



Voorkamerfibrillatie

Inhoud

Inleiding	4
1 Het ritme van het gezonde hart	5
2 Wat is voorkamerfibrillatie?.....	6
3 Verschillende vormen van voorkamerfibrillatie	7
3.1 Eerste aanval	7
3.2 Paroxysmale voorkamerfibrillatie.....	7
3.3 Persisterende voorkamerfibrillatie.....	7
3.4 Permanente voorkamerfibrillatie	8
4 Komt voorkamerfibrillatie vaak voor?	8
5 Symptomen van voorkamerfibrillatie	8
6 Oorzaken van voorkamerfibrillatie	9
7 Risico's van voorkamerfibrillatie	10
7.1 Klontervorming.....	10
7.2 Snel hartritme.....	11
8 Diagnose	11
8.1 Elektrocardiogram (ECG).....	11
8.2 Hartslagcontrole aan de pols.....	11
8.3 Holter	11
8.4 Implanterbare hartmonitor.....	12
8.5 Echocardiografie.....	12
8.6 Bloedonderzoek	12

9	Prognose	13
10	Behandeling	14
	10.1 Het hartritme.....	14
	10.2 Voorkomen van klontervorming.....	17
	10.3 Pacemaker.....	19
	10.4 Ablatie	19
11	Contact.....	20

Inleiding

In deze brochure vindt u informatie over voorkamerfibrillatie (VKF), de meest voorkomende hartritmestoornis. U verneemt meer over de symptomen, de risico's, hoe de diagnose gesteld wordt en wat de mogelijke behandelingen zijn.

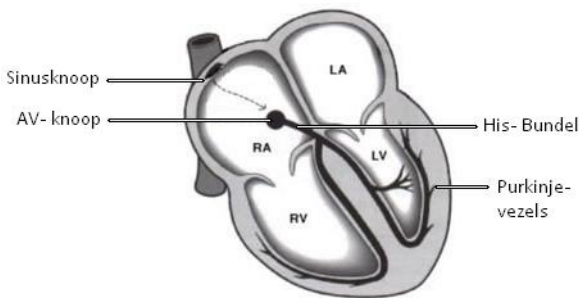
Deze brochure is geen vervanging voor het persoonlijke contact met uw arts. Elke persoon is uniek en de behandeling verschilt van persoon tot persoon. Het kan dus zijn dat er afgeweken wordt van wat u hier leest. Uw arts zal uw persoonlijke situatie met u bespreken.

1 Het ritme van het gezonde hart

Het hart is een samengestelde spier die werkt als een dubbele pomp. Het rechterdeel van het hart verzamelt het zuurstofarme bloed dat via de aders uit alle delen van het lichaam naar het hart komt en pompt dit naar de longen. Het linkerdeel van het hart verzamelt het zuurstofrijke bloed dat uit de longen komt en pompt het weer naar de rest van het lichaam.

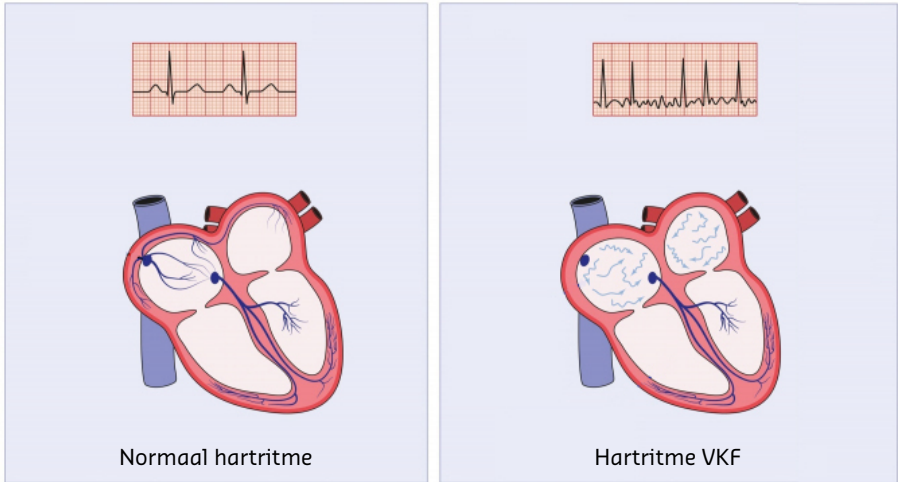
Linker- en rechterhart bestaan beiden uit een **voorkamer** (atrium) en een **kamer** (ventrikel). Bij een hartslag trekken eerst de voorkamers samen om het bloed naar de kamers te verplaatsen en vervolgens trekken de kamers samen om het bloed naar de longen en naar de rest van het lichaam te sturen.

Deze mechanische activiteit wordt gestuurd door de elektrische activiteit van het hart.



De elektrische prikkel voor een normale hartslag ontstaat in de **sinusknoop**, een klein elektrisch 'orgaantje' in de rechtervoorkamer. Terwijl de voorkamers door deze prikkel samentrekken, komt de elektrische prikkel bij de **atrio-ventriculaire knoop** (AV-knoop). Dit is een kleine elektrische verbindingsweg tussen de voorkamers en kamers in het midden van het hart waar de prikkel vertraagd doorheen loopt. Na de doorgang door de AV-knoop gaat de prikkel heel snel door de **bundel van His** en de fijn vertakte **Purkinjevezels** naar alle uithoeken van de kamers.

2 Wat is voorkamerfibrillatie?



Bij VKF is de elektrische prikkeling in de voorkamers verstoord. Naast de normale regelmatige elektrische impulsen die vertrekken uit de sinusknop, ontstaan er op verschillende plaatsen in de wanden van de voorkamers extra elektrische impulsen. Deze impulsen zwerven vervolgens ongecoördineerd door de voorkamers (elektrische chaos) waardoor die op een snelle manier gaan trillen of fibrilleren, tot 300 à 400 contracties per minuut.

Door de onregelmatige activiteit van de voorkamers, ontvangt de AV-knoop enorm veel elektrische impulsen. Gelukkig beperkt de AV-knoop het aantal prikkels dat doorgezonden wordt naar de rechter- en linker-kamer, waardoor deze niet aan zulke hoge frequenties zullen samen-trekken. De prikkels worden echter niet altijd in dezelfde verhouding doorgelaten zodat een onregelmatig hartritme ontstaat. De snelheid van het onregelmatig hartritme hangt af van de filterfunctie van de AV-knoop, die bij iedereen anders is en verder kan aangepast worden door medicatie.

Omdat bij VKF de voorkamers zeer snel trillen of fibrilleren, staan ze in mechanisch opzicht praktisch stil en leveren ze een sterk verminderde

bijdrage aan het doorstromen van bloed naar de kamers. Dat heeft als gevolg dat de globale pompfunctie van het hart wat vermindert. Omdat de grote kamers nog wel samentrekken, wordt gelukkig een groot deel van de pompwerking behouden. Een ander gevolg van het verlies aan doorstuwing in de voorkamers is de kans dat zich daar bloedklonters vormen.

3 Verschillende vormen van VKF

VKF kan optreden in aanvallen van wisselende duur (uren tot dagen). VKF kan spontaan stoppen maar kan ook van blijvende aard zijn.

3.1 Eerste aanval

Bij een meerderheid van de patiënten treedt binnen enkele minuten of uren spontaan herstel van het sinusritme op: het hartritme wordt weer normaal en regelmatig. Het kan bij een enkele aanval blijven, vooral als er sprake is van een uitlokkende factor zoals een infectie.

3.2 Paroxysmale VKF

Bij dit type gaat een eerste episode van VKF spontaan over naar sinusritme. Daarna treden er nieuwe VKF-episodes op die zelf stoppen. In deze categorie kunnen patiënten VKF-episodes hebben die tot 7 dagen kunnen duren, maar de meeste episodes eindigen spontaan binnen de 24 uur.

3.3 Persisterende VKF

Duren de episodes van VKF langer dan 7 dagen, dan is er sprake van persisterende VKF. In dit geval is de kans heel klein dat de ritmestoornis spontaan overgaat naar sinusritme. De arts kan proberen om het hartritme weer sinusaal te krijgen via cardioversie (zie rubriek "10. Behandeling" op pagina 14).

3.4 Permanente VKF

Persisterende VKF kan overgaan in permanente VKF.

Men spreekt van permanente of chronische VKF wanneer er geen sinusritme kan verkregen worden door cardioversie en wanneer de VKF dus voortdurend aanwezig is.

In andere gevallen kiest men er zelf voor om geen cardioversie meer te proberen en de VKF te aanvaarden, waardoor die permanent wordt. Men kan immers perfect voortleven met VKF.

4 Komt VKF vaak voor?

VKF is de meest voorkomende hartritmestoornis. De kans op deze ritmestoornis neemt toe met de leeftijd. De ritmestoornis komt vooral voor boven de 60 jaar, maar wordt soms ook al gezien bij jongere personen. Ongeveer één op de vier personen zal in zijn leven ooit VKF ontwikkelen.

5 Symptomen van VKF

VKF is vaak symptomeloos, tot een derde van de mensen met VKF hebben geen klachten.

Toch kan VKF aanleiding geven tot:

- ⤿ hartkloppingen: snel en onregelmatig ritme. Vaak beschrijven mensen het als een gevoel dat het hart plotseling gaat bonzen of op hol slaat;
- ⤿ kortademigheid;
- ⤿ moeheid, zwakte;
- ⤿ druk of pijn op de borstkas;
- ⤿ duizeligheid.

6 Oorzaken van VKF

Er zijn heel wat factoren die het ontstaan van VKF bevorderen. Vaak is er geen duidelijke, direct aanwijsbare oorzaak, maar gaat het om een samengaan van meerdere factoren.

Risicofactoren voor het ontwikkelen van VKF zijn:

- ⤵ toenemende leeftijd (verouderingsproces van het hart);
- ⤵ verhoogde bloeddruk;
- ⤵ overgewicht;
- ⤵ familiale voorbeschiktheid;
- ⤵ duursport: uithoudingssporten zoals langeafstandslopen of intensief fietsen kunnen een bevorderende rol spelen;
- ⤵ hartziekten: hartkleplijden (vooral lekkage aan de mitraalklep), hartfalen (hartzwakte), doorgemaakt hartinfarct, vroegere hartoperatie, enz.;
- ⤵ schildklierproblemen: te sterke schildklierwerking (hyperthyreoïdie);
- ⤵ chronische ziekten: diabetes mellitus (suikerziekte), chronische longziekten, enz.;
- ⤵ overmatig alcoholgebruik;
- ⤵ omkeerbare uitlokkende factoren: infectie, koorts, hartvliesontsteking;
- ⤵ stress.

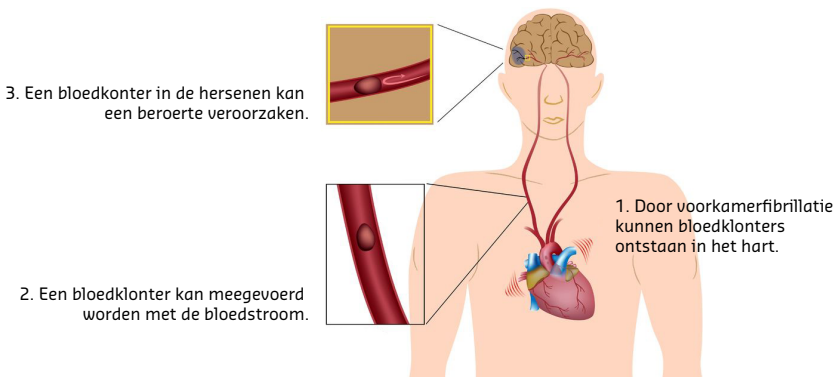
7 Risico's van VKF

7.1 Klontervorming

Bij VKF stijgt de frequentie waarmee de voorkamers samentrekken enorm, tot 300 à 400 keer per minuut. De voorkamers kunnen onmogelijk zo snel samentrekken en gaan eerder 'trillen' of 'fibrilleren'. Het bloed blijft daardoor langer staan in de voorkamers waardoor het zich kan gaan ophopen en stollen tot klonters.

Een klonters kan in het hart blijven of kan geheel of deels worden meegevoerd met de bloedstroom:

- van de rechtervoorkamer naar de longen: 'longembolie';
- van de linkervoorkamer naar de lichaamscirculatie:
 - wanneer een bloedklonters meegevoerd wordt naar de hersenen (hersenembolie), kan een beroerte (herseninfarct of cerebrovasculair accident (CVA)) optreden. Het is één van de gevreesde complicaties van VKF, met een verlamming en / of uitval van de spraak als gevolg. Als VKF niet behandeld wordt, hebben patiënten vijf keer meer kans op een beroerte;
 - de klonters kan in de bloedvaten naar de ingewanden (nieren, darmen, milt) of naar de ledematen terecht komen en er zuurstoftekort veroorzaken.



7.2 Snel hartritme

Soms wordt de VKF te snel doorgeleid naar de kamers. Een snel ventriculaire antwoord kan leiden tot:

- ⤵ storende kortademigheid;
- ⤵ hartkloppingen;
- ⤵ vermindering van de hartkamerpompfunctie;
- ⤵ zuurstoftekort van de hartspeer (door hogere zuurstofbehoefte).

8 Diagnose

8.1 Elektrocardiogram (ECG)

De diagnose van VKF wordt bevestigd door een elektrocardiogram (ECG), ook wel hartfilmpje genoemd. Het is een eenvoudig onderzoek om de elektrische activiteit van het hart vast te leggen.

8.2 Hartslagcontrole aan de pols

Het nemen van een ECG is slechts een momentopname. Omdat de hartritmestoornis vaak niet continu aanwezig is, kan het zinvol zijn om de hartslag zelf te evalueren aan de pols. VKF vaststellen op basis van alleen een onregelmatige pols is niet mogelijk omdat goedaardige 'overslagen' bij iedereen kunnen voorkomen en kunnen lijken op VKF. Daarom blijft een elektrocardiogram noodzakelijk.

8.3 Holter

Een holter is een draagbaar apparaat dat de elektrische activiteit van het hart continu kan meten.

Bij holtermonitoring wordt er een ECG van minimaal 24 opeenvolgende uren opgenomen. De meeste holters nemen 24 tot 48 uur op. Een holter voor één of meer weken is ook mogelijk. Omdat VKF vaak maar af en toe optreedt, kan deze lange opnameperiode gebruikt worden om de ritmestoornis toch te kunnen registreren.

8.4 Implanteerbare hartmonitor

De implanteerbare loop recorder (ILR) registreert continu informatie over de elektrische activiteit van het hart. Het apparaatje is enkele centimeters lang en wordt ter hoogte van de linkerborstkas onderhuids geïmplanteerd. De hartmonitor kan drie jaar gedragen worden, waardoor de kans op het meten en diagnosticeren van VKF vergroot wordt.

Wanneer de patiënt symptomen voelt, kan hij dat eenvoudig zelf aangeven met behulp van een draagbaar activatiesysteem. De hartmonitor registreert een elektrocardiogram voor, tijdens en na het moment van aangeven. De arts kan dan aan de hand van deze opgeslagen ECG's beoordelen of het hartritme te langzaam, te snel, onregelmatig of normaal is.

8.5 Echocardiografie

8.5.1 Transthoracaal (TTE)

Dit is een echografisch onderzoek van het hart waarbij de arts een sonde op de borstkas plaatst. De ultrageluidsgolven leveren beelden op waarmee onder andere de dikte van de hartwanden, de hartbewegingen en de hartkleppen beoordeeld kunnen worden.

8.5.2 Transoesofagaal (TEE)

Dit is een echografisch onderzoek van het hart via de slokdarm. Met dit onderzoek worden er beelden van het hart gemaakt zonder dat de longen of ribben in de weg zitten. Dankzij de kleine afstand tussen de onderzoekssonde en het hart kunnen details beter beoordeeld worden. Eventuele bloedklonters kunnen met dit onderzoek opgespoord worden.

8.6 Bloedonderzoek

Een bloedonderzoek wordt uitgevoerd om onderliggende oorzaken van VKF op te sporen.

Bij patiënten die al voor VKF behandeld worden met medicatie, kan een bloedafname noodzakelijk zijn om de graad van bloedverdunding en medicatiespiegels in het bloed te beoordelen.

9 Prognose

- ⤿ VKF valt onder de groep van 'ouderdomskwaaltjes', al treedt ze bij sommige mensen voor het eerst op relatief jonge leeftijd op. Het aantal en de duur van de aanvallen zullen toenemen met het ouder worden. Ondanks de beste behandeling is herval altijd mogelijk en zal toename naarmate het ouder worden blijven bestaan.
- ⤿ De juiste behandeling kan in de meeste gevallen het aantal aanvallen duidelijk verminderen, ze verkorten en vooral draaglijk maken. Slechts bij weinig patiënten heeft de geneeskunde van vandaag de mogelijkheid alle aanvallen definitief weg te nemen.
- ⤿ VKF wordt in verschillende opzichten beschouwd als 'goedaardig':
 - ze zal niet leiden tot plotse dood;
 - ze houdt geen verband met het ontwikkelen van een hartinfarct;
 - met een adequate behandeling is een normale levensactiviteit mogelijk.

10 Behandeling

10.1 Het hartritme

In eerste instantie worden behandelbare uitlokkende factoren behandeld.

In functie van de klachten kan ervoor geopteerd worden om te proberen om het normale (sinusale) hartritme te herstellen. Indien succesvol kan overwogen worden om een behandeling te starten om te voorkomen dat de ritmestoornis terugkeert.

In andere gevallen kan geopteerd worden om de ritmestoornis te laten bestaan. Er kan zo nodig medicatie gestart worden om de hartfrequentie (de snelheid waarmee de kamers samentrekken) te verlagen.

Het risico op klontervorming wordt ingeschat en in functie hiervan worden al dan niet 'bloedverdunners' opgestart.

10.1.1 Aanvaarden van de ritmestoornis en controleren van de hartfrequentie ('frequentiecontrole')

Vaak worden de klachten veroorzaakt door een te snelle hartslag. Indien het hart te snel pompt, kan het niet efficiënt pompen. In dat geval wordt medicatie opgestart die de geleiding tussen de voorkamers en de kamers beïnvloedt en daardoor de hartfrequentie verlaagt.

De symptomen zullen vaak verdwijnen als de hartslag voldoende vertraagd wordt.

10.1.2 Herstellen van een normaal hartritme en preventie van recidief ('ritmecontrole')

Er wordt gekozen voor deze aanpak indien:

- de ritmestoornis een duidelijke uitlokkende factor had en het hartritme niet spontaan herstelt na het verdwijnen van die uitlokkende factor;

⤿ symptomen aanwezig blijven ondanks goede frequentiecontrole.

Herstel van het sinusritme wordt ook 'cardioversie' genoemd. Dit kan op twee manieren:

⤿ Medicamenteus: door middel van medicatie via een infuus (intraveneus) of via de mond (peroraal).

⤿ Elektrisch: door middel van een elektrische stroomstoot door het hart.

Soms wordt cardioversie bereikt door een combinatie van beide.

De kans op een succesvolle cardioversie is het grootst wanneer de ritmestoornis nog niet lang aanwezig is (enkele uren tot een paar dagen) en als er geen onderliggende bijkomende hartproblemen zijn. Als de ritmestoornis al langer bestaat, zijn er vaak al veranderingen in de voorkamers opgetreden (de voorkamers zijn bv. groter geworden) en wordt het moeilijker om opnieuw een normaal ritme vanuit de sinus-knoop te verkrijgen en te behouden.

Bij een succesvolle cardioversie moet men er steeds rekening mee houden dat er een (grote) kans bestaat dat de VKF vroeg of laat terugkomt. Daarom wordt er vaak een onderhoudsbehandeling met 'anti-aritmica' gegeven om de kans op herval te verkleinen.

Er bestaan verschillende geneesmiddelen, met verschillende succes-kansen en verschillende nevenwerkingen. Uw arts kiest voor u het geneesmiddel dat het best bij uw situatie past. In functie van het verdere verloop kan de behandeling bijgestuurd worden.

Geneesmiddel	Mogelijke bijwerkingen	Aandachtspunten
Amiodarone	<ul style="list-style-type: none"> • schildklierproblemen; • zichtproblemen; • leverafwijkingen; • longproblemen; • verhoogd risico op verbranding bij blootstelling van de huid aan zonlicht; • hoofdpijn. 	<ul style="list-style-type: none"> • de huid beschermen tegen zonlicht; • niet gebruiken tijdens zwangerschap of borstvoeding; • halfjaarlijkse bloedafname door de huisarts voor schildklierfunctie; • jaarlijkse controle bij de oogarts; • na medicatiestop blijft dit geneesmiddel nog maanden in het bloed, zodat de ongewenste effecten nog kunnen optreden.
Flecaïnide	<ul style="list-style-type: none"> • ontstaan van andere ritmestoornissen; • te snel hartritme; • duizeligheid; • zichtproblemen; • beven; • stuiptrekkingen. 	Altijd combineren met vertragende medicatie.
Sotalol	<ul style="list-style-type: none"> • te laag hartritme; • ontstaan van andere ritmestoornissen bij het opstarten en bij dosisverhoging; • lage bloeddruk; • duizeligheid; • koude handen en voeten; • vermoeidheid; • kortademigheid. 	<ul style="list-style-type: none"> • regelmatige bloedafname bij de huisarts is nodig om de nierfunctie op te volgen; • voorzichtigheid bij associatie van andere medicatie met effect op het electrocardiogram.

10.2 Voorkomen van klontervorming

10.2.1 Nood aan medicatie?

Niet iedereen met VKF heeft hetzelfde risico op klontervorming. Het risico wordt ingeschat door een scoresysteem waarbij onder meer volgende punten gescoord worden: leeftijd, geslacht, hartpompfunctie, bloeddruk, suikerziekte en vroegere klontervorming of trombosen.

Indien het risico op klontervorming matig hoog of hoog wordt ingeschat, wordt een behandeling met bloedverdünnende medicatie voorgesteld.

Indien het risico op klontervorming zeer laag wordt ingeschat, is het risico van de bloedverdünnende medicatie mogelijk hoger dan het klonterrisico en kan afgezien worden van de bloedverdünnende medicatie.

Uw arts bespreekt de balans met u.

10.2.2 Soorten bloedverdünnende medicatie

Bloedverdünners in de context van VKF zijn geneesmiddelen die inwerken op de stolling, ook wel ‘anticoagulantia’ genoemd.

‘Antiaggregantia’ daarentegen zijn middelen die het ‘aggregeren’ of aaneenklitten van bloedplaatjes tegengaan. Tot deze groep geneesmiddelen behoren onder meer aspirine, clopidogrel, prasugrel en ticagrelor. Deze middelen, die in de volksmond ook wel bloedverdünners genoemd worden, volstaan niet om klontervorming bij VKF tegen te gaan.

Vitamine K antagonisten

Marcoumar®, Marevan®, Sintrom® zijn gekende geneesmiddelen die sinds vele tientallen jaren gebruikt worden en hun werking bewezen hebben. De bloedontstollende werking van deze middelen kan getest worden door een bloedonderzoek en wordt weergegeven door de ‘INR’. Bij de meeste patiënten wordt gestreefd naar een INR tussen 2 en 3.

Niet iedereen heeft eenzelfde dosis nodig om een goede bloedstolling te bekommen. De dosis die u nodig heeft, wordt beïnvloed door vele factoren (onder meer voeding, andere geneesmiddelen, ziekte) en kan daardoor wisselen in de tijd. Om die reden zal uw huisarts regelmatig (in de stabiele fase om de drie à zes weken) een bloedafname doen om de INR te bepalen en uw dosis eventueel aan te passen.

Deze middelen worden meer en meer vervangen door nieuwere middelen (zie hierna). Bij verschillende patiëntengroepen zijn ze echter nog steeds de hoeksteen in de behandeling, onder meer bij patiënten met een ernstig verminderde nierfunctie en bij patiënten met mechanische (metalen) kunstkleppen.

NOAC OF DOAC (nieuwe of directe orale anticoagulantia)

De nieuwere ontstollende geneesmiddelen (anticoagulantia) zijn geneesmiddelen waarbij dagelijks een vaste dosis ingenomen wordt, afhankelijk van het product 1 of 2 x per dag. In principe is het bloed bij inname van deze vaste dosis nooit te dun of te dik. Daardoor zijn controlerende bloedafnames niet nodig (en niet mogelijk) en is het risico op levensbedreigende bloedingen kleiner. Bovendien is het risico op klontervorming globaal kleiner dan bij vitamine K antagonist.

De dosis van deze geneesmiddelen wordt aangepast aan leeftijd, gewicht, nierfunctie, inname van andere medicatie en eventuele andere medische problemen. Afhankelijk van de nierfunctie is een jaarlijkse of halfjaarlijkse controle van de nierfunctie aangewezen.

Omwille van de kortere werkingsduur van deze medicatie is therapietrouw uiterst belangrijk.

Vermeld bij een bezoek aan uw / een arts / tandarts steeds het gebruik van bloedverdünnende medicatie. Houd steeds een actuele medicatielijst op zak.

Bloedingen zijn de meest voorkomende bijwerkingen. Waarschuw uw arts als u tekenen van bloeding opmerkt. Verwittig uw arts bij:

- ⤵ bloed in de stoelgang, in de urine of wanneer u bloed ophoest;
- ⤵ zwarte stoelgang en donkerbruine urine;
- ⤵ plotse gezichts- of gehoorstoornissen;
- ⤵ plotse verlamningsverschijnselen;
- ⤵ hevige hoofdpijn;
- ⤵ hevig braken;
- ⤵ bewustzijnsstoornissen na een val of trauma.

10.3 Pacemaker

Een pacemaker is geen behandeling voor VKF.

Sommige patiënten kunnen echter wel afwisselend zowel te trage (brady) als te snelle (tachy) hartritmes hebben. We spreken dan over een bradytachysyndroom. Deze patiënten kunnen geholpen worden met een pacemaker die het hart via één of meerdere draden kan stimuleren om te trage hartritmes te voorkomen. Tegelijk maakt het de behandeling van de snelle hartritmes mogelijk met medicatie die het hartritme vertraagt.

10.4 Ablatie

In specifieke gevallen is het mogelijk de hartcellen in de hartwand die verantwoordelijk zijn voor het ontstaan of doorgeleiden van de ritmestoornis weg te branden. Die behandeling heet ablatie. We verwijzen hiervoor naar onze brochure 'Elektrofysiologisch onderzoek van het hart en ablatie'.

In geval van VKF hebben verschillende soorten ablatie een plaats:

- ⤵ **Pulmonaalvenenisolatie (PVI)**
De longaders (pulmonaalvenen) spelen bij veel patiënten met VKF een belangrijke rol in het ontstaan van de ritmestoornis. Elektrische isolatie van de vier longaders kan bij een deel van de VKF-patiënten volstaan om de ritmestoornis te voorkomen of

sterk te verminderen. Uw arts bespreekt met u of u in aanmerking komt voor deze behandeling, de succeskans en de risico's.

- Soms volstaat een isolatie van de longvenen niet en wordt een uitgebreidere ablatie van de voorkamer(s) uitgevoerd in een poging de ritmestoornis te onderdrukken.
- **Hisablatie**
Bij deze vorm van ablatie wordt de bundel van His uitgeschakeld. Deze bundel vormt de elektrische verbinding tussen de voorkamers en de kamers. Als die geleiding doorgebrand is, kan het fibrilleren van de voorkamers blijven bestaan zonder dat de prikkels nog worden doorgegeven aan de hartkamers. De hartkamers krijgen dan echter geen elektrische impulsen meer van de voorkamers waardoor de hartslag te traag wordt en een pacemaker noodzakelijk is. Deze behandeling wordt eerder uitzonderlijk gebruikt, onder meer omdat de patiënt nadien levenslang afhankelijk is van een pacemaker.

11 Contact

- algemeen nummer AZ Sint-Lucas: T 050 36 91 11
- secretariaat inwendige geneeskunde: T 050 36 51 55
- verpleegeenheid inwendige geneeskunde-revalidatie: T 050 36 96 00
- verpleegeenheid MICS (hartbewaking): T 050 36 95 20

algemeen ziekenhuis **sint-lucas** vzw
sint-lucaslaan 29, 8310 brugge > T 050 36 91 11 > F 050 37 01 27
info@stlucas.be > www.stlucas.be

Volg ons op sociale media



www.facebook.com/AZ.Sint.Lucas.Brugge



[@StLucasBrugge](https://twitter.com/StLucasBrugge)



[AZ Sint Lucas Brugge](https://plus.google.com/AZ.Sint.Lucas.Brugge)