De nieuwe orale anticoagulantia ter preventie van trombo-embolische events bij voorkamerfibrillatie: efficaciteit en veiligheid

Haio: DE BEULE Griele , U.G.
Promotor: AVONTS Dirk
Praktijkopleider: DAMEN Jorn , SOETAERT Paul , VAN GYSEGEM - INWENDIGE Dirk

Context: Sinds enkele jaren zijn er nieuwe orale anticoagulantia (NOACs) op de markt, die veel handiger zijn in gebruik dan de vertrouwde vitamine K-antagonisten. Gezien voorkamerfibrillatie een frequent voorkomende pathologie is in de huisartsenpraktijk, de behandeling met coumarines een zeer regelmatige opvolging bij de huisarts vergt en dit door sommige patiënten als belastend of vervelend wordt ervaren, stelt zich de vraag naar de plaats van de nieuwe orale anticoagulantia in de eerste lijn.

Onderzoeksvraag: Literatuurstudie: Zijn NOACs (minstens) even werkzaam als vitamine K-antagonisten in de preventie van trombo-embolische complicaties bij VKF? Zijn ze even veilig? Kies je als huisarts best voor warfarine of voor een NOAC? Onderzoek: Welke bijwerkingen ervaren patiënten met VKF onder NOACs? Hoe groot is de subjectieve last die zij hiervan ondervinden? Be?nvloeden deze bijwerkingen hun therapietrouw? Hebben deze bijwerkingen geleid tot een dosisreductie of zelfs tot het stoppen van de behandeling met een NOAC?

Methode: Literatuurstudie: Er werden verschillende richtlijnen geraadpleegd in verband met VKF en orale anticoagulatietherapie. Vervolgens werden artikels, reviews en meta-analyses over voorkamerfibrillatie en de nieuwe orale anticoagulantia opgezocht via pubmed. Onderzoek: Patiënten uit de eigen huisartsenpraktijk en uit de praktijken van collega-huisartsen werden ge?nterviewd over de subjectieve bijwerkingen die zij ervoeren onder invloed van de NOACs en de impact van de last die zij hiervan ondervonden.

Resultaten: Literatuurstudie: Bij patiënten met non-valvulair atriumfibrilleren en een indicatie voor anticoagulantia zijn zowel vitamine K-antagonisten als NOACs momenteel verdedigbare keuzes. Rivaroxaban, dabigatran en apixaban zijn allen minstens even werkzaam en veilig als warfarine. Gezien er met betrekking tot de NOACs echter nog geen gegevens beschikbaar zijn over efficaciteit en veiligheid op lange termijn, gezien er in de subgroepen ?Europa? en ?goed geregelde INR? geen superioriteit kon worden aangetoond voor de NOACs en gezien de hoge kostprijs, het ontbreken van een antidoot en de onbeantwoorde vragen over de veiligheid van dabigatran, lijkt het nog te vroeg om NOACs als eerste keuze anticoagulantia in eerste lijn naar voor te schuiven. Indien een patiënt echter een contra-indicatie vertoont voor coumarines, coumarines weigert of niet verdraagt of zijn INR niet goed te regelen valt onder VKA, is een NOAC zeker te verantwoorden. Onderzoek: Rivaroxaban veroorzaakt vaker bijwerkingen dan dabigatran en deze bijwerkingen zorgen frequenter voor gedaalde therapietrouw, dosisreductie of stopzetting van de behandeling met een NOAC in vergelijking met dabigatran.

Conclusie: Literatuurstudie: Bij patiënten met VKF en een indicatie voor anticoagulantia overweeg je in eerste lijn best eerst warfarine. Indien de patiënt ongeschikt is voor warfarine, warfarine weigert of niet verdraagt of indien zijn INR niet goed te regelen valt, kan geopteerd worden voor een NOAC. Onderzoek: De resultaten van het onderzoek zijn onbetrouwbaar gezien de kleine studiepopulatie, selectiebias en het ontbreken van patiënten onder apixaban. Op basis van het uitgevoerde onderzoek is het dus niet mogelijk om een NOAC naar voor te schuiven als voorkeurspreparaat

indien je als huisarts beslist hebt om voor een nieuw oraal anticoagulans te opteren bij een patiënt met VKF. Uit het praktijkproject blijkt wel dat er frequent bijwerkingen worden ervaren bij patienten onder NOACs. Bijwerkingen kunnen de therapietrouw in slechte zin be?nvloeden. Het is bijgevolg in de praktijk onontbeerlijk om deze bijwerkingen en de therapietrouw te gaan navragen, gezien enkel een correcte inname een adequate anticoagulerende bescherming kan garanderen.