

Atriumfibrilleren: welke NOAC voor welke patiënt?

Leidraad voor huisartsen en cardiologen in de regio Rijnmond Zuid

Atriumfibrilleren is een frequent voorkomende hartritmestoornis en wordt gekenmerkt door een verhoogde morbiditeit en mortaliteit. Het risico op het ontwikkelen van atriumfibrilleren hangt samen met de leeftijd en vormt een belangrijke voorspeller voor het ontwikkelen van een ischemisch cerebrovasculair event (iCVA). Vanaf een CHADSVASC score van 1 bij mannen en een score van 2 bij vrouwen, is er een indicatie voor het starten met anticoagulantia om het risico op iCVA te reduceren. Tot voor kort was de standaard behandeling een vitamine K antagonist (acenocoumarol). In de periode van 2009 tot 2014, is aangetoond dat nieuwe orale anticoagulantia (NOAC) tenminste net zo effectief en veilig zijn als vitamine K antagonisten. Hoewel deze studies er niet op gericht waren om aan te tonen dat NOACs 'beter' zijn dan vitamine K antagonisten, lijkt er wel een trend zichtbaar dat NOAC's geassocieerd zijn met minder ischemische CVA's, minder bloedingen en/of betere overleving. Vanuit dit oogpunt en andere voordelen van NOACs (zoals geen INR-controle nodig) wordt door de Cardiologen Rijnmond Zuid (CRZ) de NOAC als eerste keus beschouwd voor de behandeling van atriumfibrilleren.

Vanwege het ontbreken van vergelijkend onderzoek tussen NOACs onderling, is het niet mogelijk om een voorkeur uit te spreken voor de keuze van een specifieke NOAC op basis van (onomstotelijk) wetenschappelijk bewijs. In afwachting van toekomstig onderzoek waaruit zal blijken welke specifieke NOAC is geassocieerd met de meest gunstige eigenschappen (met name t.a.v. risico-reductie ischemisch CVA, bloedingen en mortaliteit), heeft de CRZ besloten om de ervaring met 2 NOACs uit te breiden nadat de voor- en nadelen van alle NOACs zijn vergeleken. Er is besloten om Apixaban en Rivaroxaban als eerste keus behandeling te beschouwen (Dabigatran en Edoxaban worden als tweede keus beschouwd).

Bij de totstandkoming van de keuze voor Apixaban/Rivaroxaban is rekening gehouden met praktische overwegingen zoals een brede klinische toepasbaarheid (voor zoveel mogelijk patiënten geschikt), de mogelijkheid tot kiezen voor een 1-maal daags preparaat en de voorkeur van andere specialisten in de regio (zoals

longartsen/internisten voor de behandeling van diep veneuze trombose / longembolie). Ook is gekeken naar ongewenste farmacologische eigenschappen; redenen om niet te kiezen voor Dabigatran zijn onder andere de trend naar meer gastro-intestinale bloedingen en de relatief lange werkingsduur in vergelijking met andere NOACs (3.5 dagen versus 1-2 dagen) die onvoorspelbaar kan toenemen bij achteruitgang van de nierfunctie. Hoewel Edoxaban mogelijk de minste medicatie-interacties heeft in vergelijking met andere NOACs, is er in sub-analyses van de beschikbare wetenschappelijke onderzoeken waarbij Apixaban/Rivaroxaban werden onderzocht geen klinisch significante medicatie-interactie vastgesteld.

Om bovenstaande redenen stimuleren de Cardiologen Rijnmond Zuid het voorschrijven van Apixaban/Rivaroxaban door huisartsen/cardiologen voor de risico-reductie van iCVA bij atriumfibrilleren. De CRZ zullen op continue basis de effectiviteit en veiligheid van alle NOACs voor de behandeling van atriumfibrilleren evalueren op grond van (nieuw) beschikbaar wetenschappelijk bewijs en het advies zo nodig aanpassen. Een schematische keuze-hulp is afgebeeld in onderstaande figuur.

