

Boezemfibrillatie
(atriumfibrillatie)

In overleg met uw arts bent u doorverwezen naar de Boezemfibrillatie poli voor de behandeling en begeleiding van de hartritmestoornis boezemfibrilleren (ook wel atriumfibrilleren genoemd). Het behandelteam bestaat uit cardiologen en gespecialiseerde verpleegkundigen. In deze folder leest u wat deze hartritmestoornis inhoudt en welke behandelmogelijkheden er zijn. De folder is bedoeld als aanvulling op de informatie die u van de cardioloog en gespecialiseerd verpleegkundige ontvangt.

Informatie over boezemfibrilleren

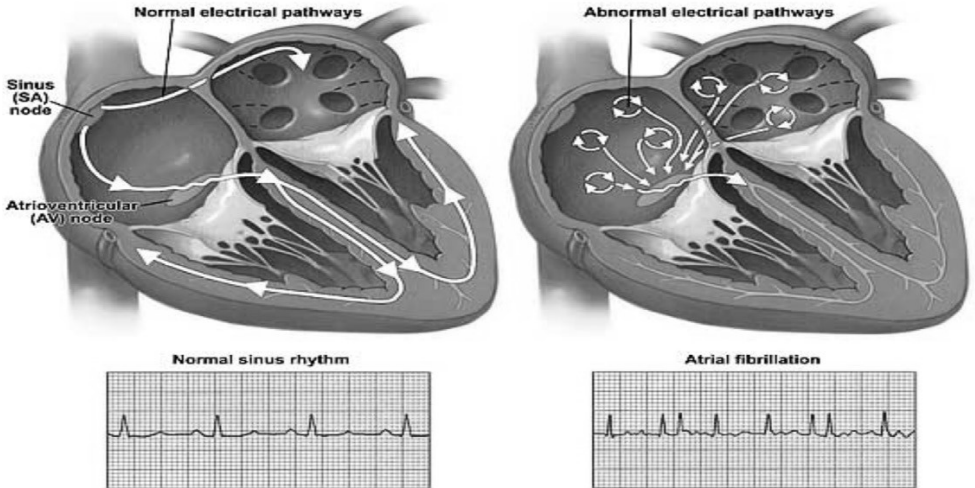
De werking van het hart

Het hart is een spierpomp en bestaat uit vier ruimtes. Twee boezems (atria) en twee kamers (ventrikels). In de rechterboezem komt het zuurstofarme bloed terug uit het lichaam en stroomt vervolgens door naar de rechterkamer. Via de rechterkamer gaat het zuurstofarme bloed naar de longen. Hier wordt het bloed voorzien van zuurstof en komt het in de linkerboezem. Via de linkerboezem komt het zuurstofrijke bloed in de linker kamer. Deze pompt het via de grote lichaamsslagader (aorta) naar het lichaam.

Het normale hartritme (sinusritme)

Bij een normaal hartritme trekken eerst de boezems gelijktijdig samen en daarna de beide kamers. Het elektrische systeem van het hart regelt dit. In de rechterboezem bevindt zich de sinusknop, een klompje hartcellen met een speciale functie. In deze sinusknop ontstaat een elektrische prikkel die het hart aanstuurt. Deze prikkel verspreidt zich over de boezems waardoor deze samentrekken. Daarna gaat de prikkel naar een soort tussenstation tussen de boezems en de kamers, de AV-knoop. Hier wordt de prikkel even vastgehouden (vertraagd) zodat de boezems het bloed goed kunnen wegpompen richting de kamers. De elektrische prikkel loopt daarna via twee geleidingswegen over de kamers zodat deze samentrekken en het bloed wegpompen naar de longen en de grote lichaamsslagader. Vervolgens begint de hele cyclus opnieuw. Bij een

normaal hartritme is dat gemiddeld 60 – 100 keer per minuut en kan bij inspanning oplopen van 150 – 190 slagen per minuut, afhankelijk van de leeftijd. (vuistregel: 220 – leeftijd).



Wat is boezemfibrilleren

Bij boezemfibrilleren ontstaan er elektrische prikkels die niet van de sinusknoop komen maar vanuit verschillende plekken uit beide boezems. De frequentie van dit snelle chaotische boezemritme kan oplopen tot wel meer dan 300 – 500 prikkels per minuut. Het tussenstation (de AV-knoop) laat deze prikkels gelukkig niet allemaal door. Het hart zal dus niet 300 – 500 keer per minuut kloppen, maar 130 – 150 slagen per minuut. Meestal is het ritme sneller dan normaal, maar ook een traag hartritme kan voorkomen.

Wat is de oorzaak van boezemfibrilleren

Eén duidelijke oorzaak voor boezemfibrilleren is niet aan te wijzen. Er zijn veel factoren die boezemfibrilleren kunnen veroorzaken. De belangrijkste oorzaak is een hoge bloeddruk, maar ook hartklepafwijkingen,

atherosclerose (aderverkalking) van de kransslagvaten, hartfalen, obesitas (overgewicht), longziekten of schildklierandoeningen kunnen boezemfibrilleren veroorzaken. De bouw en structuur van de boezems spelen een rol, zoals de dikte en de rangschikking van de spiervezels. Een duidelijke oorzaak die het hele fibrilleren verklaart, is bij bijna niemand te vinden.

De meeste mensen met boezemfibrilleren zoeken tevergeefs naar factoren die bij hen een aanval uitlokken, zoals voedingsmiddelen of bepaalde activiteiten. Er kunnen soms wel patronen aanwezig zijn. Vaak begint een aanval namelijk in rust of na een inspanning. Het ontstaan van boezemfibrilleren tijdens inspanning is erg zeldzaam. Nachtelijk boezemfibrilleren komt veel voor. Meestal is er geen reden om terughoudend te zijn met lichaamsbeweging of sport. Hoe dit voor u is, zullen we expliciet met u bespreken.

Het enige voedingsmiddel waarvan een duidelijke relatie met boezemfibrilleren bekend is, is alcohol. Sommige andere voedingsmiddelen kunnen bij individuele gevallen wel klachten geven, zoals (het overmatig gebruik van) koffie. Het mijden van dergelijke voedingsmiddelen is aan te bevelen als u een heel duidelijke relatie voelt met boezemfibrilleren. Op hogere leeftijd neemt de kans op boezemfibrilleren toe, met name na het zestigste levensjaar.

Wat zijn de klachten van boezemfibrilleren

De meeste mensen hebben duidelijke klachten van boezemfibrilleren, zoals hartkloppingen, een naar gevoel op de borst, duizeligheid, vermoeidheid en kortademigheid. De ernst van deze klachten kan variëren. Sommige mensen zijn (sterk) beperkt in hun dagelijkse activiteiten. Het is belangrijk te realiseren dat hoe hevig en lastig de klachten ook zijn, het hart in alle gevallen gewoon door blijft pompen.

Over het algemeen hebben jongere mensen meer klachten van het boezemfibrilleren, doordat de hartslag op jongere leeftijd vaak sneller is.

Sommige mensen hebben afwisselend een regelmatig ritme en boezemfibrilleren. Ze hebben vooral last van de overgang tussen beide ritmes, in het bijzonder bij het begin van een periode van boezemfibrilleren. Andere mensen merken niet eens het verschil tussen beide ritmes waardoor ze ook geen klachten hebben.

Is boezemfibrilleren gevaarlijk

Hoewel de hartritmestoornis vaak als erg vervelend wordt ervaren, is het boezemfibrilleren in principe een ongevaarlijke ritmestoornis. Er zijn twee factoren van belang om complicaties te voorkomen:

1. Boezemfibrilleren kan leiden tot bloedstolselvorming in het hart, welke zich kan verspreiden naar de hersenen en daar een beroerte veroorzaken. Er zijn verschillende medicijnen die stolselvorming tegengaan. Welke medicament het beste is, hangt af van een aantal factoren, waaronder leeftijd, een hoge bloeddruk en andere hart- en vaatziekten.
2. Boezemfibrilleren met een hoge hartfrequentie kan leiden tot een vermindering van de pompfunctie van het hart (hartfalen). Daarom wordt bij chronisch boezemfibrilleren medicatie voorgeschreven om de hartfrequentie te verlagen.

Welke behandelingsmogelijkheden zijn er

De behandeling van boezemfibrilleren kan worden ingedeeld in:

1. Ritmecontrole
2. Frequentiecontrole
3. Antistolling
4. Overige behandelingsmogelijkheden

1. Ritmecontrole

Herstel sinusritme

Wanneer de klachten van boezemfibrilleren korter dan 48 uur bestaan,

kan een cardioversie (herstel naar sinusritme) worden verricht. Dit kan bestaan uit het toedienen van medicijnen via de bloedbaan (chemische cardioversie) of het toedienen van een elektrische schok (elektrische cardioversie).

Wanneer het boezemfibrilleren langer bestaat dan 48 uur, stijgt het risico op stolselvorming. Daarom moet de patiënt voorafgaand aan een elektrische cardioversie minimaal drie weken worden ontstold. Na de procedure moet elke patiënt minimaal vier weken de antistolling nemen.

Ritmecontrole strategie (behoud van sinusritme)

Na een succesvolle cardioversie is het van belang om het verkregen sinusritme te behouden en een terugval van het boezemfibrilleren te voorkomen (ritmecontrole strategie). De kans op een terugval is echter groot. Bij een ritmecontrole strategie wordt een preventieve behandeling ingezet met een medicijn (anti-aritmicum).

Er zijn diverse medicijnen die effectief zijn in het voorkomen of verminderen van de aanvallen van boezemfibrilleren. Vaak worden combinaties van medicijnen gegeven. De keuze voor een bepaald medicijn is afhankelijk van het type boezemfibrilleren, de oorzaak ervan en de aanwezigheid van onderliggend hartlijden. Bij veel mensen kan met de juiste combinatie en dosering van deze medicijnen het boezemfibrilleren goed worden behandeld. Deze behandeling kan bij ieder mens anders zijn. De diverse medicijnen kunnen bijwerkingen hebben. Soms kan het optreden van bijwerkingen een reden zijn om het middel te stoppen en te vervangen.

2. Frequentiecontrole

Bij frequentiecontrole wordt geprobeerd de hartfrequentie te reguleren met medicijnen (< 90 hartslagen/ min in rust en < 110 hartslagen/ min bij lichte tot matige inspanning), de klachten te verminderen en het ontstaan van hartfalen te voorkomen.

Frequentiecontrole wordt vaak toegepast bij (oudere) patiënten met weinig

tot geen klachten en als een ritmecontrole strategie niet succesvol is. Tot nu toe is niet aangetoond dat ritmecontrole beter is dan frequentie controle.

3. Antistolling

Afhankelijk van de risicofactoren zoals hartfalen, hoge bloeddruk, leeftijd en geslacht, suikerziekte, een herseninfarct in het verleden of een andere vaataandoening, wordt medicatie voor antistolling afgesproken.

4. Overige behandelingsmogelijkheden

Pacemaker

Anders dan vaak wordt gedacht is een pacemaker in principe geen goede behandeling voor boezemfibrilleren. Een pacemaker kan bij mensen met een te traag hartritme de hartfrequentie op peil houden. Een pacemaker kan het ritme niet veranderen.

Katheterablatie

Sinds ongeveer tien jaar is de katheterablatie van boezemfibrilleren een steeds vaker toegepaste techniek. Bij de behandeling wordt de tip van een speciale katheter verwarmd (tot 50-60 graden door middel van radiofrequente energie) of heel koud gemaakt. Daarmee worden littekens gemaakt in het hartspierweefsel, op de plaats waar de ritmestoornis vandaan komt of waar de elektrische prikkels moeten passeren om de ritmestoornis in stand te houden. Vaak is het nodig de behandeling twee keer te ondergaan om het optimale succes te bereiken. In toenemende mate komen mensen (relatief jongere mensen met aanvalsgewijs boezemfibrilleren) in aanmerking voor deze ablatiebehandeling.

Deze behandeling heeft een succeskans van 70-90%, mede afhankelijk van of het boezemfibrilleren alleen in aanvallen optreedt of voortdurend aanwezig is.

De kans op complicaties tijdens en na deze procedure ligt rond de 3%. Enkele problemen die zich kunnen voordoen zijn:

-
- stolselvorming gevolgd door een herseninfarct;
 - bloedingen bij de insteekplaatsen in de lies;
 - een bloeding in het hartzakje;
 - vernauwingen van bloedvaten in de buurt van de plaats waar de ablatielittekens worden aangebracht;
 - nog veel zeldzamer zijn letsels aan de slokdarm.

Deze gespecialiseerde behandeling wordt uitgevoerd door een electrofysioloog en in gespecialiseerde centra.

(Mini) Maze-operatie

Als laatste mogelijkheid kan boezemfibrilleren ook chirurgisch worden behandeld via een operatieve ingreep. De oudste chirurgische behandeling is de Mazeoperatie. Hierbij worden, door middel van een open hartoperatie, een aantal grote littekens in de boezems gemaakt of gebrand. Deze techniek wordt niet vaak meer toegepast. Ook kan de chirurg littekens maken zoals bij een katheterablatie. Dit wordt vaak toegepast bij mensen die om een andere reden een hartoperatie moeten ondergaan, zoals een bypass- of een klepoperatie.

De minimaze operatie is een Video Assistend Thoracoscopic Surgery (VATS). Dit betekent dat het een operatie is in de borstkast met behulp van een kijkbuis waarop een videocameraatje zit. Zo kan de chirurg in uw borstkas kijken en opereren zonder een grote wond te maken. De ingreep bestaat uit twee fasen: pulmonaalvenen-isolatie en verwijdering van het linkerhartoortje. Hiervoor is een speciale aanvullende brochure Minimaze operatie (verkrijgbaar bij de gespecialiseerd verpleegkundige). Ook deze gespecialiseerde behandeling wordt uitgevoerd in gespecialiseerde centra.

Heeft u nog vragen?

Heeft u naar aanleiding van deze folder nog vragen, dan kunt u contact opnemen met de **poli cardiologie**:

Telefoon 040 - 286 48 80

Folders

Al onze folders kunt u ook terugvinden op onze website:
www.annaziekenhuis.nl.



Anna Ziekenhuis

Locatie Geldrop

Bogardeind 2
5664 EH Geldrop

Locatie Eindhoven

Antoon Coolenlaan 1-03
5644 RX Eindhoven

T: 040 - 286 40 40

www.annaziekenhuis.nl



**CAR051
01-20**