

Netherlands Heart Rhythm Association (NHRA)

p/a dr. S.A.I.P. Trines, cardioloog
LUMC, Stafcentrum Hartziekten C5-P
Postbus 9600, 2300 RC Leiden
tel.: 071-5262020 (secr. cardiologie)
fax: 071-5266809
e-mail: s.a.i.p.trines@lumc.nl



Commissie Kwaliteit
t.a.v. Dr. E.A. Dubois, voorzitter
NVVC
Postbus 19192
3501 DD Utrecht

Leiden, 5 november 2012

Geachte leden van de Commissie Kwaliteit,

In het kader van een voorgenomen endorsement van de '2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation (European Heart Journal 2012)' heeft de NHRA zich gebogen over deze update en de toepasbaarheid hiervan getoetst aan de actuele cardiologische praktijk in ons land.

Op grond van een zorgvuldige beschouwing door enkele NHRA leden gevolgd door een plenaire bespreking, komt de NHRA tot de volgende conclusies:

1. De '2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation (*Eur Heart J 2012*)', bevat geen richtlijnen, aanbevelingen, uitspraken of adviezen welke in strijd zijn met de dagelijkse praktijk van de cardiologische zorg in Nederland.

De NHRA is van mening dat de voorliggende '2012 Update van de ESC Richtlijnen voor de behandeling van atrium fibrilleren' voor 'endorsement' aan het bestuur van de NVVC kan worden aangeboden, met slechts enkele kanttekeningen

2. Een aantal kanttekeningen welke op voorspraak van de NHRA als amendement werden toegevoegd aan de 2010 ESC richtlijnen, worden in de 2012 update adequaat en genuanceerd besproken, en vergezeld van werkbare aanbevelingen. Andere aandachtspunten zoals beschreven in het NHRA amendement bij de ESC guidelines 2010 verdienen nog steeds een kanttekening met NHRA aanbeveling voor de Nederlandse situatie. Dit betreft de navolgende punten:
 - 2.1. T.a.v. 'Anticoagulation precardioversion' (tabel pagina 23, ESC guidelines 2010) wordt behandeling middels een vitamine K antagonist in therapeutische dosering

aanbevolen gedurende minimaal 3 wkn voorafgaand aan de cardioversie. Dit in combinatie met een INR streefwaarde van 2-3. Er wordt echter geen advies gegeven over de controle van de INR waarde in de weken voor cardioversie. Gezien de juridische consequentie van deze INR waarde zou de NVVC kunnen benadrukken dat de cardioloog in de ketenzorg met de Trombosedienst zorg draagt voor optimale instelling van de INR in de weken voorafgaand aan de conversie poging.

- 2.2. In dezelfde tabel ('Anticoagulation precardioversion', pagina 23, ESC guidelines 2010) 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) pre-cardioversie behandelen met heparine/LMWH: klasse IIB aanbeveling i.p.v. klasse I.

- 2.3. Het stroomdiagram in figuur 5 (pagina 20, ESC guidelines 2010) 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.
- 2.4. Tabel p 31 ('drugs for long term rate-control', ESC guidelines 2010). 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 noodzaak 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

2.5. In de tabel op pag 42 (Recommendations for Left Atrial Ablation, ESC guidelines 2010) wordt aanbevolen (klasse I, level of evidence B) om bij geobjectiveerde 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 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 bijdraagt aan een juiste toepassing van de '2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation' in de Nederlandse cardiologische praktijk.

Met vriendelijke groet,

Dr. L.V.A. Boersma, voorzitter NHRA
Dr. S.A.I.P. Trines, secretaris NHRA.