

Katheterablatie bij boezemfibrilleren

Inleiding

U heeft een hartritmestoornis: boezemfibrilleren. Daarom heeft uw cardioloog u aangemeld voor een katheterablatie, een operatieve behandeling bij hartritmestoornissen. De arts blokkeert de elektrische prikkels in het hart die het ritme verstoren.

Boezemfibrilleren

Boezemfibrilleren is een hartritmestoornis die veel voorkomt. Er is bij boezemfibrilleren een chaotisch ritme in de boezems van het hart. Dat verstoort het normale hartritme. De boezems hebben hierbij een hartslag van zo'n 500 slagen per minuut. De prikkels uit de boezems worden snel en onregelmatig doorgegeven aan de hartkamers. Hierdoor kan u een snelle en onregelmatige hartslag ervaren.

Katheterablatie

Prikkels die het hartritme verstoren komen vaak uit het gebied rond de longaders in de linkerboezem. We kunnen boezemfibrilleren behandelen met een katheterablatie. Bij deze ingreep behandelt de arts de verkeerde prikkels door littekenweefsel te maken rond de longaders. De ingreep

gebeurt met een ablatiekatheter, die de arts naar het hart toeschuift via de ader in de lies.

De behandeling wordt ook wel PVAI genoemd. Dit staat voor Pulmonaal Venen Antrum Isolatie.

Levenswijze

Bepaalde risicofactoren en levenswijzen verergeren het boezemfibrilleren. Vooral een hoge bloeddruk en overgewicht moeten goed behandeld worden. Anders is de kans op een succesvolle behandeling van boezemfibrilleren door middel van een katheterablatie lager en zijn er vaker meerdere ingrepen nodig. Ook is er een grotere kans dat er opnieuw boezemfibrilleren ontstaat.

Daarom adviseren we patiënten eerst af te vallen tot een BMI lager dan 35 en de hoge bloeddruk te behandelen.

Voor de opname

Als u bent aangemeld voor een ablatie, krijgt u eerst een (telefonische) afspraak met de anesthesist die de narcose verzorgt. Als de anesthesist goedkeuring geeft voor uw narcose, plannen wij daarna een datum voor uw ablatie.

Voorafgaand aan de ablatie krijgt u een aantal onderzoeken:

- CT-scan of MRI-scan om een stolsel in het hartoor van de linkerboezem uit te sluiten
- Bloedverdunding: minstens 4 weken voor de ablatie te starten indien u het nog niet gebruikt
- Bloedafname
- ECG (hartfilmpje)

Het planbureau bespreekt met u al deze zaken en afspraken.

Als op de CT-scan of MRI-scan een stolsel in het hart niet uitgesloten kan worden, wordt een slokdarmechno verricht als u al onder narcose bent. Als er op CT of MRI wel duidelijk een stolsel te zien is, gaat de ingreep niet door.

Medicatie

In principe blijft u rondom de ablatie al uw medicatie door gebruiken. Soms moeten sommige medicijnen gestopt worden. Het planbureau bespreekt dit dan met u. Verandert er tussentijds iets in uw medicatie of medische situatie? Geeft u dit dan door aan het planbureau.

Blijf uw bloedverdunners gebruiken

Het is erg belangrijk dat u de bloedverdunners in de maand voor de ablatie iedere dag in de juiste dosering gebruikt. Doet u dit niet dan is er een risico op een bloedstolsel in het hart. Hiermee komt de veiligheid van de ingreep in het gedrang.

Heeft u de bloedverdunners niet ingenomen, om welke

reden dan ook? Neem dan contact op met het planbureau!

Gebruikt u bloedverdunners waarvoor controle bij de trombosedienst nodig is zoals:

- Acenocoumarol/sintrommitis ^R
- Fenprocoumon/Marcoumar ^R

Ook dan is het erg belangrijk dat u dit medicijn de maand voor de katheterablatie **zonder onderbreking** in de juiste dosering gebruikt.

Dit is af te lezen aan de INR-waarde, die bij de trombosedienst of door uzelf bepaald wordt.

Is de INR lager is dan 2.0? Neem dan contact op met het planbureau.

Opname

U wordt een dag voor de opname in het ziekenhuis verwacht voor:

- bloedafname;
- en een ECG (hartfilmpje).

Hierna gaat u weer naar huis. Na 15.00 uur wordt u gebeld door de arts-assistent.

De opname vindt meestal plaats op de dag van de katheterablatie. Vanaf middernacht voorafgaand aan de ablatie

moet u nuchter blijven. U mag niets meer eten en drinken. Behalve een slokje water om uw medicijnen in te nemen in de ochtend. U gaat op de dag van de ablatie naar huis. Tenzij anders is aangegeven.

De ingreep

U wordt voor de ingreep met uw bed naar de verkoever gebracht. En daarna naar de hartkatheterisatiekamer. U mag hier zelf op de behandeltafel gaan zitten.

U wordt aangesloten met diverse plakkers en draden aan de ondersteunende apparatuur.

Daarna bespreekt de arts de ingreep met u.

De anesthesist brengt u onder narcose. De rechter lies wordt gedesinfecteerd en u wordt steriel afgedekt. Er worden katheters via de liesader in het hart gebracht. De cardioloog prikt een gaatje in de wand tussen de rechter- en linkerboezem om met de katheter in de linkerboezem te komen. Dit gaatje gaat na de behandeling vanzelf dicht.

Er wordt een 3D afbeelding gemaakt van de linkerboezem en de longaders. Rondom de uitmonding van de longaders in de linkerboezem maakt de cardioloog kleine littekentjes naast elkaar, in de vorm van een cirkel. De cirkel blokkeert de elektrische prikkels die het hartritme verstoren.

Ablatie kan gedaan worden met verschillende energiebronnen:

- Verhitting van het weefsel door middel van radiofrequente (RF) energie
- Bevriezing van het weefsel door middel van cryo-energie
- Elektrische shock van het hartweefsel, wat electroporatie ablatie genoemd wordt

Na de ingreep op de afdeling

- Na de ingreep krijgt u een hechting en een drukverband. U moet 6 uur horizontaal blijven liggen, waarvan 4 uur met een drukverband om de lies. De hechting in de lies wordt verwijderd voor u naar huis gaat. Dit zorgt ervoor dat de gaatjes die in de lies geprikt zijn de tijd krijgen om dicht te gaan. En dicht blijven zodra u weer uit bed mag.
- Wij monitoren uw hartritme tot aan uw ontslag. U blijft uw bloedverdunners en hartmedicatie door gebruiken.
- U gaat op de dag van de ablatie of de dag na de ablatie naar huis.
- De vervolgspraken kunt u terugvinden in de opnamebrief.

Na de ingreep thuis

Voor de lies is het belangrijk dat u 1 week rust houdt. Bij bewegen en als er te veel druk op de lies komt kan een bloeding ontstaan. Fietsen, autorijden, en tillen kunt u beter niet doen. Traplopen mag, maar rustig aan.

Tot 2 à 3 weken na de ablatie kunt u zich niet lekker voelen. U kunt een grieperig gevoel hebben en soms ook lichte druk op

de borst. Dit gaat vanzelf over. Het kan wel belangrijk zijn om hier rekening mee te houden voor uw werkzaamheden of bijvoorbeeld voor de planning van een welverdiende vakantie.

Wij adviseren u om tot 4 weken na de ablatie geen lange vliegreis of autorit te maken. Dit kan een licht verhoogde kans geven op een trombosebeen en longembolie. Bij korte Europese vluchten kunt u 2 weken aanhouden.

Om boezemfibrilleren te voorkomen gebruikt u de hartritme-medicijnen de eerste 3 maanden na de ablatie meestal door. U blijft uw bloedverdunners ten minste 3 maanden na de ingreep innemen. Stoppen gaat in overleg met uw cardioloog.

Bij sommige patiënten ontstaat in de eerste 2 tot 3 maanden na de ingreep toch weer boezemfibrilleren. Is dat bij u het geval? Neemt u dan contact op met uw cardioloog. Meestal wordt het boezemfibrilleren binnen 48 uur teruggebracht naar een normaal ritme, met medicatie of met een elektrische cardioversie.

Bij een elektrische cardioversie wordt een elektrische schok/impuls gegeven waarbij de hartritmestoornis wordt beëindigd: het hartritme wordt gereset. Een elektrische cardioversie vindt altijd plaats onder een lichte narcose.

Het wil niet zeggen dat de ingreep niet gelukt is. Pas als het boezemfibrilleren langer dan 3 maanden na de katheterablatie terug blijft keren, is de katheterablatie niet geslaagd. Als u

regelmatig last heeft van boezemfibrilleren kunt u mogelijk ingepland worden voor een nieuwe katheterablatie.

Complicaties

Katheterablatie is een veilige ingreep. Er wordt een lage dosis röntgenstraling gebruikt, die (vrijwel) geen schadelijke gevolgen heeft. De kans op complicaties is klein en bedraagt gezamenlijk 3-5%. De meeste complicaties gaan vanzelf over. De kans op een blijvende complicatie is heel klein (<1%).

Bekende complicaties zijn:

- Vaatbeschadiging (aneurysma) bij het aanprikken van de ader in de lies. Soms is een injectie door de radioloog nodig waarbij een kleine hoeveelheid vloeistof wordt ingespoten om de vaatbeschadiging te dichten. Zelden is een operatie door de vaatchirurg nodig
- Forse nabloeding in de lies door het aanprikken van de liesader onder bloedverdunding.

- Tamponade: er ontstaat een gaatje in het hart door te hogedruk van de katheter op de hartwand of door de ablatie. Hierdoor kan er bloed vanbinnen in het hart naar buiten lekken in het stugge hartzakje dat het hart omhult. Het bloed in het hartzakje kan de pompfunctie van het hart levensgevaarlijk belemmeren. Acueel ingrijpen is noodzakelijk. Hoewel dit een levensbedreigende complicatie is, is het probleem eigenlijk altijd direct oplosbaar.
- Herseninfarct (TIA/CVA): ontstaan van bloedstolsels in de linkerboezem, met het risico dat deze losschieten en een herseninfarct kunnen veroorzaken (<1 %). Door het gebruik van bloedverdunners (de goede instelling van de bloedverdunners gedurende de 4 weken voor de katheterablatie en extra bloedverdunning tijdens de ingreep) wordt dit risico geminimaliseerd.

Zeldzame complicaties zijn:

- Infectie: bij inbrengen van de katheters in het lichaam kan een infectie ontstaan.
- Trombosebeen: door katheters die via de liesader worden ingebracht is er een kans op trombosebeen tijdens of na de ingreep. Door de bloedverdunners wordt dit risico geminimaliseerd.

Succeskans

Soms komt boezemfibrilleren toch weer terug. In de eerste 3 maanden na ablatie kan dit een gevolg zijn van de verse littekentjes in het hart. Komt het daarna toch nog terug? Dan

kunt u met de arts bespreken welke behandeling het beste is. Soms wordt een 2^e katheterablatie gedaan. Bij een 2^e ingreep blijkt dan vaak dat de aangebrachte littekentjes weer voor een deel genezen zijn. Verkeerde hartprikkelers kunnen dan toch weer “lekkers” naar de boezem. Het dichtens van deze lekjes met een nieuwe ingreep geeft een grote kans op genezing van boezemfibrilleren, als er geen andere zaken nog met het hart aan de hand zijn.

Katheterablatie is de basisbehandeling van alle typen boezemfibrilleren. Ook gebieden buiten de longaders kunnen boezemfibrilleren veroorzaken. Helaas kan van tevoren niet goed ingeschat worden of een katheterablatie alleen voldoende is, of dat aanvullende ablatie van andere gebieden nodig is. Omdat ablatie van gebieden buiten de longaders ook juist hardnekkige ritmestoornissen kan veroorzaken en er daarbij ook een (licht) verhoogde kans is op complicaties, wordt meestal pas bij een herhaalde ingreep een aanvullende ablatie buiten de longaders verricht.

In de tabel hieronder ziet u hoe groot de kans op succes van katheterablatie is, bij hoeveel procedures, per type boezemfibrilleren.

	Na 1^e ablatie	Na 2^e ablatie	Na >2 ablaties
--	-------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------

Persisterend	50%	70%	80%
Langdurig persisterend	50%	60%	70%

- Paroxysmaal boezemfibrilleren, dit gaat vanzelf over binnen 7 dagen
- Persisterend boezemfibrilleren gaat pas over 7 dagen. Vaak is een electrocardioversie (schokje) nodig of andere medicijnen om de aanval te stoppen.
- Langdurig persisterend boezemfibrilleren duurt langer dan 1 jaar.

Bij paroxysmaal boezemfibrilleren is de succeskans na 1 ingreep al vrij hoog.

Bij (langdurig) persisterend boezemfibrilleren is vaak een uitgebreidere ablatie nodig en zijn meerdere ingrepen vaker noodzakelijk.

Patiënten met langdurig persisterend boezemfibrilleren hebben vaak een vergroot of beschadigde linkerboezem. Dit maakt de kans op succes van een ablatie kleiner.

Heeft u nog vragen over de opname?

Neemt u dan contact op met het Planbureau
Hartkatheterisatiekamers:

- Telefoonnummer (070) 210 2170
 - Van maandag tot en met vrijdag van 9.00 tot 12.00 uur
-

Wat vindt u van deze patiënteninformatie?

Wij horen graag uw mening over deze folder. Wilt u na het lezen enkele vragen beantwoorden? U vindt de vragen via deze link: <https://folders.hagaziekenhuis.nl/2228>. Dank u wel.

Spreekt u geen of slecht Nederlands?

De informatie in deze folder is belangrijk voor u. Als u moeite heeft met de Nederlandse taal, zorg dan dat u deze folder samen met iemand leest die de informatie voor u vertaalt of uitlegt.

Do you speak Dutch poorly or not at all?

This brochure contains information that is important for you. If you have difficulty understanding Dutch, please read this brochure with someone who can translate or explain the information to you.

Czy Państwa znajomość języka niderlandzkiego jest żadna lub słaba?

Informacje zawarte w tym folderze są ważne dla Państwa. Jeśli język niderlandzki sprawia Państwu trudność,

postarajcie się przeczytać informacje zawarte w tym folderze z kimś, kto może Państwu je przetłumaczyć lub objaśnić.

Hollandaca dilini hiç konuşamıyor musunuz veya kötü mü konuşuyorsunuz?

Bu broşürdeki bilgi sizin için önemlidir. Hollandaca dilinde zorlanıyorsanız, bu broşürü, size tercüme edecek ya da açıklayacak biriyle birlikte okuyun.

إذا كنتم لا تتحدثون اللغة الهولندية أو تتحدثونها بشكل سيء إن المعلومات الموجودة في هذا المنشور مهمة بالنسبة لكم. إذا كانت لديكم صعوبة في اللغة الهولندية، فاحرصوا عندئذ على قراءة هذا المنشور مع شخص يترجم المعلومات أو يشرحها لكم.

258216022024