

BEHANDELING VAN VOORKAMERFIBRILLATIE: CARDIOVERSIE OF RITMECONTROLE?

Bij de behandeling van voorkamerfibrillatie maakt men de keuze tussen cardioversie (herstel van het sinusritme) en vertraging van het ventriculair antwoord vooral in functie van de duur van de voorkamerfibrillatie, de ernst van de symptomen en de eventuele aanwezigheid van een onderliggende aandoening.

- In geval van recent opgetreden en/of symptomatische voorkamerfibrillatie is herstel van het sinusritme door elektrische of medicamenteuze cardioversie aanbevolen.
- Bij chronische voorkamerfibrillatie kan bij patiënten die weinig of geen symptomen hebben medicamenteuze vertraging van het ventriculair antwoord voorgesteld worden als eerstekeuzebehandeling. Cardioversie blijft aangewezen indien de symptomen blijven bestaan ondanks adequate controle van het ventriculair antwoord.

In dit artikel wordt eveneens de preventie van de trombo-embolische complicaties bij cardioversie, en van de trombo-embolische complicaties op lange termijn besproken.

Voorkamerfibrillatie is in de eerste lijn de meest frequent voorkomende hartaritmie; dit treft 2 à 4 % van de personen ouder dan 60 jaar, en de prevalentie neemt verder toe met de leeftijd. De symptomen zijn variabel: hartkloppingen, syncope, vertigo, dyspnoe, embolische accidenten. De voornaamste risicofactoren voor het ontwikkelen van voorkamerfibrillatie zijn gevorderde leeftijd, voorafbestaande hartaandoening (vooral kleplijden, hartfalen, hypertensie, myocardinfarct) evenals diabetes, hyperthyreose en alcoholmisbruik.

Klassiek onderscheidt men paroxysmale voorkamerfibrillatie (kortdurende aanvallen van voorkamerfibrillatie) en chronische voorkamerfibrillatie (langdurige aritmie, b.v. bij falen van de cardioversie of wanneer cardioversie niet aangewezen is).

De behandeling van voorkamerfibrillatie is gericht tegen:

- de symptomen,
- de trombo-embolische complicaties,
- de morbiditeit en mortaliteit ten gevolge van andere complicaties van voorkamerfibrillatie (zoals hartfalen, myocardinfarct, cognitieve stoornissen).

Bij de aanpak van voorkamerfibrillatie moet in de mate van het mogelijke de onderliggende oorzaak (zie hoger) behandeld worden.

Cardioversie (herstel van het sinusritme)

Cardioversie (herstel van het sinusritme) is de eerstekeuzebehandeling in volgende situaties.

- Recent opgetreden en/of symptomatische voorkamerfibrillatie.
- Chronische voorkamerfibrillatie, wanneer de symptomen blijven bestaan ondanks adequate controle van het ventriculair antwoord.

Het herstel van het sinusritme kan elektrisch of medicamenteus gebeuren. De kans op succesvolle cardioversie is des te groter naarmate de voorkamerfibrillatie recenter opgetreden is. Anti-aritmica zoals flecaïnide, propafenon, amiodaron of kinidine, blijken in dit verband doeltreffend te zijn. De behandelingen met de meest gunstige risico-batenverhouding lijken echter amiodaron per os, en elektrische cardioversie. Het trombo-embolisch risico lijkt vergelijkbaar voor medicamenteuze en elektrische cardioversie, maar bij medicamenteuze cardioversie is er het risico van ongewenste effecten door de anti-aritmica: o.a. aritmogene effecten, vooral met sotalol, en schildklierstoornissen en longafwijkingen met amiodaron.

Na succesvolle cardioversie blijven slechts 20 à 30 % van de patiënten die geen anti-aritmica nemen, in sinusritme. Om het risico van recidieven te beperken, wordt dan ook een onderhoudsbehandeling aanbevolen, in het bijzonder bij bestaan van risicofactoren (zie hoger). In meerdere studies kwam amiodaron naar voor als eerste keuze.

Vertraging van het ventriculair antwoord

In twee recente, grootschalige gerandomiseerde studies, de AFFIRM-studie en de RACE-studie, werd cardioversie (medicamenteus of elektrisch) vergeleken met vertraging van het ventriculair antwoord. Deze studies werden uitgevoerd bij bejaarde patiënten met weinig of geen symptomen, maar met hoog risico van recidieven en die behandeld werden met orale anticoagulantia. Deze studies tonen dat het herstel van het sinusritme, ten opzichte van vertraging van het ventriculair antwoord, geen voordelen biedt in termen van morbiditeit en mortaliteit. Op basis van deze resultaten kan bij patiënten met weinig of geen symptomen maar met hoog risico van recidieven, b.v. hypertensieve bejaarden, vertraging van het ventriculair antwoord zonder cardioversie voorgesteld worden als eerstekeuzebehandeling. De toediening van orale anticoagulantia moet in dit geval wel onbeperkt voortgezet worden (zie verder).

Vertraging van het ventriculair antwoord kan bekomen worden door de atrio-ventriculaire geleiding te vertragen met b.v. digoxine, β -blokkers en bepaalde calciumantagonisten zoals verapamil en diltiazem. Gezien met digoxine het effect pas laattijdig optreedt en gezien zijn toxiciteit, is het geen eerste keuze meer, tenzij in geval van systolische linkerventrikeldisfunctie of bij hartfalen. De calciumantagonisten en de β -blokkers worden intraveneus toegediend als men bij een recent opgetreden voorkamerfibrillatie een vlugge vermindering van het ventriculair antwoord wenst te bekomen, en worden oraal toegediend bij chronische voorkamerfibrillatie.

Preventie van trombo-embolische complicaties bij cardioversie

Gezien het risico van trombo-embolische complicaties, dient een anticoagulerende behandeling toegediend te worden vóór en na cardioversie (medicamenteus of elektrisch).

- *Vóór de cardioversie:*

- In geval van recent opgetreden (< 48 à 72 uur) voorkamerfibrillatie, wordt anticoagulatie met niet-gefractioneerde heparine of met een heparine met laag moleculair gewicht ongeveer 24 uur vóór de cardioversie gestart.
- Indien de voorkamerfibrillatie reeds meer dan 48 uur is opgetreden of indien de duur niet bekend is, wordt orale anticoagulatie aanbevolen gedurende 3 à 4 weken vóór de cardioversie (met een INR tussen 2,0 en 3,0). Let op: amiodaron versterkt het effect van orale anticoagulantia. De cardioversie kan vlugger uitgevoerd worden indien bij transoesofageale echografie (TEE) geen trombus in de voorkamer wordt gezien, en de cardioversie gebeurt dan na anticoagulatie met heparine gedurende ongeveer 24 uur [zie ook Folia februari 2002].

- *Na geslaagde cardioversie:*

De anticoagulatie dient gedurende minstens 4 weken te worden voortgezet, d.w.z. tot normalisering van de contractiliteit van de voorkamer.

Preventie van trombo-embolische complicaties op lange termijn

Bij chronische voorkamerfibrillatie dient een antitrombotische behandeling gedurende lange termijn overwogen te worden, vooral in verband met de preventie van cerebrovasculair accident [zie ook Folia van juli 2001 en juni 2003].

- In *primaire preventie*, d.w.z. bij patiënten die tevoren nooit een cerebrovasculair accident hebben doorgemaakt, zijn volgende aanbevelingen van toepassing.
 - Bij patiënten met een gering trombo-embolisch risico is acetylsalicylzuur (75 à 150-160 mg per dag) de eerste keuze.
 - Bij patiënten met één of meerdere risicofactoren (leeftijd > 75 jaar, hypertensie, hartfalen met linkerventrikeldisfunctie, mitralisstenose, klepprothese, antecedenten van trombo-embolische accidenten) wordt toediening van orale anticoagulantia (met een INR tussen 2,0 en 3,0) aanbevolen, voor zover er geen contra-indicaties zijn, b.v. een slechte therapietrouw. Bij patiënten tussen 65 en 75 jaar, wordt de keuze tussen acetylsalicylzuur of een oraal anticoagulans gemaakt in functie van de schatting van het risico van trombose enerzijds, en bloeding anderzijds.
- In *secundaire preventie*, d.w.z. bij patiënten die reeds een cerebrovasculair accident hebben doorgemaakt, wordt systematisch toediening van orale anticoagulantia (met een INR tussen 2,0 en 3,0) aanbevolen.

Naar: G. Chatap et al.: Atrial fibrillation in the elderly. *Drugs* **19**, 819-846 (2002)

The Atrial Fibrillation Follow-up Investigation of Rhythm Management Investigators: A

comparison of rate control and rythm control in patients with atrial fibrillation. *New Engl. J. Med.* **347**, 1825-1833 (2002)

Isabelle C. Van Gelder et al.: A comparison of rate control and rythm control in patients with recurrent persistent atrial fibrillation. *New Engl. J. Med.* **347**, 1834-1840 (2002).

R. H. Falk: Management of atrial fibrillation- radical reform or modest modification? (editorial) *New Engl. J. Med.* **347**, 1883-1884 (2002)

F.W.A. Verheugt: Cardioversie voor atriumfibrilleren: niet beter dan ventrikelfrequentieverlaging. *Ned. Tijdschr. Geneesk.* **147**, 636-638 (2003)

Fibrillation auriculaire. *La Revue Prescrire* **245**, 846-851 (2003)

Nota van de redactie

Binnen enkele maanden zal een Transparantiefiche over voorkamerfibrillatie verschijnen.

Mededeling van het directoraat-generaal Geneesmiddelen

MELDEN VAN PROBLEMEN MET MEDISCHE HULPMIDDELEN

De term “medische hulpmiddelen” (“medical devices”) dekt een gamma van instrumenten, toestellen, stoffen en artikels die gebruikt worden in het kader van allerlei gezondheidsproblemen. Het gaat b.v. om verbanden, pacemakers, hartkleppen, endoscopen, condooms, spiraaltjes, contactlenzen. De definitie en een uitgebreide lijst van voorbeelden zijn te vinden in een bijlage aan de omzendbrief n°421 van het directoraat-generaal Geneesmiddelen, die in 2003 werd gestuurd naar o.a. artsen en apothekers [via website www.afigp.fgov.be (rubriek “Archief”)].

Wanneer tijdens gebruik van een medisch hulpmiddel ernstige problemen optreden, b.v. een ernstig ongewenst effect of een defect dat zou kunnen geleid hebben tot een ernstig ongewenst effect, moet dit volgens de wetgeving terzake, gemeld worden aan de dienst “Medische hulpmiddelen” van het directoraat-generaal Geneesmiddelen. Zo hoopt men een beter beeld te krijgen van de gebreken van dergelijke middelen. Dit laat toe eventueel maatregelen te nemen, en, indien noodzakelijk, een hulpmiddel van de markt terug te trekken.

Een formulier voor het melden van problemen is te vinden in bijlage aan de hoger vermelde omzendbrief.

Contactpunt:

Federale Overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid,

Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu

Directoraat-generaal Geneesmiddelen

Medische hulpmiddelen

RAC Vesaliusgebouw

Pachecolaan 19 bus 5

B-1010 Brussel

meddev@afigp.fgov.be

tel. 02.210.48.99 of 02.210.63.58

fax: 02.210.49.01