



Dokter Klinkertweg 18  
8025 BS Zwolle  
[info@mccklik.nl](mailto:info@mccklik.nl)

# Cardiologie C

## ATRIUMFIBRILLEREN

versie 1 (1999)

versie 6 (2024)

Deze werkafspraak is samengesteld door cardiologen van Isala en huisartsen in Zwolle en Meppel en omgeving. De werkafspraak sluit aan op de [NHG standaard AF M79](#), 2023  
Mede geaccordeerd door de ziekenhuisapothekers en openbare apothekers van regio Zwolle.

<b>Begrippen</b>	
<b>Eerste aanval van AF</b>	Solitaire aanval of eerste gedocumenteerde aanval van atriumfibrilleren.
<b>Paroxysmaal AF</b>	Aanvallen van AF die niet langer dan 7 dagen bestaan.
<b>Persisterend AF</b>	De aandoening bestaat langer dan 7 dagen.
<b>Long standing persistent AF</b>	De aandoening bestaat > 1 jaar en wordt nog steeds behandeld.
<b>Permanent AF</b>	De ritmestoornis wordt geaccepteerd.

<b>Risicofactoren</b>
AF wordt tegenwoordig gezien als uiting van een hartziekte, waarbij verschillende factoren leiden tot AF, Deze risicofactoren worden hieronder benoemd en zijn voor een groot deel dezelfde als CVRM risicofactoren.
<b>Extra cardiaal</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Hypertensie &gt; is de belangrijkste oorzaak</li><li>• Hyperthyreoïdie</li><li>• COPD, met eventueel pulmonale hypertensie en rechts decompensatie</li><li>• Slaapapneu</li><li>• Overgewicht</li><li>• Metabool syndroom</li><li>• Diabetes</li><li>• Anemie</li></ul>
<b>Cardiaal</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Coronairlijden</li><li>• Hartfalen</li><li>• Kleplijden</li><li>• Ritmestoornis: WPW, AVNRT (met name op jonge leeftijd aan denken en kan ontaarden in AF)</li></ul>
<b>Uitlokkende factoren van een aanval:</b> alles wat fysieke stress geeft
<ul style="list-style-type: none"><li>• Intoxicatie (koffie, alcohol, drugs)</li><li>• Koortsende ziektes</li><li>• Hevige lichamelijke inspanning (is per individu verschillend)</li><li>• Ingrepen, OK's</li><li>• Longembolie</li><li>• Binge drinken</li></ul>

<b>Complicaties</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trombo-embolie: TIA, CVA</li> <li>• Hartfalen</li> </ul>	
<b>Anamnese</b>	
Vraag oorzaken en uitlokkende factoren uit	
<b>Klachten</b>	<b>Commentaar</b>
<b>Hartkloppingen</b>	Begin, duur, aanvallen of continu
<b>Duizeligheid, wegrakingen</b>	Wijzen op hoog risico; sick sinus syndroom.
<b>Inspanningstolerantie</b>	Verminderd, dyspnoe, kortademigheid, pijn op de borst, oedeem (hartfalen)
<i>Opmerking</i>	
Denk aan atriumfibrilleren bij een patiënt met een TIA of CVA	

<b>Lichamelijk onderzoek</b>	
<b>Onderzoek</b>	<b>Commentaar</b>
<b>Tensie</b>	Hypertensie is een belangrijke oorzaak van atriumfibrilleren.
<b>Auscultatie hart</b>	Luister naar en beschrijf een eventuele soufflé
<b>Tekenen van hartfalen</b>	
<b>Gewicht, lengte</b>	

<b>Aanvullend onderzoek</b>	
<b>Diagnostisch</b>	<b>Commentaar</b>
<b>ECG</b>	Zo mogelijk tijdens aanval. Met name indien diagnose nog niet gesteld is.
<b>Holter</b>	Als $\geq 1$ aanval per 24 uur
<b>Eventrecorder (Kardia of ander device, mits betrouwbare registratie)</b>	Als minder frequent
<b>Verder onderzoek</b>	
<b>Laboratorium</b>	TSH, Hb, glucose, eGFR, lipidspectrum
<b>Echo</b>	Bij iedereen met de vraagstelling hartfalen/ kleplijden tenzij zeer kwetsbare of erg zieke patiënt.

## Beleid

### 1. Antitrombotische behandeling

#### Doel

Voorkomen van een CVA door cardiogene trombo-embolie bij paroxysmaal, persisterend of permanent AF.

#### Middel

- DOAC: Let op contra-indicaties
- VKA: 2<sup>e</sup> keus, tenzij contra-indicatie DOAC

#### Indicatie

- Adviseer een DOAC bij verhoogd risico. Zie tabel CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc score
- Harde indicatie: mannen ≥ 2; vrouwen ≥ 3; overweeg sterk om te starten bij mannen ≥ 1 en vrouwen ≥ 2.
- Geen switch van VKA naar DOAC bij kwetsbare oudere of contra-indicaties DOAC, bij andere patiënten kan dit overwogen worden.

**Tabel 1 CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc-score voor het inschatten van het risico op herseninfarct bij patiënten met atriumfibrilleren**

Letter	Kenmerk	Score
C	Hartfalen	1
H	Hypertensie	1
A <sub>2</sub>	Leeftijd ≥ 75 jaar	2
D	Diabetes mellitus	1
S <sub>2</sub>	Herseninfarct/TIA/trombo-embolie	2
V	Vaatlijden	1
A	Leeftijd 65-74 jaar	1
Sc	Vrouwelijk geslacht	1

### 2. Behandeling van de oorzaak

- Zie tabel oorzaken hierboven
- Patiënten met AF moeten opgenomen worden in CVRM zorg of vergelijkbaar hieraan [MCC Klik werkafpraak CVRM](#).

### 3. Verlaging ventrikelfrequentie

#### Indicatie

- In rust frequentie > 110, gemeten bij auscultatie of op ECG.
- Bij een reguliere verwijzing kan desgewenst al met deze behandeling gestart worden.

<b>Geen hartfalen</b>	eerste keus: bètablokker	metoprolol met vertraagde afgifte 50-200 mg	eventueel digoxine toevoegen
	tweede keus: calciumantagonist (niet met bètablokker!)	diltiazem of verapamil (2 <sup>e</sup> keus) 120-360 mg	
<b>(Mogelijk) hartfalen</b>	Digoxine Zie voor doseringen Tabel 5 in NHG-standaard AF		

### Opmerkingen

1. Rhythm en rate controle hebben waarschijnlijk niet dezelfde lange termijn consequenties (dit is een veranderd inzicht t.o.v. de vorige werkafpraak). De cardioloog maakt na verwijzing de afweging tussen rhythm of rate control.
2. Verhoog de dosering bètablokker/calciumantagonist geleidelijk op, op geleide van de ventrikelfrequentie.
3. Verlaag de digoxinedosis bij combinatie van een calciumantagonist met digoxine.

### Beleid (bij cardioloog)

#### Anti-aritmische medicatie

Deze dient alleen door een cardioloog te worden gestart en gecontroleerd. Als er geen controle is door cardioloog: verwijs terug. Als geen controle 2<sup>e</sup> lijn meer gewenst is: denk aan meedenkconsult.

#### Cardioversie

##### Indicatie cardioversie

Symptomatisch atriumfibrilleren bij een vitale patiënt. Bij twijfel of symptomen van atriumfibrilleren kan cardioversie een diagnosticum zijn

##### Voorwaarde cardioversie

- 3 weken adequate antistolling of
- klachten binnen 48 uur voor presentatie ontstaan (mits lage CHA<sup>2</sup>DS<sup>2</sup> VASC score): overleg met EHLH (Eerste Hart Long Hulp)

### Opmerking

\* Elektrische cardioversie. Er is geen contra-indicatie. Ook bij herhaald converteren blijft het effectief bij 90%, met een grote recidiefkans.  
Nota bene: een indicatie voor antistol nu of later blijft bestaan, doorgaan met DOAC na cardioversie gedurende één maand, daarna is DOAC afhankelijk van de CHA<sup>2</sup>DS<sup>2</sup> VASC score.

### Controles

- Evalueer jaarlijks stap 1, 2 en 3 (zie eerder bij beleid) minimaal jaarlijks
- Bij DOAC zie [MCC Klik werkafpraak Antistolzorg](#)
- Bij gebruik digoxine jaarlijks nierfunctiecontrole
- Adviseer patiënten contact op te nemen bij braken, diarree of intercurrente infecties

### Verwijsindicaties

- Angineuze pijn > spoedverwijzing
- Acut hartfalen > spoedverwijzing
- Verdenking hartfalen
- Symptomatische vitale patiënt
- Patiënt < 45 jaar
- Cardioversie
- Persisteren van klachten (ondanks verlaging van de ventrikelfrequentie)
- Ventrikelfrequentie < 50 (zonder frequentie-verlagende medicatie)
- Wolff-Parkinson-White-syndroom

### **Opmerking**

Patiënten met recidief atriumfibrilleren, die onder behandeling zijn bij de cardioloog kunnen rechtstreeks contact opnemen met de poli cardiologie als een niet-cardiale oorzaak (zoals koorts of UWI) is uitgesloten.

### **Niet verwijzen**

- Kwetsbare oudere klachtenvrij onder adequate rate control
- Asymptomatische patiënt > 45 jaar

### **Screening voor Atriumfibrilleren**

- Screening voor Atriumfibrilleren wordt aangeraden bij patiënten > 65 jaar of die CVRM zorg krijgen. Denk hierbij aan het voelen van de pols tijdens de CVRM zorg
- Andere mogelijkheden voor screening bestaan uit een single-lead ECG (bv. AliveCor of MyDiagnostic) of 12-lead ECG.

### **Terugverwijzing naar de huisarts**

- Adequaat ingestelde rate control
- Na succesvolle ablatie
- Korte levensverwachting