

## PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/21299>

Please be advised that this information was generated on 2021-02-27 and may be subject to change.

# Atriumfibrilleren in de huisartspraktijk

## Sekseverschillen bij risicofactoren en beloop

MARGRIET NOLET  
TOINE LAGRO-JANSSEN

Nolet M, Lagro-Janssen T. Atriumfibrilleren in de huisartspraktijk. Sekseverschillen bij risicofactoren en beloop. *Huisarts Wet* 1995; 38(9): 387-90.

**Samenvatting** Met behulp van gegevens van de Nijmeegse Continue Morbiditeits Registratie en aanvullend patiëntenkaartonderzoek werd in drie huisartspraktijken nagegaan of er sekseverschillen bestonden bij atriumfibrilleren met betrekking tot risicofactoren en beloop. De groep met chronisch atriumfibrilleren bestond uit 33 mannen en 54 vrouwen. Adipositas en hypertensie kwamen als risicofactoren bij vrouwen voor in respectievelijk 50 en 41 procent van de gevallen; dit was significant vaker dan bij mannen met atriumfibrilleren en bij vrouwen in een controlegroep. Atriumfibrilleren gingen vaak gepaard met decompensatio cordis: als onderliggende aandoening bij 7 procent, op het moment van diagnosestelling bij 38 procent en als complicatie bij 27 procent van de gehele populatie. Er waren geen significante sekseverschillen. Ook in de presentatie van klachten bij het stellen van de diagnose waren er geen significante sekseverschillen. Zowel mannen als vrouwen met atriumfibrilleren liepen een significant groter risico op het krijgen van een TIA/CVA: ruim een kwart van de vrouwen en een vijfde van de mannen.

Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Sociale Geneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde, Katholieke Universiteit Nijmegen, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen.  
M. Nolet, basisarts;  
Dr. A.L.M. Lagro-Janssen, huisarts.  
Correspondentie: Dr. A.L.M. Lagro-Janssen.

### Inleiding

Hart- en vaatziekten zijn de belangrijkste doodsoorzaken bij zowel mannen als vrouwen.<sup>1,2</sup> Bij patiënten met angina pectoris en myocardinfarct zijn evidente sekseverschillen aantoonbaar.<sup>3,4</sup> Zo is bekend dat de symptomen zich bij vrouwen gemiddeld tien jaar later openbaren en blijven vrouwen met ischemische hartziekten minder vaak diagnostische en therapeutische ingrepen te ondergaan dan mannen met dezelfde aandoening. Mogelijk is een andere en vagere klachtpresentatie de oorzaak van deze sekseverschillen, mogelijk wegen risicofactoren verschillend voor de afzonderlijke seksen, mogelijk ook reageren artsen anders op ischemische hartziekten bij vrouwen dan bij mannen.

Omdat dergelijke bevindingen belangrijke consequenties hebben voor het beleid van artsen, vroegen wij ons af of er ook bij andere ischemische hartziekten sekseverschillen voorkomen. Onze keuze viel daarbij om diverse redenen op atriumfibrilleren in de huisartspraktijk een veel voorkomende hartritme stoornis: boven de 60 jaar bedraagt de prevalentie 2-4 procent.<sup>5</sup> Gezien de toenemende vergrijzing zal het aantal patiënten dat diagnostiek en behandeling behoeft toenemen. In de tweede plaats hebben patiënten met atriumfibrilleren een aanzienlijk verhoogde kans op een CVA: een derde van alle patiënten met atriumfibrilleren zonder profylactische antistolling krijgt een CVA.<sup>5-7</sup> Dat betekent dat de kans bij niet-reumatisch atriumfibrilleren om een CVA te krijgen, vijf keer zo groot is als bij patiënten zonder atriumfibrilleren.<sup>8-10</sup> Bovendien bestaat er de afgelopen jaren een toenemende discussie over de mogelijkheid van primaire preventie van het CVA door het voorschrijven van antistolling of trombocytenaggregatieremmers.

Zowel het frequente voorkomen van atriumfibrilleren als de potentiële ernst van de aandoening als de aanwezigheid van een succesvolle behandeling maken het onderzoek naar eventuele sekseverschillen van belang voor de dagelijkse praktijk. Indien bijvoorbeeld meer vrou-

wen dan mannen geen klachten van atriumfibrilleren zouden ervaren, en als atriumfibrilleren relatief vaak een toevallige bevinding zou zijn, zou dat een grond zijn voor alertheid bij vrouwen met risicofactoren. Daarvoor zouden dan eventuele verschillen in risicofactoren tussen mannen en vrouwen bekend moeten zijn.

Aldus stelden wij ons tot doel te onderzoeken of er sekseverschillen zijn bij patiënten met atriumfibrilleren in de huisartspraktijk, in het bijzonder met betrekking tot risicofactoren en beloop:

- Zijn er sekseverschillen in risicofactoren bij atriumfibrilleren?
- Met welke klachten en symptomen presenteren patiënten zich bij een eerste manifestatie van atriumfibrilleren en treden hierbij sekseverschillen op?
- Zijn er sekseverschillen in gebruik van antistolling of trombocytenaggregatieremmers?
- Hoe vaak treden trombo-embolische complicaties of nieuwe hart- en vaatziekten op na het stellen van de diagnose en zijn daarbij sekseverschillen aantoonbaar?

### Methoden

Het onderzoek vond plaats in drie huisartspraktijken die betrokken zijn bij de Continue Morbiditeits Registratie (CMR), een stadspraktijk en twee plattelandspraktijken. In de CMR worden alle aan de huisarts gepresenteerde morbiditeit, opnamen en verwijzingen volgens vastgelegde criteria gecodeerd.<sup>11</sup> Met behulp van de CMR-index is een selectie gemaakt van patiënten met de code atriumfibrilleren voor de periode 1980-1989. Voor de diagnose atriumfibrilleren moet voldaan zijn aan de ICHPPC-2-criteria: atriumfibrilleren op het ECG en/of bij lichamelijk onderzoek een totaal irregulaire pols en een polsdeficit. Als er geen bevestigend ECG voorhanden was, werd de huisarts geraadpleegd ter validering van de diagnose.

Chronisch atriumfibrilleren is gedefinieerd als atriumfibrilleren dat continu aanwezig is zonder intermitterend optreden van een sinusritme. Als paroxysmaal atriumfibrilleren wordt beschouwd atriumfi-

brilleren dat spontaan optreedt met tussenliggende perioden van sinusritme. Deze groep patiënten wordt verder buiten beschouwing gelaten, omdat presentatie en beloop aanzienlijk verschillen met chronisch atriumfibrilleren.<sup>5</sup> De groep was te klein voor een aparte analyse.

Het registratiesysteem en de patiëntenkaarten zijn gebruikt om de volgende data te verzamelen:

- *Risicofactoren* voor het ontstaan van atriumfibrilleren: cardiale factoren als hypertensie, (reumatische) klepaandoeningen, decompensatio cordis, myocardinfarct en angina pectoris, en extracardiale factoren als hyperthyreoïdie.<sup>6 10 12-14</sup> Als algemene risicofactoren werden adipositas en diabetes mellitus onderzocht.<sup>10</sup> Tevens werd genoteerd of er in de voorgeschiedenis een trombo-embolisch incident had plaatsgevonden, zoals een TIA, CVA of arteriële embolie elders. Alle diagnoses werden geclassificeerd volgens ICHPPC-2-criteria.
- Presentatie van *klachten* en *symptomen* zoals op de patiëntenkaart vermeld, bij de eerste manifestatie van het atriumfibrilleren,<sup>13</sup> waarbij de volgende indeling werd gehanteerd: toevallsbevinding, klachten horend bij angina pectoris of myocardinfarct, klachten horend bij decompensatio cordis, duizeligheid, palpitations, en anders.
- Het gebruik van *antistolling* of *trombocytenaggregatieremmers* in de voorgeschiedenis, bij de diagnosestelling en in het beloop.
- Het voor het eerst optreden van *trombo-embolische complicaties* en *nieuwe ischämische hartziekten*, zoals decompensatio cordis, myocardinfarct en angina pectoris, alleen *nadat* de diagnose atriumfibrilleren gesteld was.

Voorafgaand aan het onderzoek werden tien dossiers gebruikt om vragen en codeformulier te testen op bruikbaarheid en consistentie.

Alle dossiers die enige onzekerheid opleverden, werden besproken met de desbetreffende huisarts.

Als de verdeling van mannen en vrou-

wen met atriumfibrilleren in elke leeftijdsgroep als percentage van de totale groep mannen respectievelijk vrouwen in de CMR-populatie bekeken wordt, zijn er geen significante verschillen in voorkomen. Daarom is niet gecorrigeerd voor leeftijd.

Om de onderzoekspopulatie te vergelijken met een controlegroep is de CMR-populatie van het leeftijdscohort 70-74 jaar gebruikt (gezien de gemiddelde leeftijd van 73 jaar in de onderzoeksgroep).<sup>15</sup>

Voor het berekenen van significanties is gebruik gemaakt van de Fisher-Exact test.

## Resultaten

In totaal werd bij 110 patiënten de diagnose atriumfibrilleren gesteld: 87 met chronisch en 33 met paroxysmaal atriumfibrilleren. De verdere analyse betrof de groep met chronisch atriumfibrilleren, die uit 33 mannen en 54 vrouwen bestond. Bij 82 procent van deze populatie was de diagnose bevestigd door een ECG.

De gemiddelde leeftijd bij diagnosestelling was 73 jaar (SD 10), zowel bij mannen als bij vrouwen. De gemiddelde volgduur was 5 jaar (3-14) voor beide seksen. Op de einddatum van het onderzoek (1 januari 1994) was 46 procent van de populatie overleden. De gemiddelde leeftijd bij overlijden was 79 jaar (SD 9) voor zowel mannen als vrouwen.

### Risicofactoren

Adipositas was de meest voorkomende risicofactor (*tabel 1*). Deze kwam bij vrouwen significant vaker voor. Vrouwen met atriumfibrilleren hadden ook vaker adipositas dan vrouwen uit de controlegroep (35 procent). Voor hypertensie golden deze sekseverschillen ook. Ook in vergelijking met 29 procent van de controlegroep hadden vrouwen met atriumfibrilleren significant vaker hypertensie. Diabetes mellitus kwam eveneens vaker voor bij vrouwen, echter niet vaker dan bij vrouwen in de controlegroep (7,5 procent).

De groep cardiale ziekten bestond uit decompensatio cordis, angina pectoris en myocardinfarct. Bij mannen kwamen deze

vaker voor, maar het verschil was niet significant. Decompensatio cordis bleek als evident onderliggende aandoening bij vrouwen met atriumfibrilleren twee keer meer voor te komen dan in de controlegroep (7 versus 3 procent). Bij mannen was dit verschil gering (6 versus 8 procent).

Een TIA of CVA in de voorgeschiedenis kwam voor bij 15 procent van alle patiënten. Er was geen significant sekseverschil, hoewel vrouwen vaker werden getroffen dan mannen.

Hyperthyreoïdie als onderliggende aandoening was voor zowel vrouwen (7 versus 1 procent) als mannen (3 versus 0,3 procent) meer aanwezig in de onderzoekspopulatie dan in de controlegroep.

Klepgebreken behoorden tot de meest voorkomende onderliggende aandoeningen bij atriumfibrilleren. In onze onderzoekspopulatie kwamen (niet-reumatisch) klepaandoeningen beduidend vaker voor dan in de controlegroep: bij de mannen 9 versus 0,2 procent, bij de vrouwen 2 versus 0,3 procent.

**Tabel 1** Risicofactoren, naar sekse. Percentages

Risicofactoren	M	V
Adipositas	21*	50*
Hypertensie	15*	41*
Diabetes mellitus	3	6
Cardiale ziekten	30	19
TIA/CVA in verleden	6	20
Klepgebreken	9	2
Hyperthyreoïdie	3	7

\*  $p < 0,05$

### Presentatie

Bij de eerste manifestatie presenteerden patiënten zich het meest frequent met tekenen van decompensatio cordis (*tabel 2*). Hoewel dit bij mannen iets vaker het geval was dan bij vrouwen, was het verschil niet significant. De tweede meest voorkomende klacht was bij mannen angina pectoris en bij vrouwen palpitations. In 22 procent van de gevallen ging het om een toevallsbevinding; dit kwam bij mannen en vrouwen in gelijke mate voor.

**Tabel 2** Presentatie bij het stellen van de diagnose atriumfibrilleren, naar sekse. Percentages

Presentatie	M	V
Toevalsbevinding	24	20
Angina pectoris	18	9
Decompensatio cordis	46	33
CVA/TIA	6	9
Duizeligheid	6	9
Palpaties	12	20

### Therapie

Uiteindelijk gebruikte 42 procent van de populatie antistolling of trombocytenagregatieremmers, meer vrouwen dan mannen (niet significant (tabel 3)).

**Tabel 3** Gebruik van antistolling naar tijdstip van voorschrijven, naar sekse. Percentages

Tijdstip	M	V
Bij diagnose	3	15
In de voorgeschiedenis	18	11
Na diagnose-stelling	12	22
Geen	67	52

### Complicaties

In de groep met chronisch atriumfibrilleren was decompensatio cordis de meest voorkomende complicatie, in gelijke mate bij mannen en vrouwen (tabel 4). In werkelijkheid was de totale groep met decompensatio cordis beduidend groter, omdat daartoe ook de mensen behoorden met decompensatio cordis in de voorgeschiedenis of op het moment van diagnosestelling.

Trombo-embolische complicaties kwa-

**Tabel 4** Complicaties na het stellen van de diagnose atriumfibrilleren, naar sekse. Percentages

Complicaties	M	V
Decompensatio cordis	27	26
Thrombo-embolisch	20	28
Myocardinfarct	13	16
Angina pectoris	7	20
Klepgebreken	10	8

men op de tweede plaats. Binnen de onderzoekspopulatie was er geen sekseverschil. In de controlegroep (inclusief patiënten met atriumfibrilleren) was de prevalentie van TIA/CVA 2,5 procent bij vrouwen en 5,5 procent bij mannen. Vergeleken met deze controlegroep liepen zowel vrouwen als mannen met atriumfibrilleren een significant grotere kans op een TIA/CVA.

### Beschouwing

De incidentie van atriumfibrilleren in deze studie, ongeveer 1,5 per 1000, stemt goed overeen met de cijfers van het Transitieproject en de Nationale Studie: respectievelijk tot 2 en 1,5 per 1000, en een gelijke man/vrouw-ratio.<sup>16,17</sup>

Een opvallende bevinding van deze studie is dat adipositas en hypertensie als risicofactoren meer voorkomen bij vrouwen met atriumfibrilleren dan bij mannen met deze aandoening. Bovendien lijden vrouwen met atriumfibrilleren ook vaker aan hypertensie en adipositas dan vrouwen zonder deze aandoening. Ook in de Framingham-studie blijkt hypertensie bij zowel mannen als vrouwen met atriumfibrilleren meer voor te komen dan in de controlegroep.<sup>10</sup> Over adipositas is niets bekend. Ook bij atriumfibrilleren als hart- en vaatziekte blijkt het signaleren van algemene risicofactoren dus belangrijk, zeker bij vrouwen.

Diabetes mellitus is volgens de Framingham-studie eveneens een significante risicofactor voor het ontstaan van atriumfibrilleren, zowel bij mannen als bij vrouwen.<sup>10</sup> Onze resultaten zijn daarmee niet mee in overeenstemming. Daarentegen bevestigt onze studie dat hyperthyreoïdie en klepgebreken significant meer voorkomen bij patiënten met atriumfibrilleren dan bij een controlegroep.

In de literatuur wordt decompensatio cordis als een van de grote risicofactoren voor het ontstaan van atriumfibrilleren genoemd, zowel bij mannen als bij vrouwen.<sup>5,10</sup> Dit is in ons onderzoek ook het geval. Bovendien blijkt dat atriumfibrilleren zelf in veel gevallen tot decompensatio cordis leidt.

Als patiënten met atriumfibrilleren in

de toekomst in aanmerking komen voor primaire preventie van CVA's, begint het proces met het stellen van de diagnose. Huisartsen moeten er alert op zijn dat atriumfibrilleren ook voorkomt zonder evidente klachten. Dit houdt in dat bij routinehandelingen als het opmeten van de bloeddruk, zeker bij oudere mensen, aandacht gegeven moet worden aan de regulariteit van de pols. Als deze irregulair is, verdient het aanbeveling het hart te beluisteren en/of een ECG te maken.

Op grond van de Framingham-studie wordt een vijf maal grotere kans op trombo-embolische complicaties aangenomen bij patiënten met atriumfibrilleren.<sup>18</sup> Voor onze onderzoekspopulatie betekent dit dat maximaal een prevalentie van 12,5 procent (5 keer 2,5) bij de vrouwen en 27,5 procent (5 keer 5,5) bij de mannen verwacht kan worden. De vrouwen in onze studie met een TIA/CVA overstijgen dus ruimschoots deze grotere kans. Vrouwen blijken zich ook vaker op het moment van diagnosestelling te presenteren met een TIA of CVA. Dit alles is reden tot speciale aandacht bij vrouwen met het oog op voorkoming van trombo-embolische complicaties. De discussie of de voordelen hiervan opwegen tegen de nadelen van een mogelijke bloeding, is nog gaande.<sup>19,20</sup> Onderzoek naar de oorzaak van het vaker optreden van trombo-embolische complicaties bij vrouwen met atriumfibrilleren zal in de toekomst nadere aandacht behoeven.

Atriumfibrilleren lijkt bij ouderen samen te hangen met een slechtere hartfunctie, met als complicatie vooral bij vrouwen het optreden van een cerebrovasculair accident. Dit is, naast het frequenter voorkomen van adipositas en hypertensie als risicofactor bij vrouwen en cardiale ischemie bij mannen, in dit onderzoek naar atriumfibrilleren het belangrijkste sekseverschil.

### Dankbetuiging

Met dank aan H. Bor voor de statistische ondersteuning.

## Literatuur

- 1 Erkelens DW. De derde emancipatie. *Ned Tijdschr Geneesk* 1992; 136: 1436-40.
- 2 Ruwaard D, Kramers PGN. Volksgezondheid Toekomst Verkenning. RIVM Rapport. Den Haag: Sdu, 1993.
- 3 Eaker ED, Johnson WD, Loop FD, Wenger NK. Heart diseases in women: how different? *Patient Care* 1992; 15: 191-204.
- 4 Wenger NK, Speroff L, Packard B. Cardiovascular health and diseases in women. *N Engl J Med* 1993; 329: 247-56.
- 5 Van Gelder IC, Crijns HJGM, Gosselink ATM, Lie KI. Huidige inzichten in therapie en prognose van chronisch boezemfibrilleren. *Ned Tijdschr Geneesk* 1994; 138: 1002-8.
- 6 Deantonio HJ, Movahed A. Atrial fibrillation: current therapeutic approaches. *Am Fam Phys* 1992; 45: 2576-84.
- 7 Lodder J. Chronische behandeling met anticoagulantia van patiënten met niet-rheumatisch atriumfibrilleren. *Ned Tijdschr Geneesk* 1989; 133: 602-3.
- 8 Wolf PA, Dawber TR, Emerson Thomas H, Kannel WB. Epidemiologic assessment of chronic atrial fibrillation and risk of stroke: the Framingham study. *Neurology* 1978; 28: 973-6.
- 9 Van Dalsen CL, Van Dalsen-Tirions MJD, Prins A. Atriumfibrilleren bij ouderen in een huisartspraktijk te Krimpen a/d IJssel. *Hart Bulletin* 1993; 24: 141-5.
- 10 Kannel WB, Abbott RD, Savage DD, et al. Epidemiologic features of chronic atrial fibrillation. The Framingham study. *N Engl J Med* 1982; 306: 1018-22.
- 11 Van de Lisdonk EH, Van den Bosch WJHM, Huygen FJA, Lagro-Janssen ALM. Ziekten in de huisartspraktijk. 2e dr. Utrecht: Bunge, 1994.
- 12 Van Gelder IC. Management of chronic atrial fibrillation in the nineties. Groningen: Rijksuniversiteit, 1991.
- 13 Kerckamp HJJ, Van der Does E. De diagnostiek en behandeling van boezemfibrilleren. *Huisarts Wet* 1985; 28: 174-9.
- 14 Smeets JLRM. Oorzaken van boezemfibrilleren. *Hart Bulletin* 1990; 21: 219-21.
- 15 Van den Hoogen HJM, Huygen FJA, Schellekens JWG, et al. Morbidity figures from general practice. Data from 4 general practices 1978-1982. Nijmegen: Nijmegen University Department of General Practice, 1985.
- 16 Lamberts H. In het huis van de huisarts. Verslag van het Transitieproject. 2e dr. Lelystad: Meditekst, 1994.
- 17 Van der Velden J, De Bakker DH, Claessens AAMC, Schellevis FG. Een Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport III: Morbiditeit in de huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 1991.
- 18 Wolf PA, Dawber TR, Emerson Thomas H, Kannel WB. Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: the Framingham study. *Stroke* 1991; 22: 983-7.
- 19 Schipper JP. Atriumfibrilleren en de primaire preventie van CVA'S. *Hart Bulletin* 1994; 25: 79-82.
- 20 Verheugt FWA. Atriumfibrilleren: antistollen of niet? *Hart Bulletin* 1990; 21: 233-5.