

Atriumfibrilleren

Jaren geleden, zo herinner ik me, heb ik een cardioloog gevraagd of het wel zo slim was om iemand van 90 jaar - met als toevalsbevinding atriumfibrilleren – te gaan behandelen met bloedverduunners (Vitamine K antagonist). Ik dacht aan valneiging en fragiele gescleroseerde bloedvatjes met hypertensie. Het was wel verstandig want er werd gekeken naar de CHADS₂-score.

CHADS₂ staat voor trombo-embolie-risicofactoren: C= congestief hartfalen, H= hypertensie, A= age > 75 jaar, D= diabetes mellitus, S= stroke (CVA/TIA). Elke risicofactor staat voor 1 punt met uitzondering van “stroke” in de historie: een TIA of CVA gehad, staat voor 2 punten. Door de punten op te tellen ontstaat een beeld van het risico op een trombo-embolie wanneer er geen antistolling gegeven wordt. Aan dat getal is een “stroke-ratio” gekoppeld: dit is het risicogetal per 100 personen per jaar.



Wanneer mensen die bloedverduunners slikken een ingreep moeten ondergaan, is er aan de andere kant het risico op een

bloeding. Meestal zien we mensen op hoge leeftijd die meer kwalen hebben dan alleen atriumfibrilleren. Bij elkaar betekent het dat we per individu een afweging maken wanneer de (‘snijdende of biopterende’) hoofdbehandelaar, de cardioloog of anesthesist de antistolling door de trombosedienst laat regelen.

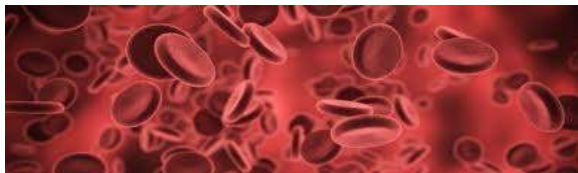
De protocollen van de Federatie van Nederlandse Trombosediensten zijn duidelijk wanneer het trombo-embolisch risico laag is of hoog is bij stoppen van de Vitamine K antagonist. In geval van een hoog risico overbruggen we met LMWH-sputen (Fragmin); bij een laag risico doen we dat niet.

Onduidelijkheid bestaat over de categorie met een matig risico. Daarvoor is verfijning nodig in de risico-score en die heet CHA₂DS₂VASC: C= congestief hartfalen, H= hypertensie, A₂= age > 75 jaar, D= diabetes mellitus, S₂= Stroke, V= vasculaire aandoening, A= 65-74 jaar, S= sekse-categorie. Ook hier tellen de risicofactoren op met 1 punt, maar ouder dan 74 jaar zijn of een beroerte of TIA gehad hebben, telt voor 2 punten.

Het CBO (Centraal BegeleidingsOrgaan voor de intercollegiale toetsing) werkt momenteel aan een nieuwe richtlijn “Antitrombotisch beleid”. Deze gaat de huidige CBO richtlijn vervangen. We zijn benieuwd of er meer helderheid komt voor de categorie matig risico. Nu hebben

verschillende ziekenhuizen en verschillende specialisten hun eigen kijk op overbruggen bij stoppen: niet overbruggen, profylactisch overbruggen of zelfs therapeutisch overbruggen met Fragmin. Profylactisch of therapeutisch overbruggen maakt een verschil wat betreft dosering en is ook nog afhankelijk van gewicht en nierfunctie.

Met deze richtlijn “Antitrombotisch beleid” verwachten we ook een update naar de stand der wetenschap rondom de nieuwe antistollingsmiddelen.



de Jama over het bloedingsrisico met Dabigatran-gebruik bij atriumfibrilleren. De kans op maagdarmbloedingen nam toe terwijl de kans op intracraniele bloedingen juist kleiner was. Naast mensen met chronische nieraandoeningen waren het vooral zwarte Amerikanen die een hogere kans bleken te hebben op een ernstige bloeding bij gebruik van Dabigatran.

De groep Dabigatran-gebruikers is vergeleken met een groep warfarine-gebruikers. In Nederland gebruiken we sintrom en marcoumar als vitamine K antagonisten – waarvoor een sluitend netwerk van trombosediensten bestaat. Veranderingen vragen steeds weer om monitoring en evaluatie.

15^e jaargang, nummer 10, Nov. 2014