ANTICOAGULANTIA BIJ PATIENTEN MET VKF: GEVOLGEN VAN DE NIEUWE RICHTLIJNEN EN IMPACT VAN DE NIEUWE MOLECULES VOOR DE HUISARTSENPRAKTIJK.

Haio: VAN DE BRUAENE Phyline , KUL
Promotor:
Praktijkopleider: LIEVENS Koen

Context: VKF is een van de frequentst voorkomende cardiale aritmie?n in de klinische praktijk en komt voor bij ongeveer 1-2% van de totale populatie. Patiënten met VKF hebben een verhoogd risico op overlijden, CVA, trombo-embolische accidenten, hartfalen en hospitalisaties. Ter preventie van trombo-embolische fenomenen kunnen orale anticoagulantia ge?ndiceerd zijn. Recent zijn nieuwe richtlijnen gepubliceerd waarbij de CHADS2-score wordt uitgebreid tot de CHADS-Vasc score en de HASBLED score wordt ge?mplementeerd om het bloedingsrisico in te schatten. Bovendien werden recent enkele nieuwe orale anticoagulantia goedgekeurd waarbij een regelmatige INR controle niet meer nodig is. Deze nieuwe richtlijnen en nieuwe medicaties kunnen belangrijke implicaties hebben voor de patiënt met VKF.

Onderzoeksvraag: 1. Wat is de prevalentie van VKF binnenin de huisartsenpraktijk? 2. Hoeveel van de patiënten met VKF worden behandeld met orale anticoagulatie? Is dit conform de CHADS2 richtlijn? Welke zijn de factoren gerelateerd zijn aan het afwijken van de richtlijnen? 3. Zal het aanwenden van de nieuwe richtlijnen het aantal patienten die in aanmerking komen voor orale anticoagulatie significant veranderden? 4. Wat met de nieuwe therapie?n? Bij welke patiënten zouden huisartsen geholpen zijn met de nieuwe medicatie zoals Dabigatran en Rivaroxaban?

Methode: Alle patiënten met VKF of een voorgeschiedenis van VKF in onze huisartsenpraktijk werden in de studie ge?ncludeerd. Demografische, klinische, biochemische en sociale parameters werden opgezocht in de dossiers van de patiënten op moment van inclusie in de studie. CHADS-2, CHADS-Vasc en HAS-BLED score werden berekend volgens de huidige richtlijnen. De patiënten werden opgevolgd via consecutieve consultaties en/of huisbezoeken. De tijd binnen de therapeutische range (INR streefwaarde tussen 2 en 3) werd berekend met behulp van lineaire interpolatie tussen 2 consecutieve INR metingen.

Resultaten: 43 Patiënten (gemiddelde leeftijd 73.6?9.9 jaar, 24 (55.8%) mannen werden ge?dentificeerd in de groepspraktijk. De prevalentie van VKF in onze patiënten populatie kan geschat worden op 2.2%. Tijdens een gemiddelde opvolging van 9.8 ? 4 maand hadden de patiënten een TWTR van 54.3?23.5% (range 0 tot 100%).Leeftijd >75 jaar (R= -0.343; P=0.037) en aanwezigheid van depressie (R =-0.428; P=0.008) waren gerelateerd aan een slechtere TWTR. De inname van minstens 5 verschillende medicatie (R=0.328; P=0.047) was gerelateerd aan een betere TWTR. Door het toepassen van de nieuwe richtlijnen met de CHADS-Vasc score in onze groepspraktijk komen significant meer mensen in aanmerking voor het opstarten van orale anticoagulatie (P=0.003).

Conclusie: De prevalentie van VKF in oze huisartsenpraktijk is te vergelijken met de de prevalentie in de algemene populatie. De medicatie zouden een goede oplossing kunnen zijn voor oudere patiënten die in onze studie een slechter TWTR hebben, maar zouden echter geen oplossing zijn voor depressieve patiënten gezien compliance een belangrijke oorzaak is van een slechte INR controle. De nieuwe guidelines hebben als gevolg dat een significant groter aandeel van de patiënten met VKF moeten behandeld worden met orale anticoagulantia. In onze praktijk werd er

reeds behandeld volgens de CHADS-Vasc score.