

Voorkamerfibrillatie en het risico op CVA

Non Peer-reviewed author version

CLAES, Neree (2010) Voorkamerfibrillatie en het risico op CVA. In: Bloedvaten Hart Longen, 15(6).

Handle: <http://hdl.handle.net/1942/11200>

## Voorkamerfibrillatie en het risico op CVA

Keywords: atrial fibrillation, thrombo-embolic events, CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc Score, Oral anticoagulation

Het is gekend dat voorkamerfibrillatie het risico op trombo-embolische aandoeningen, zoals CVA en TIA, aanzienlijk verhoogt. Professor Neree Claes, die een leerstoel cardiovasculaire preventie bekleedt aan de Universiteit Hasselt, bespreekt hier verschillende aspecten over het verband tussen VKF en stroke, zoals het nieuwe CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc score dat meer volledig is dan de CHADS<sub>2</sub>-score in de risico-evaluatie.

foto---

Neree Claes

### **Welke VKF-patiënten lopen een verhoogd risico op CVA/TIA?**

**Neree Claes:** Het risico op een CVA of TIA bij patiënten met een VKF is globaal gezien 6x hoger in vergelijking met personen zonder VKF. Dit risico verhoogt aanzienlijk met toenemende leeftijd en loopt op tot 23% boven de 80 jaar. Bovendien komt VKF frequenter voor bij ouderen. In de algemene bevolking bedraagt de prevalentie van VKF 0,4 tot 1%, terwijl bij personen ouder dan 70 jaar de prevalentie 6 tot 14% bedraagt. Ongeveer 5% van de mensen ouder dan 65 jaar heeft VKF, terwijl ruim de helft van de patiënten met VKF ouder is dan 75 jaar.

Teneinde een optimale preventie van trombo-embolische complicaties te verkrijgen, is het essentieel om een goede risico-analyse uit te voeren: elke patiënt met VKF moet een risico-evaluatie krijgen! Dit gebeurde tot dusver aan de hand van de CHADS<sub>2</sub>-score, een score waarin een aantal geassocieerde comorbiditeiten wordt verrekend. De 'C' staat voor congestief hartfalen, de 'H' voor hypertensie, de 'A' voor leeftijd, de 'D' voor diabetes, de 'S' voor stroke. De score wordt berekend door 1 punt toe te kennen aan elk van de CHAD-factoren en 2 punten aan stroke. Dit betekent dus dat een voorafgaande stroke/TIA tweemaal meetelt. Op die manier kan men de patiënten indelen als VKF-patiënten met een hoog, matig of laag risico op trombo-embolische complicaties. Merk op dat dit risico onafhankelijk is van het type van VKF (paroxysmaal, persistent of permanent).

De waarde berekend door de CHADS<sub>2</sub>-score is bepalend voor het al dan niet toedienen van een antiocoagulerende behandeling. In geval van VKF zonder één van de risicofactoren uit de CHADS<sub>2</sub>-score (score = 0), is er geen noodzaak voor OAC (orale anticoagulantia) maar wordt een behandeling met een lage dosis aspirine aanbevolen, meer bepaald tussen 75mg en 325mg. Wanneer twee of meer risicofactoren aanwezig zijn (score = 2), bijvoorbeeld VKF in combinatie met hartfalen en een leeftijd hoger dan 75 jaar, zijn altijd OAC aangewezen. Het probleem van de CHADS<sub>2</sub>-score is dat men zich als het ware in een grijze zone bevindt bij de VKF-patiënten die slechts één risicofactor hebben (score = 1), aangezien de arts dan de keuze moet maken tussen een OAC of aspirine. Er wordt dan ook soms te weinig gekozen voor OAC omwille van deze grijze zone met de klassieke CHADS<sub>2</sub>-score.

### **Hoe kan men het probleem van deze grijze zone oplossen?**

**Neree Claes:** In een artikel van Lip et al. gepubliceerd in Chest 2010 (1) wordt een verfijning van de klinische risicofactorstratificatie voor het voorspellen van stroke en trombo-embolie bij VKF voorgesteld op basis van een nieuwe risicofactor-gebaseerde benadering. Lip onderzocht aan de hand van meta-analyses of de CHADS<sub>2</sub>-score volstaat als risico-analyse. Het resultaat was dat deze score in feite niet voldoende accuraat is; meer bepaald bevinden zich 61% van de VKF-patiënten in de lage tot matige risicoklasse, de hogervermelde grijze zone waarin met moet kiezen tussen aspirine of anticoagulatie. Daarenboven is het gekend dat 1,4% van de patiënten met een laag risico op basis van CHADS<sub>2</sub> toch nog een trombo-embolisch event doet.

Het onderzoek van Lip et al. leverde nieuwe risicofactoren op die het risico op CVA/TIA verhogen, waaronder vrouwelijk geslacht. Vrouwen hebben namelijk een hoger risico op trombo-embolische complicaties in geval van VKF in vergelijking met mannen. Nieuw is ook dat een leeftijd tussen 65 en 74 jaar als een risicofactor wordt beschouwd (score = 1). Een andere nieuwe risicofactor is de aanwezigheid van vasculaire aandoeningen, zoals coronaire arteriële aandoeningen (CAD), myocardinfarct of perifere arteriële aandoeningen (PAD). Deze gegevens leidden tot een nieuwe berekeningswijze om het stroke-risico bij VKF-patiënten nauwkeuriger te kunnen voorspellen, gekend onder de naam “2009 Birmingham Schema” oftewel de CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc score. Dit schema is in feite gebaseerd op twee groepen van risicofactoren. Enerzijds, zekere (hoge) risicofactoren, zoals een voorgeschiedenis van CVA of TIA (S<sub>2</sub>) en/of een leeftijd ≥ 75 jaar (A<sub>2</sub>) die beide een waarde van 2 krijgen. Anderzijds geassocieerde risicofactoren: hypertensie (H), hartfalen (C), diabetes (D), leeftijd 65-74 jaar (A), vrouwelijk geslacht (Sc) en vasculaire aandoeningen (V), die allen een waarde van 1 krijgen. Vanaf een score van 2 is een hoog risico op CVA/TIA aanwezig en is orale anticoagulatie vereist.

Via een eenvoudig algoritme kan men aldus de patiënten selecteren die al dan niet OAC nodig hebben (Tabel 1). De eerste vraag die men stelt is “hoe oud is de patiënt?”. Indien de patiënt ouder dan 75 is, dienen OAC te worden gestart. Indien nee, gaat men na of er een voorgeschiedenis is van CVA, TIA of embolie. Een ja-antwoord hierop, is ook een indicatie voor OAC. Bij nee, wordt de risico-evaluatie verder uitgevoerd op basis van het geslacht. Bij een man zijn twee of meer geassocieerde risicofactoren een indicatie voor OAC, bij een vrouw is één risicofactor al een indicatie om OAC te starten.

-----  
Tabel 1. Algoritme voor het gebruik van orale anticoagulatie voor de preventie van CVA/TIA bij VKF-patiënten volgens de CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc score (1).

Vraag 1	Leeftijd 75 of meer?	Ja -> OAC	Nee-> ga naar vraag 2
Vraag 2	Voorgeschiedenis van CVA, TIA of embolie?	Ja -> OAC	Nee -> ga naar vraag 3
Vraag 3	Geslacht?	Man -> ga naar geassocieerde risicofactoren: twee of meer risicofactoren ->OAC	Vrouw -> ga naar geassocieerde risicofactoren: één bijkomende risicofactor -> OAC

Geassocieerde risicofactoren: leeftijd 65-74 jaar, hypertensie, vasculaire aandoeningen (CAD, PAD, hartfalen, verminderde ejectiefraction), diabetes mellitus.

-----

Dankzij deze nieuwe Birmingham score zit er nog maar 15% van de patiënten in de grijze zone in plaats van de vroegere 61% met de CHADS<sub>2</sub>-score. Met de nieuwe score

valt ongeveer drie vierde van de VKF-patiënten in de hoogrisico-categorie die obligaat OAC moet krijgen. Hoewel dit schema nu het meest optimaal is, zijn de Europese guidelines van 2006 nog niet aangepast, maar dit zal vermoedelijk snel gebeuren. Naar mijn mening moeten alle patiënten in de grijze zone onder OAC worden gebracht, behalve in geval van contra-indicaties zoals een verhoogde bloedingsneiging.

### **Gebeurt de toediening van OAC optimaal?**

**Neree Claes:** Door een doeltreffend gebruik van OAC kan het risico op CVA/TIA zeer aanzienlijk worden verminderd naar ongeveer 1,5% komende van de initieel 6-8% wanneer risicopatiënten geen OAC krijgen. Dit betekent een relatieve risicoreductie van meer dan 60%. Maar de preventie en de follow-up kunnen op verschillende vlakken fout lopen. Om aan preventie te kunnen doen, moet men eerst de diagnose van VKF stellen en het is gekend dat vele patiënten een asymptomatische VKF vertonen. De gemiddelde leeftijd van mensen met VKF is 75 jaar en misschien moeten alle mensen ouder dan 75 die risicofactoren hebben, systematisch worden gescreend op de aanwezigheid van VKF. Men kan aannemen dat bij heel wat mensen die OAC zouden moeten krijgen, dit niet het geval is alleen omwille van het feit dat de diagnose niet is gesteld.

De tweede stap is de hoger besproken risico-evaluatie die bij voorkeur aan de hand van de nieuwe CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc score dient te gebeuren.

Tot slot dient de monitoring van de patiënt die OAC neemt consequent te worden aangepakt. Met name de controle van de INR-waarde verdient hier de aandacht.

Een goede anticoagulatie betekent dat de patiënten minstens 50% van de tijd een INR-waarde tussen 2 en 3 moeten hebben. Als tweede kwaliteitscriterium geldt dat de INR-waarden 75% van de tijd moeten schommelen tussen 1,75 en 3,25. Een onderzoek dat we hebben uitgevoerd bij 1.000 patiënten in België toonde aan dat, daar waar het eerste criterium wordt gehaald, dit niet zo is voor het tweede criterium. Het is echter niet makkelijk om mensen onder OAC binnen de aanbevolen waarden (INR tussen 2 en 3) te houden. Factoren als voedings- en medicamenteuze interacties, therapietrouw, angst voor te hoge waarden, maken dat de INR-waarden zich vaak niet binnen dit nauwe therapeutische venster bevinden. Meestal is de INR-waarde te laag en is de anticoagulatie dus onvoldoende, wat uiteraard het risico op CVA verhoogt. Een ander probleem is dat nogal wat patiënten een OAC-behandeling weigeren omwille van de frequente bloednames voor het opvolgen van de INR. Een INR-meting 'on the spot', dus aan de hand van een strip die onmiddellijk de INR-waarde geeft, is zeker bevorderlijk voor een betere follow-up, en is ook kostenbesparend omdat er minder bloedingen of embolen optreden door de betere INR-monitoring.

Samengevat, een correcte diagnose, een goede risico-evaluatie en een goede monitoring van de INR-waarden zijn essentieel om de preventie van trombo-embolische aandoeningen bij VKF te optimaliseren.

### Referentie

1. Lip G, Pisters R, Crijns H. Refining clinical risk stratification using a novel risk factor based approach: The Euro Heart Survey on Atrial Fibrillation. Chest 2010;137:263-72.