



Behandeling atriumfibrilleren		
<p><u>Verwijzen poli cardiologie:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pt < 75 jaar of > 75 jaar maar vitaal en behandeling met antiaritmica gewenst, of evt. ECV, ablatie of chirurgie. - Pt < 75 jaar maar niet vitaal of > 75 jaar en behandeling conservatief maar frequenties te hoog met 2 medicamenten of te laag zonder medicatie. 	<p><u>Aanvraag echocardiogram:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pt < 75 jaar niet vitaal of > 75 jaar, of asymptomatische pt en behandeling is conservatief, maar echocardiogram gewenst ter uitsluiting van of verdenking op klepafwijkingen/hartfalen. 	<p><u>Huisarts behandelt volgens NHG standaard:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pt asymptomatisch > 75 jaar waarvoor conservatief beleid en geen aanvullend echocardiogram gewenst door huisarts of pt.

↓

Cardioloog verwijst patiënt terug naar huisarts bij afwezigheid van ernstig kleplijden, coronairlijden of hartfalen wv controles zijn geïndiceerd en indien:

1. pt geruime tijd klachtenvrij is van paroxismaal AF en stabiel (z)onder medicatie na ECV of ablatie of chirurgie
2. geaccepteerd paroxismaal AF met voor pt acceptabele frequentie van optreden aanvallen
3. chronisch geaccepteerd AF met adequate volgfrequenties

¹ Overweeg bij patiënten > 75 jaar met AF korter dan 48 uur én veel klachten direct overleg met dienstdoend cardioloog.

² Let op: Bij score van 1 antistolling overwegen, tenzij Sc de enige risicofactor is. (Mede gebaseerd op ESC-richtlijn.)

Tabel 1 CHA₂DS₂-VASc-score voor het inschatten van het risico op ischemisch CVA bij patiënten met atriumfibrilleren (> 48 uur of paroxismaal)

<i>Letter</i>	<i>Kenmerk</i>	<i>Score</i>
C	Hartfalen (C ongestive heart failure)	1
H	H ypertensie	1
A ₂	Leeftijd = 75 jaar (A ge)	2
D	D iabetes mellitus	1
S ₂	CVA/TIA/trombo-embolie (S troke)	2
V	V aatlijden	1
A	Leeftijd 65-74 jaar (A ge)	1
Sc	Vrouwelijk geslacht (S ex category)	1*

* geldt niet als vrouwelijk geslacht de enige risicofactor is

Bij een totaalscore van 0 is sprake van een laag risico op een ischemisch CVA (ongeveer 0,5% per jaar), bij 1 een matig risico (ongeveer 1%) en bij 2 of hoger een hoog risico (oplopend tot meer dan 12%; gemiddeld ongeveer 5%).²⁰⁾

Classificatie van atriumfibrilleren:³⁾

1. *Eerste aanval van atriumfibrilleren*: de aandoening is niet eerder bij de patiënt vastgesteld. Het kan bij een enkele aanval blijven, vooral als er sprake is van een uitlokkende factor zoals een infectieziekte. Het kan echter ook de eerste manifestatie van paroxismaal atriumfibrilleren of het begin van persisterend atriumfibrilleren zijn. Het beloop in de tijd moet duidelijkheid verschaffen.
2. *Paroxismaal atriumfibrilleren* : aanvallen van atriumfibrilleren, die binnen zeven dagen spontaan herstellen. Deze aanvallen kunnen overdag ontstaan, bijvoorbeeld uitgelokt door inspanning, maar sommige patiënten krijgen juist 's nachts, na stress of postprandiaal een aanval.⁴⁾
3. *Persisterend atriumfibrilleren* : de aandoening bestaat langer dan zeven dagen. Wanneer de aandoening langer dan een jaar bestaat op het moment dat besloten wordt om het beleid te richten op cardioversie, spreken cardiologen van *langdurig* persisterend atriumfibrilleren.
4. *Permanent atriumfibrilleren* : de aandoening bestaat langer dan zeven dagen en de ritmestoornis wordt door patiënt en arts geaccepteerd. Er wordt geen poging tot cardioversie (meer) ondernomen.

Wanneer bij een patiënt voor het eerst atriumfibrilleren wordt vastgesteld en geen duidelijk begin kan worden aangegeven, moet worden aangenomen dat het langer bestaat dan 48 uur.

Strikt genomen zou er bij iedere tweede manifestatie van atriumfibrilleren sprake zijn van paroxismaal atriumfibrilleren. Wanneer een recidief echter evident wordt geprovoceerd door omstandigheden, zoals koorts, is het beleid toch gelijk aan dat bij een eerste aanval.

Noten:

- DOAC: direct werkende orale antioagulantia
- VKA: vitamine K antagonist
- ECV: electrocardioversie