



Voorkamerfibrillatie

T +32(0)89 32 50 50
F +32(0)89 32 79 00
info@zol.be

Campus Sint-Jan
Schiepse bos 6
B 3600 Genk

Campus Sint-Barbara
Bessemmerstraat 478
B 3620 Lanaken

Medisch Centrum André Dumont
Stalenstraat 2a
B 3600 Genk



Beste patiënt,

Deze brochure geeft u meer informatie over 'voorkamerfibrillatie' en tracht op een aantal veelgestelde vragen antwoord te geven.

Mocht u na het lezen van deze brochure nog vragen hebben, aarzel dan niet om ze te stellen. Uw behandelende arts en de verpleegkundigen zijn steeds bereid om op al uw vragen te antwoorden.

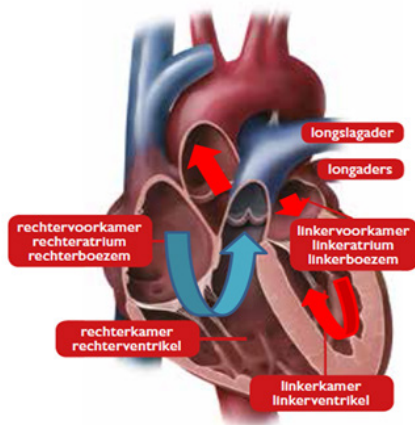
Inhoudsverantwoordelijke: dr. M. Vrolix (Cardioloog) | Augustus 2020

INHOUDSTAFEL

1. De bouw van het hart	3
2. Werking van een normaal hart	4
3. Voorkamerfibrillatie	5
4. Symptomen	6
5. Oorzaken	7
6. Verschillende types	8
7. Problemen	9
8. Diagnose	11
9. Behandeling	15
10. Voorkamerflutter	20
11. Contact	21

01 DE BOUW VAN HET HART

Het hart is een holle spier die bloed doorheen het lichaam pompt en zo alle weefsels en organen van zuurstof en voedingsstoffen voorziet. Er zijn vier holten in het hart: twee voorkamers of boezems en twee kamers of ventrikels. Zuurstofarm bloed (blauwe pijl) komt via de grote aders in de rechtervoorkamer terecht. Vanuit de rechtervoorkamer wordt het bloed in de rechterkamer gepompt en gaat dan via de longslagader naar de longen om daar zuurstof op te nemen en afvalstoffen af te geven.



Dat zuurstofrijke bloed (rode pijl) komt via de longaders in de linkervoorkamer terecht en stroomt zo verder naar de linkerkamer. Van daaruit wordt het zuurstofrijke bloed via de hoofdslagader (aorta) naar verschillende organen (hersenen, maag, darmen, nieren, longen,...) gepompt. In het hele lichaam worden zuurstof en voedingsstoffen door het bloed afgegeven en worden afvalstoffen opgenomen.

02 WERKING VAN EEN NORMAAL HART

Het hart trekt continu uit zichzelf samen. Dit gebeurt aan de hand van elektrische impulsen of prikkels. Deze prikkels, die telkens weer het hart doen samentrekken, ontstaan in speciale gangmaker-cellen in het hart: de sinusknoop. Deze sinusknoop bevindt zich bovenaan in de rechtervoorkamer.

Vanuit de sinusknoop verspreiden de elektrische prikkels zich eerst over de twee voorkamers, waardoor deze het signaal krijgen om samen te trekken. De prikkels komen dan aan in een tussenstation, de atrioventriculaire (AV) knoop, deze is gelegen tussen de voorkamers en de kamers. Deze AV-knoop heeft als taak de prikkel even te vertragen zodat de voorkamers de kamers kunnen vullen. Ten slotte gaan de prikkels naar de kamers en krijgen deze het signaal om samen te trekken. Van hieruit wordt het bloed in het lichaam gepompt.

Dit elektrische geleidingssysteem bepaalt aan welke snelheid de hartspier zal samentrekken, en bepaalt dus ook de hartfrequentie.

De hartfrequentie of polsfrequentie komt overeen met het aantal keren waarmee de kamers van het hart per minuut samentrekken. Een gezond hart heeft een regelmatig hartritme, tussen de 50 en 100 slagen per minuut in rust, dat lichtjes varieert met de ademhaling. Dit kan gemakkelijk oplopen tot boven de 100 slagen per minuut bij een lichamelijke activiteit of bij emotionele stress. Normaal klopt het hart dus rustig en regelmatig.

NORMAAL HARTRITME



Een hartritmestoornis ontstaat als het aantal slagen per minuut veel hoger of veel lager is dan gemiddeld, of als de voorkamers en de kamers niet in de juiste volgorde samentrekken.

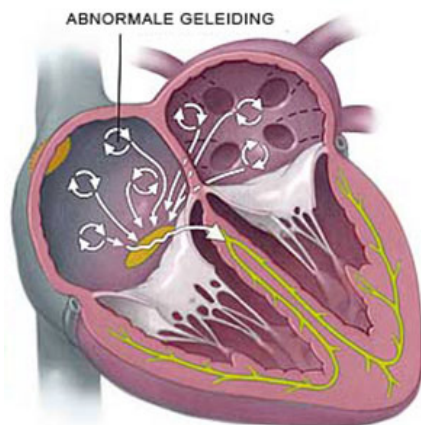
03 VOORKAMERFIBRILLATIE

Bij een normaal hartritme werkt het elektrische geleidingsstelsel goed geordend. Bij voorkamerfibrillatie daarentegen is de elektrische prikkeling in de voorkamers verstoord.

Hierdoor ontstaat er chaos en zullen de voorkamers honderden malen per minuut op verschillende plaatsen geprikkeld worden.

Dit heeft als gevolg dat de voorkamers niet meer gaan samentrekken, maar heel onregelmatig en op een snelle manier gaan trillen of 'fibrilleren' (voorkamerfibrillatie). Al deze honderden prikkels worden gelukkig niet doorgegeven aan de kamers.

Hiervoor zorgt het tussenstation, de AV-knoop. Deze zorgt ervoor dat de prikkels vertraagd worden tijdens de doorgeleiding naar de kamers. Gezien de prikkels wisselend worden doorgegeven, zullen de kamers ook onregelmatig samentrekken, vaak snel, soms traag.



04 SYMPTOMEN

3.1 Wat is voorkamerfibrillatie en hoe vaak komt het voor?

Voorkamerfibrillatie (VKF of boezemfibrilleren) is de meest voorkomende hartritmestoornis waarbij het hart onregelmatig en meestal te snel klopt. Patiënten met voorkamerfibrillatie hebben tevens een verhoogd risico op de vorming van bloedklonters.

Voorkamerfibrillatie valt onder de groep van 'ouderdomskwaaltjes': het aantal aanvallen en hun duur zal toenemen met het ouder worden. De kans op deze ritmestoornis neemt toe met de leeftijd, vooral boven de 60 jaar, hoewel ze bij sommige mensen op relatief jonge leeftijd al voor het eerst kan optreden. Eén op de vier personen zal in zijn leven ooit voorkamerfibrillatie ontwikkelen.

Tot één derde van de mensen met voorkamerfibrillatie ervaren geen symptomen of klachten.

Toch kan voorkamerfibrillatie aanleiding geven tot:

- Hartkloppingen, snel en onregelmatig bonzen van het hart. Vaak beschrijven mensen het als een gevoel dat het hart plotseling op hol slaat;
- Kortademigheid;
- Moeheid, zwakte, eerder vermoeid bij inspanning;
- Druk, pijn, of vervelend gevoel op de borstkas;
- Duizeligheid, licht in het hoofd, flauwvallen.

05 OORZAKEN

Vaak is er geen echte duidelijke oorzaak voor voorkamerfibrillatie, maar gaat het om een samengaan van meerdere factoren.

Er zijn verschillende factoren die zorgen voor voorkamerfibrillatie, zoals:

- Toenemende leeftijd;
- Verhoogde bloeddruk (hypertensie);
- Zwaarlijvigheid;
- Familiale voorbeschiktheid (genetisch bepaald);
- Doorgedreven duursporten: zoals langeafstandslopen, roeien en gewichtheffen;
- Hartziekten of hartproblemen: hartkleplijden, hartfalen (hartzwakte), een voorafgaand hartinfarct, een eerdere hartoperatie, ...;
- Schildklierprobleem: een te sterke werking van de schildklier (hyperthyreoïdie);
- Chronische ziekten: diabetes mellitus (suikerziekte), chronische longziekten... ;
- Obstructief slaapapneusyndroom: een slaapstoornis die gepaard gaat met snurken en ademstop tijdens het slapen;
- Alcoholmisbruik: overmatig alcoholgebruik op korte tijd kan een trigger zijn voor het ontwikkelen van voorkamerfibrillatie;
- Overmatig gebruik van cafeïne en andere stimulantia;
- Omkeerbare uitlokkende factoren: infectie, koorts, hartchirurgie, ontsteking van het hartzakje (pericarditis), hartinfarct, bloedklonter in de longen (longembolie);
- Stress;
- Oververmoeidheid.

06 VERSCHILLENDE TYPES

Aanvallen of episodes van voorkamerfibrillatie kunnen van wisselende duur zijn (uren tot dagen), kunnen spontaan stoppen, maar kunnen ook blijvend van aard zijn. De aanvallen kunnen tijdens allerlei momenten optreden: bijvoorbeeld bij inspanning, na het eten of in de slaap.

Voorkamerfibrillatie wordt onderverdeeld in de volgende **vier groepen**.

6.1 Eerste aanval van voorkamerfibrillatie

Het gaat om de eerste geregistreerde aanval van voorkamerfibrillatie. Bij een meerderheid van de patiënten wordt het hartritme binnen enkele minuten of uren spontaan opnieuw normaal en regelmatig. De aanval kan eenmalig zijn, vooral als er sprake is van een uitlokkende factor zoals een infectie, maar kan ook leiden tot een van de andere types van voorkamerfibrillatie.

6.2 Paroxysmale voorkamerfibrillatie

Bij dit type van voorkamerfibrillatie treden niet één, maar meerdere aanvallen op die vanzelf weer stoppen. Patiënten met dit type voorkamerfibrillatie kunnen aanvallen hebben die tot 7 dagen duren, maar de meeste aanvallen stoppen spontaan binnen de 24 uur.

6.3 Persistente voorkamerfibrillatie

Wanneer de aanvallen van voorkamerfibrillatie langer dan 7 dagen duren, spreekt men van persistente voorkamerfibrillatie. De kans is heel klein dat de ritmestoornis spontaan overgaat. De arts zal dan ook proberen om het hartritme opnieuw regelmatig te krijgen via reconversie (zie verder bij behandeling).

07 PROBLEMEN

6.4 Permanente voorkamerfibrillatie

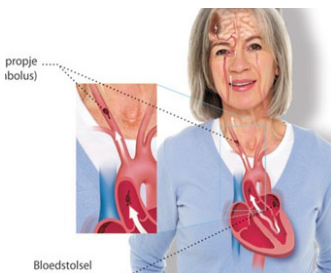
Persistente voorkamerfibrillatie kan overgaan in permanente voorkamerfibrillatie wanneer er geen normaal en regelmatig hartritme kan verkregen worden door reconversie (zie 10.1). De voorkamerfibrillatie is dus voortdurend aanwezig. De patiënt zal moeten leren leven met de ritmestoornis, met de juiste medicatie is dit perfect mogelijk.

Wanneer een aanval van voorkamerfibrillatie plots ontstaat, voelt dit vaak beangstigend aan, zeker als dit de eerste keer is. Het is belangrijk dat u weet dat voorkamerfibrillatie geen voorbode is van een hartinfarct, ook niet als u zich op het moment erg slecht voelt. Evenmin zal uw hart plots stilvallen.

Er zijn twee belangrijke problemen die door voorkamerfibrillatie kunnen ontstaan: klontervorming en hartverzwakking.

7.1 Klontervorming

Doordat de voorkamers trillen of fibrilleren en daardoor niet meer optimaal samentrekken, kan er bloed achter blijven in de voorkamers. Dit achtergebleven bloed kan zich gaan ophopen en stollen, met de vorming van een bloedklonter tot gevolg. Indien een bloedklonter uit het hart wegschiet en in de bloedvaten van de hersenen terechtkomt, spreken we van een herseninfarct of beroerte.



Dit type herseninfarct, als gevolg van de voorkamerfibrillatie, is vaak veel groter en erger dan andere types van herseninfarct. De bloedklonter kan ook ergens anders in het lichaam komen vast te zitten en leiden tot klachten (bvb. longen, nieren, darmen...).

Als voorkamerfibrillatie niet behandeld wordt met bloedverdunners, hebben patiënten vijf keer meer kans op een beroerte. Het risico op het ontwikkelen van een beroerte wordt berekend op basis van een aantal risicofactoren: hartverzwakking, hoge bloeddruk, leeftijd, suikerziekte, doorgemaakt herseninfarct, andere bloedvatvernauwingen en van het vrouwelijk geslacht zijn.

Ook na de behandeling van voorkamerfibrillatie kan er een risico op klontervorming blijven bestaan. Naargelang dit risico, zal uw arts u bloedverdunnende medicatie voorschrijven. Voor sommigen zal dit tijdelijk zijn, anderen dienen levenslang bloedverdunners te nemen.

08 DIAGNOSE

7.2 Hartverzwakking

Als het tussenstation, de AV-knoop, de heel snelle prikkels uit de voorkamers onvoldoende vertraagt, kan ook de hartslagfrequentie van de kamers te hoog worden. Als de kamers van het hart gedurende een lange tijd aan een hoge frequentie samentrekken, kunnen ze soms minder krachtig beginnen samen te trekken. Hierdoor moet het hart meer inspanning leveren om voldoende bloed naar de rest van het lichaam te pompen en kan de pompfunctie van het hart wat verminderen (= hartverzwakking). Verzwakking van het hart door voorkamerfibrillatie komt minder vaak voor, maar de voornaamste tekenen zijn kortademigheid, vermoeidheid en dikke voeten.

Bij het behandelen van voorkamerfibrillatie volstaat het om de pompfunctie van het hart opnieuw goed te laten werken. Soms zal de arts u hartondersteunende medicatie voorschrijven.

Zonder de juiste behandeling is er een verhoogde kans op een beroerte en geeft voorkamerfibrillatie vaak aanleiding tot klachten. Het is dan ook een veel voorkomende reden voor opname in het ziekenhuis. Daarom is het belangrijk om de diagnose van voorkamerfibrillatie op tijd te stellen. Dat maakt een goede behandeling mogelijk, waardoor de klachten en de kans op een beroerte goed kunnen worden aangepakt.

8.1 Het elektrocardiogram (ECG)

De diagnose van voorkamerfibrillatie wordt bevestigd door een elektrocardiogram (ECG) of hartfilmpje. Het is een eenvoudig en gemakkelijk onderzoek om de elektrische activiteit van het hart vast te leggen. Een ECG kan door de huisarts gemaakt worden.

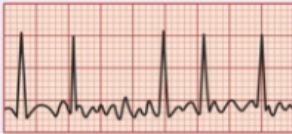
Onderstaande hartfilmpjes geven de elektrische activiteit in het hart weer voor zowel een normaal hartritme als voor voorkamerfibrillatie (boezemfibrillatie). Bij voorkamerfibrillatie is op het hartfilmpje te zien dat de afstanden tussen elke hartslag onregelmatig zijn en

dat er op de basislijn kleine karteelingen zijn. Die kleine karteelingen zijn de voorkamers die fibrilleren.

ECG-ritmestroom van een sinusritme



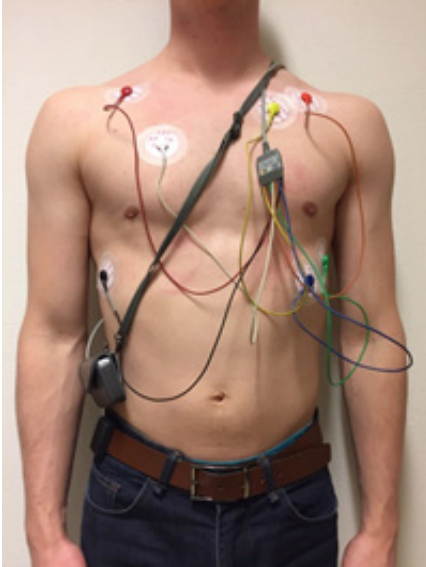
ECG-ritmestroom van VKF



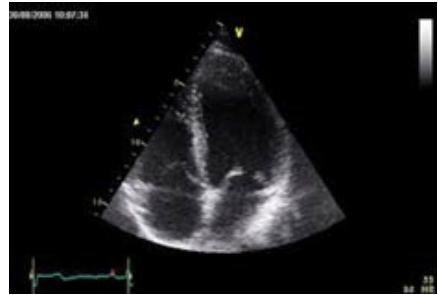
Het nemen van een ECG is slechts een momentopname. Omdat de hartritmestoornis vaak niet continu aanwezig is, kan het zinvol zijn om de hartslag zelf te evalueren aan de pols. Als de polsslag soms onregelmatig is, vraagt u het best advies aan uw arts.

8.2 Holtermonitoring

Omdat een aanval van voorkamerfibrillatie maar af en toe optreedt, kan het zijn dat men geen diagnose van voorkamerfibrillatie heeft kunnen stellen via een ECG. Men kan dan een holtermonitoring voorstellen. Een holter is een draagbaar apparaat dat de elektrische activiteit van het hart continu kan meten. De meeste holters nemen 24 tot 48 uur op. Een holter voor één of meer weken is eventueel ook mogelijk.



vraagt om op de linkerzij te gaan liggen.



8.3 Echocardiogram

Een echocardiogram gebruikt geluidsgolven om de vier kamers van het hart te bekijken terwijl het hart klopt. Het is een veilige en pijnloze test.

- **Transthoracale echo (TTE)**
Dit is een echografisch onderzoek waarbij de arts een sonde op de borstkas plaatst. Op de echo kunnen onder andere de grootte van de hartkamers, de hartbewegingen en de hartkleppen beoordeeld worden. Bij dit onderzoek wordt ge-

- **Transoesophagale echo (TEE)**

Dit is een echografisch onderzoek van het hart via de slokdarm. Bij dit onderzoek wordt de keel plaatselijk verdoofd en wordt medicatie toegediend waardoor u slaperig wordt. Vervolgens wordt er een dun, buigbaar buisje (endoscoop) via de mond in de slokdarm gebracht. Dit buisje heeft aan de tip een kleine, ingebouwde sonde voor ultrageluidsgolven. Dankzij de kleine afstand tussen het buisje en het hart kunnen details beter beoordeeld worden. Met dit onderzoek wordt er gekeken of er eventuele bloedklonters in het hart aanwezig zijn.

8.4 Bloedonderzoek

Een bloedonderzoek kan de diagnose van voorkamerfibrillatie niet bevestigen, maar het maakt het wel mogelijk om onderliggende oorzaken van voorkamerfibrillatie op te sporen.

Bij patiënten die al voor voorkamerfibrillatie behandeld worden met medicatie, kan een bloedafname noodzakelijk zijn om de bloeddikte en de medicatiespiegels in het bloed te beoordelen.

Aan de hand daarvan kan de arts beslissen om de medicatie aan te passen.

09 BEHANDELING

De juiste behandeling kan in de meeste gevallen het aantal aanvallen van voorkamerfibrillatie duidelijk verminderen, ze verkorten, en vooral draaglijk maken. Ondanks de beste behandeling, is herval altijd mogelijk. Zoals andere ouderdomskwaaltjes is voorkamerfibrillatie 'goedaardig':

- zal niet leiden tot plotse dood;
- houdt geen rechtstreeks verband met het al dan niet ontwikkelen van een hartinfarct;
- met een aangepaste behandeling is een normale levensactiviteit mogelijk. Buiten het behandelen van eventuele oorzaken (een te sterk werkende schildklier, longontsteking,...), zullen er steeds twee behandelingen overwogen worden: één voor het hartritme en één ter voorkoming van klonters. Daarnaast is het aanpassen van de levensstijl ook voor veel patiënten noodzakelijk.

9.1 Behandelen van het hartritme

• Medicatie

Wanneer uw hart door de voorkamerfibrillatie te snel klopt, zal er steeds gekozen worden voor medicatie die uw hartfrequentie vertraagt (bèta- en calciumblokkers). Deze medicatie is vooral noodzakelijk bij patiënten met een hartfrequentie van meer dan 100-110 slagen per minuut in rust en/of bij patiënten met klachten tijdens inspanning. Wanneer de patiënt opnieuw een rustige hartfrequentie heeft, kan het hart opnieuw efficiënt bloed pompen en zullen de symptomen vaak verminderen of verdwijnen.

• Pacemaker

Sommige patiënten met voorkamerfibrillatie kunnen afwisselend last hebben van een te snel hartritme en van een te traag hartritme. Deze patiënten hebben soms een pacemaker nodig om te voorkomen dat het hart te traag klopt. Een pacemaker is een toestel dat onderhuids wordt ingeplant en

kan het hart stimuleren om te trage hartritmes te voorkomen.

- **Reconversie**

Voor het vertragen van de hartfrequentie zal vaak gecombineerd worden met een behandeling die zich richt op het herstellen van het normale, regelmatige hartritme. Het doel van deze behandeling is om het onregelmatige hartritme, dat veroorzaakt wordt door voorkamerfibrillatie, opnieuw om te zetten naar een regelmatig hartritme wanneer dit niet spontaan gebeurt. Deze aanpak noemt men reconversie. Reconversie kan men proberen te bekomen met geneesmiddelen (medicamenteuze reconversie) of met behulp van een elektrische stroomstoot (elektrische reconversie).

Medicamenteuze reconversie: Soms wordt er eerst geprobeerd om het hartritme opnieuw regelmatig te krijgen met geneesmiddelen. Die geneesmiddelen worden anti-aritmica genoemd (bv.

Apocard, Cordarone, Sotalex).

Elektrische reconversie:

Tijdens elektrische reconversie wordt het hartritme opnieuw regelmatig gemaakt met behulp van één of meerdere elektrische shocks. De patiënt wordt hiervoor gedurende enkele minuten in slaap gedaan. De hartfrequentie vertragen heeft geen effect op klontervorming.

Wanneer de arts het hartritme opnieuw regelmatig wil maken, dan wil hij eerst weten of er zich geen bloedklonters in uw hart bevinden. Deze bloedklonters kunnen namelijk tijdens de reconversie losschieten en een beroerte veroorzaken. De arts kan door middel van een transoesofagale echografie (TEE) zien of er bloedklonters in het hart aanwezig zijn. Indien er zich een klonters in uw hart bevindt, zal u eerst enkele weken bloedverduunners krijgen en wordt de reconversie uitgesteld. Is de klonters weg, dan kan het hartritme op dat moment hersteld worden.

Meer informatie over elektrische reconversie kan u vinden in de informatiebrochure: 'Elektrische Reconversie'.

- **Catheterablatie**

In sommige specifieke gevallen is het mogelijk om de regio die verantwoordelijk is voor de ritmestoornis elektrisch te isoleren. Door dit te doen, kan het hartritme opnieuw regelmatig en normaal gemaakt worden. Patiënten met voorkamerfibrillatie die klachten hebben en bij wie medicatie en/of elektrische reconversie niet of onvoldoende helpt, kunnen hiervoor in aanmerking komen.

Tijdens een ablatie wordt gebruik gemaakt van katheters die via de lies worden ingebracht om zo het hart te bereiken en de voorkamers elektrisch te stabiliseren. Deze ingreep is pijnloos en gebeurt onder algemene verdoving. Een korte opname in het ziekenhuis is hiervoor vereist.

Meer informatie over ablatie kan teruggevonden worden in de ZOL-brochure: 'Elektrofysiologie en Ablatie' op <https://>

www.zol.be/hartcentrum-genk/brochures.

9.2 Voorkomen van bloedklonters

Voorkamerfibrillatie kan leiden tot de vorming van bloedklonters in het hart, met als mogelijk gevolg een herseninfarct of beroerte. Door correcte bloedverdunnende medicatie probeert men dit risico tot een minimum te herleiden en de vorming van bloedklonters in eerste instantie te voorkomen.

Belangrijk om weten:

- Verander nooit de toedieningswijze of dosis van de bloedverdunnende medicatie zonder akkoord van uw arts. Te veel bloedverdunders kan immers aanleiding geven tot bloedingen, te weinig bloedverdunders verhoogt de kans op klontervorming.
- Verander nooit van medicatie of neem nooit pijnstillers en/of ontstekingsremmers in combinatie met bloedverdunders zonder akkoord van uw arts. Deze kunnen namelijk een invloed hebben op de werking

van de bloedverdunders en leiden tot klachten.

- Neem de bloedverdunders altijd op het juiste tijdstip in, zoals voorgeschreven door uw arts.
- De nodige hoeveelheid antistolling is individueel sterk verschillend en is geen maat voor de ernst van uw probleem.

Een hele reeks factoren bepalen mee het risico op de vorming van een bloedklonter, zoals:

- Leeftijd;
- Geslacht (vrouwen hebben een hoger risico);
- Voorgeschiedenis van hartfalen;
- Hoge bloeddruk;
- Diabetes of suikerziekte;
- Een vorig herseninfarct;
- Een voorgeschiedenis van bloedklonters;
- Vaatlijden.

De arts zal al deze factoren bekijken om te bepalen of bloedverduunnende medicatie gestart moet worden.

Contacteer altijd uw arts wanneer u bloedverdunders neemt en één of meerdere van onderstaande klachten ondervindt:

- Bloedingen (zoals neusbloeding, tandvleesbloeding) en frequent blauwe plekken;
- Aanwezigheid van bloed in de urine, stoelgang of fluimen;
- Zwarte stoelgang, donkerbruine urine;
- Plotse gezichts- of gehoorstoornissen;
- Verlamingsverschijnselen;
- Hoofdpijn, braken, bewustzijnsstoornissen na een val of trauma.

9.3 Het aanpassen van de levensstijl

Naast het behandelen van het hartritme en het voorkomen van de vorming van bloedklonters, is een gezonde levensstijl ook belangrijk voor het behandelen van voorkamerfibrillatie.

Een gezonde levensstijl omvat onder meer:

- Het controleren van hoge bloeddruk en/of suikerziekte;
- Streven naar gewichtsverlies bij zwaarlijvigheid;
- Stoppen met roken;
- Het beperken van alcohol, cafeïne en andere stimulantia;
- Het aanpakken van slaapstoornissen (bvb. obstructief slaapapneusyndroom);
- Het aanpakken van onderliggende problemen zoals hartproblemen, longziekten, infecties,...;
- Voldoende lichte fysieke activiteit, zoals wandelen. Door-gedreven duursporten (roeien, gewichtheffen, hardlopen, fietsen) kunnen echter leiden tot ritmestoornissen;
- Het correct innemen van de voorgeschreven medicatie.

Niet alle bovenstaande levensstijlmodificaties hoeven voor u van toepassing te zijn. Deze verschillen immers van patiënt tot patiënt.

9.4 Andere behandeling

In sommige gevallen is het niet mogelijk om de hartfrequentie voldoende te controleren of om het hartritme te herstellen door middel van medicatie, reconversie of katheterablatie. In dat geval kan een pacemaker geplaatst worden en kan nadien de AV-knoop doorgebrand worden.

10 VOORKAMERFLUTTER

Voorkamerflutter is een hartrit-mestoornis die sterk lijkt op voorkamerfibrillatie. De elektrische prikkel draait tijdens voorkamerflutter rond in de voorkamers (meestal in de rechter voorkamer). Het voorkamer Ritme is daardoor heel snel, maar wel nog steeds georganiseerd. Opnieuw gaat het tussenstation, de AV-knoop, de prikkel vertragen.

Bij voorkamerflutter is er dus een snel en regelmatig hartritme. Voorkamerfibrillatie en voorkamerflutter kunnen afwisselend bij dezelfde persoon voorkomen. Voorkamerflutter kan ook overgaan in voorkamerfibrillatie.

Meestal is voorkamerflutter het gevolg van veroudering van de hartspier. Soms zijn er ook andere oorzaken, zoals:

- Een te snel werkende schildklier;
- Een veranderde prikkelgeleiding na een hartoperatie;
- Een aangeboren hartaandoening.

Zonder de juiste behandeling is er een verhoogde kans op een beroerte en geeft voorkamerfibrillatie vaak aanleiding tot klachten. Het is dan ook een veel voorkomende reden voor opname in het ziekenhuis. Daarom is het belangrijk om de diagnose van voorkamerfibrillatie op tijd te stellen. Dat maakt een goede behandeling mogelijk, waardoor de klachten en de kans op een beroerte goed kunnen worden aangepakt. Voorkamerflutter kan net zoals voorkamerfibrillatie klachten geven zoals hartkloppingen, kortademigheid en vermoeidheid.

Daarenboven is deze hartrit-mestoornis niet levensbedreigend, maar kan wel leiden tot de vorming van bloedklonters en hartverzwakking. De diagnose en mogelijke behandelingen (reconversie, medicatie, ablatie) zijn eveneens dezelfde als die van voorkamerfibrillatie.

Voor meer informatie hierover verwijzen we u dan ook naar deze secties.

11 CONTACT

Cardiologen Ziekenhuis Oost-Limburg

- Prof. dr. D. Nuyens
- Dr. M. Rivero-Ayerza
- Dr. H. Van Herendael
- Prof. dr. L. Pison

Ziekenhuis Oost-Limburg
Medische Permanentie (medische
vragen) T 089/32 71 06



www.ZOL.be



www.facebook.com/ZOLzh



www.twitter.com/ZOLziekenhuis



www.youtube.com/user/ZOLziekenhuis

Schrijf u in op onze nieuwsbrief via www.zol.be.