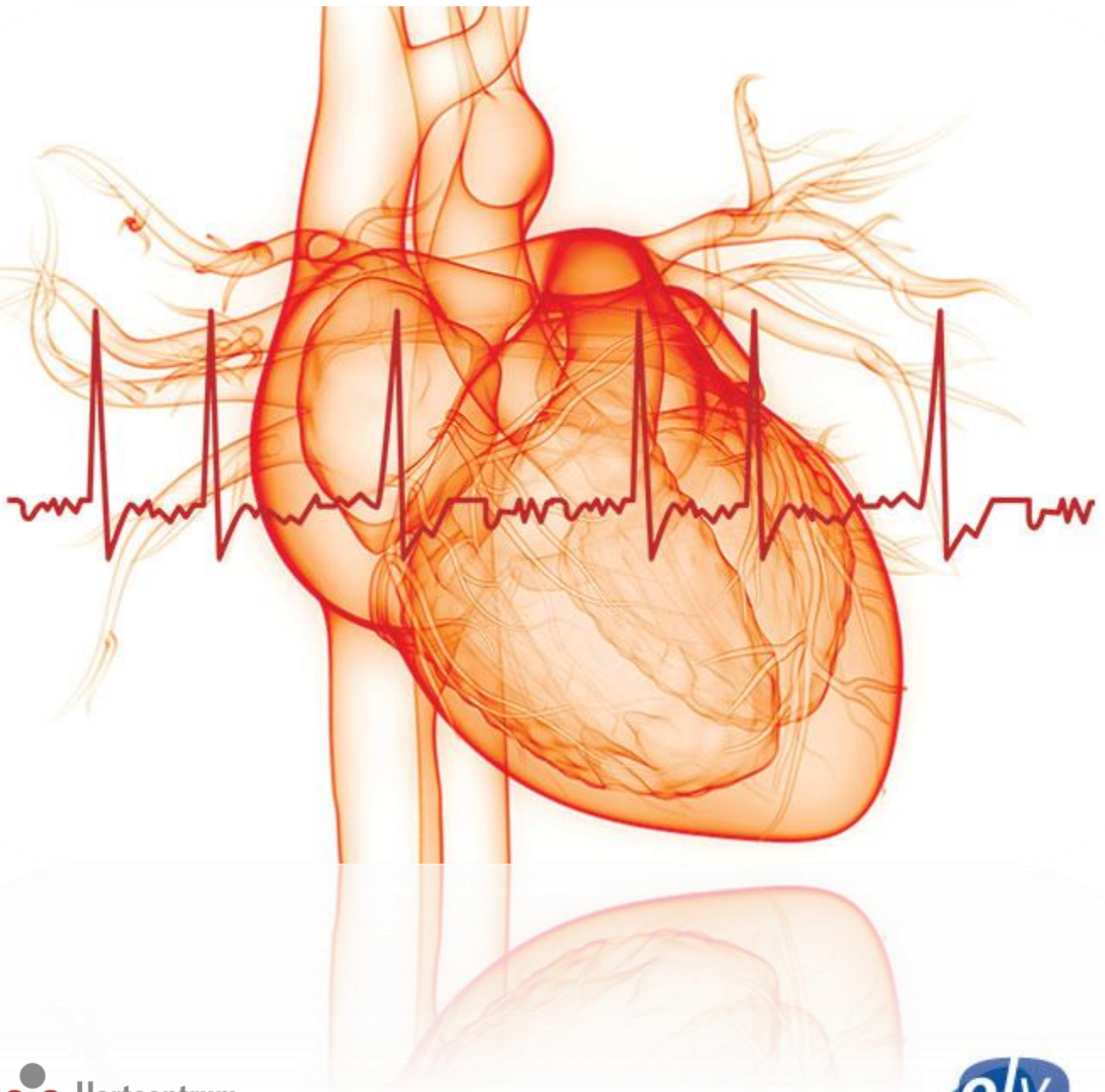


Voorkamerfibrillatie



OLV AALST – DIENST CARDIOLOGIE – VKF ADVIESCENTRUM

www.hartcentrumaalst.be

© olv aalst - all rights reserved

Inhoud

Inleiding

Het normale geleidingssysteem

Begrijpen van voorkamerfibrillatie (VKF)

Wat is voorkamerfibrillatie?

Wat zijn de **risicofactoren**?

Wat kan u voelen bij voorkamerfibrillatie?

Diagnose van voorkamerfibrillatie

Behandeling van voorkamerfibrillatie

// Leefstijl aanpassen + praktische tips

// Bloedverduunning (anticoagulantia)

// Frequentiecontrole

// Ritmecontrole

// Gespecialiseerde behandelingen: DC-shock en PVI

Bijlages

Overzicht medicatielijst

Uitnodiging (gratis) groepseducatie

Notitieveld en dagboek

Uw aanspreekpunt en contactgegevens

Nood aan meer informatie over hartrevalidatie en/ of voeding?

Inleiding

Het is normaal om veel vragen te hebben over uw hartritmestoornis. Vragen zoals:

- Is voorkamerfibrillatie gevaarlijk? Wat kan ik voelen?
- Is het genetisch bepaald? Zullen mijn kinderen dit ook krijgen?
- Wat kan ik zelf doen om aanvallen te voorkomen?
- Mag ik nog sporten?
- Welke medicatie moet ik hiervoor nemen?
- Waarom is mijn kans op een hersenbloeding verhoogd?
- ...?

Met deze brochure krijgt u veel informatie mee, lees deze aandachtig en in alle rust. Op die manier trachten wij u te helpen om uw hartritmestoornis te begrijpen, te herkennen en aan te leren wat u hieraan kan doen.

Praktische tips en wat u **zelf kan doen** als u **thuis** bent, worden doorheen deze brochure neergeschreven. U kan ze herkennen aan het icoon, zoals hier links staat afgebeeld.



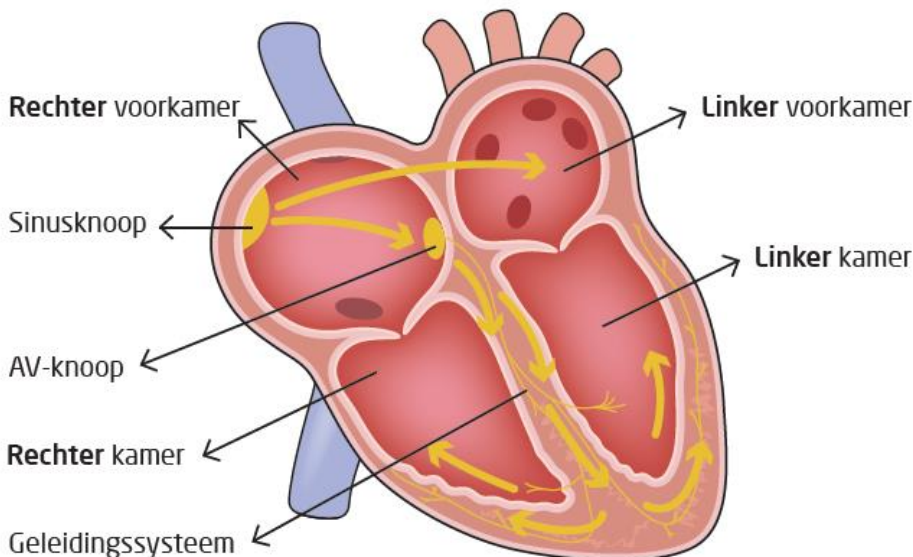
Verder vindt u nuttige links en cruciale contactgegevens waar u steeds terecht kan voor vragen en ondersteuning.

Het normale geleidingssysteem

Zoals u weet is het hart opgedeeld in 4 ruimtes, namelijk: **rechter en linker voorkamer** (bovenaan), **rechter en linker kamer** (onderaan). Ons hart is een spier en pompt bloed naar alle organen in ons lichaam. Een gezond hart in rust, klopt regelmatig aan een snelheid van ongeveer **50 tot 100 slagen per minuut**.

De pompfunctie van het hart wordt gecoördineerd door een elektrisch geleidingssysteem. Het normale hartritme ontstaat bovenaan in de rechtervoorkamer, meer specifiek in de sinusknoop (ook wel de natuurlijke pacemaker van het hart genoemd). De sinusknoop geeft het tempo aan van het hartritme en vuurt regelmatig impulsen af.

Deze impulsen verspreiden zich zoals een domino-effect razendsnel over de spiercellen van het hart naar de atrioventriculaire knoop of AV-knoop. Vanuit deze AV-knoop wordt de elektrische golf doorgegeven naar de linker en rechter bundeltak, hierdoor zullen de linker en rechter kamer gelijktijdig samentrekken. Op deze manier kan er bloed naar het lichaam gepompt worden.



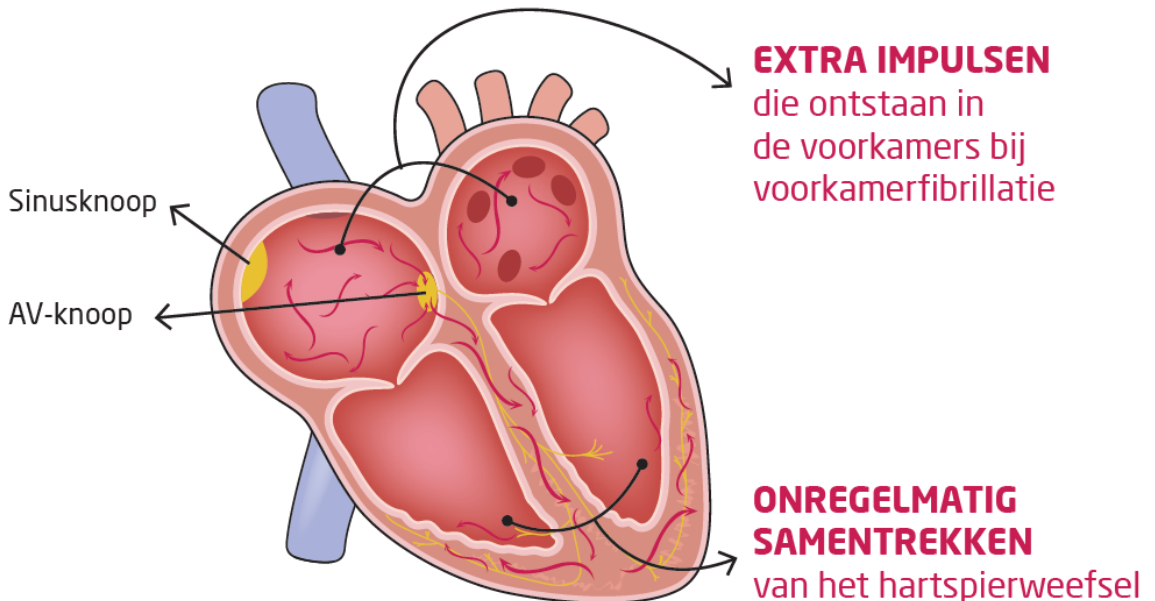
Een normaal hartritme in rust is regelmatig en varieert tussen de 50-100 slagen per minuut. Dit noemt men een **sinusaal ritme**.

Wat is voorkamerfibrillatie (VKF)?

Wanneer de elektrische prikkelvorming niet normaal verloopt, spreken we over **hartritmestoornissen**. Voorkamerfibrillatie (afgekort als VKF) is de meest voorkomende hartritmestoornis, waarbij de hartslag onregelmatig en vaak te snel is.

Bovenaan in het hart ontstaan er snelle en chaotische elektrische prikkels, die de voorkamers tot 350 keren per minuut laten "samentrekken". Hoe deze chaotische prikkeling ontstaat is in de meeste gevallen (90%) te wijten aan de vier longvenen in de linker voorkamer. De longvenen of **pulmonaal venen** zijn vaten die zuurstofrijk bloed van de longen naar de linker voorkamer brengen.

De AV-knoop treedt gelukkig op als soort filter en zal slechts een deel van die chaotische prikkeling doorlaten. Door de willekeurige doorgeleiding naar de kamers, zal het hart **onregelmatig** en vaak **te snel samentrekken**. De hartslag in rust kan oplopen tot 150 of 200 (onregelmatige) slagen per minuut.



Voorkamerfibrillatie is een hartritmestoornis die zorgt voor een **onregelmatige** en vaak te **snelle hartslag**.



Risicofactoren

U bent niet alleen... Iedereen kan VKF ontwikkelen, maar er bestaan verschillende risicofactoren die het ontstaan ervan kunnen versnellen.

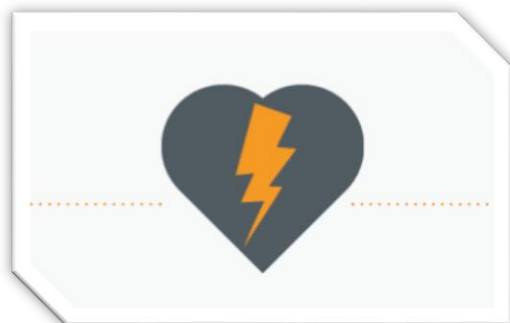
Er zijn enkele factoren die u niet kan beïnvloeden, zoals:



- Leeftijd: Vanaf 55jaar heeft 1/3 van de mensen risico om vkf te ontwikkelen.
- Mannelijk geslacht
- Familiale geschiedenis van vkf

Zaken waar we vat op hebben en waarbij een **behandeling** mogelijk is:

- Slaapapneu: Treedt op bij de helft van alle mensen met vkf, vandaar het belang naar screening, vraag ernaar bij uw arts.
- Verhoogde bloeddruk
- Medische voorgeschiedenis van: trombose, beroerte, hartinfarct, schildklierproblemen, (zware) infectie
- Chronische ziekten zoals: Diabetes, hartfalen



Factoren die u zelf **kan vermijden**, door uw leefstijl aan te passen:



- Roken
- Alcoholgebruik (>3 E/ week)
- Overgewicht
- Stress

Wat kan u voelen bij VKF?

Voorkamerfibrillatie kan klachten veroorzaken zoals:

- **Hartkloppingen** (gevoel waarbij het hart in de borst of in de keel klopt / fladderend gevoel in de borst)
- **Verminderd inspanningsvermogen**
- **Kortademigheid** bij lichte inspanningen
- **Pijn** op de borstkas
- **Duizeligheid** en/ of flauwvallen
- Algemene **vermoeidheid**



MAAR... Wist u dat **1/3** van alle patiënten met vkf **GEEN symptomen ervaart?**

Indeling van VKF volgens uw klachtenpatroon

Men spreekt over "paroxysmale vkf" indien de klachten af en toe aanwezig zijn, spontaan over gaan en voor maximaal 7 dagen aanhouden.

Indien de symptomen frequenter voorkomen en langer duren, dan heeft men het over "persistente vkf".

Helaas kunnen uw klachten (zelfs met medicatie en/ of behandeling) nog aanhouden of verergeren. Bij symptomen die continu en langer dan 1 jaar aanhouden, onder behandeling, dan heeft u "permanente vkf".



Wat kan u doen bij een "aanval" van uw ritmestoornis?

Moet ik naar de spoed?

Neen, een spoedopname is meestal niet nodig. De symptomen kunnen beangstigend zijn, maar ze hebben over het algemeen **geen levensbedreigend karakter**. Enkel bij ernstige oncontroleerbare klachten kan een urgente opname nodig zijn.

U kan **zelf uw hartslag meten** door met twee vingers aan de binnenzijde van uw pols/ hals een lichte druk uit te oefenen. U voelt een pulserende druk, dit is uw hartslag. Tel deze voor 30 seconden en vermenigvuldig met 2. Dit is uw hartslag per minuut. Let op de regelmaat en snelheid van uw hartslag.



Zoek uw hartslag



Tel voor 30 sec



Maal 2

Noteer uw klachten (zie dagboek in bijlage) en communiceer deze naar uw behandelende arts. Inzicht op uw symptomen en hun invloed op uw dagelijks leven zal helpen bij het aanbevelen van de meest geschikte behandeling. Het doel is om deze symptomen onder controle te krijgen en ervoor te zorgen dat uw persoonlijk behandelplan op punt gesteld wordt.

Wanneer moet ik contact opnemen met mijn arts?

Neem telefonisch contact op met uw arts of verpleegkundig consulent indien u naast de hartkloppingen ook nog andere klachten heeft zoals: (bijna) flauwvallen, pijn op de borst, kortademig- of benauwdheid en/ of misselijkheid. Indien uw symptomen ernstig van aard zijn, niet over gaan of steeds erger worden, dan kan u best op (dringende) consultatie gaan bij uw behandelende arts.

Welke gevolgen heeft VKF?

VKF is geen levensbedreigende ritmestoornis, maar er kunnen wel ernstige gevolgen optreden.

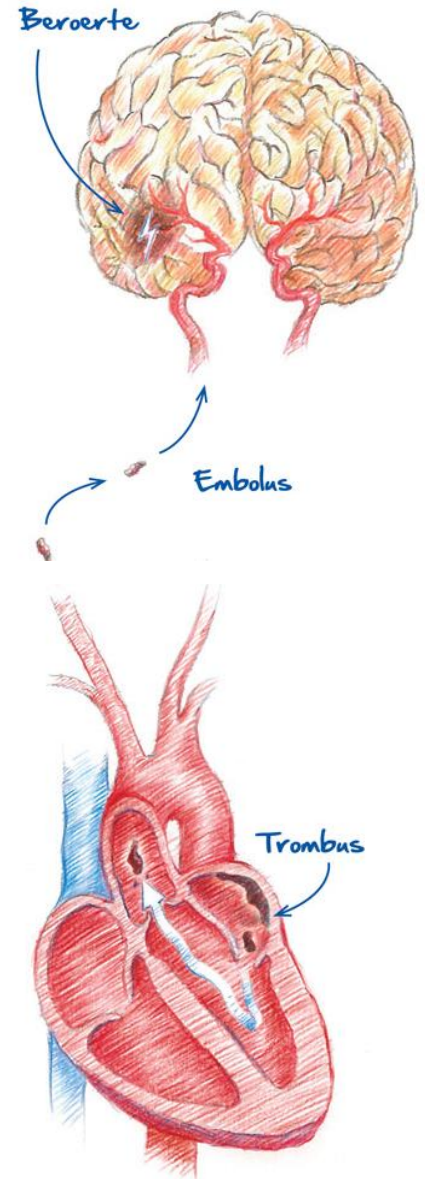
Risico op beroerte


Doordat de voorkamers zeer snel trillen, valt hun pompfunctie weg (de pompfunctie van de kamers blijft echter wel behouden!).

Dit heeft als gevolg dat er een vertraging is van de bloeddorstrooming. Voornamelijk in de kleine uitstulping in de linker voorkamer (genaamd het **linker hartootje**), zal het bloed praktisch stil staan. Hierdoor bestaat de kans dat er zich **bloedklonters** kunnen vormen.

Deze bloedklonters kunnen los komen en mee stromen met de bloedcirculatie. Men spreekt dan van een **embolie**.

Als een bloedklonter in de longen terecht komt, betreft het een longembolie. Wanneer de bloedklonter in de hersenen terecht komt, kan deze een **beroerte** of een herseninfarct veroorzaken, met eventuele verlamming en/of uitval van de spraak tot gevolg.



 Wees niet ongerust:
Mits goede detectie en een correcte behandeling van VKF
kunnen embolieën vermeden worden.



Preventie van beroerte

Afhankelijk van uw leeftijd, geslacht, gewicht, medische voorgeschiedenis... zal de kans op het vormen van bloedklonters hoger of lager zijn. De arts zal een bepaalde score (CHA₂DS₂-VASc-score) toekennen naargelang uw risicoprofiel, vraag hier gerust naar. Indien uw risico verhoogd is, zal er **bloedverdunning** (anticoagulantia) opgestart moeten worden.

Therapietrouwheid is hierbij van absoluut belang. Neem dus consequent en steeds op hetzelfde tijdstip uw medicatie in zoals voorgeschreven. Met de behandeling heeft u vijf keer minder kans om een beroerte te krijgen. Toch blijft het belangrijk om een beroerte te kunnen (h)erkennen.

De **FAST-test (Face, Arm, Speech, Time)** is een methode om een beroerte te kunnen herkennen. Hou deze steeds in het achterhoofd en deel de kennis zeker ook met uw naaste(n).



FACE:

Vraag het slachtoffer om te glimlachen en controleer of een mondhoek naar beneden hangt.



ARM:

Laat het slachtoffer beide armen naar voren uitsteken en check of ze tegelijk omhoog gaan.



SPEECH:

Stel vragen en ga na of het slachtoffer moeite heeft om je te begrijpen of moeilijk kan spreken.



TIME:

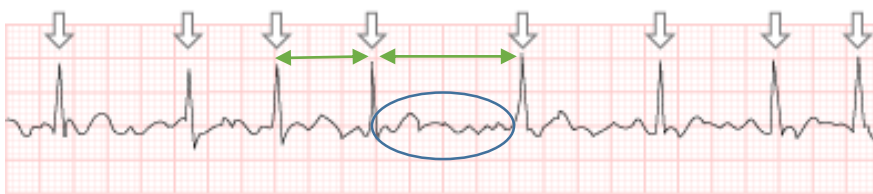
Bepaal hoe lang de klachten al duren. Schakel meteen medische hulp in en beperk de schade.

Diagnosestelling

Klinisch en technisch onderzoek

De diagnose van voorkamerfibrillatie kan vaak vermoed worden op basis van uw symptomen en risicofactoren, maar er zullen bijkomende onderzoeken uitgevoerd worden. Niet alleen om vkf vast te stellen, maar ook om na te gaan of er nog een andere hart- of vaatziekte onder schuilt. De arts krijgt hierdoor ook zicht indien uw ritmestoornis een invloed heeft gehad op de werking van uw hart.

Met een **elektrocardiogram** (ECG) kan de diagnose van uw hartritmestoornis definitief gesteld worden. Het ECG registreert de elektrische activiteit van het hart en zal bij aanwezigheid van vkf er ongeveer zo uitzien:



- Onregelmatige hartslag
- Fibrillatie van de voorkamers


Dit is echter een momentopname, waardoor het niet altijd evident is om uw ritmestoornis vast te leggen. Daarom kan een **holter onderzoek** voorgeschreven worden, om uw hartritme voor een langere periode op te volgen.

Naast het vaststellen van voorkamerfibrillatie, is het ook belangrijk om de onderliggende oorzaak te achterhalen. Om deze reden zal men vaak een bijkomend **bloedonderzoek** en/of echo uitvoeren.

Met behulp van een **echografie van het hart** kan men eventuele afwijkingen aan de functie van het hart en/of de hartkleppen opsporen. Daarnaast kan de dikte van de hartspier en de grootte van het hart (met de focus op de voorkamers) worden gemeten.

Elektrofysiologisch onderzoek (EFO)

Soms kunnen eerder vermelde onderzoeken, ondanks uw bijhorend klachtenpatroon, geen ritmestoornis vastleggen. In dit geval kan er een elektrofysiologisch onderzoek (EFO) gepland worden.

 Bij een elektrofysiologisch onderzoek probeert men de **ritmestoornis op te wekken in veilige omstandigheden** om de aard en oorzaak ervan te achterhalen.

Bij een elektrofysiologisch onderzoek schuift men dunne draden (elektrodekatheters) via de ader in uw lies naar het hart. Men sluit vervolgens de elektrodekatheters aan op speciale computers. Vanaf dan kan men het hart van buitenaf elektrische prikkels toedienen. Zo probeert men de ritmestoornis op te wekken.

De plaats waar de katheters worden ingebracht zal **plaatselijk verdoofd** worden. U zal tijdens de hele procedure wakker zijn. Van het schuiven van de katheters zal u niets voelen. Als het lukt om de ritmestoornis op te wekken, voelt u meestal dezelfde klachten zoals u thuis reeds had.

Er zijn weinig risico's verbonden aan het elektrofysiologisch onderzoek. De meest voorkomende complicatie (1-2%) is het nabloeden van de lies of het ontstaan van een bloeditstorting (hematoom of blauwe plek).

De nazorg van een EFO is gelijkaardig zoals een ablatie, lees dus ook zeker "Wat gebeurt er na de PVI" op p20.

Wat na de diagnosestelling?

Als u de diagnose heeft gekregen, is het belangrijk om zo snel de behandeling op te starten. VKF is een progressieve ziekte die **moeilijker te behandelen wordt naarmate het langer aanhoudt**.

Behandeling



De 3 kernelementen van uw behandeling

Belangrijk is om vanaf de diagnosestelling in te zetten op preventie. Pas daarom uw leefstijl aan in lijn met uw risicofactoren! **Gewichtsreductie, behandeling van slaapapneu en rookstop** kan uw kans op **herval** sterk **verminderen**.

Afhankelijk van uw klachtenpatroon en onderliggende oorzaak zal de arts een behandeling voorstellen die zich richt op drie kernelementen, namelijk: bloedverdunning, frequentiecontrole en ritmecontrole.

Afhankelijk van uw risicoprofiel op het vormen van bloedklonters zal er (al dan niet levenslang) **bloedverdunning** (anticoagulantia) opgestart worden. Extra informatie en de verschillende soorten anticoagulantia kan u terugvinden in bijlage.

Frequentiecontrole (*rate control*) richt zich op het vertragen van een te snel hartritme. Hierdoor kan uw hart efficiënter pompen en zullen uw symptomen verminderen of verdwijnen. Uw arts kan hierbij medicatie voorschrijven zoals bètablokkers en/of calciumkanaalblokkers.

Het doel van **ritmecontrole** (*rhythm control*) is het proberen stoppen van de ritmestoornis en te voorkomen dat ze opnieuw optreedt. Het proberen herstellen en behouden van een normaal, regelmatig en sinusaal hartritme wordt ook wel "cardioversie" genoemd. Dit kan met behulp van medicatie zoals antiaritmica, maar ook door het uitvoeren van een (korte) ingreep zoals een DC-shock en/of ablatie (zie verder). Na cardioversie kan uw ritmestoornis terugkeren, vandaar wordt er in tweede tijd vaak een ablatie gepland.

Achteraan de brochure kan u meer informatie vinden over de specifieke medicatie die uw arts u mogelijks kan voorschrijven.

Elektrische cardioversie (DC-shock)

Zoals eerder aangehaald is een elektrische cardioversie een procedure die gebruikt wordt om van een abnormaal naar een sinusaal hartritme (=normaal) te gaan.

Dit gebeurt aan de hand van een **korte elektrische shock op de borstkas**. Deze shock stopt het abnormale hartritme en laat toe dat het hart zich herstelt en een normaal hartritme terug overneemt.

De ingreep gebeurt onder **volledige verdoving**. Op 2 plaatsen op uw borst wordt een klever aangebracht. Op de plaats waar de klevers zijn aangebracht, dient de cardioloog één of meerdere elektrische shock toe. De eigenlijke cardioversie duurt minder dan 5 minuten, de totale duur van behandeling is ongeveer 30 minuten.

Na de ingreep wordt uw hartritme enkele uren opgevolgd. Mogelijks kan u nog last of pijn hebben op de plaats waar de shock werd toegediend.

Enkele uren na de ingreep of de dag erna mag u naar huis. Let er op dat u, omwille van de verdoving, **de eerste 24u niet alleen mag zijn, noch zelf met de auto mag rijden**. Laat u best verder begeleiden door een naaste. Verder wordt er aangeraden om de eerste dagen na de ingreep te rusten.



Pulmonaal Venen Isolatie (PVI)



PVI is een vorm van ablatie die specifiek gebruikt wordt ter behandeling van voorkamerfibrillatie. Zoals U al weet, komen de extra prikkels vanuit de aanhechtingsplaats van de pulmonaal venen in de linker voorkamer.

Men kan het normale hartritme herstellen door de **ongewenste prikkels** in te sluiten (= **isoleren**). Met behulp van een ablatiekatheter kan men tijdens de ingreep meten en controleren wanneer de elektrische isolatie bereikt is.

Het normale sinusritme, dat onderliggend altijd aanwezig was, zal na de ablatie opnieuw het enige signaal zijn in de voorkamers.



Pulmonaal **V**enen **I**solatie

Chaotische prikkels worden elektrisch geïsoleerd door een littekenweefsel te maken rondom de longaders (pulmonaal venen).

Vorbereiding op de dag vóór uw ablatie

Afhankelijk waar u zal opgenomen worden (afdeling cardiologie/ dagkliniek), zal u de dag vóór/ van de ingreep zich moeten aanmelden in het ziekenhuis. Denk eraan om uw identiteitskaart, medicatie(lijst) en andere preoperatieve papieren (met toestemmingsformulier) mee te brengen. Meldt uw allergieën ook vooraf bij de verpleegkundigen/ arts.

Gezien de ingreep onder algemene verdoving zal verlopen, dient u **nuchter** te zijn. Daarom zal u vanaf middernacht niet meer mogen eten. Een kleine hoeveelheid water mag u drinken tot 2uur voor de operatie. Eenmaal op de afdeling zullen de verpleegkundigen u helpen met de voorbereidingen. De **punctieplaats (lies)**, polsen, borst en rug zullen onthaard worden. Op die manier kan men gemakkelijk elektrodepleisters bevestigen, een infuus plaatsen en monitor aanhangen.



Betreft uw bloedverdunding, dient u (tenzij anders afgesproken) bij...:

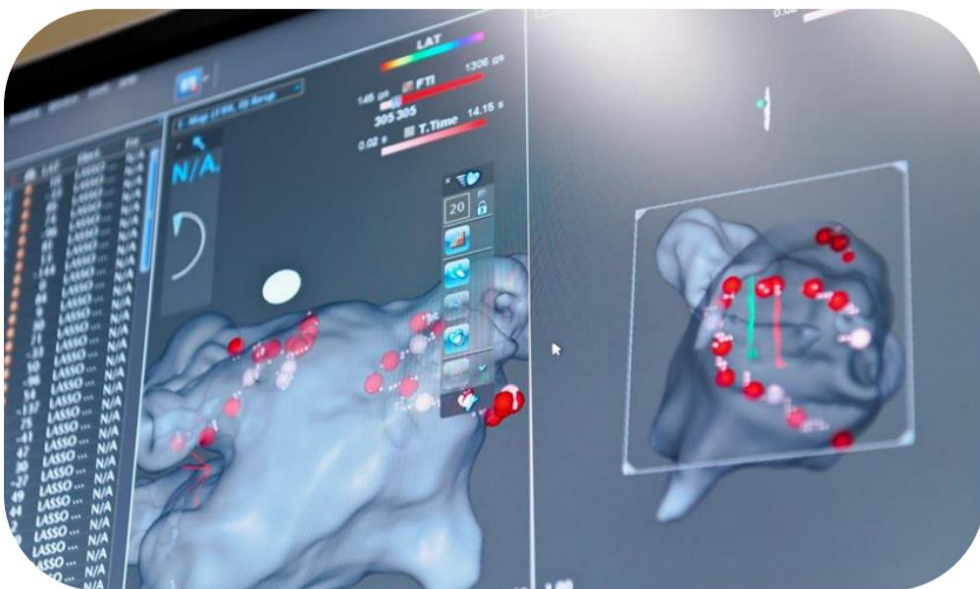
- 2 daags inname van **Pradaxa** ® of **Eliquis** ®: De ochtend van de ingreep zelf, mag u de medicatie éénmalig NIET innemen. Uw avondinname mag zoals gewoonlijk terug ingenomen worden.
- 1 daags inname van **Lixiana** ® of **Xarelto** ®: Indien u deze in de ochtend inneemt, dient u 1 week vóór uw ingreep permanent te veranderen naar avondinname. Indien u deze medicatie in de avond neemt, dient u deze zonder onderbreking verder in te nemen.
- Inname van **Marevan** ®, **Marcoumar** ® of **Sintrom** ®: Zonder onderbreking innemen (recente INR controle is van belang!).

De dag van uw ingreep

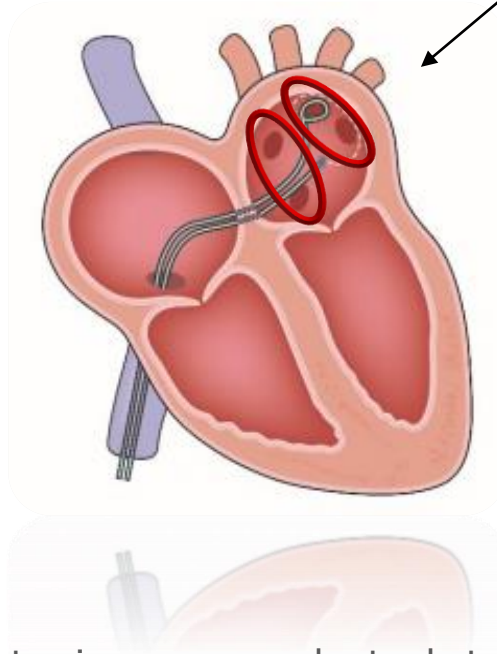
De procedure zal in het **cathlab** doorgaan. Eens u daar bent zullen de verpleegkundigen u helpen installeren op de operatietafel. Nadien zal er een infuus aangeprikt worden, verschillende pleisters worden bevestigd en zal u een zuurstofmasker krijgen. Op dit ogenblik zal u in slaap gebracht worden.

De arts prikt **via de** (rechter) **lies** aan en zal een katheter naar de gewenste plek in het hart doorschuiven. Om in de linker voorkamer te geraken, dient de arts een "transseptale punctie" uit te voeren. Hierbij wordt het tussenschot (het septum) tussen de twee voorkamers doorprikt. Deze procedure wordt veilig uitgevoerd onder begeleiding van een speciale **echo** (langs de slokdarm).

Om een beeld te vormen van uw linker voorkamer zal er (met behulp van contraststof) een **3D-model** gereconstrueerd worden. Deze methode maakt het mogelijk om zeer gericht en op de juiste plaats de behandeling toe te passen.



Afhankelijk van de soort procedure zal er rond de ingang van de **vier pulmonaal venen een litteken** gemaakt worden = **isolatie**.



Naargelang de anatomie van uw hart, het voorkomen van de hartritmestoornis en de voorkeur van de elektrofysioloog zal de keuze voor een specifieke procedure gemaakt worden.

Verschillende soorten ablatietechnieken zijn:

- Radiofrequente ablatie (RFA): punt voor punt wordt er een cirkel gebrand rondom alle vier longaders.
- Cryoablatie: door middel van een soort ballon zal de regio rond de longaders bevroren worden.
- Laserablatie: door middel van een laser wordt de regio rond de longaders behandeld.
- Pulsed Field Ablatie (PFA): met een pulserend elektrisch veld wordt het littekenweefsel in één "ontlading" aangebracht.
- Combinatie RFA en PFA

Wat gebeurt er na de ablatie?

Na controle van het resultaat worden de katheters uit de lies verwijderd. Nadien krijgt u een **drukverband in de lies** om enige nabloedingen te vermijden. Vervolgens wordt u naar de ontwaakzaal gebracht.

Na de operatie zal u **4u strikte bedrust** moeten naleven (= rugligging, waarbij u het rechter been niet mag bewegen).

Kort na de ingreep zal er meestal een echografie van het hart uitgevoerd worden, waarbij men controleert indien er eventuele vochtophoping aanwezig is. Zodra u terug op de kamer bent, zal uw hartritme en bloeddruk via de **monitor** verder opgevolgd. De insteekplaats in de lies zal ook regelmatig gecontroleerd worden.

Na overleg met de arts mag u 's avonds of de dag nadien het ziekenhuis verlaten. Uw bloedverdunning mag verder ingenomen worden. In de meeste gevallen zal er preventief een maagbescherming worden voorgeschreven, dit gedurende één maand. U zal de nodige documenten (medicatielijst, verzekeringspapieren en/ of attesten) meekrijgen naar huis, alsook uw **vervolg afspraken**. De consultatie wordt doorgaans na een periode van drie maanden ingepland bij uw behandelende cardioloog. U zal ook een holterafpraak meekrijgen, ter controle of de ritmestoornis nog aanwezig is.

Denk eraan dat u omwille van de verdoving, na de ingreep **de eerste 24uur niet alleen mag zijn, noch zelf met de auto mag rijden**. Laat u best verder begeleiden door een naaste.

Om **nabloedingen** te **voorkomen** wordt er aangeraden om gedurende **één week geen zware inspanningen** te verrichten zoals hardlopen, grote fietstochten maken, in de tuin werken of zware dingen heffen. Tot slot mag u één week **niet in bad**, een korte douche nemen mag wel.

Mogelijke symptomen en/ of complicaties na PVI

- **Pijnlijke keel:** omwille van echo en de intubatie tijdens de ingreep kan uw keel geprikkeld zijn. Deze pijn zal over gaan, in tussentijd kunnen koude dranken de pijn doen verzachten.
- Blauwe plek, **nabloeding** en/of pijn ter hoogte van de **lies:** neem contact op indien: uw wonde zou nabloeden, uw pijn (zeer) ernstig van aard is en/of uw blauwe plek donkerder en groter wordt.
- **Hartkloppingen:** 90% van het litteken vormt zich vier tot zes weken na de procedure. Hierdoor is het mogelijk dat u in tussentijd nog hartkloppingen ondervindt. U hoeft zich geen zorgen te maken als deze klachten vóór uw controleraadpleging nog aanwezig zijn. 80% van alle patiënten die een PVI ondergaan, zal de VKF bij de eerste ablatie verholpen worden.
- **Pijn op de borst:** door prikkeling van het hartvlies (pericarditis) kan u na de ingreep mogelijks last hebben van lichte pijn op de borst die verergert bij inademen of bepaalde houdingen. Indien nodig mag u hiervoor Dafalgan 1g ® innemen tot maximaal 3x/dag.

Indien bovenstaande klachten niet van voorbijgaande aard zijn of steeds erger worden, dan neemt u best contact op met het VKF-adviescentrum.

Hoewel een ablatie een relatief eenvoudige procedure is met weinig risico's, blijft het een ingreep die gepaard kan gaan met enkele complicaties. Deze komen gelukkig maar heel zelden voor:

- Harttamponnade (vocht in het hartzakje): dit kan men vaststellen op de echografie die men standaard zal uitvoeren na de procedure.
- (tijdelijke) zenuwschade

Bijlages

// Overzicht medicatielijst

// Uitnodiging (gratis) groepseducatie

// Nood aan meer informatie over hartrevalidatie en/ of voeding?

// Notitieveld

// Dagboek

// Uw aanspreekpunt en contactgegevens

Overzicht medicatielijst



Frequentiecontrole

Bètablokkers: vertragen uw hartslag, ontspannen uw bloedvaten en maken het voor uw hart gemakkelijker om bloed te pompen

- Bisoprolol ®, Atenolol ® Sotalol ®

Calciumkanaalblokkers: onderbreken de beweging van calcium in uw hart en bloedvatenweefsel om uw hartslag te vertragen

- Amlor ®

Ritmecontrole

Anti aritmica: herstellen en/of behouden van het normale sinusritme.

- Amiodarone ®, Cordarone ®, Flecainide ®

Anticoagulantia / bloedverduunning

Anticoagulantia verdunnen het bloed en verminderen het risico op bloedklonters en beroertes. Specifiek bij voorkamerfibrillatie zijn er 2 groepen te onderscheiden. Enerzijds de vitamine K-antagonisten (VKA) die behoren tot de oudere bloedverduunners, anderzijds de nieuwe preparaten, genaamd niet-vitamine-K-antagonisten (NOAC).

Vitamine K-antagonisten (VKA): Het effect van deze medicatie is soms moeilijk voorspelbaar, waardoor een regelmatige bloedcontrole (INR) noodzakelijk is.

- Marevan ®, Marcoumar ®, Sintrom ®

Niet-vitamine-K-antagonisten (NOAC): zijn gemakkelijker in gebruik en voorkomen zelfs beter beroertes in vergelijking met klassieke VKA.

- Pradaxa ®, Eliquis ®, Xarelto ®, Lixiana ®.

Bloedcontrole is bij inname van een NOAC jaarlijks nodig. Vanaf 75 jaar (voornamelijk bij inname van Pradaxa ® en Lixiana ®) wordt er sterk aangeraden om uw nierfunctie 6-maandelijks te laten controleren.

FAQ bij het gebruik van bloedverduunning:

Wanneer moet ik een zorgverlener raadplegen?

Een bloeding is de meest voorkomende bijwerking van een bloedverdunner. Minder risico op beroerte is echter veel belangrijker dan het bloedingsrisico. Raadpleeg uw zorgverlener indien u tekens vertoont van bloedingen zoals:


- Ongewone blauwe plekken, neusbloedingen, bloeding van tandvlees, snijwonden die langdurig bloeden
- Bloed in de urine; rode of zwarte stoelgang; Bloederige fluimen of braken van bloed
- Duizeligheid, bleekheid of zwakte

Wat als ik een dosis vergeet in te nemen of dubbel heb ingenomen?

	Pradaxa ®, Eliquis ®, Xarelto ®, Lixiana ®	Marevan ®, Marcoumar ®, Sintrom ®
Dosis vergeten innemen	<p>U mag uw vergeten medicatie toch nog innemen. TENZIJ de tijd tot uw volgende dosis kleiner is dan de tijd na uw vergeten dosis.</p> <p><i>U neemt bijvoorbeeld Eliquis 2x/dag, om 8u en 20u. Tot 14u mag u de vergeten (ochtend) dosis nog innemen. Later dan 14u, dient u contact op te nemen met uw (huis)arts.</i></p>	Neem direct contact op met uw behandelende arts.
Dosis dubbel ingenomen	<p>Bij 2x daags schema: u kan de volgende dosis overslaan en herstarten na 24u.</p> <p>Bij 1x daags schema: u mag uw normale schema verder volgen zonder een dosis over te slaan.</p>	

Moet ik mijn bloedverdunding stoppen bij een operatie/ ingreep?

Afhankelijk van het bloedingsrisico tijdens de ingreep zal uw medicatie vooraf eventueel gestopt moeten worden. Contacteer steeds uw behandelende arts om dit na te vragen en waarschuw uw tandarts, chirurg of andere arts vóór de geplande ingreep.

 **Geen inname van uw bloedverdunding betekent geen bescherming.** Stop uw geneesmiddel dus nooit zonder uw arts eerst te raadplegen.

Uitnodiging (gratis) groepseducatie

VKF
advies-
centrum

VRAGEN OVER
VOORKAMERFIBRILLATIE?

GROEPSEDUCTATIE:

Dinsdagmiddag 15u – 16u

Donderdagvoormiddag 10u – 11u

Zaal "De scheepswerf"
te OLV (campus Aalst)

INSCHRIJVEN (=gratis):

Stap 1: Download Mynexuzhealth app
(scan QR-code hieronder) + meld u aan



Stap 2: Maak een afspraak bij OLV Aalst en
selecteer "Groepseducatie VKF Aalst"

Stap 3: Kies uw tijdslot en bevestig afspraak

PROGRAMMA:

Wat is voorkamerfibrillatie?

Wat zijn de behandelingsmogelijkheden?

Info met betrekking tot ablatie

Anticoagulantia, wat nu?

Wat kan u zelf doen?

Praktische tips

Prangende vragen kan u reeds op voorhand noteren

Wat zijn mijn
mogelijkheden?

Wat zijn de voordelen
en nadelen van die
mogelijkheden?

Wat betekent dat
in mijn situatie?



Meer info?

www.hartcentrumaalst.be

Of contacteer verpleegkundig consultant:

Lisa.de.braekeleer@olvz-aalst.be

Nood aan meer informatie?



Aarzel niet om uw vragen te stellen aan uw arts of verpleegkundig consulent VKF.

Bekijk ook zeker de website voor bijkomstige informatie

<https://www.olvz.be> en <https://www.hartcentrumaalst.be>

Hieronder vindt u de nodige contactgegevens terug, per specifiek onderwerp.

Zet in op uw risicofactoren:

Opvolging na de ablatie/ PVI:

Slaaplabo (screening slaapapneu)

campus Aalst tel: 053/72 42 89

campus Asse tel: 023/00 63 36

campus Ninove tel: 054/ 31 20 27

Hartrevalidatie

Leidinggevende: Inge Du Bois

Tel: 053/72 47 50

Email:

cardio-revalidatie.aalst@olvz-aalst.be

Voedingsadvies

Tel: 053/72 48 15

Email:

dieetafdeling.aalst@olvz-aalst.be

VKF-adviescentrum

Tel: 053/72 84 90

Email:

vkfadviescentrum@olvz-aalst.be

Rookstopkliniek

Tel: 053/ 72 88 95

Email:

rookstopkliniek@olvz-aalst.be

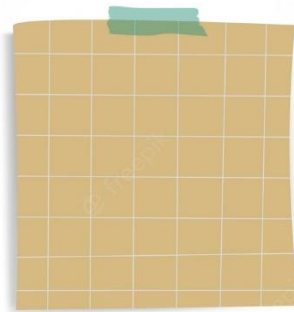


Notities



Vragen, opmerkingen, bijzonderheden?

Schrijf het hieronder neer en bespreek het bij u eerst volgende consultatie met uw (huis) arts of contacteer het VKF adviescentrum.



Dagboek



Datum + uur	Hartslag (slagen/min)	Bloeddruk	Bijkomende symptomen

Datum + uur	Hartslag (slagen/min)	Bloeddruk	Bijkomende symptomen

Uw aanspreekpunt: **Het VKF adviescentrum**

Als u of uw arts bijkomende vragen heeft, kan u altijd terecht bij:

Het team van verantwoordelijke cardiologen - **elektrofysiologen**:

Dr. De Potter T.

Dr. Geelen P.

Dr. Peytchev P.

Dr. De Schouwer K.

Tel (secretariaat): 053/72 44 33

Verpleegkundig consultant VKF:

Lisa De Braekeleer

Tel: 053/72 84 90

Email: vkfadviescentrum@olvz-aalst.be





----- Onder constructie -----

Disclaimer

De informatie in deze brochure is van algemene aard en is bedoeld om u een globaal beeld te geven van de zorg en voorlichting die u kunt verwachten. In iedere situatie, en dus ook de uwe, kunnen andere adviezen of procedures van toepassing zijn. Deze brochure vervangt dus niet de informatie die u van uw behandelend arts reeds kreeg en die rekening houdt met uw specifieke toestand. Zijn er na het lezen van deze brochure nog vragen schrijf deze eventueel op en bespreek ze in ieder geval met uw behandelend arts.

Versie 06/ 2023

