



Wat is bij matige drinkers met voorkamerfibrillatie het belang van abstinentie of van een significante vermindering van het alcoholgebruik?

Referentie

Voskoboinik A, Kalman JM, De Silva A, et al. Alcohol abstinence in drinkers with atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2020;382:20-8. DOI: 10.1056/NEJMoa1817591

Duiding

Yasmin Abid, médecin généraliste

Voorkamerfibrillatie (VKF) treft wereldwijd meer dan 33 miljoen mensen. Europa heeft het hoogste alcoholverbruik ter wereld (1). Het is een belangrijke oorzaak van beroerte (2). De prevalentie bedraagt ongeveer 6% bij mensen ouder dan 75 jaar en is hoger bij mannen (3). Observationale studies hebben een dosisafhankelijke correlatie aangetoond tussen alcoholinname en de incidentie van voorkamerfibrillatie, linkervoorkamerdilatatatie, atriumfibrose en herhal van aritmie na ablatie (4). Eén extra eenheid alcohol per dag gaat gepaard met een stijging van 8% in de incidentie van voorkamerfibrillatie (5). Het voordeel van abstinentie bij patiënten met paroxysmale voorkamerfibrillatie en een matig alcoholgebruik was nog niet gekend. Een Australische studie probeerde deze vraag te beantwoorden (6).

Deze prospectieve, open label, gerandomiseerde, multicenter interventiestudie werd uitgevoerd in 6 Australische ziekenhuizen bij 140 patiënten (85% mannen, gemiddelde leeftijd 69±9 jaar). Van de 697 geselecteerde patiënten includeerde men er slechts 140 in de studie. 70 patiënten werden toegewezen aan de abstinentiegroep en 70 aan de controlegroep. De inclusiecriteria waren: leeftijd tussen 18 en 85 jaar, wekelijkse consumptie van >10 eenheden alcohol (gelijk aan 120 g alcohol), paroxysmale voorkamerfibrillatie (twee of meer episodes in de 6 maanden voorafgaand aan het onderzoek). Patiënten met alcoholverslaving of -misbruik, linkerventrikeldisfunctie (ejectiefraction <35%), belangrijke niet-cardiale pathologie of een psychiatrische stoornis werden uitgesloten.

Men evalueerde twee primaire uitkomstmaten: tijd tot herhal van voorkamerfibrillatie en totale ziektelast door voorkamerfibrillatie (tijdspercentage van VKF), tijdens de follow-up van 6 maanden. Men volgde patiënten in de abstinentiegroep maandelijks op, zowel mondeling als via e-mail, om hun betrokkenheid bij het project te versterken. Een groot aantal patiënten vulde volgens de auteurs de follow-upvragenlijsten niet correct in.

Patiënten in de abstinentiegroep verminderden hun alcoholgebruik van 16,8 (±7,7) tot 2,1 (±3,7) eenheden alcohol per week (een vermindering van 87,5%). 43 patiënten in de abstinentiegroep (61%) bereikten onthouding. Ook 19,5% van de patiënten in de controlegroep verminderde zijn alcoholgebruik van 16,4 (±6,9) naar 13,2 (±6,5) eenheden alcohol per week. Voorkamerfibrillatie die meer dan 30 seconden aanhield, werd vastgesteld bij 53% van de onthoudingsgroep tegenover 73% van de controlegroep. De tijd tot herhal was significant langer in de abstinentiegroep dan in de controlegroep (HR van 0,55 met een 95% BI van 0,36 tot 0,84; p=0,005).

De totale ziektelast door voorkamerfibrillatie na 6 maanden follow-up was significant lager in de abstinentiegroep dan in de controlegroep (mediaan tijdspercentage van VKF bedroeg 0,5% met een IQR van 0,0 tot 3,0 versus 1,2% met een IQR van 0,0 tot 10,3; p=0,01).

Deze RCT vertoont echter enkele tekortkomingen. Ten eerste, de kleine steekproefgrootte, ten dele verklaard door de terughoudendheid van de geselecteerde patiënten om zich te onthouden; 70% van de in aanmerking komende patiënten wilde om die reden niet deelnemen aan de studie. Ook de totale studieduur vormt een beperking daar ze werd verminderd tot 6 maanden in plaats van de voorziene 12 maanden omdat de deelnemers zich niet voor een volledig jaar wilden onthouden. Er moet ook gewezen worden op de heterogeniteit van de studiepopulatie waarbij men verschillende methodes gebruikte om aritmie op te sporen, en op het feit dat 85% van de deelnemers mannen waren. De belangrijkste beperking volgens de auteurs zijn echter de opgegeven hoeveelheden alcohol door de patiënten zelf, ondanks de vele genomen voorzorgsmaatregelen en de gebruikte middelen om volledige abstinentie te controleren.

Deze studie had te weinig power om het effect op hart- en vaatziekten, hartfalen, beroerte of mortaliteit te bepalen. De vraag naar de invloed van volledige onthouding op deze cardiovasculaire gebeurtenissen blijft dus open. Verder onderzoek naar het effect van de vermindering van het alcoholgebruik of de niet-dagelijkse consumptie van alcohol

zouden daarom interessant kunnen zijn, alsook een studie met een groter aantal vrouwen. De vraag blijft open of volledige onthouding bij reguliere drinkers op lange termijn haalbaar is.

Besluit

Deze prospectieve studie van goede methodologische kwaliteit toont aan dat alcoholabstinentie het herhal van ritmestoornissen alsook het tijdspercentage met voorkamerfibrillatie vermindert bij reguliere drinkers met voorkamerfibrillatie. De studie vertoont echter enkele tekortkomingen (kleine steekproefgrootte, korte studieduur, heterogene populatie, rapportage van alcoholgebruik door de deelnemers zelf).

Voor de praktijk

SSMG en NICE wijzen erop dat chronisch alcoholisme gepaard kan gaan met metabole cardiomyopathie, wat kan leiden tot cardiomegalie en chronische voorkamerfibrillatie (VKF) (7). Alcoholconsumptie kan het risico van bloedingen verhogen tijdens de behandeling van voorkamerfibrillatie met anticoagulantia door (8). Het voordeel van een significante vermindering of een volledige onthouding van alcohol bij matig drinkende patiënten met voorkamerfibrillatie zal door verdere studies bevestigd moeten worden. Hierbij zal men rekening moeten houden met het feit dat een verandering van leefstijl voor de patiënten aanvaardbaar moet zijn om dit op lange termijn te kunnen volhouden.

Referenties

1. WHO. Alcohol Fact sheet, 2017. Te raadplegen op: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/343744/2017-Alcohol-Fact-Sheet-FINAL.pdf?ua=1
2. Chugh SS, Havmoeller R, Narayanan K, et al. Worldwide epidemiology of atrial fibrillation: a global burden of disease 2010 study. *Circulation* 2014;129:837-47. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.113.005119
3. Nationaal Huisartsen Genootschap. NHG-standaard Atriumfibrilleren (M79). Derde herziening 2017.
4. Voskoboinik A, Prabhu S, Ling LH, et al. Alcohol and atrial fibrillation: a sobering review. *J Am Coll Cardiol* 2016;68:2567-76. DOI: 10.1016/j.jacc.2016.08.074
5. Larsson SC, Drca N, Wolk A. Alcohol consumption and risk of atrial fibrillation: a prospective study and dose-response metaanalysis. *J Am Coll Cardiol* 2014;64:281-9. DOI: 10.1016/j.jacc.2014.03.048
6. Voskoboinik A, Kalman JM, De Silva A, et al. Alcohol abstinence in drinkers with atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2020;382:20-8. DOI: 10.1056/NEJMoa1817591
7. Groupe de travail de la SSMG. La fibrillation auriculaire. SSMG 2002, Te raadplegen op: https://www.ssmg.be/wp-content/images/ssmg/files/Recommandations_de_bonne_pratique/rbp_fibrillation.pdf
8. National Institute for Health and Care Excellence. Atrial fibrillation: management 2014. NICE Clinical guideline [CG180]. Te raadplegen op: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg180/chapter/1-Recommendations#interventions-to-prevent-stroke-2>