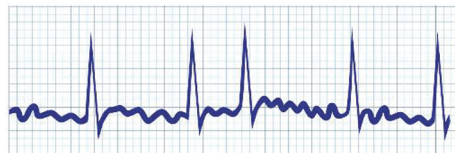
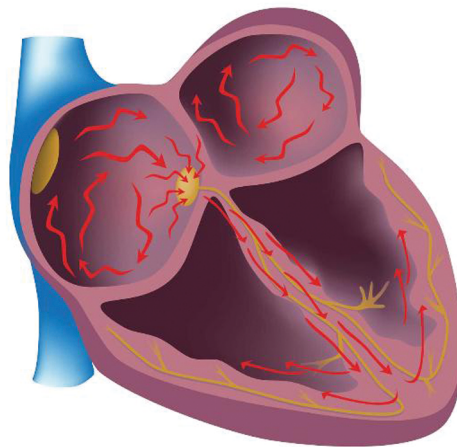


Informatiebrochure voorkamerfibrillatie

4B

Patiënteninformatie



Inhoudstafel

1. Inleiding	5
2. Het hart: Anatomie en functie	6
3. Wat is voorkamerfibrillatie (VKF)?	8
4. Verschillende vormen van VKF	9
4.1. Eerste aanval van VKF	9
4.2. Paroxysmale VKF herstelt zich.....	9
4.3. Persisterende VKF	9
4.4. Permanente VKF.....	9
5. Komt VKF vaak voor?	11
5.1. Symptomen van VKF	11
5.2. Oorzaken van VKF.....	11
6. Mogelijke risico's van VKF.....	13
7. Diagnose van VKF?.....	14
7.1. Wanneer moet je een arts contacteren?	14
8. Mogelijke behandelingen van VKF.....	15
8.1. Frequentiecontrole : Het hartritme verlagen.....	15
8.2. Ritmecontrole: Het sinusritme aanhouden	17
8.3. Preventie van bloedklontervorming door correcte bloedverdunding	18
9. Contactgegevens	20
10. Notities.....	21

Deze publicatie is een uitgave van de dienst 4B, in samenwerking met de dienst communicatie van het Regionaal ziekenhuis Heilig Hart Leuven.

Versienummer: 1.0

Datum van afwerking: 09/03/2017

Alle rechten voorbehouden

Niets uit deze uitgave mag worden gekopieerd en/of verspreid zonder schriftelijke toestemming van de eigenaar, aan te vragen via communicatie@hhleuven.be

1. Inleiding

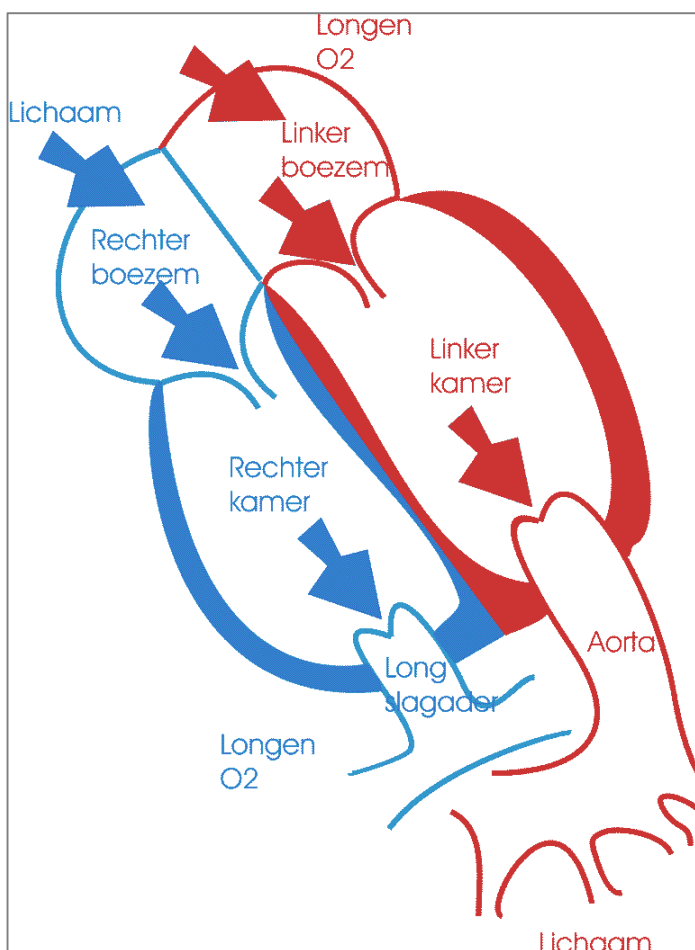
Deze brochure is bedoeld om informatie te geven over voorkamerfibrillatie (VKF). Voorkamerfibrillatie is de meeste voorkomende hartritmestoornis. Je vindt in deze brochure informatie over de symptomen, de risico's, hoe de diagnose wordt gesteld en wat de mogelijke behandelingen zijn. De bedoeling van deze brochure is om jou, de patiënt, te informeren, maar het is ook aangeraden om mensen uit je naaste omgeving deze brochure laten lezen, zodat zij je aandoening kunnen begrijpen. Het contact met de arts is uniek en persoonlijk en blijft onontbeerlijk plaats vinden. Deze brochure dient als aanvulling. De arts kan soms afwijken van hetgene wat je hier leest. De instructies van de behandelende arts moeten steeds opgevolgd worden. Je persoonlijke situatie zal door de arts samen met jou en je naasten besproken worden.

2. Het hart: Anatomie en functie

Het hart is een holle spier die zich onder het borstbeen bevindt, ongeveer in het midden van de borst.

Het hart is een pomp die bestaat uit spierweefsel die het bloed naar de weefsels toe pompt en van de weefsels terug naar het hart.

Er zijn 4 holten in het hart. 2 voorkamers of boezems en 2 kamers of ventrikels. Het zuurstofarme bloed komt aan in de rechterboezem vanuit het lichaam. Van hieruit gaat het naar de rechter kamer waarna het naar de longen wordt gestuurd. Hier wordt het bloed voorzien van zuurstof en wordt koolzuurstof (afbraakproduct) afgegeven. Vanuit de longen komt het zuurstofrijke bloed dan



in de linkerboezem en van hieruit in de linkerkamer. Nu wordt het bloed naar de weefsels gestuurd via de grote slagader van het lichaam, de aorta. De 4 hartkleppen zorgen ervoor dat het bloed slechts in 1 richting kan vloeien.

Het hart wordt op zichzelf aangedreven door elektrische impulsen die tot in elk deel van het hart worden doorgeleid door elektriciteitsdraadjes. De impuls vertrekt nabij de rechterboezem, vanuit de zogenaamde pacemaker (SA knoop) en gaat vandaar verder naar de AV- knoop. Hier wordt de impuls even vertraagd

om dan verder te gaan naar de linker- en rechterbundeltak. Wanneer de impuls hier aankomt, gaan de kamers samentrekken.

Om te kunnen werken moet de hartspier zelf ook bloed krijgen. Dit gebeurt via 3 slagaders die het hart bereiken. Deze slagaders noemen we kroonslagaders, kransslagaders of coronaire arteriën. Als de kransslagaders ziek zijn (= vernauwingen of verstoppingen vertonen) zal het hart dus mogelijk niet goed meer kunnen werken.

De pompfunctie en dus de hoeveelheid bloed die wordt rondgepompt, kan men schatten door de ejectiefractie te meten. De ejectiefractie wordt uitgedrukt in procenten. Normaal zal het percentage rond 60% zijn in rust. Dit betekent dus dat als het hart zich bijvoorbeeld vult met 100ml bloed, er 60ml per slag zal worden uitgepompt. Het hart zal zich dus nooit volledig leegpompen. Bij een ejectiefractie onder 30% spreken we van ernstig hartfalen.

Let op, hartfalen kan echter ook voorkomen met een normale ejectiefractie

3. Wat is voorkamerfibrillatie (VKF)?

Voorkamerfibrillatie (VKF of ook wel atriale fibrillatie) is een hartritmestoornis waarbij de voorkamers van het hart veel te snel en onregelmatig samentrekken. Het is de meest voorkomende hartritmestoornis.

In het hart ontstaat bij elke hartslag normaal één elektrische prikkel. Die prikkel vertrekt altijd vanuit de sinusknoop. Maar bij voorkamerfibrillatie wordt die elektrische prikkel opgesplitst in tientallen prikkels. Op die manier trekken de boezems niet meer traag en gecoördineerd samen, maar snel en chaotisch. De hartslag kan oplopen tot 150 of 200 slagen per minuut: het dubbele van een normale hartslag. De pompfunctie van het hart is hierdoor ook verminderd met het risico op het vormen van bloedklonters tot gevolg. Die kunnen met de bloedstroom meegenomen worden (embolie) en hersenberoertes veroorzaken.

Voorkamerfibrillatie is dus een hartritmestoornis waarbij het hart onregelmatig en meestal sneller dan normaal klopt: het geeft een onregelmatige en vaak te snelle pols. Voorkamerfibrillatie gaat gepaard met een lichte vermindering van de hartfunctie en een gevaar op beroerte door embolie.

4. Verschillende vormen van VKF

Voorkamerfibrillatie kan optreden in aanvallen van wisselende duur. Het kan spontaan stoppen, maar het kan ook blijven aanhouden. VKF kan zich ook op verschillende momenten voordoen, zowel in rust als bij inspanning.

VKF wordt verdeeld in de volgende vier groepen:

4.1. Eerste aanval van VKF

In de meeste gevallen treedt er binnen enkele minuten of uren een spontaan herstel van het sinusritme op. Het hartritme wordt dan weer normaal en regelmatig. Soms kan het bij enkele aanvallen blijven, vooral als de uitlokkende factor een infectie is. Indien er sprake is van regelmatige aanvallen van VKF, dan kan deze overgaan in paroxysmale, persisterende of permanente VKF.

4.2. Paroxysmale VKF herstelt zich

In dit geval gaat de eerste episode van VKF spontaan over naar sinusritme, een normale hartritme, maar er treden telkens nieuwe VKF-episodes op die zelf stoppen. Patiënten kunnen VKF-episodes hebben die tot 7 dagen kunnen duren, maar de meeste episodes stoppen binnen de 24 uur.

4.3. Persisterende VKF

Wanneer de episodes langer dan 7 dagen duren, dan spreekt men van persisterende VKF. De kans is dan klein dat de ritmestoornis overgaat naar sinusritme. De arts zal via cardioversie (medicatie of elektrische reconversie) het hartritme weer sinusaal proberen te krijgen.

4.4. Permanente VKF

Persisterende VKF kan overgaan in permanente VKF. Er wordt gesproken over permanente/chronische VKF wanneer er geen sinusritme kan verkregen worden door cardioversie en wanneer

de VKF dus aanwezig blijft. Men zal in dat geval geen cardioversie meer proberen en de VKF aanvaarden, waardoor deze permanent wordt. Met de juiste medicatie kan men perfect verder leven met VKF.

5. Komt VKF vaak voor?

Voorkamerfibrillatie is de meest voorkomende hartritmestoornis. De kans op deze ritmestoornis neemt toe met de leeftijd, vooral boven de 60 jaar, maar wordt soms ook al gezien bij jongere personen. Ongeveer 1 op de 4 personen zal in zijn leven ooit voorkamerfibrillatie ontwikkelen. Naar schatting zijn er momenteel 150 000 personen in België die voorkamerfibrillatie hebben.

5.1. Symptomen van VKF

VKF is vaak symptomeloos.

Volgende klachten gaan vaak gepaard met VKF:

- Hartkloppingen, snel en onregelmatig;
- Kortademigheid;
- Moeheid, zwakte;
- Pijn op de borstkas;
- Duizeligheid, flauwvallen.

5.2. Oorzaken van VKF

Voorkamerfibrillatie wordt niet uitgelokt door een factor, maar is vaak het resultaat van een samenhang door meerdere factoren.

Oudere personen en het daarmee gepaarde verouderingsproces van het hart kunnen vatbaar zijn voor VKF. Daartegenover kunnen ook jonge personen VKF krijgen. Mogelijk oorzaken zijn:

- verhoogde bloeddruk;
- zwaarlijvigheid;
- familiale voorbeschiktheid;
- duursport: zoals langeafstandslopen of intensief fietsen;
- verhoogde bloeddruk;

- zwaarlijvigheid;
- hartziekten: kleplijden,, hartfalen, vroeger hartinfarct,...;
- schildklierproblemen (hyperthyreoïdie);
- chronische ziekten: diabetes mellitus, chronische longziekten;
- alcoholmisbruik;
- omkeerbare uitlokkende factoren: infectie, koorts...;
- stress.

6. Mogelijke risico's van VKF

Klontervorming

De frequentie waarmee de voorkamers samentrekken stijgt enorm, tot 300 à 400 keer per minuut. De voorkamers kunnen onmogelijk goed samentrekken omdat ze trillen en fibrilleren. Dit leidt tot een vertraging van de bloeddorstrooming. Het bloed blijft bijna praktisch staan in de voorkamers, waardoor het zich kan ophopen en bijgevolg kan stollen. Dit geeft aanleiding tot klontervorming. Een klontter kan in het hart blijven zitten of kan deels of geheel meegevoerd worden met de bloedstroom van de rechtersvoorkamer naar de longen of van de linkersvoorkamer naar de lichaamscirculatie of de ledematen.

Longembolie wordt veroorzaakt door een klontter in de longen. Wanneer er zich een klontter in de systeemcirculatie bevindt, dan wordt er zuurstoftekort veroorzaakt in de hersenen of de ingewanden (nieren, darmen).

Indien een bloedklontter meegevoerd wordt naar de hersenen kan er een beroerte, CVA of herseninfarct optreden. Dit zijn de meest gevreesde verwickelingen van VKF, met een verlamming en/of uitval van spraak als gevolg. Indien VKF onbehandeld blijft, dan hebben patiënten meer kans op een CVA. De kans op het ontwikkelen van een CVA stijgt ook met de verhoging van de leeftijd.

Versneld hartritme

Een te snel hartritme treedt vaak op bij voorkamerfibrillatie. Er is dan sprake van VKF met een snel kamerantwoord of ventriculair antwoord. Een snel ventriculair antwoord kan leiden tot storende kortademigheid en hartkloppingen, tot hartfalen door vermindering van de pompfunctie of tot zuurstoftekort van de hartspier.

7. Diagnose van VKF?

VKF wordt doorgaans vastgesteld op basis van verschillende methodieken vastgesteld worden.

- Op basis van een electrocardiogram.
- Als men via een ECG geen VKF kan vaststellen, dan kan men nog altijd een holtermonitoring voorstellen. Een holter is een draagbaar apparaat dat de elektrische activiteit van het hart continu kan meten.
- Via echocardiogram: TTE en TEE.
- Via bloedonderzoek.

7.1. Wanneer moet je een arts contacteren?

- Indien je hartslag in rust minder dan 40 slagen per minuut bedraagt of sneller dan 120 slagen per minuut.
- Indien de hartslag onregelmatig is: soms snelle en soms trage slagen.
- Indien hartklopping gepaard gaan met klachten van duizeligheid.

8. Mogelijke behandelingen van VKF

In de meeste gevallen komt voorkamerfibrillatie voor bij oudere mensen. Soms komt het wel voor op relatief jonge leeftijd. Bij toenemende leeftijd zal het aantal aanvallen en de duur toenemen. Zelfs met de beste behandeling is herval mogelijk en zal het steeds toenemen met de leeftijd. De aanvallen verminderen, verkorten en worden draaglijker bij de juiste behandeling.

Hoe wordt VKF behandeld:

- Frequentiecontrole: Het hartritme verlagen
- Ritmecontrole: Het sinusritme aanhouden
- Preventie van bloedklontervorming door correcte bloedverduunning te geven.

8.1. Frequentiecontrole : Het hartritme verlagen

Dit is de aanpak van VKF , waar bij het de bedoeling is om het snel hartritme te vertragen, zodat het hart op een meer efficiënte manier kan pompen en de symptomen van de patiënt worden verminderd of verdwijnen. VKF ontstaat door een te snelle geleiding van het onregelmatige ritme van de voorkamers naar de kamers. Bij patiënten met een hartritme van meer dan 100-110 slagen per minuut in rust en/of klachten bij inspanning moet het hartritme met medicatie verlaagd worden.

De meest gebruikte medicatie om het hartritme te verlagen:

- **Bètablokkers:**

Emconcor®(Bisoprolol), Kredex®(Carvedilol),
Seloken®(Metoprolol), Selozok, Nobiten®(Nebivolol) ...

Werking:

Bètablokkers vertragen de hartslag en gaan een aantal nadelige hormonale reflexen geïnduceerd door hartfalen verminderen zodat het hart efficiënter pompt. Vooral in het begin van de behandeling kan je last hebben van

duizeligheid, koude handen en voeten, vermoeidheid en een verlaagde bloeddruk. Daarom zal de dosis van dit medicament geleidelijk aan worden opgedreven zodat het lichaam de tijd krijgt om zich aan te passen aan de verlaagde bloeddruk.

- **Digitalispreparaten:**

Lanoxin[®], Digoxin[®].

Werking:

Dit is hartversterkende medicatie en is vooral aangewezen bij patiënten die een onregelmatig hartritme hebben en hartfalen. Bijwerkingen kunnen zijn: misselijkheid, verwardheid, te langzame hartslag en wazig zicht of slecht zien. Regelmatig bloedonderzoek om de hoeveelheid geneesmiddel in het bloed te bepalen is noodzakelijk om overdosering te voorkomen.

- **Calciumantagonisten:**

Isoptine[®], Lodixal[®], Tildiem[®]

Werking:

Dit is medicatie die als doel heeft om de bloeddruk te verlagen, de hartfrequentie regelt en de geleiding van de AV-knoop regelt.

Bijwerkingen kunnen zijn: lage bloeddruk, dikke voeten door vochttopstapeling, misselijkheid, verstopping, te laag hartritme, duizeligheid, hoofdpijn en warmteopwellingen.

8.2. Ritmecontrole: Het sinusritme aanhouden

Het eerste doel hiervan is om het sinusritme te herstellen, indien de VKF niet spontaan stopt. Dit noemt men cardioversie en men kan dit bekomen aan de hand van geneesmiddelen (anti-aritmica) of met behulp van een elektrische stroomstoot.

- **Anti-arrhythmica:**

Cordarone®(Amiodarone), Sotalol®(Sotalol).

Werking:

Deze medicatie werkt tegen ritmestoornissen en beïnvloedt de prikkelgeleiding in het hart. De arts zal het gebruik van deze medicatie zo veel mogelijk proberen te vermijden omwille van de mogelijke bijwerkingen zoals overgevoeligheid voor zonlicht, schildklierproblemen en, eerder zelden, longproblemen in het geval van Cordarone®. Het is noodzakelijk om steeds zonneprotectie met hoge factor te gebruiken, zelfs als er maar weinig zon is.

- **Flecaïnide:**

Apocard®, Tambocor®

Werking:

Deze medicatie heeft tot doel om het sinusritme te herstellen en herval te voorkomen. Mogelijke bijwerkingen zijn: ontstaan van andere ritmestoornissen, te snel hartritme, duizeligheid, zichtproblemen, tremor en stuiptrekkingen.

- **Propafenon:**

Rytmonorm®

Werking:

De bedoeling is ook hier om het sinusritme te behouden en herval te voorkomen. Mogelijke bijwerkingen zijn tremor, verwardheid en stuiptrekkingen.

- **Sotalol:**

Sotalex®

Werking:

Ook dit medicijn heeft tot doen om het sinusritme te behouden en herval te voorkomen. Mogelijke bijwerkingen zijn te laag hartritme, het ontstaan van andere ritmestoornissen bij opstarten en dosisverhoging, lage bloeddruk, duizeligheid, koude handen en voeten, vermoeidheid en kortademigheid.

8.3. Preventie van bloedklontervorming door correcte bloedverduunning

Voorkamerfibrillatie geeft een groot risico op bloedklontervorming en dit in de voorkamers, wat kan leiden tot een beroerte of een CVA. Om te risico zo klein mogelijk te maken, moet er preventief bloedverduunning gegeven worden.

Patiënten met een hoog risico op bloedklontervorming krijgen een bloedplaatjesremmer zoals Aspirine® voorgeschreven. Mensen met een groot risico op bloedklontervorming krijgen een sterkere bloedverdunner voorgeschreven (anticoagulantia).

De nieuwe anticoagulantia met de juiste inname, heeft als voordeel dat het bloed nooit te dik of te dun wordt. Hierdoor zijn regelmatige bloedafnames niet nodig en is de kans kleiner om een hersenbloeding te ontwikkelen

Anticoagulantia:

Marcoumar®, Sintrom®, Marevan®.

Werking:

Deze voorkomen de vorming van bloedklonters. In geval van onverklaarbare blauwe plekken moet je je arts raadplegen.

Regelmatige bloedcontroles zijn aangewezen om de dikte van het bloed te controleren. Bij een operatieve ingreep of tandheelkunde zal deze medicatie voorafgaandelijk vaak gestopt worden (5 à 7 dagen op voorhand) en zal worden overgeschakeld op een andere bloedverdunner die in spuitjes wordt gegeven in de buikwand (Clexane[®], Fraxiparine[®], Fraxodi[®]).

Niet-VKA orale anticoagulantie (NOAC):

Pradaxa[®], Eliquis[®], Xarelto[®]

Werking:

Dit medicijn verkleint de kans op het ontstaan van bloedstolsels (blauwe plekken, ernstige bloedingen...).

Mogelijke bijwerkingen zijn maaglast, misselijkheid, gestoorde spijsvertering, verstopping, diarree, huiduitslag, jeukende huid. Neem nooit een dubbele dosis!

Indien VKF niet behandeld kan worden met medicatie en /of reconversie dan kan er een pacemaker geplaatst worden of kan de patiënt een ablatie krijgen. Raadpleeg hiervoor de patiëntenbrochures over “Ablatie” en “Leven met een pacemaker”.

9. Contactgegevens

Hoofdverpleegkundige

Mevr. Nikki Vanbrabant

nikki.vanbrabant@hhleuven.be

016 20 98 30

Secretariaat cardiologie

Mevr. Veerle Boon

Mevr. Kristina Van den Heuvel

Mevr. Dorien L'Homme

secr.cardiologie@hhleuven.be

016 20 93 36

Voor het maken en wijzigen van afspraken

Voor het aanvragen van medische attesten na de ziekenhuisopname.

Sociaal assistente

Mevr. Tessy Pauwels

tessy.pauwels@hhleuven.be

016 20 99 72

Voor vragen met betrekking tot ontslag, thuiszorg, verzekering ...

Dieetdienst

dieetdienst@hhleuven.be

016 20 93 49

Voor vragen bij welke diëtiste je terecht kan.

