

## **AMENDEMENT ESC RICHTLIJN ATRIAL FIBRILLATION (MANAGEMENT OF) NHRA, september 2011**

Op grond van zorgvuldige beschouwing en meerdere plenaire discussie rondes komt de NHRA tot de navolgende conclusies:

1. De 'Guidelines for the management of atrial fibrillation' opgesteld door The Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology en gepubliceerd in het European Heart Journal (*Eur Heart J (2010) 31(19): 2369-2429*), bevatten geen richtlijnen, aanbevelingen, uitspraken of adviezen waardoor onoverkomelijke problemen kunnen ontstaan voor de te leveren cardiologische zorg of voor de in de Nederlandse praktijk werkzame cardiologen of andere professionals.

De NHRA is van mening is dat de voorliggende ESC Richtlijnen voor de behandeling van atrium fibrilleren door de NVVC in principe kunnen worden 'endorsed' voor de Nederlandse situatie.

2. De NHRA wil echter wel een aantal potentiële knelpunten onder de aandacht brengen en de commissie Kwaliteit van de NVVC ter overweging willen geven om een formeel standpunt te formuleren ten aanzien van deze punten, eventueel als bijlage te publiceren bij endorsement van de genoemde richtlijnen:
  - 2.1. In tabel 9 en verderop (pag. 15) wordt aanbevolen om Vitamine K antagonist sterk te overwegen bij een CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc van 1 of meer (4.1.2.1), met name wanneer de initiële CHADS<sub>2</sub> score een waarde van 0 of 1 heeft opgeleverd. Deze aanbeveling heeft tot gevolg dat iedere actuele AF patiënt opnieuw geïndexeerd moet worden t.a.v. de indicatie tot het gebruik van vitamine K antagonist. Dit betekent ook dat patiënten die tot voor kort volgens de oude richtlijnen werden behandeld (geen antistolling of slechts aspirine bij CHADS<sub>2</sub> < 2), dit nu niet meer worden. Deze situatie kan juridische consequenties hebben, bv. in geval van complicaties.
  - 2.2. De introductie van de CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc score heeft eveneens consequenties voor de eerste lijn en vormt een schril contrast met de in de recentelijk vernieuwde NHG standaard voor de behandeling van AF (2009) opgenomen 'afgeslankte' CHADS score (geen 2 punten voor 'stroke'). Deze tegenstelling kan onderbehandeling /onderpreventie in de hand werken. De NHRA is van mening dat de NVVC hierover naar de eerste lijn een helder standpunt zou moeten innemen. Wat betreft de NHRA kan dit niets anders zijn dan de onvoorwaardelijke aanbeveling om ook in de eerste lijn de CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc risk score te hanteren met de bijbehorende aanbeveling met betrekking tot het gebruik van preventieve antistolling middels vitamine K antagonist.
  - 2.3. Het gebruik van de HAS-BLED risk score (met afkapwaarde 3 of meer) dient niet ter berekening van een contra-indicatie voor VKA, temeer daar de afkapwaardes voor bijvoorbeeld 'hypertensie' en 'nierfunctie stoornissen' relatief hoog liggen. De NHRA zou willen benadrukken dat de HAS-BLED score slechts als hulpmiddel dient te worden ingezet bij het bepalen van het bleedingsrisico. Op grond

hiervan kan men bv. besluiten tot intensivering van (INR) controles, of in geval van Dabigatran kiezen voor de 'low dose' strategie (2 dd 110 mg).

- 2.4. T.a.v. 'Anticoagulation precardioversion' (tabel pagina 23) wordt behandeling middels een vitamine K antagonist in therapeutische dosering aanbevolen gedurende minimaal 3 weken voorafgaand aan de cardioversie. Dit in combinatie met een INR streefwaarde van 2-3. Er wordt echter geen advies gegeven over de frequentie van INR bepaling en het tijdstip van de laatste INR bepaling voor cardioversie. Gezien de juridische consequentie van deze INR waarde zou de NVVC kunnen benadrukken dat de mate van antistolling (INR  $\geq$  2.0) in de weken voorafgaand aan de conversie poging nauwgezet en in samenwerking met de trombosedienst dient te worden gecontroleerd tot aan het moment van cardioversie.
- 2.5. In dezelfde tabel ('Anticoagulation precardioversion', pagina 23) wordt aanbevolen (klasse I, level of evidence C) om voorafgaand aan 'emergency/immediate cardioversion' (dus ook bij AF duur < 48 uur) ongefractioneerde heparine of laag moleculaire heparine toe te dienen. Dit is niet unaniem gebruikelijk in Nederland, en lijkt tegenstrijdig met de algemene aanbeveling om antistolling pas te starten bij AF van 48 uur of langer of AF van onbekende duur. Deze aanbeveling lijkt hoogstens van toepassing op patiënten met een a priori hoog trombo-embolisch complicatie risico. Dit zou ook meer in lijn liggen met de aanbeveling (klasse I, level of evidence B) om bij 'non-emergency' patiënten met AF < 48 uur i.c.m. een hoog risico op CVA ongefractioneerde heparine of laag moleculaire heparine precardioversie toe te dienen.
- Voorstel NHRA: patiënten met AF < 48 uur ('emergency' en 'non'-emergency) precardioversie behandelen met heparine/LMWH: klasse IIb aanbeveling i.p.v. klasse I.*
- 2.6. Het stroomdiagram in figuur 5 (pagina 20) geeft eveneens weer dat bij AF < 48 uur toch heparine dient te worden toegediend voordat een cardioversie wordt verricht. Ook verderop in de tekst wordt bij herhaling geadviseerd om na cardioversie van AF < 48 uur, toch heparine/LMWH te starten totdat adequate INR is bereikt. In lijn met het commentaar onder punt 2.5 zou ook hierbij de aantekening moeten worden gemaakt dat dit alleen geldt voor hoog risico patiënten.
- 2.7. Tabel p 31 ('drugs for long term rate-control'). Hierin wordt Amiodarone en Propafenon geadviseerd voor 'rate-control' bij AF met pre-excitatie (klasse I, level of evidence C aanbeveling). De toepassing van Propafenon voor de genoemde indicatie (rate control in pre-excited AF) is weinig gebruikelijk in de Nederlandse praktijk, zeker in het tijdperk van RF ablatie technieken. Tevens dient hierbij een belangrijke nuancering te worden aangebracht ten aanzien van de noodzak van het testen van de anterograde geleidingseigenschappen van de accessoire atrioventriculaire bundel (korte refractaire periode impliceert hoog risico voor inductie VF), de geleiding over de AV knoop (waarop Propafenon weinig invloed heeft, en waarvoor dus ook additionele frequentie controle

noodzakelijk blijft) en de aanwezigheid van pre-existente intraventriculaire geleidingsstoornissen.

*Voorstel NHRA: betreffende aanbeveling voor Nederland klasse IIb i.p.v. klasse I*

- 2.8. De toepassing van Dronedaronone wordt op meerdere plaatsen aanbevolen voor zowel frequentie (klasse IIa, pag 31) als ritme controle (klasse I, pag 37). Er wordt echter geen uitspraak gedaan over de plaats van Dronedaronone binnen het huidige arsenaal van beschikbare antiaritmica. Alleen Amiodaronone wordt duidelijk als tweede keuze gepositioneerd vanwege de potentiële bijwerkingen (pag 36-38), tabel (pag 37) en figuur 10-11.

Hiermee ontstaat een conflicterende situatie voor de huidige praktijk. Enerzijds wordt Dronedaronone aanbevolen als een van de middelen van eerste keuze, anderzijds is het middel in Nederland niet beschikbaar op basis van het reguliere vergoeding systeem.

Op basis van de huidige evidence lijkt Dronedaronone toch een belangrijke toegevoegde waarde te hebben binnen het arsenaal van (in NL) beschikbare antiaritmica, niet zozeer op basis van een grotere effectiviteit, maar wel als uitbreiding van het overigens beperkte arsenaal van beschikbare antiaritmica en hiermee als welkom alternatief kan fungeren voor patiënten bij wie de conventionele antiaritmica niet inzetbaar zijn vanwege ineffectiviteit, bijwerkingen of contra-indicaties. De NHRA is van mening dat een openlijk standpunt van de NVVC aangaande de positie van Dronedaronone binnen deze richtlijnen en voor de Nederlandse situatie is gerechtvaardigd (zie ook nieuwsbrief NVVC 27-1-2011).

*Voorstel NHRA: 1) Dronedaronone dient beschikbaar te zijn voor behandeling van atrium fibrilleren. 2) Dronedaronone voor zowel frequentie als ritme controle klasse IIa aanbeveling i.p.v. klasse IIa voor 'frequentie controle' en klasse I voor 'ritme controle'.*

- 2.9. In de tabel op pag 42 (Recommendations for Left Atrial Ablation) wordt aanbevolen (klasse I, level of evidence B) om bij geobjectiverde atrium flutter naast een PVI procedure tevens een CTI ablatie te verrichten. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen klassieke en atypische atriale flutter. De ervaring leert dat bij veel AF patiënten spontane periodes van atrium flutter optreden welke verdwijnen nadat het atrium fibrilleren succesvol is behandeld. Derhalve kan de aanbevolen ablatie strategie (PVI+CTI ablatie) in beginsel leiden tot overbehandeling. Bovenstaande klasse I, level of evidence B aanbeveling lijkt met name te zijn gebaseerd op de Consensus publicatie van Calkins et al. uit 2007 (referentie 33). Deze publicatie geeft een aanbeveling om CTI ablatie te doen, maar geen klasse I indicatie. Bovendien wordt in dit artikel als enige studie gerefereerd naar de publicatie van Wazni et al. in Circulation 2003. Daarin wordt een gerandomiseerde studie gedaan bij patiënten met atrium fibrilleren en typische atrium flutter, waarbij 49 patiënten zowel PVI als CTI ablatie ondergingen, en 59 patiënten alleen PVI. In de eerste weken na ablatie werd bij 32/49 patiënten (54%) atriale flutter gezien, maar 8 weken na ablatie was dit

nog slechts in 3 van de 59 patiënten (5%) het geval. De auteurs zelf hebben als conclusie dat PVI alleen in bijna alle patiënten (95%!) voldoende is om beide ritmestoornissen te behandelen, en hebben alleen een CTI ablatie verricht bij de paar patiënten die ondanks PVI toch nog typische atriale Flutter lieten zien.

*Voorstel NHRA: op basis van bovenstaande beperkte evidence uit gerandomiseerd onderzoek en praktische overwegingen met betrekking tot de verschillende ablatie technieken die tegenwoordig worden gebruikt en welke CTI ablatie in dezelfde sessie niet goed mogelijk maken, zou bovenstaande aanbeveling klasse IIa verdienen i.p.v. klasse I.*

Wij hopen dat bovenstaande toelichting / nuancering de juiste toepassing van de 2010 ESC richtlijnen in de Nederlandse praktijk bevorderen.

NHRA bestuur