Update van 'Urgentieschema's voor huisartsen', topic 'Ritmestoornissen'

Haio: COX Laura , KUL
Promotor: AERTGEERTS Bert , KUL
Praktijkopleider: Boenders Stijn , KEERSMAEKERS Alexandra , VAN BALLAER Paul , VAN DEN BERGH Hilde

Context: Ritmestoornissen zijn een veelvoorkomende pathologie in de huisartsenpraktijk. Patiënten presenteren vaak met, soms aspecifieke, klachten van ritmestoornissen. Differentiaal diagnostisch is het daarom van belang om een duidelijk onderscheid te kunnen maken, zowel tussen ritmestoornissen en andere ziektebeelden, als binnen de groep van de ritmestoornissen. Een snelle en correcte inschatting en het tijdig opstarten van de juiste behandeling is bepalend voor de levenskwaliteit en (cardiovasculaire) overleving van de patiënt, waarin de huisarts een cruciale rol speelt. Met deze systematische literatuurstudie aan de hand van best evidence topics hebben we getracht een vernieuwde, evidence-based leidraad te creëren voor de (urgente) aanpak van aritmieën in de huisartsenpraktijk. Finaal zullen deze literatuurstudie en de opgemaakte flowcharts leiden tot een hoofdstuk in de nieuwe publicatie ‘Urgentieschema’s voor huisartsen’.

Onderzoeksvraag: Hoe moet, volgens de huidige richtlijnen en EBM-standaarden, worden omgegaan met urgente ritmestoornissen in de huisartsenpraktijk?

Methode: Alle bestaande aritmiën werden ingedeeld in acht categorieën, namelijk circulatoire stilstand en ventrikelfibrillatie, sinustachycardie, supraventriculaire tachycardie (AVRT, AVNRT en ectopische atriale tachycardie), voorkamerfibrillatie en voorkamerflutter, (supra)ventriculaire extrasystolen, ventriculaire tachycardie, sinusbradycardie en atrioventriculair blok. Voor elke aritmie werden een onderzoeksvraag, PICO en MeSH zoektermen opgesteld. Met deze zoektermen werden artikels vanuit PubMed/Medline, Embase, Cochrane Library, en Cebam Digital Library for Health geselecteerd. Artikels vanaf 01/01/2012 t.e.m. 05/04/2022 werden geselecteerd. Er werd gefilterd op RCT’s, guidelines, (systematic) reviews en meta-analyses. De geselecteerde artikels werden volgens een vast schema geanalyseerd, waarbij ze ook werden beoordeeld op kwaliteit volgens de DARE criteria en het AGREE II-instrument wanneer van toepassing. Op basis van de geselecteerde artikels werd er per aritmie een Best Evidence Topic opgesteld. Aan de hand van deze resultaten werd per aritmie een flowchart opgesteld. Deze flowcharts werden voorgelegd aan 2 teams van cardiologen en vervolgens aan 2 groepen bestaande uit huisartsen, waarna definitieve flowcharts werden ontwikkeld aan de hand van de ontvangen feedback.

Resultaten: Voor circulatoire stilstand werden 16 uit 1261 artikels geselecteerd. BLS, eventueel aangevuld met AED, bleek uit de literatuur nog steeds de gouden standaard bij circulatoire stilstand waarbij de borstcompressies primeren. IV-toediening van adrenaline is aangewezen op voorwaarde dat BLS onverstoord kan worden verdergezet. Bovendien bleek dit geen bijkomende benefit te geven voor zowel korte- als langetermijnsoverleving als kwaliteit van leven. De literatuurstudie voor sinustachycardie leverde 16 uit 419 artikels op. Bij sinustachycardie is het vooral belangrijke om onderliggende triggers te detecteren en deze aan te pakken. Ook bij POTS geniet een niet-medicamenteuze aanpak de voorkeur, maar bij blijvende klachten kan een bèta-blokker of calciumkanaalblokker worden voorgeschreven. Bij IST wordt laagdrempelig een bèta-blokker of calciumkanaalblokker gestart, bij hartfalen kan door de cardioloog ivabradine worden opgestart. Voor supraventriculaire tachycardie werden 16 uit 831 artikels geselecteerd. Het is vooral belangrijk om eerst de AV-geleiding te vertragen om een ectopische sinustachycardie of voorkamerflutter te kunnen onderscheiden van AV(N)RT. AVRT en AVNRT kunnen worden beëindigd door een

gemodificeerd valsalvamanoeuvre uit te voeren, dit tot driemaal toe indien onsuccesvol. Bij blijvend falen kan eventueel een bèta-blokker per os worden toegediend, maar indien dit ook ineffectief blijkt, is een verwijzing naar spoedgevallen voor een behandeling met adenosine noodzakelijk. Patiënten met EAT worden best meteen verwezen aangezien een cardioversie is geïndiceerd. Patiënten met pre-excitatie (AVRT) worden ook best naar de cardioloog gestuurd om ablatie te plannen. 3 4 uit 923 artikels werden geselecteerd voor ventriculaire tachycardie. Deze patiënten worden best meteen doorgestuurd naar spoedgevallen of bij beperkte klachten op zeer korte termijn naar de cardioloog gestuurd, gezien de mogelijks snelle deterioratie. Voor voorkamerfibrillatie werden 27 uit 1731 artikels geselecteerd. Hierbij is vooral het onderscheid tussen ernstige en milde klachten belangrijk voor het verdere beleid. Bij ernstige klachten is een cardioversie aangewezen met voorafgaande trombosescreening. Bij milde klachten (bij vooral oudere patiënten) waarbij wordt gekozen voor rate control, kan gestart worden met een bèta-blokker of calciumkanaalblokker in combinatie met anticoagulantia waarbij later cardiologisch nazicht is aanbevolen. Rhytm control wordt opgestart door de cardioloog, gezien onderliggend structureel hartlijden eerst moet worden uitgesloten. Voor sinusbradycardie werden 2 uit 1039 artikels geselecteerd. Bij sinusbradycardie moet allereerst de chronische medicatie worden nagekeken en met een inspanningsproef worden getest of de hartfrequentie stijgt bij ‘stress’. Indien blijvend symptomatisch zonder duidelijke oorzaak, of bij vermoeden van een onderliggende aandoening, is cardiologisch nazicht aangewezen. Het literatuuronderzoek voor AV-blok leverde 3 uit 2719 artikels op. Bij een laaggradige AV blok is watchful waiting aanbevolen, tenzij onderliggende pathologie wordt vermoed. Patiënten met een hooggradige AV-blok worden best, in functie van de klachten, meteen of op kortetermijn verwezen naar de cardioloog, gezien het risico op deterioratie. Tot slot werden 9 uit 310 artikels geselecteerd in de literatuurstudie voor extrasystolen. Hieruit volgde dat bij extrasystolen eerder een afwachtende houding wordt aangenomen met eventuele behandeling met een bèta-blokker, terwijl cardiologisch nazicht op korte termijn is aanbevolen indien onderliggend hartlijden wordt vermoed.

Conclusie: Uit de verschillende literatuurstudies bleek dat er een gebrek is aan grootschalige gerandomiseerde, maar vooral kwalitatieve studies. Er blijven nog enkele open vraagstukken onbeantwoord en er is nog veel ruimte voor verder onderzoek binnen de verschillende ritmestoornissen. Daarnaast is er nood aan studies omtrent acute ritmestoornissen in de huisartsenpraktijk. Uit de presentaties is wel gebleken dat de ontwikkelde flowcharts zeer goed beantwoorden aan de lokale protocollen in de ziekenhuizen. Daarnaast was er ook heel wat interesse vanuit de huisartsengroepen, waarbij de ontwikkelde flowcharts overzichtelijk en vlot te hanteren bleken. Met deze masterproef beogen we enerzijds de zorg voor de patiënt met ritmestoornissen in de huisartsenpraktijk te verbeteren en anderzijds ook de huisarts zich zekerder te laten voelen door een overzichtelijke tool cfr. de meest recente literatuur en richtlijnen aan te bieden als hulp in acute situaties.