

Cardiologie

# Voorkamerfibrillatie



## Beste patiënt,

In deze brochure lees je wat een normaal hartritme is en wat er gebeurt bij voorkamerfibrillatie. We staan stil bij mogelijke klachten, gevolgen en onderzoeken, en bij de verschillende behandelingsopties. Zo krijg je een helder overzicht dat je helpt om samen met je arts bewuste keuzes te maken.

## Het normale hart

Het hart is een holle spier die bloed door het hele lichaam pompt en zo zorgt voor voldoende zuurstof en voedingsstoffen. Het bestaat uit vier holtes: **een linker en rechter voorkamer (atria) en een linker- en rechterkamer (ventrikels).**

De pompfunctie van het hart wordt gestuurd door een elektrisch geleidingssysteem. In normale omstandigheden ontstaat het hartritme in de natuurlijke pacemaker van het hart, de sinusknop, die zich in de rechter voorkamer bevindt. Daarom noemen we een normaal hartritme ook wel een **sinusritme.**

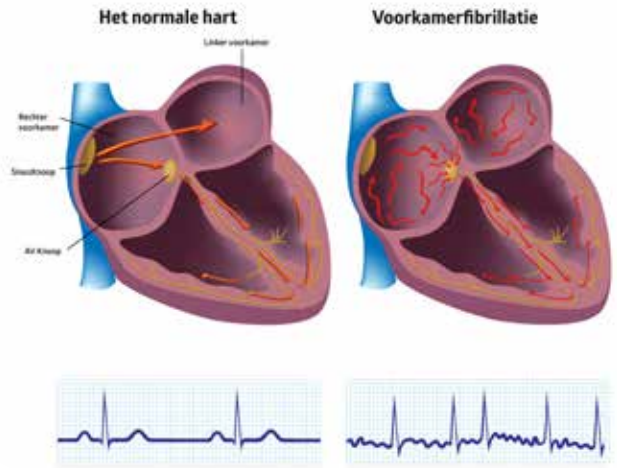
De elektrische prikkel wordt vervolgens vertraagd in de AV-knoop, de elektrische verbinding tussen de voorkamers en de

kamers. Zo krijgen de voorkamers voldoende tijd om samen te trekken. Daarna splitst het geleidingssysteem zich in een rechter en linker bundeltak, waardoor beide kamers gelijktijdig kunnen samentrekken. Bij de volgende hartslag start deze cyclus opnieuw.

**Bij ritmestoornissen raakt deze nauwkeurige elektrische aansturing verstoord.**

## Voorkamerfibrillatie

**Voorkamerfibrillatie (VKF), ook atriumfibrilleren genoemd,** is de meest voorkomende hartritmestoornis ter wereld. In België treft ze naar **schatting 150.000 mensen.** In tegenstelling tot het regelmatige sinusritme ontstaat bij VKF een snel en onregelmatig ritme in de voorkamers. De voorkamers trekken dan niet meer efficiënt samen, maar trillen als het ware.



Bij de meeste mensen ontstaat VKF in de longaders of pulmonaalvenen. Dat zijn bloedvaten die zuurstofrijk bloed van de longen naar de linker voorkamer brengen. Wanneer de ritmestoornis langer bestaat en/of er meerdere risicofactoren aanwezig zijn, ontstaan er structurele veranderingen in de voorkamers. Die veranderingen versterken de ritmestoornis verder.

De chaotische elektrische prikkels zorgen ervoor dat de voorkamers tot wel **350 keer per minuut** geactiveerd worden. Gelukkig werkt de AV-knoop als een natuurlijke rem, waardoor niet alle prikkels naar de kamers worden doorgelaten. Toch kan de hartslag in rust oplopen tot **150 à 200 slagen per minuut**.

## Mogelijke klachten

- hartkloppingen, zoals een bonzend of fladderend gevoel in de borstkas
- een verminderde inspanningscapaciteit
- kortademigheid
- vermoeidheid
- pijn op de borst
- duizeligheid of flauwvallen

Ongeveer één derde van de mensen met voorkamerfibrillatie ervaart geen duidelijke klachten. Daardoor wordt de diagnose soms pas later gesteld.

# Oorzaken

Voorkamerfibrillatie heeft meestal geen één duidelijke oorzaak, maar ontstaat door een combinatie van verschillende risicofactoren.

## **Sommige risicofactoren kan je niet beïnvloeden:**

- leeftijd: vanaf 45 jaar heeft ongeveer één op drie mensen het risico om ooit VKF te ontwikkelen
- mannelijk geslacht
- familiale voorgeschiedenis van voorkamerfibrillatie

## **Daarnaast zijn er aandoeningen die het risico verhogen en die vaak behandeld kunnen worden:**

- hoge bloeddruk (arteriële hypertensie)
- suikerziekte (diabetes mellitus)
- hartziekten, zoals hartfalen, klepafwijkingen of een doorgemaakt hartinfarct
- overgewicht of obesitas
- slaapapneu
- schildklierproblemen
- chronische longziekten
- chronische ontsteking of infectie
- intensieve duursport gedurende vele jaren
- aanhoudende stress

## **Ook je levensstijl speelt een rol.**

### **Risicofactoren die je zelf kan aanpakken zijn:**

- stoppen met roken
- alcoholgebruik beperken tot maximaal drie eenheden per week
- voldoende bewegen en streven naar een gezond gewicht

**Bij jongere mensen (jonger dan 45 jaar) wordt ook gedacht aan zeldzamere oorzaken, zoals andere hartritmestoornissen, erfelijke ritmestoornissen of erfelijke hartspierziekten.**

# Gevolgen

Voorkamerfibrillatie is meestal niet acuut levensbedreigend, maar kan op langere termijn wel ernstige gevolgen hebben:

## Beroerte

Doordat de voorkamers niet meer goed samentrekken, stroomt het bloed daar trager. Dat is vooral zo in het linker harttoortje, een kleine uitstulping van de linker voorkamer. Daar kan het bloed bijna stil komen te staan, waardoor een bloedklonter (trombose) kan ontstaan.

Deze bloedklonters kunnen loskomen en met de bloedstroom meegevoerd worden. Dat kan elders in het lichaam problemen veroorzaken, wat we een embolie noemen. Als een klonter een bloedvat in de hersenen afsluit en zo een zuurstoftekort veroorzaakt, ontstaat een beroerte (cerebrovasculair accident of CVA). Dat kan leiden tot blijvende schade, zoals verlamming.

Een beroerte uit zich vaak plots, bijvoorbeeld door een afhangende mondhoek, krachtsverlies of moeite met spreken. Ongeveer één op vijf beroertes wordt veroorzaakt door voorkamerfibrillatie. Bij een vermoeden van een beroerte is altijd dringend medisch ingrijpen nodig.

**Bel onmiddellijk 112. Elke minuut telt.**

**Bloedklonters kunnen ook andere organen beschadigen, zoals de nieren of de darmen.**

Bij mensen met voorkamerfibrillatie komen beroertes en andere trombo-embolische complicaties meer dan dubbel zo veel voor dan bij mensen zonder deze ritmestoornis.

## Hartfalen

Wanneer het hartritme gedurende langere tijd te snel blijft, **meer dan 110 slagen per minuut in rust**, kan de pompfunctie van het hart verzwakken en kan hartfalen ontstaan. Dat kan klachten geven zoals kortademigheid, vermoeidheid en vochtophoping ter hoogte van de enkels. Hartfalen komt bij mensen met voorkamerfibrillatie meer dan vier keer zo vaak voor als bij mensen zonder deze ritmestoornis. De behandeling bestaat uit specifieke hartfalenmedicatie, aangevuld met maatregelen om het normale sinusritme te herstellen.

## Andere gevolgen

Zelfs bij correcte behandeling blijft het risico op overlijden verhoogd. Veel mensen met voorkamerfibrillatie ervaren ook een daling van hun levenskwaliteit.

**Elk jaar wordt ongeveer één op drie patiënten minstens één keer in het ziekenhuis opgenomen omwille van deze ritmestoornis.**

Daarnaast verhoogt voorkamerfibrillatie de kans op depressie en dementie.



## Diagnose

Vorkamerfibrillatie kan vaak vermoed worden op basis van je klachten en risico-factoren. Om de diagnose zeker te stellen, is er altijd een registratie van het hartritme nodig. Meestal gebeurt dit met een **ECG**, ook wel een hartfilmpje genoemd.

Bij de zogenaamde paroxysmale of vroege vorm van vorkamerfibrillatie kan de ritmestoornis komen en gaan. Omdat een ECG slechts een momentopname is, kan dat de diagnose bemoeilijken. In dat geval kan een **holteronderzoek** helpen. Dat is een toestel dat je hartritme gedurende een langere periode registreert.

Tegenwoordig bestaan er ook **smartwatches** die een ECG kunnen maken en zo kunnen bijdragen tot een snellere opsporing van de ritmestoornis. Bij mensen die een beroerte doormaakten zonder duidelijke oorzaak wordt soms een kleine **looprecorder** onder de huid van de borstkas geplaatst. Die volgt het hartritme gedurende meerdere jaren.

Bij aanhoudende klachten zonder duidelijke registratie, of bij een vermoeden van een bijkomende ritmestoornis, kan de arts soms een **elektrofysiologisch onderzoek** voorstellen, ook wel EFO genoemd.

Verdere onderzoeken kunnen nodig zijn om een beter beeld te krijgen van de oorzaken en mogelijke gevolgen van vorkamerfibrillatie. Met een **echocardiografie** bekijkt de arts de structuur van het hart, zoals de grootte van de hartholtes, de dikte van de hartspier en de werking van de hartkleppen.

Met een **bloedonderzoek** kunnen onderliggende risicofactoren of bijkomende aandoeningen opgespoord worden, zoals suikerziekte of problemen met de schildklier.

Screening naar vorkamerfibrillatie is zinvol bij mensen met een verhoogd risico, zoals vanaf de leeftijd van 65 jaar, bij een voorgeschiedenis van beroerte of bij meerdere aandoeningen die het risico verhogen. Dat kan gebeuren bij de huisarts. Je kan ook zelf je pols voelen om na te gaan of het ritme onregelmatig is. Toch is altijd een registratie van het hartritme nodig om

de diagnose te bevestigen, want niet elk onregelmatig hartritme wordt veroorzaakt door voorkamerfibrillatie.

## Behandeling

Vorkamerfibrillatie is een aandoening die in de loop van de tijd kan verergeren en moeilijker te behandelen wordt naarmate ze langer bestaat. Daarom is het belangrijk om na de diagnose tijdig te starten met een behandeling. Die behandeling is gericht op het verminderen van klachten en het verbeteren van je vooruitzichten op lange termijn. De **gestructureerde aanpak** van voorkamerfibrillatie steunt op drie duidelijke pijlers:

### Aanpak van risicofactoren/ comorbiditeiten

Het opsporen en behandelen van risicofactoren en bijkomende aandoeningen is een essentiële eerste stap in de behandeling van voorkamerfibrillatie.

- hartfalen: opstarten van aangepaste hartfalenmedicatie en vochtafdrijvers bij vochtophoping
- beweging: streven naar minstens **3,5 uur beweging per week** en ongeveer **10.000 stappen per dag**
- hoge bloeddruk: streven naar een **bloeddruk lager dan 130/80**
- suikerziekte: aangepaste voeding en suikerverlagende behandeling
- roken: volledig stoppen met roken
- overgewicht: streven naar minstens **10% gewichtsverlies**, bij voorkeur met begeleiding van een diëtist
- alcohol: beperken tot **maximaal drie glazen per week**
- slaapapneu: bij vermoeden verder onderzoek en behandeling, eventueel met een CPAP-toestel en gewichtsreductie

Een gezonde levensstijl speelt dus een belangrijke rol in de aanpak van voorkamerfibrillatie. Na een ablatie wordt daarom vaak cardiale revalidatie aangeraden. Dat helpt om deze factoren op een veilige en haalbare manier te verbeteren en verhoogt de slaagkans van de behandeling op langere termijn.

## Bloedverduunners (anticoagulatie)

Op basis van een individuele risicoanalyse bepaalt je arts of je bloedverduunners nodig hebt. De meeste mensen met voorkamerfibrillatie krijgen deze medicatie om het risico op een beroerte sterk te verminderen. Bloedverduunners verhogen wel de kans op bloedingen, maar bij de juiste patiënt wegen de voordelen duidelijk op tegen de nadelen. Een correcte en consequente inname is daarbij essentieel.

De nieuwere bloedverduunners worden **NOAC's** genoemd. Bij een juiste inname en een stabiele nierfunctie is het bloed hierbij niet te dun en niet te dik, waardoor regelmatige bloedafnames meestal niet nodig zijn. Voorbeelden zijn edoxaban (**Lixiana**®, één keer per dag), apixaban (**Eliquis**®, twee keer per dag), dabigatran (**Pradaxa**®, twee keer per dag) en rivaroxaban (**Xarelto**®, één keer per dag). Deze geneesmiddelen bieden een sterke bescherming tegen het vormen van bloedklonters.

Vitamine-K-antagonisten zijn oudere bloedverduunners, zoals acenocoumarol (**Sintrom**®), fenprocoumon (**Marcoumar**®) en warfarine (**Marevan**®). Bij deze medicatie zijn regelmatige bloedafnames nodig om te controleren of het bloed niet te dik of te dun is. De werking kan namelijk beïnvloed worden door factoren

zoals voeding of andere geneesmiddelen. Deze bloedverduunners worden vooral gebruikt bij mensen bij wie NOAC's niet geschikt zijn, bijvoorbeeld bij bepaalde klepaandoeningen of bij een mechanische hartklepprothese.

## Behandeling van symptomen

De verdere behandeling van voorkamerfibrillatie richt zich op het onder controle houden van de hartslag (frequentiecontrole) of op het herstellen en behouden van een normaal hartritme (ritmecontrole). Uit recent onderzoek blijkt dat een vroege aanpak met ritmecontrole niet alleen klachten kan verminderen, maar ook de vooruitzichten op lange termijn verbetert, zelfs bij mensen zonder duidelijke symptomen. Zo daalt onder meer het risico op beroertes en hartfalen. Daarom krijgt deze strategie bij veel patiënten vandaag de voorkeur.

### Frequentiecontrole

Bij frequentiecontrole probeert de arts je hartslag onder controle te houden. Dat gebeurt meestal met vertragende medicatie, zoals bètablokkers (bijvoorbeeld bisoprolol, **Emconcor**®) of calciumantagonisten (bijvoorbeeld verapamil, **Lodixal**®).

In uitzonderlijke gevallen blijft de hartslag te snel, ondanks een maximaal verdragen dosis medicatie. Dan kan een **his-ablatie** overwogen worden. Daarbij wordt de elektrische verbinding

tussen de voorkamers en de kamers onderbroken. De voorkamers blijven fibrilleren, maar de elektrische prikkels worden niet langer doorgestuurd naar de kamers. Omdat de hartslag daardoor te traag wordt, wordt vooraf altijd een pacemaker geïmplanteerd.

### Ritmecontrole

Bij ritmecontrole probeert men de ritmestoornis te stoppen en te voorkomen dat ze opnieuw optreedt. Dat kan met specifieke **medicatie**, zogenaamde anti-aritmica, zoals flecaïnide (**Apocard®**), propafenon (**Rytmonorm®**) of amiodarone (**Cordarone®**).

Daarnaast kan het hartritme hersteld worden met een **elektrische cardioversie**. Daarbij krijg je tijdens een korte narcose één of meerdere elektrische schokken om het hartritme opnieuw te normaliseren. Meer informatie hierover vind je in de brochure over elektrische cardioversie.

Een andere mogelijkheid is een **ablatie**. Daarbij worden onder algemene narcose de hartcellen behandeld die verantwoordelijk zijn voor de ritmestoornis. Omdat voorkamerfibrillatie bij de meeste mensen ontstaat ter hoogte van de longaders, bestaat de kern van deze behandeling uit het elektrisch isoleren van deze bloedvaten. Dit wordt ook wel een pulmonaalvenenisolatie genoemd, afgekort als **PVI**.

Meer uitleg hierover vind je in de brochure over PVI-ablatie.



brochure  
Pulmonale Venen  
Isolatie (PVI)



### Tot slot

Voorkamerfibrillatie is een veelvoorkomende aandoening, maar met een tijdige en gerichte aanpak zijn de klachten en risico's vaak goed onder controle te houden.

**Heb je na het lezen nog vragen of onzekerheden, bespreek die dan gerust met je arts. Samen kan je bekijken welke aanpak het best bij jou past.**



# Groots in zorg, persoonlijk in aanpak

Onze ziekenhuismedewerkers zetten zich elke dag in om kwalitatieve en patiëntgerichte zorg te bieden. Elke patiënt van AZ Rivierenland moet kunnen rekenen op de beste en meest persoonlijke zorg en behandeling in de regio.



# Wij wensen jou een aangenaam verblijf en een spoedig herstel toe!



## Honger of dorst?

Breng een bezoekje aan onze **bistro Azter** op campus Rumst of campus Bornem!

### CAMPUS RUMST

's Herenbaan 172 | 2840 Rumst  
03 880 90 11  
spoedgevallen: 03 880 95 20

### CAMPUS BORNEM

Kasteelstraat 23 | 2880 Bornem  
03 880 90 11  
spoedgevallen: 03 890 16 03

### CAMPUS WILLEBROEK

Tisseltsesteenweg 27 | 2830 Willebroek  
03 880 90 11

**ref.: 50121271**

versie: 30/04/2026

foto's & illustraties: Adobe stock

eigenaar: dr. M. Tijskens, cardioloog

v.u.: Sofie Vermeulen, communicatieverantwoordelijke

Maatschappelijke zetel:

vzw AZ Rivierenland | 's Herenbaan 172 | 2840 Rumst

RPR 0416 851 659 | Erkenningsnummer 104 | Bevoegde rechtbank: Antwerpen

[www.azrivierenland.be](http://www.azrivierenland.be) | [info@azr.be](mailto:info@azr.be)

