



Elektrofysiologie



Binnenkort komt u naar ons ziekenhuis voor een elektrofysiologisch onderzoek (EFO) vanwege vermoedelijke hartritmestoornissen. Normaal is de hartslag regelmatig, maar soms kan deze onregelmatig, te snel of te langzaam zijn. Hartritmestoornissen kunnen vaak met medicijnen behandeld worden. Als medicijnen niet voldoende werken of bijwerkingen hebben, kan een EFO nodig zijn. Dit onderzoek geeft informatie over de stroomgeleiding van uw hart, het type hartritmestoornis en de plek waar deze ontstaat. Een dun slangetje (katheter) wordt via de bloedvaten in het hart gebracht voor de metingen. Indien nodig kan aansluitend een katheterablatie volgen. In deze folder vindt u meer informatie over hartritmestoornissen, het EFO en de katheterablatie.

Het gezonde hart

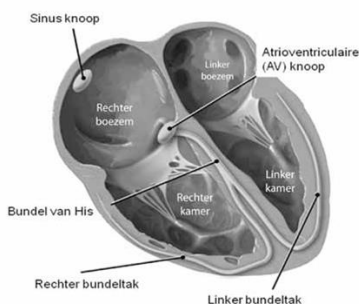
De normale elektrische geleiding

Het hart is een holle spier, zo groot als een vuist, die als een pomp werkt. Het hart trekt samen en ontspant, wat een hartslag vormt. Per minuut pompt het hart ongeveer vijf liter bloed door het lichaam. Het hart heeft een linker- en rechterhelft, elk met een boezem (atrium) en een kamer (ventrikel).

De rechter boezem verzamelt zuurstofarm bloed uit het lichaam en de rechter kamer pompt dit naar de longen voor zuurstof. Het zuurstofrijke bloed gaat via de linker boezem en kamer naar het lichaam. Bij een hartslag trekken eerst de boezems samen, dan de kamers, om bloed naar de longen of het lichaam te pompen.

In rust slaat het hart 60 tot 80 keer per minuut. Tijdens de slaap kan dit dalen tot 40 slagen per minuut. Bij inspanning kan het oplopen tot 150-180 slagen per minuut.

Het samentrekken van het hart begint met kleine elektrische prikkels van pacemakercellen in de sinusknop, boven in de rechter boezem. Deze prikkels zorgen ervoor dat de rechter- en linkerboezem samentrekken, waardoor bloed naar de hartkamers stroomt. De prikkel gaat via een geleidingssysteem naar de atrioventriculaire knoop (AV-knoop), een soort verzamelstation tussen de boezems en kamers. Met enige vertraging gaat de prikkel via de AV-knoop naar de kamers, waardoor de rechter- en linkerkamer samentrekken.



Figuur 1*. Prikkelgeleiding bij het normale hartritme, sinusritme.



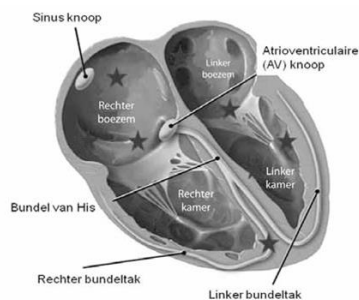
Wanneer het hart op hol slaat

Hoe ontstaan hartritmestoornissen?

Een normaal hartritme begint in de sinusknoop. Bij hartritmestoornissen is er een probleem met de elektrische prikkels in het hart. Prikkel ontstaan op de verkeerde plekken of volgen de verkeerde route. Dit kan overal in het hart gebeuren, omdat elke hartcel elektrisch actief kan zijn. Hierdoor trekken de boezems en kamers niet in de juiste volgorde samen, of te snel of te langzaam.

Als de hartslag boven de 100 slagen per minuut is, heet dit tachycardie (snel). Onder de 50 slagen per minuut heet het bradycardie (langzaam). Dit hoeft niet altijd een probleem te zijn als de prikkel uit de sinusknoop komt. Sporters en mensen die slapen kunnen een lage hartslag hebben, en koorts of inspanning kan een hoge hartslag veroorzaken.

Bij gezonde mensen slaat het hart niet altijd gelijkmatig. Af en toe een extrasystole (hartoverslag) is normaal en ongevaarlijk. Dit gebeurt als een ander deel van de hartspier tijdelijk als pacemaker werkt. Meestal neemt de sinusknoop het daarna weer over. Bij bijvoorbeeld mensen met een vergroot of beschadigd hart kunnen extrasystolen vaker voorkomen en soms gevaarlijk zijn, vooral als ze in de hartkamers ontstaan. Dit kan het hart plotseling heel snel laten kloppen, soms wel 150-200 slagen per minuut.



Figuur 2. De oorsprong van extra slagen (extrasystolen).*

Klachten

Tijdens hartritmestoornissen werkt het hart minder goed. Klachten verschillen per persoon. Sommige mensen hebben al jaren snelle hartritmestoornissen zonder problemen. De AV-knoop tussen de boezems en kamers zorgt ervoor dat ritmestoornissen uit de boezems beperkt worden doorgegeven aan de kamers, zodat ze minder invloed hebben op de pompfunctie van het hart. Snelle kamerritmes (zoals kamervibrilleren) kunnen de pompfunctie van het hart volledig stoppen en in het ergste geval tot plotselinge dood leiden. Mogelijke klachten zijn:

- hartkloppingen, onregelmatige hartslag
- duizeligheid
- lusteloosheid, vermoeidheid
- bewustzijnsverlies
- druk op de borst
- vocht vasthouden, kortademigheid

Voorbereiding



Om te bepalen of er sprake is van een ritmestoornis en om welke, wordt poliklinisch een elektrocardiogram (ECG of hartfilmpje) gemaakt en/of een Holteronderzoek (24/48-uurs ECG) gedaan. Soms kan het nodig zijn het hartritme voor een langere periode te registreren en wordt er gebruik gemaakt van een eventrecorder. Soms leveren deze onderzoeken toch te weinig gegevens op en besluit uw cardioloog om een Elektro- Fysiologisch Onderzoek (EFO) te doen.

Tachycardieën (snelle hartritmes)

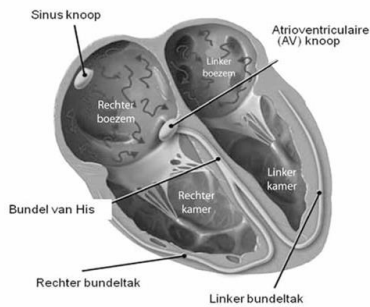
Een tachycardie is een aandoening waarbij het hart sneller dan 100 keer per minuut klopt. Er zijn twee soorten: supraventriculaire tachycardie (SVT), die in de boezems ontstaat, en ventrikeltachycardie (VT), die in de kamers ontstaat. Bij SVT laat de AV-knoop niet alle prikkels door, waardoor de hartslag in de kamers lager blijft dan in de boezems. Daarom zijn tachycardieën in de boezems zelden levensbedreigend.

Tot de snelle hartritmes uit de boezem (SVT's) behoren:

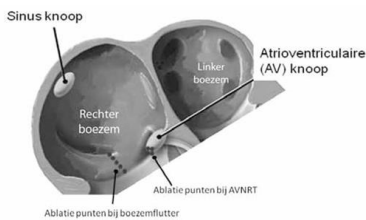
- Sinustachycardie ontstaat in de sinusknoop. De sinusknoop wordt beïnvloed door ons autonome zenuwstelsel en vuurt sneller prikkels af bij stress, beweging en emoties. Dit is een normale reactie van het lichaam. In enkele gevallen werkt de sinusknoop plots sneller zonder duidelijke reden. Dit noemen we pathologische sinustachycardie, wat vaak voorkomt bij jonge vrouwen.
- Boezem (atriale) tachycardie ontstaat in de boezem door abnormale prikkels vanuit een specifiek gebied. De oorzaak is meestal onbekend. Soms komt het door stress, koffie, cola, alcohol, medicijnen, schildklierziekte of een vergrote boezemwand.
- Boezemfibrilleren (atriumfibrilleren) is de meest voorkomende hartritmestoornis, vooral bij ouderen. Het is een snelle en onregelmatige hartslag. Het kan worden veroorzaakt door hoge bloeddruk, overgewicht, schildklierziekte, problemen met de kransslagaders, hartkleppen of hartspier (zoals een oud hartinfarct of hartspierontsteking). Bij boezemfibrilleren trekken de boezems onregelmatig en snel samen, 300 tot 600 keer per minuut. Dit komt door chaotische signalen van veel spiercellen, meestal in de linkerboezem bij de longaders. De AV-knoop zorgt ervoor dat niet alle prikkels naar de kamers gaan, maar de hartslag is wel onregelmatig en kan snel zijn. Deze ritmestoornis kan behandeld worden met medicijnen zoals anti-aritmica om het hartritme te vertragen of te reguleren. Vaak worden bloedverdunners voorgeschreven om stolsels te voorkomen. Regelmatig wordt een elektrische cardioversie uitgevoerd. Hierbij wordt u kort in slaap gebracht en krijgt u een schok met een externe defibrillator om het normale hartritme te herstellen. Hoewel dit vaak goed werkt, kan de situatie na verloop van tijd verslechteren. Medicijnen werken dan niet voldoende of hebben vervelende bijwerkingen. Een ablatie kan helpen, dit wordt in de desbetreffende folder besproken.
- Boezemflutter (Atriumflutter) is een snel hartritme uit de boezem, waarbij de boezems snel maar regelmatig samentrekken. De factoren die het ontstaan van boezemflutter bevorderen, zijn dezelfde als bij boezemfibrilleren. De boezemflutter kan bij sommige mensen maanden of zelfs jaren bestaan, maar kan na verloop van tijd overgaan in boezemfibrilleren. Een boezemflutter kan behandeld worden met medicijnen, elektrische cardioversie of ablatie.
- AVNRT (atrioventriculaire nodale re-entry tachycardie) ontstaat doordat de AV-knoop bij sommige mensen twee verschillende paden heeft: een snel en een langzaam pad. De elektrische stroom gaat van de boezems naar de kamers via een van deze paden. Bij deze ritmestoornis gebruikt de stroom het ene pad van de boezems naar de kamers en het andere pad van de kamers naar de boezems, waardoor een cirkel ontstaat. AVNRT kan vervelend zijn, maar is niet levensbedreigend.
- AVRT (atrioventriculaire re-entry tachycardie), ook bekend als het Wolff-Parkinson-White



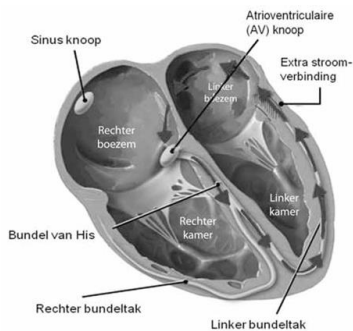
syndroom (WPW), wordt veroorzaakt door een extra verbinding door een aangeboren afwijking. Dit is meestal niet erfelijk. Buiten de ritmestoornissen functioneert het hart normaal. In tegenstelling tot AVNRT zit de extra verbinding niet bij de AV-knoop, maar ergens in de wand tussen de boezems en kamers. Een extra boezem- of kamerslag kan een cirkelstroom uitlokken doordat de elektrische stroom zich via de AV-knoop en de extra bundel verspreidt. Behandeling is meestal nodig omdat WPW meestal niet vanzelf overgaat, behalve bij zeer jonge kinderen. De klachten lijken op die van boezemfibrilleren of boezemflutter.



Figuur 3. Boezemfibrilleren.*



Figuur 4.Boezemflutter ablatie en AVNRT*



Figuur 5. AVRT.*



Tot de snelle hartritmes uit de kamer behoren:

- Kamertachycardie (ventrikel tachycardie/VT) is een snelle, regelmatige hartslag van 120 tot 250 slagen per minuut die in de hartkamers begint. Hierdoor wordt er te weinig of geen bloed naar de hersenen en het lichaam gepompt, wat zuurstoftekort in de hersenen veroorzaakt. Dit kan leiden tot hartkloppingen, duizeligheid en bewustzijnsverlies.
- Kamerebrilleren (ventrikelfibrillatie/VF) is een elektrische storing in de hartkamers waardoor het hart geen bloed meer rond kan pompen. Binnen enkele seconden raakt iemand bewusteloos. Zonder snel ingrijpen met hartmassage of elektrische shocks (defibrilleren) leidt dit tot een hartstilstand.

Langzame hartritmes (bradycardieën)

Bij bradycardie wordt er minder bloed naar de hersenen en het lichaam gepompt, wat duizeligheid, moeheid, kortademigheid of bewustzijnsverlies kan veroorzaken. Dit kan komen door een probleem in de sinusknop, zoals bij sick-sinus syndroom, of door een vertraging of blokkade in de AV-knop. Deze langzame hartritmes worden behandeld met een pacemaker, niet met katheterablatie.

Elektrofysiologisch onderzoek (EFO)

Bij een elektrofysiologisch onderzoek wordt uitgebreid en nauwkeurig onderzoek gedaan naar de elektrische activiteit van uw hart. Met deze informatie wordt er voor een behandeling van uw haritmestoornis gekozen.

Vorbereiding

Ongeveer 1 tot 2 weken voor de ablatie heeft u een telefonisch gesprek met de verpleegkundig specialist. Hij/zij legt uit wat er gaat gebeuren en wat u kunt verwachten voor, tijdens en na de procedure. De verpleegkundig specialist bereidt de opname voor en bespreekt uw medicatie. Als uw behandeling onder sedatie of narcose plaatsvindt, krijgt u ook een afspraak op de anesthesie-poli.

Medicatiegebruik

Indien u bloedverduunners gebruikt, wordt de dosering hiervan met u besproken door de verpleegkundig specialist. U moet mogelijk stoppen met uw medicijnen voor haritmestoornissen voorafgaand aan het onderzoek. Ook dit wordt met u besproken door de verpleegkundig specialist.

Complicaties en risico's

De kans op complicaties bij een elektrofysiologisch onderzoek is zeer klein. Er is een kleine kans op beschadiging van het bloedvat bij de insteekplaatsen in de liezen, bloedingen, stolselvorming, infecties of vocht in het hartzakje.

De verpleegkundig specialist bespreekt dit met u voor de behandeling. De röntgenstraling tijdens het onderzoek is niet schadelijk voor u, maar wel voor een ongeboren kind. Zwangerschap moet daarom uitgesloten zijn. Bespreek dit vooraf met uw cardioloog.



Opname

De opnameduur voor een EFO en ablatie kan een dagopname zijn, tenzij u later op de dag wordt geholpen. Dan blijft u een nacht in het ziekenhuis. Soms duurt de opname sowieso 24 uur. U wordt opgenomen op de afdeling Medium Care/High Care Cardiologie. Neem uw medicijnlijst, nachtkleding, pantoffels, toiletartikelen en iets te lezen mee. Laat kostbaarheden thuis.

Bij opname wordt een ECG gemaakt en een infuusnaaldje ingebracht voor medicatie tijdens het onderzoek. U draagt een telemetrie kastje om uw hartritme op afstand te observeren. Uw liezen worden geschoren voor de insteekplaats van de buisjes (sheaths). Dit kunt u ook thuis doen. Indien nodig worden delen van borst en rug geschoren voor plakkers. Gebruik geen bodylotion of crème, zodat de plakkers goed blijven zitten. Verwijder nagellak en make-up.

Op de dag van de ingreep moet u nuchter zijn. Eet niets vanaf 6 uur voor de ingreep en drink geen heldere dranken meer vanaf 2 uur van tevoren. U krijgt operatiekleding aan. Trek warme sokken aan, want de behandelkamer kan koud zijn. Het kan zijn dat u later aan de beurt bent of dat de ingreep wordt uitgesteld door uitloop of spoedgevallen. We doen ons best om u zo snel mogelijk te helpen.

Het elektrofysiologisch onderzoek

Op de interventiekamer komt u op de behandeltafel te liggen. Er worden plakkers op uw borst en rug geplaatst voor de bewaking van uw hartritme en andere vitale functies. Het team bestaat uit de cardioloog, twee verpleegkundigen en technici. Na desinfectie van de liezen wordt u afgedekt met een steriel laken. De lies (of beide) wordt verdoofd, wat kort branderig kan aanvoelen.

Als de verdoving werkt, wordt de liesader aangeprikt en worden katheters ingebracht. Deze katheters zijn lang, dun en flexibel en worden met röntgenstraling naar het hart geleid. U voelt dit niet, maar uw hart kan soms overslaan door de prikkeling. Tijdens het onderzoek mag u uw armen en benen niet bewegen. Wanneer u bijvoorbeeld jeuk heeft, helpt de verpleegkundige u.

Uw vitale functies worden nauwlettend in de gaten gehouden en de röntgenbuis beweegt om u heen om beelden te maken. De katheters registreren elektrische signalen en kunnen impulsen geven. Daarnaast kan medicatie ritmestoornissen opwekken, wat hartkloppingen kan veroorzaken. Deze ritmestoornissen kunnen weer gestopt worden, soms met medicijnen of een elektrische schok (cardioversie). U wordt voor dit laatste kort in slaap gebracht.

Het onderzoek duurt 1,5 tot 3 uur, afhankelijk van de bevindingen. Laat het behandelteam weten hoe u zich voelt, bijvoorbeeld bij duizeligheid of misselijkheid.



Er zijn twee mogelijkheden:

1) geen ablatie, hier kunnen verschillende redenen voor zijn:

- het lukt niet om een hartritmestoornis op te wekken. Hierdoor is het niet bekend waar de hartritmestoornis ontstaat en kan deze ook niet met een ablatie worden verholpen.
- het is bij u niet zinvol om een ablatie te doen omdat de kans op (blijvend) succes klein is. Meestal volgt een behandeling met medicijnen.
- de kans op complicaties bij een ablatie voor uw ritmestoornis is te groot. Een ablatie is zelden te risicovol. Dit gebeurt meestal als de ritmestoornis dicht bij de sinusknoop of AV-knoop zit. Bij ablatie kan de hartgeleiding zo beschadigd raken dat u een pacemaker nodig heeft.

2) wel ablatie, over deze behandeling wordt uitleg gegeven in de volgende hoofdstukken.

Na het elektrofysiologisch onderzoek

Na het onderzoek worden de katheters en buisjes verwijderd, wat kort onaangenaam kan zijn. Daarna krijgt u een hechting en een drukverband. U moet plat blijven liggen en uw been recht houden tot het drukverband weg is om nabloedingen te voorkomen. De hechting wordt na 4 uur verwijderd. Geef het meteen aan een verpleegkundige door als u een warm, nat gevoel of zwelling in de lies voelt. Aarzel ook niet om andere klachten te melden.

De elektrofysioloog of verpleegkundig specialist bespreekt de bevindingen en behandelmogelijkheden tijdens of na de ingreep met u. Soms is geen verdere behandeling nodig. Als dat wel zo is, kan de behandeling bestaan uit medicijnen, een ablatie, of een ICD (implanteerbare cardioverter defibrillator) bij levensbedreigende ritmestoornissen.

Terug op de verpleegafdeling wordt een ECG gemaakt. Uw hartritme wordt op afstand bewaakt met een telemetriekastje en uw bloeddruk wordt regelmatig gecontroleerd. U kunt zich moe of ongemakkelijk voelen door de medicijnen of het lange liggen. Als u geen rustgevend medicatie heeft gekregen, mag u weer eten en drinken.

Voordat u naar huis gaat, wordt er nog een ECG gemaakt en de lies gecontroleerd. Soms wordt ook een echo gemaakt. Als alles goed is, mag u naar huis. U krijgt een ontslaggesprek met de verpleegkundige, een nazorgfolder, eventueel een recept en een afspraak voor nacontrole of verdere behandeling.



Ablatie

Een ablatie is een behandeling voor hartritmestoornissen waarbij het stukje hartweefsel dat de stoornis veroorzaakt, wordt weggebrand met radiofrequente energie (RF), hoogfrequente elektrische impulsen (PFA) of bevriezing (cryotherapie). Dit onderbreekt de elektrische stroom die de ritmestoornis veroorzaakt en er ontstaat littekenweefsel.

Niet iedereen met een ritmestoornis komt in aanmerking voor een ablatie. Deze behandeling wordt overwogen als u veel klachten heeft, de ritmestoornis ernstige gevolgen kan hebben, andere behandelingen niet werken, of de medicatie vervelende bijwerkingen heeft.

De plaats van de ablatie hangt af van de oorsprong van de ritmestoornis. Soms is er een duidelijke oorzaak, zoals een extra geleidingsverbinding of rondcirkelende elektrische activiteit. De kans op succes verschilt per ritmestoornis. Bij sommige is dit meer dan 90%, bij andere lager. Samen met de cardioloog kunt u de kansen en risico's afwegen.

Soms keert de ritmestoornis terug na een succesvolle ablatie. Afhankelijk van de ernst van de klachten kan het nodig zijn de behandeling te herhalen. De cardioloog adviseert u hierover.

Complicaties en risico's

De kans op complicaties bij een ablatie is klein, maar niet helemaal uit te sluiten. De meest voorkomende complicaties zijn bloedingstoringen en zwelling bij de punctie in de lies. Allergische reacties op medicijnen of plakkers kunnen ook voorkomen. Soms ontstaat er vocht in het hartzakje door de ablatie, wat verwijderd moet worden. Er is een kleine kans op een herseninfarct of TIA, daarom krijgt u tijdens de behandeling bloedverduunners.

Soms kan een snelle ritmestoornis optreden tijdens de ablatie, waardoor u het bewustzijn verliest en een cardioversie nodig is om het hart weer in het normale ritme te krijgen. U wordt hiervoor kort in slaap gebracht. Heel soms kan de normale elektrische geleiding in het hart beschadigd raken, wat een pacemaker noodzakelijk maakt. Dit komt zelden voor. Zoals bij elke ingreep aan het hart is er een kleine kans op overlijden, maar deze is zeer klein. De verpleegkundig specialist bespreekt dit vóór de behandeling met u.

Vorbereiding

De voorbereiding op een ablatie is meestal hetzelfde als voor een elektrofysiologisch onderzoek. De opname en het begin van de behandeling zijn ook gelijk. Een ablatie gebeurt meestal in dezelfde sessie als het elektrofysiologisch onderzoek. U heeft een telefonisch gesprek met de verpleegkundig specialist, die u medicatieadvies geeft in overleg met de elektrofysioloog.

De verpleegkundig specialist bespreekt met u hoe u zich moet voorbereiden, bijvoorbeeld over het stoppen van medicatie en/of bloedverduunners. Een ablatie gebeurt meestal niet onder narcose, omdat het dan moeilijker is om hartritmestoornissen op te wekken. De behandeling kan belastend zijn omdat u lang stil moet liggen, maar meestal is narcose niet nodig. Bij een ablatie vanwege atriumfibrilleren kan narcose soms wel nodig zijn, omdat deze behandeling uitgebreid en pijnlijk kan zijn.



De ablatie

Als de buisjes in de liesader (soms ook liesslagader) zijn ingebracht en de ablatiekatheter op de juiste plek zit, wordt het hartweefsel nauwkeurig beschadigd door verhitting of bevriezing. Dit duurt steeds één tot anderhalve minuut. U kunt een warm, branderig of drukkend gevoel op de borst ervaren, dat kan uitstralen naar de armen of kaken. Ook kunt u hoofdpijn krijgen.

Meestal zijn meerdere applicaties nodig om het gebied van de ritmestoornis te behandelen. U moet tijdens het branden of vriezen stil blijven liggen, normaal ademen en niet praten. De behandeling kan enkele uren duren, afhankelijk van de ritmestoornis. Meld eventuele klachten direct, zodat ze behandeld kunnen worden.

De verpleegkundige zorgt voor u, geeft indien nodig pijnstilling en houdt u op de hoogte van de voortgang. Aan het einde van de ablatie wordt geprobeerd om de ritmestoornis opnieuw op te wekken. Als dit niet lukt, is de procedure klaar. De katheters worden verwijderd en de bloedvaten worden 10 minuten met de hand dichtgedrukt, waarna soms een hechting wordt geplaatst en vervolgens een drukverband wordt aangelegd. Dit kan kort een vervelend gevoel geven in de lies.

Na de ablatie

U kunt zich moe of ongemakkelijk voelen vanwege de gebruikte medicijnen of het lange liggen op de behandeltafel. Mits u geen rustgevend medicatie heeft gekregen, mag u direct weer eten en drinken. U moet plat blijven liggen en uw been recht houden tot het drukverband weg is om nabloedingen te voorkomen. Geef het meteen aan een verpleegkundige door als u een warm, nat gevoel of zwelling in de lies voelt. Aarzel ook niet om andere klachten te melden. De verpleegkundige begeleidt u wanneer u voor het eerst uit bed mag komen. De bevindingen en het verwachte resultaat van de behandeling worden tijdens of er na met u besproken door de elektrofysioloog of de verpleegkundig specialist. Op de afdeling wordt een ECG gemaakt, uw hartritme wordt bewaakt en uw bloeddruk wordt regelmatig gecontroleerd.

Naar huis

Voordat u naar huis gaat, wordt er nog een ECG gemaakt en de lies gecontroleerd. Soms wordt ook een echo van het hart gemaakt. Als alles goed is, kunt u dezelfde dag of de volgende ochtend naar huis. Soms is langer blijven nodig voor observatie van het hartritme.

Na de ablatie kunt u doorgaan met uw huidige medicijnen, maar soms kan de dosering veranderen of stoppen. Soms moet u 6 weken bloedverdunners gebruiken om stolselvorming op de littekens in het hart te voorkomen. Als u al bloedverdunners gebruikt, worden deze weer hervat.

Bij het ontslaggesprek met de verpleegkundige krijgt u een afspraak voor nacontrole of verdere behandeling/onderzoek op de polikliniek. U ontvangt ook een brief voor de huisarts, de nazorgfolder en andere formulieren en recepten.



Leefregels voor na een EFO en/of ablatie

Na de procedure

Uw behandeling is uitgevoerd via de liesader of liesslagader in één of beide liezen. De eerste dagen na de behandeling is er een kleine kans op nabloeding. Om dit te voorkomen, moet u de punctieplaats(en) ontzien.

- Zorg dat iemand u met de auto ophaalt als u uit het ziekenhuis komt.
- Belast de lies de eerste drie dagen niet te veel. Vermijd fietsen, autorijden, zware dingen tillen en belastende bewegingen. Ondersteun de wond met lichte druk als u moet hoesten, niezen of persen.
- Loop de dag na de procedure weinig. Lopen in en om het huis is prima, maar vermijd lange afstanden. Traplopen mag, maar doe dit rustig, trede voor trede.
- Ga de eerste week niet in bad, zwemmen of naar de sauna. Douchen mag wel.
- Na 5 dagen kunt u weer werken, mits het herstel goed verloopt en u geen zwaar lichamelijk werk doet.
- Sport niet de eerste 2 weken.
- Seksuele activiteiten kunt u hervatten als u en uw partner daar klaar voor zijn.
- Zelfobservatie en waarschuwen
- Uw lies kan de komende tijd nog wat dik en blauw zijn. De blauwe plek kan zich verspreiden over het hele bovenbeen. Dit herstelt na een tijdje vanzelf.

Neem onmiddellijk contact op met alarmnummer 112 wanneer:

De punctieplaats in de lies pompend of golfsgewijs bloedt. Dit kan duiden op een mogelijk slagaderlijke bloeding. Druk met de vingers of vuist ongeveer 2 centimeter boven de plaats waar het bloed uitstroomt. Het bloeden moet dan minderen/stoppen. Als dit niet lukt, laat u assisteren.

Neem in de eerste week na de procedure contact op met de afdeling cardiologie bij:

- Een plotselinge toenemende zwelling bij de punctieplaats in de lies. Druk met een vuist op de ontstane bobbel tot er hulp arriveert.
- Pijn en/of gevoelloosheid in en op het been van de gepuncteerde lies.
- Huiduitslag
- Koorts
- Onverklaarde kortademigheid.
- Neem na de eerste week na de procedure contact op met uw huisarts wanneer: Klachten aanhouden of verergeren.

Vragen

De reactie op een ablatie verschilt per patiënt en hangt af van het type ritmestoornis. De meeste patiënten kunnen binnen een week hun normale leven weer oppakken. In de eerste weken na de ablatie kunt u nog vermoeidheid of lichte druk op de borst voelen. Deze klachten verdwijnen meestal vanzelf. Heeft u vragen of voelt u zich onzeker, neem dan gerust contact op met de verpleegkundig specialist van de afdeling MC/HC Cardiologie. Zij kunnen u verder helpen.



Contact

- Algemeen nummer Erasmus MC: 010 704 0 704 (dag en nacht)
- Cardiologie: 010 703 53 49 (dag en nacht)
- Secretariaat klinische elektrofysiologie: 010 703 39 91 (tijdens kantooruren)
- Polikliniek cardiologie: 010 704 05 63 (tijdens kantooruren)

Meer informatie

Een vraag stellen per e-mail kan ook. U kunt een e-mail sturen naar:
vscardiologie@erasmusmc.nl

U kunt ook informatie vinden op de website van het Erasmus MC en de website van de Hartstichting: <http://www.hartstichting.nl>

*Bron figuren: *Bron figuren: brochure Hartritmestoornissen, St. Antonius Ziekenhuis





