Behandeling hartritmestoornis, ablatie van voorkamerfibrillatie

azdelta
Uw ziekenhuis.

Inhoud

1. Het normale hart 3
2. Voorkamerfibrillatie 4
3. De ingreep 8
4. Complicaties 12
5. Kostprijs 14
9. Informatie coördinator 15

© AZ Delta
Deze uitgave mag in zijn geheel noch gedeeltelijk worden gekopieerd, of openbaar gemaakt, op welke wijze ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Beste patiënt

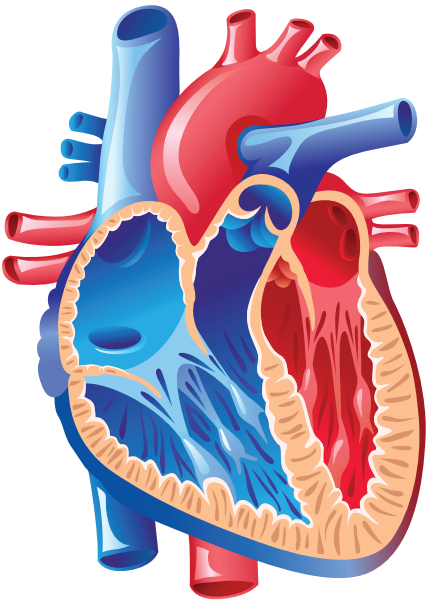
We heten u als team hartziekten-elektrofysiologie van harte welkom. Ons team bestaat uit verwijzende artsen, elektrofysiologen, technici en verpleegkundigen.
U hebt deze brochure ontvangen omdat u of een van uw naasten lijdt aan voorkamerfibrillatie, een frequent voorkomende hartritmestoornis. Aan de hand van dit document willen we u inzicht geven in de hartritmestoornis en de mogelijke behandelingen, met de nadruk op ablatie. We beschrijven daarom op een duidelijke manier hoe we te werk gaan en wat dit voor u concreet betekent, zowel voor, tijdens als na de procedure.
Als u na het lezen van deze brochure nog vragen hebt, kunt u ze gerust stellen aan ons team. Onze contactgegevens vindt u achteraan de brochure.

We wensen u een goed herstel toe.

De artsen en het verpleegkundig team van het cathlab en de afdeling hartziekten

1 Het normale hart

Het hart is een spier die bloed door het lichaam pompt. Het bestaat uit een rechter- en een linkerdeel die beide uit een voorkamer (boezem of atrium) en een kamer (ventrikel) bestaan. Het bloed komt aan in de rechtervoorkamer, gaat vervolgens naar de rechterkamer en wordt vandaar naar de longen gepompt om zuurstof op te nemen. Daarna keert het bloed via de longaders (pulmonaal venen) terug naar de linkervoorkamer en vervolgens de linkerkamer. Tot slot pompt de linkerkamer het zuurstofrijke bloed naar de verschillende organen van het lichaam.



Voordat de hartspier samentrekt, wordt deze eerst geactiveerd door een elektrisch signaal of prikkel. Deze prikkel ontstaat onder normale omstandigheden in de rechtervoorkamer en activeert eerst de beide voorkamers. Daarna wordt de prikkel vertraagd in een structuur die we de AV-knoop noemen. Zodra dit elektrische signaal de verschillende spiercellen bereikt, trekken ook de kamers samen. De voorkamers worden dus eerst geactiveerd en pas daarna volgen de kamers. Normaal gezien trekt het hart 60 tot 80 keer per minuut samen.

2 Voorkamerfibrillatie

Wat is voorkamerfibrillatie?

Voorkamerfibrillatie is een hartritmestoornis waarbij de voorkamers van het hart niet meer 60 tot 80 keer per minuut samentrekken maar dat veel sneller (meer dan 300 keer per minuut) en heel onregelmatig doen. De AV-knoop (de structuur die de elektrische prikkel vertraagt) zorgt ervoor dat de kamers minder maar nog steeds onregelmatig samentrekken. Uw hartslag, die bepaald wordt door het aantal keren dat de kamers

samentrekken per minuut, wisselt hierdoor sterk en kan gaan van minder dan 40 keer per minuut tot meer dan 200 keer per minuut. De frequentie wordt onder andere beïnvloed door uw leeftijd en het gebruik van medicatie.

Symptomen

Voorkamerfibrillatie is geen plotse levensbedreigende aandoening maar gaat vaak gepaard met belangrijke symptomen. De voornaamste klachten zijn

- hartkloppingen
- kortademig zijn
- minder inspanningen kunnen doen
- moe zijn.

Doordat de voorkamers snel en onregelmatig samentrekken, bestaat er ook een risico op het ontstaan van bloedklonters die aanleiding kunnen geven tot een beroerte. Het risico hierop is afhankelijk van patiënt tot patiënt.

Wie wordt er door getroffen?

Vooral oudere mensen worden getroffen door de aandoening. Hoe ouder iemand is, hoe groter de kans dat hij of zij voorkamerfibrillatie ontwikkelt. Andere risicogroepen zijn patiënten met een hoge bloeddruk, mensen die een hartklepafwijking hebben en personen die gedurende lange tijd veel duursport gedaan hebben (zoals wielrennen, triatlon en lopen). Toch kunt u ook zonder deze risicofactoren voorkamerfibrillatie ontwikkelen. Elke Belg heeft 1 kans op 4 om na het 40ste levensjaar deze hartritmestoornis te ontwikkelen.

Hoe ontstaat voorkamerfibrillatie?

Voorkamerfibrillatie ontstaat door een combinatie van een voedingsbodem en een trigger. Kleine veranderingen in en tussen de spiercellen van de voorkamers vormen de voedingsbodem.De veranderingen ontwikkelen zich door de jaren heen en zorgen ervoor dat de hartritmestoornis kan

ontstaan. Daarom krijgen voornamelijk oudere patiënten voorkamerfibrillatie, evenals mensen met een hoge bloeddruk, patiënten met hartklepafwijkingen en mensen met een verminderde hartfunctie. Anderzijds kan voorkamerfibrillatie ook plots ontstaan bij ogenschijnlijk gezonde mensen.
Naast een voedingsbodem is er ook iets nodig om de hartritmestoornis op te wekken, een trigger. De triggers zijn meestal elektrische signalen die in de longaders ontstaan en van daaruit de ritmestoornis veroorzaken.

Hoe te behandelen?

In eerste instantie bestaat de behandeling uit medicatie. De medicatie is zowel gericht op het vermijden van de hartritmestoornis, op het vertragen van het hartritme als op het voorkomen van bloedklonters door bloedverdunners (afhankelijk van het individuele risico van de patiënt). Als er ondanks de behandeling met medicatie klachten blijven bestaan over de hartritmestoornis, kan een behandeling via de lies (een ablatie) een uitweg bieden.

Wat is het doel van ablatie?

Ablatie zorgt er in eerste instantie voor dat u geen klachten meer hebt over de hartritmestoornis. Daarnaast heeft de ingreep tot gevolg dat u geen medicatie meer hoeft in te nemen zoals Tambocor®, Apocard®, Cordarone®, Sotalex®, Flecaïnide®, Amiodarone® en Sotalol®. De bloedverdunners moet u echter blijven innemen, tenzij u al voor de hartritmestoornis een uiterst laag risico had op de vorming van bloedklonters. Dit verschilt van patiënt tot patiënt. Als u voor de hartritmestoornis een heel laag risico op de vorming van bloedklonters had, kunt u vanaf 1 tot 3 maanden na de ingreep stoppen met de inname van bloedverdunners.

Hoe werkt ablatie?

Met radiofrequentiestroom (RF) worden lokaal enkele spiercellen in uw hartspier verhit. Hierdoor ontstaan

gecontroleerde littekens in het hart. Deze littekens zorgen ervoor dat de elektrische prikkels van de longaders (de triggers van voorkamerfibrillatie) niet meer in de voorkamers geraken, waardoor ze de ritmestoornis niet meer kunnen opwekken. Dankzij ablatie kunt u dus van de ritmestoornis verlost worden, al dan niet in combinatie met medicatie.

Naast radiofrequentie energie wordt er soms ook gebruik gemaakt van vriestechnologie. Hierbij wordt een ballon opgeblazen in de linker voorkamer en wordt deze gevroren tot -40°C.

Op deze manier bevriezen we de zones die verantwoordelijk zijn voor de hartritmestoornissen. Voor de patiënt maakt het geen verschil uit, het succescijfer en complicatiecijfer is vergelijkbaar.



Wat is de kans op succes?

De kans op succes is afhankelijk van een aantal factoren zoals de grootte van de voorkamers, de duur van de ritmestoornis en of u vroeger een elektrische shock gekregen hebt om de ritmestoornis te stoppen. In het algemeen bedraagt de kans

op succes ongeveer 80 procent waarbij 75 procent van de patiënten geen medicatie meer moet nemen (behalve soms bloedverdunners).
Een aantal patiënten (15 tot 20%) heeft een tweede procedure nodig om deze succescijfers te behalen.

3 De ingreep

a) Voorafgaand aan de ingreep

Bloedverdunning
Als u bloedverdunners inneemt, zoals Sintrom®, Marcoumar® en Marevan®, moet u deze stopzetten zoals afgesproken met uw hartspecialist.

Als u een bloedverdunner inneemt, zoals Eliquis®, Pradaxa®, Xarelto® of Lixiana®, moet u deze stoppen de dag vóór de ingreep als dit afgesproken is met de hartspecialist of coördinator.

Vanaf de dag vóór de ingreep mag u geen Metformine of Metformax® meer innemen.

CT-scan of MRI-scan
Enige tijd voor de ingreep zal u een scan van het hart ondergaan om een beeld te krijgen van het hart en de verschillende longaders. Bij dit onderzoek wordt contraststof gebruikt. Als u allergisch bent aan contraststof of aan jodium moet u dit uitdrukkelijk melden aan de artsen. U krijgt dan voorbereidende medicatie toegediend.



Echocardiografie
Voordat de artsen beslissen om over te gaan tot ablatie, zal u een **echocardiografie** ondergaan. Bij dit onderzoek bekijken de artsen de grootte van de voorkamers en gaan ze na of uw hartfunctie normaal is en of er geen belangrijke klepafwijkingen zijn.

b) De ingreep

Afhankelijk van de afspraak met uw dokter moet u zich de ochtend zelf aanmelden aan het onthaal.
U moet **nuchter zijn.** Dat betekent dat u niet meer hebt gegeten sinds de avond ervoor. Uw ochtendmedicatie mag u innemen met een beetje water.
U wordt eerst opgenomen op de hartafdeling. Daar geeft u het **toestemmingsformulier** voor de ingreep ondertekend af aan de verpleging.
Uw liezen worden daarna geschoren en u krijgt een infuus. Vervolgens wordt u naar de afdeling hartkatheterisatie gebracht, waar u plaatsneemt op de operatietafel. De anesthesist zal u volledig verdoven en een katheter (geleidingsdraadje) in de slagader in uw pols plaatsen om de bloeddruk op te volgen. De verpleger of verpleegster zal verschillende EKG-klevers op u kleven en een zuurstofklemmetje op uw vinger zetten. Daarna krijgt u een steriel doek over u. De arts zal onder extra lokale verdoving een drietal buisjes in de rechterlies plaatsen. In uitzonderlijke gevallen worden ook een drietal buisjes in uw linkerlies geplaatst.
Vervolgens start de arts met de ingreep. Hij plaatst katheters op bepaalde plaatsen in uw hart en maakt een heel kleine doorgang van het rechterdeel van uw hart naar het linkerdeel. Deze doorgang groeit terug dicht na de procedure. De arts zal de elektrische prikkels in de buurt van de longaders opzoeken die verantwoordelijk zijn voor de hartritmestoornis en ze wegbranden. Tijdens de hele procedure krijgt u extra bloedverdunners toegediend.
De volledige ingreep duurt ongeveer 2 tot 3 uur. De dosis röntgenstraling is vergelijkbaar met de straling die u krijgt bij

een onderzoek van de kroonslagaders (coronarografie). Meestal worden de buisjes direct op tafel verwijderd en wordt hier een hechtingssteek op geplaatst. Na een 4-tal uur worden deze dan weer losgemaakt.
De rest van de dag van de ingreep moet u in bed blijven om bloedingen in de lies te vermijden. 's Avonds krijgt u terug bloedverdunners of een spuitje met bloedverdunning. Uw hartritme wordt opgevolgd via een klein bakje dat u met zich meedraagt (telemetrie).



c) De dagen na de ingreep

De eerste nacht na de ingreep blijft u in het ziekenhuis. Als alles goed blijft, mag u de dag na de ingreep naar huis.

d) De eerste maanden na de ingreep

U moet gedurende 1 maand na de ingreep een maagbeschermer innemen en gedurende minimaal 1 tot 3 maanden na de ablatie bloedverdunners innemen. Uw arts zal u meedelen of u een verhoogd risico op bloedklonters hebt. Als dat het geval is, moet u ook na de eerste 3 maanden de bloedverdunners blijven innemen.
De medicatie tegen hartritmestoornissen moet u nog minstens 3 maanden na de ingreep blijven innemen. Het is immers mogelijk dat er nog ritmestoornissen ontstaan doordat het hart geprikkeld wordt door het genezingsproces. Als er tijdens de eerste 3 maanden na de ingreep opnieuw voorkamerfibrillatie optreedt, wil dit niet zeggen dat de ablatie niet gelukt is. Dat wordt pas duidelijk na deze 3 maanden, wanneer de littekens genezen zijn. Als u geen hartritmestoornissen meer hebt drie maanden na de ingreep, kan uw hartspecialist starten met het afbouwen van de medicatie.
De eerste week na de ablatie moet u voorzichtig zijn en mag u geen zware dingen optillen. Zo vermijdt u dat er druk op de liezen komt en er een liesbloeding zou ontstaan.
In principe kunt u de dag na uw thuiskomst weer gaan werken. Als u fysiek zwaar werk verricht, moet u nog enkele dagen thuis blijven.

4 Complicaties

Belangrijk

Als u zwanger of mogelijk zwanger bent, mag u deze ingreep niet ondergaan.

Zoals bij elke operatie zijn er enkele risico's aan ablatie verbonden. De arts stelt alles in het werk om deze risico's te vermijden maar kan ze nooit tot nul herleiden.

Bloeding in de lies

Het voornaamste risico van ablatie is een bloeding in de lies na de ingreep. Liesbloeding komt voor bij ongeveer 3 procent van de patiënten en is een tijdelijk probleem dat opgelost wordt door de liezen opnieuw af te duwen. Daardoor kan een blauwe plek ontstaan die na enkele weken volledig verdwijnt. Soms moet de dag nadien nog een echografie van de lies gebeuren om een vals aneurysma op de slagader uit te sluiten (pseudo-aneurysma). Als er een aneurysma aanwezig is, moet deze gesloten worden door injectie van Thrombine (een stollingsproduct) wat een kleine ingreep is.
Er is kans op liesbloeding omdat u zowel voor als tijdens de ingreep sterke bloedverdunners krijgt om te vermijden dat er bloedklontertjes zouden ontstaan die een beroerte uitlokken. Het risico op een beroerte wordt geschat op minder dan 1 op 400 patiënten. Het risico op een tijdelijke beroerte die geneest na enkele uren wordt geschat op minder dan 1 op 100.

Bloed in hartzakje

Bij een ablatie is het mogelijk dat er tijdens de ingreep een klein gaatje in het hart ontstaat waardoor er bloed in het hartzakje komt. Het risico op deze bijwerking bedraagt minder dan 1 procent. In het geval dat er bloed in uw hartzakje komt,

wordt het hartzakje gedraineerd via een prikje onder het borstbeen. Het gaatje sluit vervolgens meestal uit zichzelf. In een uiterst zeldzaam geval moet een chirurg het gaatje operatief sluiten.

Ontsteking hartvlies

Het hartvlies ontsteekt bij ongeveer 3 procent van de patiënten (pericarditis). Dit zorgt voor een gevoel van druk op de borstkas wanneer diep ingeademd wordt. Pericarditis is niet gevaarlijk en kan eenvoudig opgelost worden door enkele dagen aspirine in te nemen.

Vernauwing longader

Een ander risico van ablatie is het ontstaan van een vernauwing van een longader. Daardoor is het soms nodig om een stent te plaatsen. Het risico op vernauwing van de longader is de laatste jaren sterk gedaald door betere technieken en wordt momenteel geschat op 1 op 350 patiënten.

Aantasting zenuw

Er is een heel kleine kans dat de omliggende structuren rond het hart geraakt worden door de ablatie (1 op 500). Concreet wil dit zeggen dat er een heel klein risico is op een verlamming van de zenuw die het middenrif aanstuurt. Als dit gebeurt, krijgt u last van kortademigheid. De zenuw recupereert in de helft van de gevallen.

Aantasting slokdarm

De slokdarm ligt eveneens dicht bij het hart. Er bestaat een uiterst zeldzaam maar potentieel gevaarlijk risico dat er een opening ontstaat tussen de slokdarm en de voorkamer (1 op 2500). Door de temperatuur in de slokdarm te meten met een kleine, flexibele thermometer en door u een maagzuurremmer (Pantomed®) te geven tijdens de eerste maand na de ablatie wordt dit risico nog verkleind.

Het risico op overlijden wordt geschat op 1 op 1 000. Dit risico is kleiner dan bij de meeste chirurgische ingrepen zoals orthopedische ingrepen (zoals kniechirurgie en heupchirurgie), buikingrepen en urologische ingrepen. Naast de bijwerkingen van de procedure moet u ook rekening houden met de bijwerkingen van langdurig medicatiegebruik.

5 Kostprijs

Voor vragen over de kostprijs van deze ingreep kunt u contact opnemen met factuur@azdelta.be.

9 Informatie coördinator

Opname voor dokter .....
Onderzoek / Ingreep .....

Opname

1. Opnamedatum:	.....
2. Opname-uur:	.....
3. Locatie aanmelden:	☐ Onthaal ☐ Vervoer uit andere campus of ziekenhuis
4. Nuchter?	☐ Ja, wel medicatie innemen ☐ Nee, licht ontbijt en medicatie innemen

Medicatie

Medicatie verder in te nemen, behalve: .....
.....
.....
.....
.....
.....

Mee te brengen naar het ziekenhuis

1. Formulier voor vereiste toestemming door de patiënt
2. Thuismedicatie (in originele verpakking)
3. Persoonlijke bezettingen voor het dagziekenhuis in een kleine tas of handbagage
4. Persoonlijke spullen voor eventuele opname op de verpleegafdeling zoals toilettas, gsm-oplader..

Zorg voor vervoer om terug naar huis te gaan op het afgesproken tijdstip.

Contact

CAMPUS RUMBEKE

Secretariaat hartziekten
t 051 23 72 51

Opnameplanners
Tine Faes
t 051 23 72 89
e tine.faes@azdelta.be

Kimberly Doom
t 051 23 72 33
e kimberly.doom@azdelta.be

Annelies Feyers
t 051 23 72 33
e annelies.feyers@azdelta.be

Dagziekenhuis cathlab
t 051 23 76 37

Verpleegafdeling hartziekten
t 051 23 71 70