

KATHETERABLATIE VAN VOORKAMER- FIBRILLATIE

INHOUD

01	Wat is voorkamerfibrillatie?	4
02	Behandeling	4
03	Ablatie	9
04	Na de ablatie	10
05	Complicaties	10
06	Resultaat	10
07	Medicatie	11
08	Besluit	11
09	Team artsen	11
10	Persoonlijk advies	12

01 WAT IS VOORKAMERFIBRILLATIE?

Voorkamerfibrillatie (VKF) of atriale fibrillatie is de meest voorkomende hartritmestoornis. Bij voorkamerfibrillatie trillen of 'fibrilleren' de beide voorkamers van het hart waardoor de hartslag onregelmatig en vaak zeer snel wordt. VKF ontstaat door elektrische activiteit in de wand van de longaders (de vier bloedvaten die uitmonden in de linkervoorkamer). Deze ritmestoornis kan op elke leeftijd voorkomen en de kans neemt toe bij het ouder worden.

VKF kan gepaard gaan met de vorming van klontertjes in het hart die uiteindelijk in de hersenen kunnen terechtkomen, met beroerte tot gevolg. Gelukkig is dit in een vroeg stadium van de ziekte eerder zeldzaam en kunnen we hiervoor eventueel preventief medicatie geven. In een vroeg stadium komen vooral symptomen zoals plotse hartkloppingen, draaierigheid, uitputting en moeite met inspanningen voor.

VKF-episodes gaan dan meestal spontaan weer over (na enkele minuten tot uren), maar na verloop van tijd kunnen episodes langer duren tot ze uiteindelijk niet meer spontaan overgaan. De ritmestoornis gaat zichzelf als het ware meer en meer onderhouden, waarbij de voorkamers stilaan ook groter worden.

02 BEHANDELING

Meerdere geneesmiddelen kunnen helpen om het hartritme terug regelmatig te maken en te houden. Deze geneesmiddelen zijn vaak zeer effectief in de vroege stadia van de ziekte, maar na verloop van tijd vermindert de werking en zijn er ook bijwerkingen mogelijk.

Als de ritmestoornis niet spontaan stopt, kan een elektrische cardioversie nodig zijn. Hierbij wordt het hartritme terug regelmatig gemaakt door een elektrische schok toe te dienen op de borstkas. Dit gebeurt via een dagopname onder korte, algemene verdoving.

03 ABLATIE

Wat is een ablatie?

Een vaak veiligere en efficiëntere behandeling is katheterablatie van VKF. Bij die techniek wordt via een katheter een lokaal litteken gemaakt ter hoogte van de overgang van de longaders naar het hart. Daardoor kunnen de elektrische signalen het hart niet meer bereiken en dus ook niet meer doen trillen.

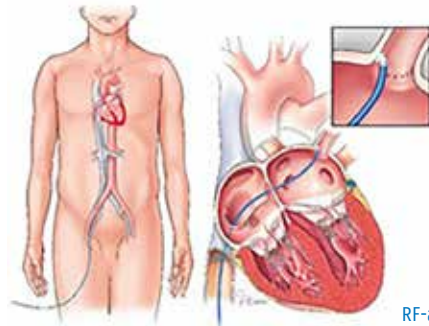
Een ablatie kan uitgevoerd worden door afgifte van warmte (RF, radiofrequentie) of koude (cryo-ablatie) via een katheter.

Verloop

Op de dag van de ablatie wordt u opgenomen op de dienst Cardiologie. De procedure kan 's morgens of 's namiddags plaatsvinden. U moet nuchter blijven vanaf middernacht.

De ingreep gebeurt onder algemene verdoving. Via de liesader worden drie katheters tot in het hart gebracht. Om de linkervoorkamer te bereiken krijgt u een prik door de scheidingswand tussen de rechter- en linkervoorkamer. Tijdens de ingreep plaatsen we ook een kleine katheter in een slagader voor invasieve bloeddrukmonitoring. Mogelijks krijgt u ook een blaassonde en voeren we een slokdarmechografie uit.

Bij een RF-ablatie (warmte) wordt een zogenaamde elektro-anatomische map van de linkervoorkamer en de longaders gemaakt. Dankzij deze techniek kunnen we heel nauwkeurig werken en tegelijk de stralingsbelasting sterk verminderen. Er wordt warmte afgegeven aan de tip van de katheter om lokaal een cirkelvormig litteken rond de longaders te veroorzaken.



RF-ablatie

Bij cryo-ablatie (koude) gebruiken we contraststof om de longaders in beeld te brengen. Verwittig uw arts als u weet dat u allergisch bent voor contraststoffen.

De procedure duurt gemiddeld 2 à 3 uur. U krijgt bloedverdunners om vorming van klontertjes te voorkomen.



Cryo-ablatie

04 NA DE ABLATIE

Na de ingreep blijft u één of twee nachten op de afdeling Hartbewaking voor observatie en controle. De eerste weken na de procedure moet u verder medicatie innemen voor controle van het hartritme. Er kunnen dan immers nog ritmestoornissen optreden door de ontstekingsreactie die de ablatie lokaal veroorzaakt. Meestal moet u ook verder bloedverdunners innemen. Nadien zal uw behandelende cardioloog samen met u beslissen om de medicatie af te bouwen of te stoppen.

05 COMPLICATIES

Er zijn een aantal complicaties mogelijk (1 à 2 % van de patiënten kan hiermee te maken krijgen): bloeding of klontervorming in de lies, bloeding in het hartzakje of beroerte. Andere verwikkelingen zoals vernauwing van de longader, longontsteking, atrio-oesofagale fistel (verbinding tussen de linkervorkamer en de slokdarm door ablatie dicht bij de slokdarm) of verminderde werking van het middenrif (enkel bij cryo-ablatie) treden uiterst zelden op.

06 RESULTAAT

Na deze ingreep is ongeveer 80 à 90% van de patiënten volledig verlost van de voorkamerfibrillatie en van de medicatie om het hartritme te controleren. Er is ongeveer 10 à 20% kans dat later een tweede ingreep nodig is omdat er opnieuw elektrische geleiding van de longaders naar de linker-voorkamer optreedt.

De laatste jaren is het duidelijk geworden dat de gunstige resultaten ook op langere termijn bevestigd worden en dat de ablatie dus duidelijk betere resultaten geeft dan een behandeling met medicatie. Toch moeten de voordelen van de behandeling bij elke individuele patiënt afgewogen worden tegen het risico op complicaties. De behandelende en/of uitvoerende artsen bepalen welke techniek gebruikt wordt: RF-ablatie of cryo-ablatie.

Katheterablatie wordt ook toegepast bij patiënten die al langer voorkamerfibrillatie hebben die intussen persistent is geworden (en dus niet meer spontaan stopt). Bij deze patiënten is het slaagpercentage minder hoog (60%) en is de kans op complicaties en nood aan een tweede procedure hoger.

GEÏNFORMEERDE TOESTEMMING VOLWASSENE

De ondergetekende patiënt: _____ Geboortedatum patiënt: <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	ADREMA
--	---------------

Ik verklaar dat ik door _____ geïnformeerd ben over volgende ingreep/medische procedure: _____

Ik begrijp dat bij een dringende medische noodzaak de arts die op dat moment verantwoordelijk is, kan beslissen om een andere ingreep of procedure uit te voeren.

Gelieve de vakjes onderaan aan te vinken als u akkoord gaat:

- Mijn behandelende arts of een lid van het behandelende team heeft me in begrijpelijke taal uitgelegd:
- welke ingreep/medische procedure ik zal ondergaan
 - waarom de ingreep/medische procedure nodig is
 - hoelang de ingreep/medische procedure ongeveer zal duren
 - hoeveel keer ik de ingreep/medische procedure zal moeten ondergaan (indien meerdere noodzakelijk zijn)
 - of er tegenaanwijzingen zijn
 - wat de mogelijke complicaties zijn
 - welke risico's eraan verbonden zijn
 - of verdooving noodzakelijk is
 - welke nazorg nodig zal zijn
 - wat mogelijke alternatieven zijn
 - welke pijnklachten kunnen optreden.

- Ik kreeg de kans om hierover vragen te stellen en mijn vragen zijn voldoende beantwoord.
- Ik weet dat ik voor informatie over de kosten van de ingreep/medische procedure en financiële gevolgen altijd terecht kan op het Patiënteninformatiebureau. Locatie: ingang 75, gelijkvloers, route 7500 | ingang 12, gelijkvloers, route 1201
- Ik stem in met een bloedtransfusie als mijn behandelende arts ze noodzakelijk acht.

Op basis van de verkregen informatie en zonder enige vorm van beïnvloeding beslis ik om de eerdergenoemde ingreep/medische procedure te laten uitvoeren.

Gelezen en goedgekeurd (gelieve na te schrijven): _____

Datum: ____ / ____ / ____ Handtekening: _____

De behandelende arts

Ik verklaar dat ik bovenstaande patiënt in een persoonlijk gesprek en in begrijpbare taal heb geïnformeerd over de ingreep/medische procedure die hij/zij zal ondergaan.

Datum: ____ / ____ / ____ Handtekening: _____



Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

07 MEDICATIE

Een ablatie moet altijd gebeuren onder behandeling met bloedverduunners. Als u al bloedverduunners neemt, mag u ze verder nemen tot en met de dag voor de ingreep. Tijdens de ablatie worden bloedverduunners via het infuus toegediend. De avond na de ingreep worden uw eigen bloedverduunners opnieuw opgestart.

Patiënten met een laag risico op bloedklontervorming worden mogelijks nog niet behandeld met bloedverduunners. In dat geval zal uw arts tijdelijk bloedverduunners voorschrijven die u tien dagen voor en tien dagen na de ablatie moet innemen.

08 BESLUIT

Katheterablatie van voorkamerfibrillatie wordt het best in vroege stadia van de ziekte uitgevoerd bij patiënten met duidelijke symptomen bij wie bij voorkeur al medicatie voor het hartritme werd uitgetest maar zonder succes of bij patiënten die de medicatie niet verdragen.

09 TEAM ARTSEN

Dr. Frederic Van Heuverswyn

Dr. Liesbeth Timmers

Dr. Jan De Pooter

Prof. dr. Mattias Duytschaever

Dienst Interventionele cardiologie en elektrofysiologie

Ingang 12, route 1351

T +32 (0)9 332 44 05

F +32 (0)9 332 49 99

secretariaat.interventionelecardiologie@uzgent.be

Verpleegafdelingen

Nefrologie/Endocrinologie/Cardiologie

Ingang 12, route 1447

T +32 (0)9 332 31 72

Cardiologie

Ingang 12, route 1442

T +32 (0)9 332 46 87

Intensieve zorg Cardiologie

Ingang 12, route 1547

T +32 (0)9 332 47 70

Dagziekenhuis voor Metabole en cardiovasculaire aandoeningen

Ingang 12, route 1351

T +32 (0)9 332 00 62

Deze brochure werd enkel ontwikkeld voor gebruik binnen het UZ Gent. Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veeelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het UZ Gent.

Universitair Ziekenhuis Gent

C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent

T +32 (0)9 332 21 11 | E info@uzgent.be

www.uzgent.be

Volg ons op

