

Zakkaartje Atriumfibrilleren

Conform NHG-Standaard Atriumfibrilleren

Wanneer denken aan AF?	Spoed: direct overleg cardioloog	Anamnese
- Hartkloppingen, kortademigheid (bij inspanning) - Verminderde inspanningstolerantie, duizeligheid (Bijna-)wegrakingen, druk op de borst - Beroerte (TIA/herseninfarct) - Voel laagdrempelig de pols bij aspecifieke klachten, zeker bij ≥ 75 jaar en bij elke bloeddrukmeting	- Nieuw AF < 24 uur + snelle ventrikelfrequentie (VVF) > 110/min met veel klachten - Cardioversie vaak succesvol en kan dan nog zonder antistolling - ABCDE-instabiliteit: volg spoedrichtlijn geneesmiddelen/O2	- Palpaties: duur, continu/aanvalsgewijs, ontstaan/stoppen - Uitlokkers: koorts, stress, inspanning, alcohol, medicatie, drugs - Klachten TIA/beroerte, pijn op de borst, hartfalen, anemie, hyperthyreoïdie, angst - Comorbiditeit: HVZ, kleplijden, DM, COPD, slaapapneu, vallen, cognitieve - Medicatie: β2-sympathomimetica, levothyroxine, corticosteroïden

Lichamelijk onderzoek	Aanvullend onderzoek	Diagnose & type
- Bloeddruk (bij foutmelding automaat: handmatig herhalen) - Pols: ritme via palpatie; VVF via hartauscultatie (i.v.m. polsdeficit) - Hart ausculteren op souffles (klepafwijking) - Tekenen overvulling/hartfalen: CVD$\uparrow$, ictus buiten midclaviculairlijn, longcrepitaties, vergrote lever/ascites, perifeer oedeem	- ECG: 12-kanaals of ≥ 30 sec ritmestroom, zo snel mogelijk - Vermoeden paroxysmaal: holter ($\geq 1 \times 24$u aanvallen) of event recorder (minder frequent) - Labs: glucose, Hb, TSH, lipiden + eGFR/kreatinine/kalium als uitgangswaarde - Geen BNP/NT-proBNP als uitsluitend hartfalen - Echocardiografie eenmalig binnen 3-6 mnd na diagnose (hartfalen/kleplijden)	- Diagnose AF: op ECG of ritmestroom ≥ 30 sec - Paroxysmaal: alleen aangetoond tijdens aanval (ecg/holter/event recorder) - Bepaal duur: < 24 uur of > 24 uur. Onduidelijk begin $\rightarrow$ aannemen > 24 uur - Indicatie antistolling is gelijk voor paroxysmaal, persisterend én permanent AF - Breng beïnvloedbare risicofactoren in kaart: hypertensie, hartfalen, DM, obesitas, slaapapneu, alcohol, kleplijden

CHA ₂ DS ₂ -VASc-score	Indicatie orale anticoagulantia (OAC)	Contra-indicaties OAC
C Hartfalen = 1 H Hypertensie = 1 A₂ Leeftijd ≥ 75 jr = 2 D Diabetes = 1 S₂ Herseninfarct/TIA/trombo-embolie = 2 V Vaatliden = 1 A Leeftijd 65-74 jr = 1 Sc Vrouw = 1	- Start OAC: vrouwen score ≥ 3, mannen score ≥ 2 - Score 0 (m/v) en vrouw score 1: voordeel weegt meestal niet op tegen bleedingsrisico - Man score 1 / vrouw score 2: overleg cardioloog (vaak ook ritmebehandeling relevant) - Geen plaats voor trombocytenaggregatieremmer (TAR) als alternatief	- Absoluut: actuele klinisch relevante bloeding $\rightarrow$ verwijzen - Relatief: hoge leeftijd, valrisico, nierfunctiestoornis, alcoholmisbruik, ongecontroleerde hypertensie, ulcus/varices, recente bloeding - Bij de meeste relatieve CI weegt voordeel van OAC toch op

DOAC	Standaarddosering	Dosisaanpassing	Niet toepassen bij
Apixaban	2dd 5 mg	2dd 2,5 mg bij eGFR < 30 + (leeftijd ≥ 80 jr en/of gewicht ≤ 60 kg)	
Dabigatran	2dd 150 mg	2dd 110 mg bij eGFR 30-50 + verhoogd bleedingsrisico, of ≥ 80 jr, of gebruik verapamil	- eGFR < 30 - gewicht < 50 of > 110 kg
Edoxaban	1dd 60 mg	1dd 30 mg bij eGFR 10-50, < 60 kg, of gebruik ciclosporine/erytromycine/ketoconazol 1dd 15 mg bij eGFR < 10	
Rivaroxaban	1dd 20 mg	1dd 15 mg bij eGFR 10-50 1dd 10 mg bij eGFR < 10	

Bij nierfunctieverlies, kwetsbare ouderen en therapietrouwproblemen: overweeg VKA i.p.v. DOAC. Alle DOAC's couperen met antidotum/stollingsfactoren; kunnen in medicijnrol.

Ventrikelfrequentie verlagen	Controles	Consultatie & verwijzing
- Indicatie: VVF ≥ 110/min in rust en/of klachten bij inspanning. Doel: VVF < 110/min - Zonder hartfalen: 1e keus bètablokker (metoprolol mga, 2e keus atenolol); bij CI: calciumantagonist (diltiazem) - Combineer bètablokker NIET met diltiazem/verapamil - Onvoldoende effect: voeg digoxine toe - Mét tekenen hartfalen: digoxine; diltiazem/verapamil gecontra-indiceerd	- Tijdens instellen medicatie: wekelijkse controle tot doel bereikt - Daarna minimaal jaarlijks - Bespreek antistolling, bijwerkingen en therapietrouw - DOAC: controleer eGFR/kreatinine (vaker bij verminderde nierfunctie) - Digoxine: controleer eGFR, kreatinine én kalium - Geen antistolling? Herbeoordeel CHA₂DS₂-VASc bij elke controle - Instructie: bij neusbloeding/klachten niet zelf minderen, contact opnemen	- Spoed: nieuw AF < 24u + VVF > 110/min met veel klachten $\rightarrow$ direct cardioloog - Onderdeel van beleid niet uitvoerbaar in praktijk - Ritmebehandeling wordt overwogen (bij voorkeur binnen 3-6 mnd) - Absolute contra-indicatie OAC bij verhoogd CVA-$\rightarrow$ risico - VVF < 50/min, niet door medicatie $\rightarrow$ pacemaker-beoordeling - Onvoldoende daling VVF ondanks 2 frequentieverlagende middelen - Paroxysmaal AF met wens tot minder aanvallen