

Cardiologie



VOORKAMERFIBRILLATIE

Informatie voor patiënten

AZ OUDENAARDE
VZW



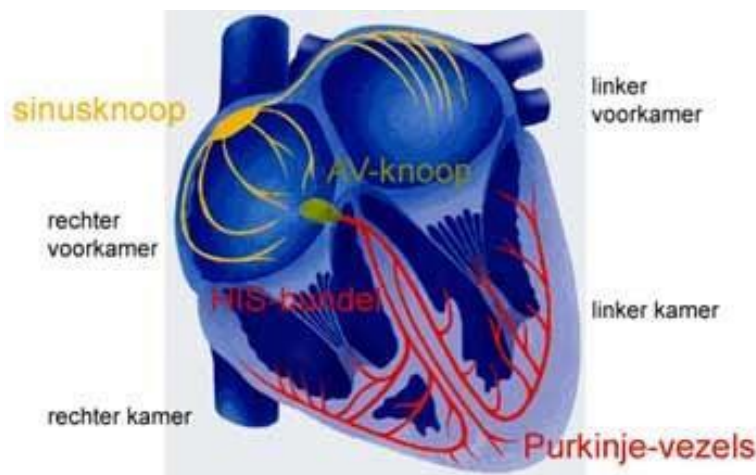
www.azoudenaarde.be

Volg ons op   

Voorkamerfibrillatie (vkf) of 'boezemfladderen', zoals onze noorderburen het zo mooi zeggen, is een veel voorkomende aandoening, die 1 op de 4 mensen treft vanaf de leeftijd van 40 jaar. Het risico verhoogt met het ouder worden, tot 1 op de 10 van de 80-plussers heeft last van deze aandoening. In België schat men dat 150.000 mensen hierdoor getroffen zijn. Dit aantal zou tegen 2050 nog verdubbelen, door de veroudering van onze populatie.

Wat betekent het?

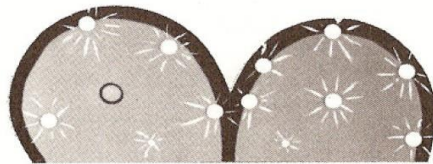
Het hart is een pomp die het bloed voert naar enerzijds de longen (door de rechterkant van het hart) en anderzijds naar de rest van het lichaam (door de linkerkant van het hart). De kamers zijn de echte pompen. De voorkamers (of boezems) zorgen ervoor dat het hart efficiënt kan pompen. Een speciaal ontstekingsmechanisme, de sinusknop, zorgt voor de regelmatige prikkel die het hart aandrijft. Via een elektrisch systeem geleidt de prikkel over het hart, dat zo gaat samentrekken.



Tijdens een vkf ontstaan er in de voorkamers honderden kleine prikkels per minuut, die de voorkamers doen trillen. Hierdoor pompen de voorkamers nog weinig, waardoor het bloed gaat wervelen en minder goed stroomt. De globale pompwerking van het hart gaat



achteruit door een minder goede vulling van de hartkamers, met klachten van vermoeidheid, kortademigheid, misselijkheid en zweten tot gevolg. Gelukkig gaan niet alle prikkels van de voorkamers door naar de kamers, want dat zou te belastend zijn voor het hart. De tussenliggende AV-knoop vertraagt het ritme. Toch blijft het ritme meestal te snel en onregelmatig, waardoor men het gevoel krijgt van hartkloppingen en overslagen.



Wat zijn de oorzaken?

Vkf is meestal het gevolg van een verouderingsproces, maar het kan ook jongere mensen treffen.

Bepaalde hartaandoeningen lokken vkf uit:

- Klepafwijkingen
- Hartzwakte
- Hartinfarct
- Overbruggingsoperatie
- Hoge bloeddruk
- Familiaal voorkomen van vkf

Buiten het hart kunnen ook andere oorzaken een vkf in de hand werken:

- Te sterke werking van de schildklier
- Longziektes, slaapapneu
- Overmatig alcoholgebruik



- Oververmoeidheid, stress en gejaagdheid
- Infectie, koorts
- Overgewicht
- Bepaalde medicatie (bv. theophylline)
- Het beoefenen van duursport doet ook de kans op vkf toenemen

Waarom is vkf zo belangrijk?

Naast de directe klachten zoals vermoeidheid of hartkloppingen, zijn er enkele andere complicaties die van belang kunnen zijn.

Klontervorming

De voorkamers trekken minder goed samen, wat een werveling veroorzaakt. Dit doet het bloed in de voorkamer, en dan vooral in het hartoortje (een uitstulping van de voorkamer), makkelijker stollen. Gelukkig komt dit niet zo frequent voor, de eerste 48 uur is de kans zelfs vrijwel onbestaande. Naarmate de ritmestoornis langer duurt en er meer bijkomende risicofactoren op klontering zijn, neemt de kans op klontervorming toe. De gevolgen kunnen dramatisch zijn. De klonters kunnen uit het hart wegschieten naar het hoofd met een beroerte als gevolg, of naar een andere plaats van het lichaam (been, darmen of nieren) en kan daar een verstopping van een bloedvat veroorzaken. Om dit tegen te gaan, wordt het bloed verdund. Maar dit verhoogt de kans op bloeding, dus moeten de voor- en nadelen tegenover elkaar afgewogen worden. Een scoretabel helpt ons om het risico in te schatten.

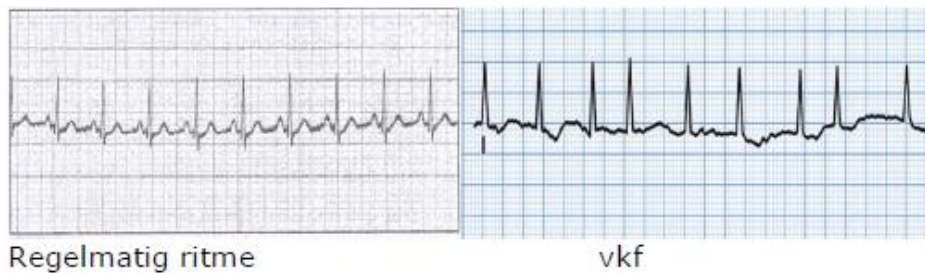
Hartzwakte

De hartkamers trekken sneller en onregelmatig samen. Dit is een overbelasting van het hart en lokt hartzwakte uit.



Diagnose van vkf

Het vermoeden van de ritmestoornis wordt gewekt door de klachten van de patiënt. Het vaststellen van een snelle en onregelmatige pols kan een ritmestoornis bevestigen, maar de uiteindelijke diagnose wordt gesteld door een EKG, een registratie van de elektrische activiteit van het hart.



Behandeling van vkf

Behandeling van het ritme

Als het hart te snel klopt, geeft de arts medicatie om de *pols te vertragen*. Deze medicatie kan zowel via de ader als via de mond toegediend worden. Meestal gebeurt dit onder toezicht van het hartritme via een monitor. De arts kan kiezen om het ritme *regelmatig te maken* (= reconversie), door het toedienen van *medicatie*. Een alternatief is het geven van een *elektrische impuls*. Hiervoor wordt de patiënt heel kort in slaap gebracht, zodat hij die stroomstoot niet voelt. Deze behandeling is even veilig als het toedienen van medicatie, en wordt altijd onder heel nauwkeurige opvolging uitgevoerd. Een voorwaarde is wel dat de patiënt minimum 4 uur voor het in slaap brengen nuchter is.

Voorkomen van klonters

De kans op klontervorming is reëel, zeker als de vkf meer dan 48 uur bestaat. Men moet echter het risico op klontering afwegen tegenover



– bij bloedverdunding – het risico op bloeding. Een scoresysteem helpt de arts om de juiste beslissing te nemen.

Indien de arts het ritme regelmatig wil maken door een elektrische schok, voert hij soms een supplementair onderzoek uit: een slokdarmecho van het hart. Hierbij kijkt de arts door middel van geluidsvormen vanuit de slokdarm naar het hart. Zo krijgt hij een gedetailleerd beeld van het hart, met een goed zicht op de kritieke plaatsen waar een klonter zich kan bevinden. Het ritme mag enkel hersteld worden als er geen klonter is.

Behandelen van de onderliggende oorzaak of uitlokkende factoren

Uiteraard moet men de onderliggende factoren aanpakken, die de ritmestoornis in de hand werken, anders is het dweilen met de kraan open.

Andere mogelijkheden

- *Ablatie: elektrisch afschermen van de longaders*
Meer en meer opteert men voor een ablatie bij mensen met blijvende klachten van vkf. Het ontstaan van de vkf is soms te wijten aan extra prikkels, afkomstig uit vier bloedvaatjes die van de longen naar de linker voorkamer lopen. Door die bloedvaatjes te “isoleren” (door er een litteken omheen te leggen), kunnen die extra prikkels het ritme niet meer op hol jagen en blijft het rustige normale ritme bestaan. Dit is echter geen eenvoudige ingreep en wordt enkel voorgesteld aan mensen die niet reageren op medicatie of die de medicatie niet verdragen.



- *Doorbranden van de verbinding tussen voorkamer en kamer en plaatsen van een pacemaker*
Dit is een laatste redmiddel als al het andere niet werkt en de patiënt klachten blijft houden.
- *Chirurgisch aanleggen van elektrische hindernissen in de voorkamers (MAZE-chirurgie)*
Dit wordt enkel overwogen als de patiënt al om een andere reden een hartingreep moet ondergaan.

Wat brengt de toekomst?

Een voorkamerfibrillatie is een aandoening die zich kan herhalen bij een patiënt, ook als het probleem al eens opgelost werd.

Zo onderscheidt men:

- Aanvallen van vkf (paroxysmaal)
- Blijvende aanwezigheid van vkf (chronisch)
- Over verloop van tijd kunnen aanvallen van vkf evolueren naar een continu aanwezige ritmestoornis: dit wordt meestal goed verdragen. In dat geval moet men ervoor zorgen dat het hart niet te snel slaat en dat het bloed verdund wordt bij een te groot risico.

Contact

Uiteraard staat de dienst cardiologie steeds ter beschikking voor bijkomende uitleg. We beseffen heel goed dat een infobrochure nooit alle vragen kan beantwoorden en misschien zelfs extra vragen oproept. Aarzel dan ook niet om jouw vragen te stellen.



Voor meer info raadpleeg:

Hartrevalidatie

055 33 67 61

✉ peter.dossche@azoudenaarde.be

✉ vida.firsovaite@azoudenaarde.be

✉ peter.vandebruaene@azoudenaarde.be



AZ Oudenaarde vzw

AZ OUDENAARDE
VZW



Minderbroedersstraat 3, 9700 Oudenaarde

T 055 33 61 11 - F 055 33 66 95

info@azoudenaarde.be

www.azoudenaarde.be

AZO/CAR/157

Laatst aangepast op 17/09/2019

V.U.: AZ Oudenaarde