



Inhoud

- Waarom werkt de cardioloog mee aan ketenzorg AF?
- Uitgangspunt van AF behandeling
- Antistolling, wie doet wat?
- Ritme controle in de 2^e lijn
- Wie verwijzen naar de 2^e lijn
- Wie komt er terug naar de 1^e lijn

Waarom werkt de cardioloog mee aan ketenzorg AF?

- AF is een vd meest voorkomende diagnoses op de poli
- Wij zijn gewend aan behandeling van AF en hebben hier capaciteit voor
- We hebben de patient veel te bieden

echter

- Ziekenhuis bezoek is duur en belastend
- Patient kan zich zieker gaan voelen dan nodig
- Er is nog een enorme populatie van 'silent AF'. Deze ptn kunnen niet allemaal in het zkh behandeld worden



Waarom ketenzorg AF?

- Ketenzorg AF programma maakt goede zorg voor meer mensen toegankelijk zonder stijging van de kosten
- Optimalisatie van de zorg van AF zal het aantal beroertes aanzienlijk reduceren en de kwaliteit van leven van de AF patient verbeteren



Uitgangspunt behandeling AF

- Symptoom reductie
- Voorkomen van complicaties van AF
 - TIA/ CVA/ Systemische embolie
 - Hartfalen
- Opsporen en behandelen onderliggend lijden
 - Hypertensie
 - ischemie
 - Klepgebreken
 - Etc
- Geruuststellen is een belangrijk onderdeel van behandeling



Onderliggend lijden van AF

Cardiale oorzaken

- Hypertensie
- Hartfalen
- Kleplijden
- Coronarialijden
- Post CABG/Klepoperatie

Niet cardiale oorzaken

- Hyperthyreoïdie
- Infecties
- COPD
- OSAS
- Obesitas



Antistolling in de 1^e en 2^e lijn

- CHADS₂vasc >1 versus CHADS₂vasc >2
- De plaats van ASA?
- Zelfmeting versus trombosedienst
- NOAC versus Acenocoumarol?



Over de NOAC...

- Non-vitamine K antagonist Orale AntiCoagulantia
 - Dabigatran (Pradaxa®): directe trombineremmer
 - Rivaroxaban (Xarelto®): directe factor Xa-remmer
 - Apixaban (Eliquis®): directe factor Xa-remmer
 - Edoxaban (Lixiana®): directe factor Xa-remmer



NOAC versus Vitamine K Antagonist

- Veelbelovende voordelen
 - Kortere halfwaardetijd
 - Minder interactie met voeding/medicatie
 - INR-controles niet nodig
 - **Verbeterde effectiviteit/veiligheid ratio**



ESC guideline 2012



RCT's: NOAC versus Warfarine

- **NOAC superieur of gelijkwaardig**
 - Rely NEJM 2009
 - Rocket AF NEJM 2011
 - Averoes NEJM 2011
 - Aristotle NEJM 2011
 - Engage AF NEJM 2013
- Overeenkomst trials: **minder intracerebrale bloedingen**



ESC guideline 2012

- NOAC 1e keus

‘...this guideline now recommends them as broadly preferable to VKA
in the vast majority of patients with non-valvular AF...’

- Martini Ziekenhuis

- Sinds 2012 krijgen alle nieuwe patiënten met AF een NOAC voorgeschreven indien CHA₂DS₂-VASc score ≥ 1 en er geen contra-indicaties bestaan.



ESC Guideline 2012



Maar...

GASTROENTEROLOGY 2013;145:105-112

New Oral Anticoagulants Increase Risk for Gastrointestinal Bleeding: A Systematic Review and Meta-analysis

I. LISANNE HOLSTER,¹ VERA E. VALKHÖFF,¹ ERNST J. KUIPERS,^{1,2} and ERIC T. T. L. TJWA¹

¹Department of Gastroenterology and Hepatology, and ²Department of Internal Medicine, Erasmus MC University Medical Centre, Rotterdam, The Netherlands

See Covering the Cover synopsis on page 32; see editorial on page 42.

BACKGROUND & AIMS: A new generation of oral anticoagulants (NOAC), which includes thrombin and factor Xa inhibitors, has been shown to be effective,

Gastrointestinal bleeding (GIB) is a serious medical condition that causes considerable morbidity and mortality (5%–15%) and poses an enormous burden on global health care use.¹ Thrombin and factor Xa inhibitors are reported to reduce the risk of stroke and systemic embolism (S&E), but they may increase the risk of GIB.^{2,3}

In a subgroup analysis in which different indications for NOAC therapy were considered, we found that patients treated for ACS have an increased risk of bleeding (OR, 2.06; 95% CI, 1.05–4.06; I², 22%) in contrast to patients receiving thromboprophylaxis during OS (OR, 1.05; I², 36%). The other indications did not show a significantly increased risk, but this may be hampered by the substantial heterogeneity. Subgroup analysis by individual drug showed a slightly increased risk of GIB for dabigatran (OR, 1.15; I², 0%) and rivaroxaban (OR, 1.15; I², 0%) compared with warfarin (OR, 1.00; I², 0%).



Holster Gastroenterology 2013



The collage features several news website screenshots. At the top left is nrc.nl with a navigation bar and a date stamp '27 juni 2013, 08:33'. Below it is a headline: 'Nieuwe bloedverdunners kunnen dodelijk zijn'. To the right is De Telegraaf with a date 'do 27 jun 2013, 07:27' and a headline 'Verdunner van bloed kan dodelijk zijn'. Below that is Volkskrant.nl with a headline 'Nieuwe bloedverdunner kan dodelijke maagbloedingen veroorzaken'. To the right is nieuwsuur with a headline 'Bloedverdunners mogelijk dodelijk'. Below that is NOS with a search bar and a headline 'Hoger risico nieuwe bloedverdunner'. At the bottom left is santeon ziekenhuis with a headline 'omstreden bloedverdunners in omloop'. At the bottom right is Martini Ziekenhuis.

Efficacy and Safety of Dabigatran versus Acenocoumarol in “Real World” Patients with Atrial Fibrillation

Jennie Korenstra, MSc^{1,2}, E Petra J Wijtvlit, MSc²,
Christiane A Geluk, MD PhD²,
G Louis Bartels, MD PhD², Jan L Posma, MD PhD², Nic JGM Veeger³, PhD,
Margriet Piersma-Wichers⁴, MD, Isabelle C Van Gelder, MD PhD⁵, Michiel
Rienstra, MD PhD⁵, Robert G Tieleman, MD PhD^{2*}

¹ University of Groningen, Groningen, The Netherlands

² Department of Cardiology, Martini Hospital Groningen, Groningen, The Netherlands

³ Department of Epidemiology, University Medical Center Groningen, Groningen, The Netherlands

⁴ Certe, Thrombosis Service and Dept of Hematology, University Medical Center Groningen, Groningen, The Netherlands

⁵ Department of Cardiology, University Medical Center Groningen, Groningen, The Netherlands



Methode

- Primaire uitkomstmaten
 - Effectiviteit - iCVA, TIA of systemische embolie
 - Veiligheid - Grote bloeding
 - Plotselinge Hb-daling >1.2 mmol/l (<24 uur)
 - Transfusie noodzakelijk met ≥ 2 RBC's
 - Symptomatische bloeding in kritiek gebied of orgaan
 - Ziekenhuisopname vereist



Rekening gehouden met risicobepalende factoren

CHA ₂ DS ₂ -VASc score		HAS-BLED score	
RISK FACTORS	SCORE	RISK FACTORS	SCORE
Congestive heart failure	1	Hypertension	1
Hypertension	1	Abnormal liver function	1
Age ≥ 75	2	Abnormal renal function	1
Age 65-74	1	Stroke	1
Diabetes mellitus	1	Bleeding	1
Stroke/TIA/thrombo-embolism	2	Labile INRs	1
Vascular disease	1	Elderly (age>65)	1
Sex female	1	Drugs	1
		Alcohol	1



Lin Chest 2010, Pisters Chest 2010



Resultaten

- Onderzoekspopulatie:
 - 958 AF patiënten die in 2010-2012 zijn gestart met antistolling
 - 467 Dabigatran groep (incl. VKA -> dabigatran)
 - 490 Acenocoumarol groep

- Follow-up duur: 1.7 ± 0.6 jaar



Resultaten - primair

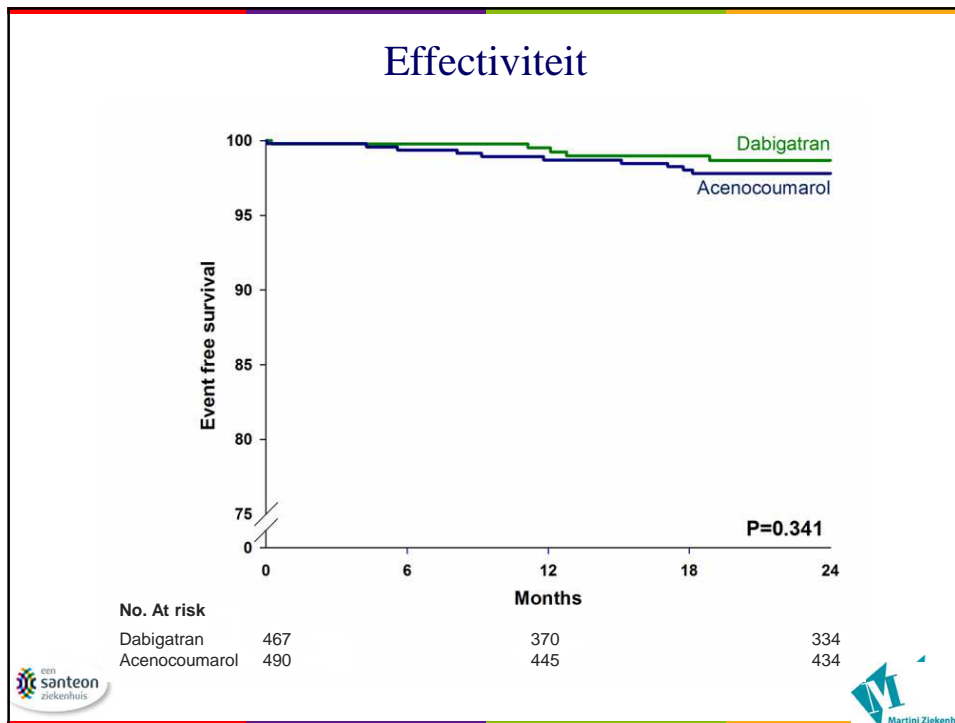
	Dabigatran	Acenocoumarol	p-value
Calculated stroke risk † – %/yr	3.2	4.0	<0.001
Stroke, TIA, systemic embolism – %/yr	0.5	1.1	0.34

† Calculated stroke risk according to the CHA₂DS₂-VASc score.

Multivariate analyse (dabigatran vs acenocoumarol): iCVA, TIA of systemische embolie gecorrigeerd voor de CHA₂DS₂-VASc score:

HR=0.45, 95% CI 0.12-1.65, p=0.23



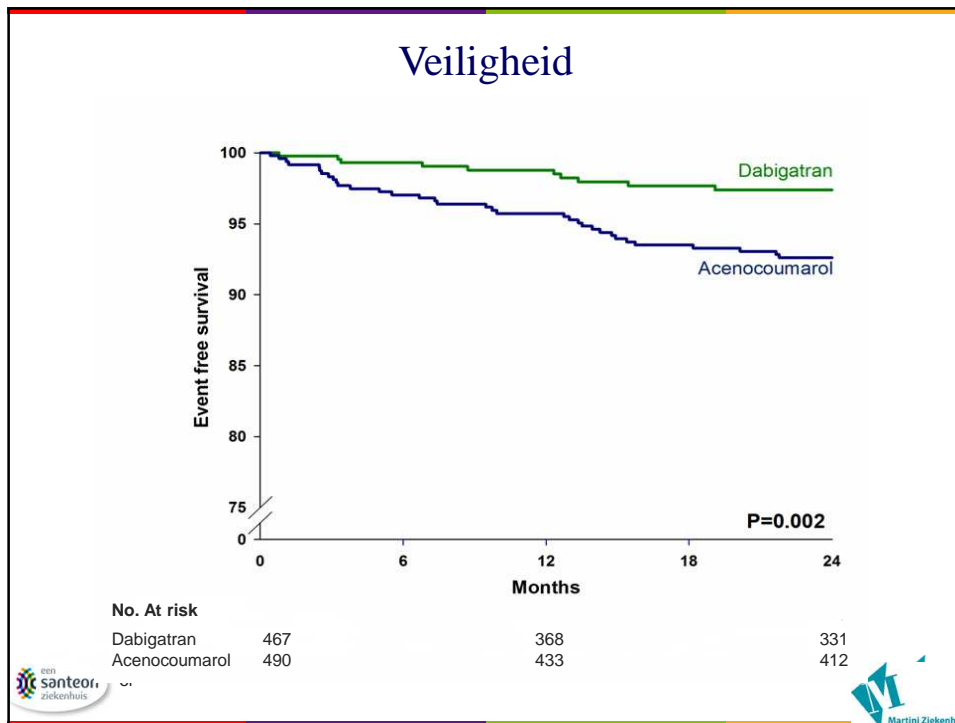


Resultaten - primair

	Dabigatran	Acenocoumarol	p-value
Calculated bleeding risk ‡ – %/yr	1.7	1.8	0.019
Major bleeding – %/yr	1.3	3.9	0.002

Calculated bleeding risk according to the HAS-BLED score.

Multivariate analyse (dabigatran vs acenocoumarol):
Grote bloeding gecorrigeerd voor de HAS-BLED score:
HR=0.35, 95%CI 0.17-0.72, p=0.004



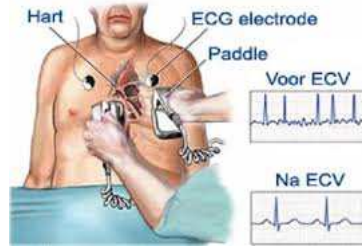
Conclusie

Bij “real world” patiënten met AF is dabigatran even effectief maar veel veiliger dan acenocoumarol

een santeon ziekenhuis Martini Ziekenhuis

Ritme controle (2^e lijn)

- Herstel van sinusritme
 - Elektrische cardioversie
 - Chemische cardioversie
 - Liefst < 48 uur (2 redenen!!)
- Instellen op anti-aritmica (bewaking Holter/ ergometrie)
 - Flecainide
 - Sotalol
 - Amiodarone
- Pulmonaalvene ablatie
 - Catheter ablatie
 - Chirurgische ablatie



Wie doorsturen naar de 2^e lijn (mn ritme-controle)

- Acuut AF binnen 48 uur na ontstaan
- Hemodynamisch instabiel AF of met pijn op de borst
- Paroxysmaal AF en Persistent AF waarbij patient klachten blijft houden ondanks goede rate-control therapie
- Patient met indicatie of wens voor een NOAC

Wie komen er terug naar de 1^e lijn (mn rate-controle)

- Langdurig behoud van sinusritme na cardioversie zonder anti-aritmica
- Stabiel ingestelde patienten op rate control medicatie
- Patienten na een geslaagde ablatie
- De NOAC ptn nadat MENZIS akkoord is (vergoeding)



Ketenzorg Atriumfibrilleren

- Door case-finding en een gedifferentieerd verwijs- en terugverwijs protocol zal er meer adequate zorg, voor meer patienten beschikbaar komen, met beheersbare kosten
- Optimalisatie en geprotocollariseerde zorg zal leiden tot een reductie van morbiditeit en mortaliteit

