 65-plussers met AF was de gemiddelde CHADS₂-score 1,5 en de gemiddelde CHA₂DS₂-VASc-score 3,1. Cardiovasculaire comorbiditeit [tabel] kwam voor bij 1656 patiënten (64%).

VAN CHADS₂ NAAR CHA₂DS₂-VASc

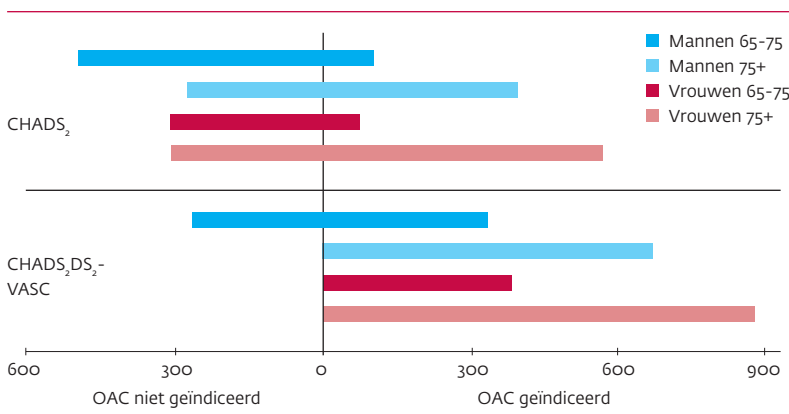
De [figuur] schetst de geïndiceerde antitrombotische behandeling volgens CHADS₂ en volgens CHA₂DS₂-VASc. Bij toepassing van CHA₂DS₂-VASc komen vrijwel alle ouderen met AF in aanmerking voor OAC. Dit is het resultaat van de extra punten die de nieuwe risicoscore toekent aan leeftijd en vrouwelijk geslacht. Daarmee is de toepassing van de complexe CHA₂DS₂-

VASc in de praktijk eenvoudiger dan die van de CHADS₂; alle mannen ouder dan 75 jaar en alle vrouwen komen in aanmerking voor OAC. Alleen voor patiënten met een CHA₂DS₂-VASc van 1 is OAC niet noodzakelijk. Dit zijn mannen tussen de 65 en 75 jaar zonder enige relevante comorbiditeit. In de LINH-database waren dat 271 patiënten (44% van de mannen in deze groep). Een opvallend hoog aantal, aangezien atriumfibrilleren zonder cardiovasculaire comorbiditeit – het zogenaamde ‘lone atrial fibrillation’ – vrij zeldzaam is, vooral in de populatie ouder dan 65 jaar. Dit hoge percentage zou veroorzaakt kunnen zijn door het feit dat (nog) niet alle relevante comorbiditeit is gediagnosticeerd of geregistreerd. Het lijkt dan ook zinvol om bij deze groep in het bijzonder (registratie van) cardiovasculaire risicofactoren te beoordelen, alvorens te besluiten om deze patiënten geen OAC voor te schrijven.

Uit de [tabel] blijkt ook dat veel patiënten nog geen OAC gebruiken, terwijl dat bij toepassing van de nieuwe risicoscore wel is geïndiceerd. Wellicht zullen sommige patiënten een contra-indicatie hebben voor gebruik van deze middelen, maar in veel gevallen zal volgens de nieuwe inzichten sprake zijn van onderbehandeling van patiënten die een hoog risico lopen op een ischemisch CVA.

Kortom, door toepassing van de nieuwe risicoscore is de indicatie voor OAC aanmerkelijk verruimd en zal de huisarts zich bij iedere patiënt met atriumfibrilleren moeten afvragen of er een reden is om **geen** OAC voor te schrijven. ■

Figuur Aantallen patiënten die volgens de CHADS₂ en CHA₂DS₂-VASc in aanmerking komen voor orale anticoagulantia (LINH-data 2011)



Tabel Karakteristieken van oudere (> 65 jaar) patiënten met atriumfibrilleren (LINH-data 2011)

	Mannen 65-75 jaar aantal (%)	Mannen > 75 jaar aantal (%)	Vrouwen 65-75 jaar aantal (%)	Vrouwen > 75 jaar aantal (%)
	611	697	389	889
Cardiovasculaire comorbiditeit	359 (59%)	441 (65%)	243 (62%)	613 (69%)
CHADS ₂ > 1	103 (17%)	397 (58%)	75 (19%)	576 (65%)
CHA ₂ DS ₂ -VASc > 1	359 (59%)	679 (100%)	389 (100%)	889 (100%)
Gebruik van OAC	260 (43%)	344 (51%)	170 (44%)	398 (45%)

Colofon

De hier beschreven analyses zijn uitgevoerd met gegevens uit het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH). LINH maakt gebruik van gegevens uit de elektronische medisch dossiers van ongeveer 100 deelnemende huisartsen. De praktijken binnen dit netwerk zijn representatief voor Nederland wat betreft patiëntenpopulatie, huisartsen- en praktijkkenmerken en geografische spreiding. LINH verzamelt op continue basis gegevens over aandoeningen (ICPC-gecodeerde diagnose), zorggebruik, geneesmiddelvoorschriften en verwijzingen (zie ook www.linh.nl).