



Praktische vragen bij boezemfibrillatie

1. Hoe weet men dat men aan boezemfibrillatie lijdt?
2. Wat moet men doen als men denkt boezemfibrillatie te hebben?
3. Wat moet men doen als men in het verleden een boezemfibrillatie gehad heeft?
4. Moet men koste wat kost proberen een normaal ritme te herstellen als de boezemfibrillatie al een tijdje bestaat?
5. Welke geneesmiddelen moet men vermijden wanneer men behandeld wordt voor boezemfibrillatie?
6. Hoe moet men een anticoagulans nemen?

Inleiding

Boezemfibrillatie is de meest voorkomende vorm van aritmie en komt stilaan steeds vaker voor als gevolg van de toenemende gemiddelde leeftijd van de bevolking en ook omdat hartkwalen beter worden behandeld, waardoor heel wat mensen in leven blijven die 10 tot 20 jaar geleden aan hun hartkwaal overleden zouden zijn. Boezemfibrillatie is inderdaad meestal het gevolg van het ouder worden van het hart, van de verzwakking ervan (hartinsufficiëntie), van de ontoereikende bloedvoorziening (coronaire insufficiëntie) of van een slechte werking van de kleppen, vooral van de mitraalklep.

Boezemfibrillatie werd vroeger beschouwd als een goedaardige, reversibele aandoening, maar nu weten we beter: boezemfibrillatie heeft inderdaad vaak een **negatieve weerslag op de levenskwaliteit en verkort de levensverwachting**. Er wordt steeds meer geijverd om de negatieve gevolgen ervan te bestrijden en om recidief op een duurzame manier te voorkomen.

Wat dat betreft, hebben recente studies nieuwe preventieve sporen geo-

pend: behandeling van obesitas en slaapapneu, een evenwichtigere voeding met meer omega 3-vetzuren, cardiovasculaire middelen zoals ACE-remmers en angiotensine II-receptor-antagonisten (sartanen) en statines zijn nieuwe, veelbelovende denksporen om het optreden en recidief van boezemfibrillatie te voorkomen.

Boezemfibrillatie is echter niet zo erg als en mag niet verward worden met kamervibrillatie, die dodelijk is als ze niet binnen enkele **minuten** na het optreden ervan wordt behandeld. Boezemfibrillatie gaat nagenoeg nooit over in ventrikelfibrillatie, behalve in zeer zeldzame gevallen (syndroom van Wolf-Parkinson-White).

Boezemfibrillatie kan twee belangrijke gevolgen hebben: de afwezigheid van synchrone samentrekking van de hartspiercellen leidt in zekere zin tot stilstand in de mechanische activiteit van de hartboezems; daaruit volgt een werkingsverlies van de secundaire pomp en dus een geringere efficiëntie van het hart, met moeilijkheden bij het vullen van de linker hartkamer, waarvan de wanden verdikt en minder soepel zijn in het geval van hoge bloeddruk en stenose van de aorta, en ook wanneer de wanden minder soepel zijn in het geval van ontoereikende bloedvoorziening door coronaire insufficiëntie. Deze stoornis komt tot uiting door snellere vermoeidheid bij inspanning en door abnormaal ademtekort.

Het andere gevolg van dit verlies aan samentrekking van de hartboezems is nog belangrijker: stagnatie van het bloed en vorming van klontertjes (trombose), die los kunnen geraken, door de bloedsomloop meegesleurd worden en uiteindelijk een kleine slagader volledig kunnen **afsluiten**,

zodat het gebied dat daardoor normaal van bloed wordt voorzien, **brutaal** van zuurstof en voedingsstoffen wordt gespeend; er zijn cellen die een dergelijke situatie totaal niet verdragen en al na enkele minuten afsterven — dat is het geval met hersencellen. De soms verwoestende gevolgen van deze vorm van aritmie zijn dan ook niet moeilijk te begrijpen. We zullen zien dat dat tweede gevolg gelukkig goed kan worden aangepakt.

1. Hoe weet men dat men aan boezemfibrillatie lijdt?

Sommige mensen worden heel goed hun eigen hartslag en vooral de ritmestoornissen gewaar, terwijl anderen er absoluut geen besef van hebben.

Doorgaans geeft boezemfibrillatie de indruk van een totale ontregeling van het hartritme, anarchie zeg maar. In Frankrijk spreken cardiologen in het geval van boezemfibrillatie gewoonlijk van 'complete aritmie', en dat zegt genoeg.

De fibrillatie is niet altijd **permanent**: ze kan zich op een periodieke wijze voordoen in de vorm van crisissen met een zeer variabele duur — van enkele seconden tot ettelijke uren. Men spreekt dan van **paroxistische boezemfibrillatie**.

De crisissen kunnen zeer zeldzaam zijn maar ook bij herhaling optreden: men spreekt dan van **recidiverende boezemfibrillatie, die persistent kan worden**.

Bij sommige mensen kan de fibrillatie optreden in nogal karakteristieke omstandigheden:

- in rust, tijdens de nacht, wanneer het normale ritme langzaam is (BF bevorderd door het vagale systeem).
- bij inspanning, in stresssituaties, bij emotie (BF bevorderd door het adrenerge systeem).

- na overmatig alcoholgebruik. Naast het gewaarworden van ordeloze, vaak snelle hartkloppingen kan men boezemfibrillatie ook detecteren door de polsslag te nemen: met de vinger op een slagader stelt men vast dat de kloppingen variëren qua intensiteit en dat de intervallen ertussen sterk verschillen qua lengte. Het zijn vaak de aanvallen van recidiverende boezemfibrillatie, die het minst goed worden verdragen door het plotselinge gevoel van interne “ontregeling”, een gevoel dat soms zeer beangstigend is. Bij een permanente boezemfibrillatie verminderen en verdwijnen de gewaarwordingen van aritmie meestal.

Fibrillatie mag niet verward worden met extrasystolen, d.w.z. hartsamen-trekkingen die te vroeg komen en gevolgd worden door een korte stilstand, waardoor de indruk ontstaat van een “gemiste” slag, een hiaat, een schokje binnen een ritme dat voor de rest regelmatig is.

2. Wat moet men doen als men denkt boezemfibrillatie te hebben?

Zonder verwijl de huisarts raadplegen, d.w.z. nog dezelfde dag waarin men de fibrillatie heeft vastgesteld. Waarom is het zo belangrijk dat men niet talmt? In de eerste plaats omdat boezemfibrillatie soms het gevolg kan zijn van een ernstige en brutaal optredende hartaandoening, zoals een infarct of een longembolie. Hoewel een infarct zich doorgaans vooral manifesteert door vaak hevige en langdurige pijn in het centrale deel van het borstbeen terwijl longembolie eveneens vaak gepaard gaat met min of meer hevige pijn in de borstkas, kunnen beide ernstige aandoeningen soms zonder pijnsymptomen optreden; ze moeten niettemin bij hoogdringendheid behandeld worden.

Meestal treedt de fibrillatie op zonder gepaard te gaan met een acute hartaandoening. Toch is het van belang dat men niet wacht, en wel hierom: het blijkt dat de gevaarlijkste complicatie van de fibrillatie, namelijk de vorming van bloedklonters (thrombi) in de linkerboezem, pas 48 uur na het optreden van de fibrillatie voorkomt. Dit geldt wanneer het hart voor het overige normaal is; maar als er sprake is van een ernstige onderliggende hartaandoening, kunnen klonters

zich soms sneller vormen, in enkele uren tijd. Dergelijke klonters ontstaan door stagnatie van het bloed in de uithoeken van de boezem, waar de stroming sterk vertraagd is. Bovendien verandert de wand van een boezem bij fibrillatie en verliest de inwendige cellaag ervan, die in contact staat met het bloed, haar normale eigenschappen.

Het spreekt vanzelf dat men zijn arts onmiddellijk moet raadplegen als men de fibrillatie moeilijk verdraagt: ze kan een onaangenaam gevoel van hartontregeling, ademnood, duizeligheid, last in de borstkas met zich brengen. Toch komt het maar zelden voor dat de fibrillatie meteen aanleiding geeft tot een ernstige stoornis in de werking van het hart, en men kan zich dus veroorloven enkele uren te wachten: in de helft van de gevallen kan de fibrillatie nog dezelfde dag spontaan verdwijnen. Het spreekt niettemin vanzelf dat men indien mogelijk telefonisch contact moet opnemen met de huisarts en inspanningen of emoties dient te vermijden.

3. Wat moet men doen als men in het verleden een boezemfibrillatie gehad heeft?

In dat geval weet men in principe hoe het probleem herkend kan worden als het de oorzaak is geweest van onaangename symptomen. Toch zijn er mensen die helemaal niet beseffen dat ze fibrillatie vertonen. Bovendien kan fibrillatie onder invloed van bepaalde geneesmiddelen die men neemt om recidief te voorkomen (bètablokkers, calciumantagonisten, anti-aritmica, digitalisderivaten) minder merkbaar zijn: die geneesmiddelen hebben immers ook de neiging het ritme van de hartkamers te verminderen.

Aangezien boezemfibrillatie gemakkelijk recideert, lijkt het mij nuttig de onregelmatigheid van het ritme te leren herkennen door palpatie van een toegankelijke slagader of van de hartstreek. In enkele seconden tijd kan men gemakkelijk achterhalen of de eigen hartslag regelmatig is, zowel wat intensiteit als wat ritme betreft. Het lijkt me dan ook niet overdreven dat men aan mensen die fibrillatie gehad hebben voorstelt dagelijks gedurende enkele seconden hun eigen hartslag te controleren, bijvoorbeeld ‘s avonds, rustig in bed. Als fibrillatie

dan “ongemerkt” optreedt, wordt ze op die manier binnen de 24 tot 48 uur na het begin ervan opgespoord, zodat men alsnog snel kan reageren.

4. Moet men koste wat kost proberen een normaal ritme te herstellen als de boezemfibrillatie al een tijdje bestaat?

De laatste tien jaar zijn daar veel studies aan gewijd om het therapeutische beleid beter te preciseren. Door een betere kennis van de mechanismen van de boezemfibrillatie en van de interventie op de hartcellen (ablatie van “kortsluitingen”) zal het medische beleid de volgende jaren zeker nog veranderen.

We kunnen stellen dat het niet noodzakelijk is het sinusritme te herstellen bij 65-plussers als ze geen last hebben van de aritmie, als het gemiddelde kamerantwoord onder “controle” is, d.w.z. meestal tussen 60 en 80/min in rust en tussen 80 en 100/min bij een matige inspanning, en — en dat is een essentiële voorwaarde — als een doeltreffende antistolling wordt voorgeschreven (zie verder) in geval van een hoger risico van trombo-embolie (wat zeer vaak het geval is boven de leeftijd van 65 jaar). Bij vergelijking van de twee houdingen (herstel van het sinusritme, zo nodig herhaaldelijk, versus “gewone” controle van het kamerantwoord) waren de overleving en de incidentie van ernstige complicaties niet beter met de optie “rythm control”, waarbij dus werd geprobeerd het sinusritme te herstellen en te handhaven door cardioversie of inname van antiaritmica (zie verder).

Bij elke individuele patiënt dient dus te worden nagegaan welke optie voor hem de beste zou zijn in termen van symptomen, therapietrouw en tolerantie van de geneesmiddelen.

5. Welke geneesmiddelen moet men vermijden wanneer men behandeld wordt voor boezemfibrillatie?

Bij het behandelen van permanente, recidiverende of paroxistische boezemfibrillatie worden verschillende geneesmiddelenfamilies ingezet:

- enerzijds middelen die inwerken op de stolling, hetzij door de bloedplaatjes te inhiberen (**plaatjesagregatiemmers**) (Aspirine®, Persantine®, Plavix®, Ticlid®...), hetzij

door de vorming van fibrine af te remmen (**anticoagulantia**) (Sintrom®...).

- anderzijds middelen die inwerken op het ritme, hetzij **echte anti-aritmica** die geacht worden boezemfibrillatie opnieuw om te zetten in een normaal ritme (sinusritme) of te verhinderen dat boezemfibrillatie opnieuw optreedt, hetzij **middelen die het ritme van de hartkamers “controleren”** (de “ventriculaire respons”) door te pogen die kamers gemiddeld te laten samentrekken tegen een ritme dat in de buurt ligt van het normale, d.w.z. 70-80 keer per minuut in rust, 80-100 keer bij lichte inspanning (lopen op vlak terrein), 100-120 keer bij matige inspanning (snel stappen, op hellend terrein), meer dan 120 bij zwaardere inspanning.

Het komt zeer vaak voor dat een patiënt zowel een antistollingsmiddel krijgt als één of meer middelen die inwerken op zijn hartritme.

Zowel het antistollingsmiddel als het anti-aritmicum kunnen “gestoord” worden door andere, bijkomende geneesmiddelen die men gedurende korte tijd neemt om andere problemen te bestrijden: bijvoorbeeld een antibioticum om een infectie te behandelen, een anti-inflammatoir middel tegen pijn, een middel tegen allergie enz.

Aangezien zelfmedicatie bijzonder veel voorkomt is het **essentieel** dat de patiënt altijd aan zijn huisarts en/of cardioloog vraagt of een ander geneesmiddel mag worden genomen en of daarbij bijzondere voorzorgen moeten worden in acht genomen.

Zo moet men in het bijzonder **absoluut vermijden** een niet-steroïdaal anti-inflammatoir middel (NSAI) middel te nemen — met inbegrip van de recentste producten (anticox 2) — wanneer men een antistollingsmiddel gebruikt.

Ook als men een anti-aritmicum neemt zoals Sotalex®, Tambacor®, Rytmonorm® of Cordarone®, dient men zeer voorzichtig te zijn wanneer men begint met een ander, niet-cardiologisch middel, in het bijzonder bepaalde anti-allergische middelen, antibiotica en ook de meeste antidepressiva. Overdreven gebruik van diuretica kan het kaliumgehalte in het bloed verstoren, wat eveneens ernstige aritmieën in de hand kan werken, vooral indien men anti-aritmica

neemt; dit kan contradictorisch overkomen, maar de geneesmiddelen die inwerken op het hartritme kunnen in bepaalde omstandigheden paradoxale effecten hebben.

Ook dient men absoluut af te zien van elk vrij verkocht geneesmiddel en van alle stoffen waarvan het therapeutisch effect twijfelachtig is hoewel het met grote publicitaire inspanningen wordt aangeprezen in de geschreven pers en op de televisie; ten slotte dient men aan te dringen op een **evenwichtige en afwisselende** maar stabiele voeding, zonder specifieke beperking, behalve dan wat producten betreft die rijk zijn aan dierlijke vetten en snel werkende suikers.

6. Hoe moet men een anticoagulans nemen?

Een antistollingsmiddel dient men zeer nauwgezet te nemen, d.w.z. dat de voorziene dosis strikt moet worden nageleefd, dat het tijdstip waarop men het middel neemt niet van dag tot dag mag verschillen en dat men moet vermijden het middel te vergeten of twee keer in te nemen op dezelfde dag — wat sommige mensen doen wanneer ze niet meer weten of ze hun tablet reeds hebben ingenomen!

Om fouten tot een minimum te beperken is het erg nuttig dat men het antistollingsmiddel elke dag op precies hetzelfde moment inneemt en eventueel in een agenda te noteren hoeveel tabletten men effectief heeft ingenomen.

De vereiste dosis kan van persoon tot persoon **sterk verschillen**: van Sintrom® bijvoorbeeld hebben sommige patiënten gemiddeld 1 mg/dag nodig en anderen 6 tot 7 mg/dag! Dit heeft te maken met verschillen qua absorptie en metabolisering.

Het is van belang dat men weet dat de werking van een antistollingsmiddel enige tijd uitblijft en lang duurt: het middel gaat de strijd aan met vitamine K, die noodzakelijk is voor de aanmaak van verscheidene stollingsfactoren.

Doorgaans treedt bij het begin van een behandeling het effect pas ten volle op na 24 tot 48 uur, terwijl de normale stolling pas 48 tot 72 uur na het stopzetten van de behandeling opnieuw een feit is.

Verscheidene uitwendige factoren kunnen het effect van antistollings-

middelen beïnvloeden, in het bijzonder de voeding maar ook de mate waarin men actief is, het klimaat,...

Het is dan ook aanbevolen er een stabiele manier van leven op na te houden; is een verandering van gewoonten niet te vermijden, dan is het aan te raden spoedig (2 tot 5 dagen na de verandering) het stollingspeil van het bloed te laten controleren.

Om doeltreffend te zijn — d.w.z. om de neiging tot vorming van klontertjes in de linkerboezem sterk te verminderen en ook om het gevaar voor inwendige bloeding niet te groot te maken — moet het niveau van de anticoagulerende werking precies worden ingesteld.

Sinds enige jaren is de betrouwbaarste bijsturingschaal voor dat niveau de INR (International Normalized Ratio).

Behalve voor bijzondere individuele situaties moet het niveau zich tussen 2 en 3 bevinden.

Minder dan 2 komt neer op een ontoereikende anticoagulatie, meer dan 3 op een te sterke anticoagulatie, waarbij het gevaar voor bloeding reëel wordt en groter dan het voordeel dat de bescherming tegen klonters biedt.

Het INR-niveau moet regelmatig gecontroleerd worden, ten minste 1 keer per maand en zodra men vermoedt dat het anticoagulatiepeil niet meer correct is: bijvoorbeeld als men een neiging tot spontane bloeding vaststelt (neusbloeding, bloedend tandvlees, ecchymose bij het geringste contact, bloed in de urine) en ook na een verandering van gewoonten: als men een bijkomend geneesmiddel neemt, stopt met een geneesmiddel, andere eetgewoonten aanneemt, van klimaat verandert, spijsverteringsstoornissen heeft, aan diarree lijdt, braakt, enz.

We eindigen met een hoopgevend bericht wat orale anticoagulantia betreft. De komende jaren zullen er zeer waarschijnlijk geneesmiddelen op de markt komen die even doeltreffend zijn als de huidige anticoagulantia, maar gebruiksvriendelijker zijn en in een vaste dosis kunnen worden ingenomen zonder dat daarvoor herhaalde bloedcontroles vereist zijn.