

Cerebrovasculaire aanmaningen

DOOR F. L. M. STEENWINKEL, ZENUWARTS TE LEIDEN

Het tijdig herkennen van beginnende cerebrale vaataandoeningen is bij uitstek een taak voor de huisarts. Hij is het, die het eerst wordt geroepen en de verse anamnese krijgt van en over patiënten met „vaatkramp in het hoofd”. Dat is een aanval van plaatselijke ischemie in cerebro, welke zich kan herhalen met een frequentie van enkele in een jaar tot tientallen in een maand. De paroxysmen duren van een paar tellen tot een uur.

Men heeft dan te maken met de kern van een vroeg of later volgend cerebraal accident, het infarct, dat al naar de uitgebreidheid een „beroerte” of een „tak van een beroerte” wordt genoemd. Deze voorboden zijn echter reversibel. Zij zijn vrij uniform en bevatten meestal enige symptomen van de latere blijvende afwijking.

De samenstellers van het „Year Book of neurology etc.” van 1959/1960 menen dat de conceptie van de *cerebrovasculaire insufficiëntie*, in 1953 door Corday, Rothenberg en Putnam in de literatuur gebracht, onze blik heeft verruimd, dat wil zeggen een verhelderende aanwinst is gebleken. Herhaalde voorbijgaande „small strokes” waren reeds lang bekend; de verheldering schuilt in de gewijzigde verklaring van de aanval (I), in de aanwinst in de betere herkenning (II) en in de therapeutische mogelijkheden (III).

I *Pathogenese*. De vaatkramp als primaire oorzaak heeft in de literatuur afgedaan, vaak met een stevige schop na. Men spreekt nu van hemodynamische gevolgen. In de regel bestaat er een arteriële stenose van atheromateuze aard. De toevoer naar het stroomgebied van deze arterie is daardoor verminderd, maar nog voldoende. Door een extra vermindering, bijvoorbeeld door een plotselinge algemene bloeddrukverlaging of geringere oxygenatie, kan de toevoer gemakkelijk beneden de kritische waarde dalen. Bij een halvering van de circulatie ontstaat er functie-uitval; bij een reductie tot beneden 15 procent wordt deze uitval irreversibel. Binnen deze marge ligt dus de insufficiëntie en tevens de therapeutische mogelijkheid.

De ischemische stoornis treedt het eerst en soms zelfs uitsluitend op in dat gedeelte van het arteriële gebied, waar fysiologisch de doorstroming al het moeilijkst is. Volgens de hemodynamische opvatting is dat het geval aan het eind van een stroomgebied of op de grens van meer stroomgebieden. Dan is dus niet een geheel arterieel ressort uitgevallen, maar slechts het minst „bevloeide” gedeelte; de stenose zetelt veel proximaler en de symptomen komen niet overeen met de lokalisatie

van de vernauwing. Vroeger zocht men de verklaring van het ontstaan van dergelijke als het ware uitgeponste lesies in kleine trombembolieën, welke echter bij obductie lang niet altijd werden gevonden. Men blijft niettemin aan micro-trombembolieën, bijvoorbeeld uit het hart of uit een carotis-trombose, betekenis toekennen.

De gewijzigde opvatting (van de kramp naar de insufficiëntie) heeft in elk geval onze ogen geopend voor de waarde van de bloedtoevoer als zodanig. De aandacht is dan ook verschoven van de intracranieële vaten naar de algemene circulatie en vooral ook naar de extracranieële arteria carotis en arteria vertebralis, die het meest door oclusies worden getroffen.

II *Symptomatologie*. Men rangschikt de bevindingen volgens de twee soorten stroomgebieden in cerebro: ten eerste de arteria carotis ter rechter en ter linker zijde en ten tweede de onparige arteria basilaris, gevormd uit de beide arteriae vertebrales.

a Symptomen die hun oorsprong kunnen hebben in beide vaatgebieden. De voorbijgaande stoornissen in het carotisgebied zijn veelal eenzijdig, die in het vertebralis-basilarisgebied begrijpelijkerwijze nogal eens bilateraal. Zo kan een parese het gevolg zijn van moeilijkheden in beide vaatgebieden, de mono- en hemiplegie wat vaker bij de carotis, de para- en tetraplegie of een alternerende rechts- en linkszijdige mono- of hemiplegie meer bij de vertebralis-basilaris. Hetzelfde geldt voor de sensibele stoornissen met een overeenkomstige uitbreiding, veelal in de vorm van een verdoofd of prikkelend gevoel.

In de lichte gevallen klagen de patiënten over tijdelijke onhandigheid, over een zwaktegevoel, een zwaartegevoel of een verdoofd gevoel van een arm of een been. Een enkele keer, voornamelijk bij de carotisocclusie zelf, komen focaal-epileptische aanvallen voor in het gelaat, een arm en/of een been. Passagère hemianopsieën kunnen eveneens het gevolg zijn van een insufficiëntie zowel in het carotis- als in het basilarisgebied; stoornissen in beide gezichtsveldhelften, tegelijkertijd of alternerend, spreken meer voor een aandoening in het basilarisresort.

b Symptomen die hun oorsprong hebben in het carotisgebied. Specifiek voor de stoornis in het carotisresort zijn de aanvallen van dysfasie, meestal bestaande uit verwarring van letters en zinsdelen of uit bemoeilijkte woordvinding tot stomheid toe. Bij de carotisocclusie zelf kan ipsilaterale blindheid voorkomen; soms kan men aan de hals een blazend

systolisch geruis boven deze arterie ausculteren.

In het algemeen zullen de opgesomde verschijnselen gemakkelijk worden herkend als het gevolg van cerebrale uitval, terwijl de korte duur en het paroxysmale optreden leiden tot de diagnose van de cerebrovasculaire insufficiëntie. Minder bekend zijn echter:

c Symptomen die hun oorsprong hebben in het vertebraal-basilarisgebied. Men vindt deze in het „Year Book” eerst na 1955 veelvuldiger vermeld. De syndromen betreffen de hersenzenuwen III tot en met XII, alsmede stoornissen in het zien, het bewustzijn en de oriëntatie. In combinatie met de genoemde paresen en sensibiliteitsstoornissen zullen er weinig diagnostische moeilijkheden zijn, maar in uitgeponste vorm bieden zij grotere problemen. Men zal dan de paroxysmen op grond van de verdere bevindingen, de leeftijd en dergelijke dienen te onderscheiden van epileptische, Ménière- en migraine-aanvallen.

Zo kunnen geïsoleerd voorkomen: aanvallen van wazig zien, donker zien en blindheid; dubbelzien, blikverlamming en anisocorie; aangezichtspijn en cornea-areflexie; oorsuizen in één of beide oren, bonzen in het hoofd en doofheid; licht gevoel in het hoofd, duizeligheid, misselijkheid en braken; nystagmus en afwijkend gangspoor; dysfagie, zelfs onvermogen tot slikken; dysarthrie; bemoeilijkt uitsteken van de tong; verwardheid, desoriëntatie en geheugenverlies.

Men herkent hier ongetwijfeld afwijkingen, die herhaaldelijk deel uitmaken van de blijvende gevolgen van cerebrale lesies. Belangrijk voor de diagnostiek van de transitoire ischemie is echter het aanvalsgewijze optreden.

III *Therapie*. Men tracht de kans op herhaling van de paroxysmen te verminderen en het catastrofale infarct te voorkomen door de bloedtoevoer zo gunstig mogelijk te houden. Aanvallen van cerebrovasculaire insufficiëntie indiceren dan ook het handhaven van de optimale toestand van het hart en de goede samenstelling van het bloed, alsmede in de regel het toedienen van anticoagulantia.

Van belang is dus het op peil houden van de polsdruk, waarbij men zich niet late leiden door de bloeddrukwaarden tijdens of kort na een aanval gevonden (deze kunnen namelijk normaal zijn), maar door het resultaat van herhaalde metingen. Het gebruik van sterkwerkende anti-hypertensiemiddelen moet bij deze patiënten worden ontraden, omdat zij nogal eens aanleiding geven tot plotselinge bloeddrukdalingen. Dit laatste geschiedt eveneens bij het

hartinfarct; de cerebrale gevolgen daarvan kunnen de cardiale overtreffen. Ook bij bloedingen, infecties, shock en operaties dient elke tensiedaling snel te worden hersteld. Dit gebeurt dan op geleide van de gegevens, welke de huisarts omtrent de aanvallen moet verschaffen.

Een goede ventilatie bevordert een goede oxygenatie. Het bloed, voornamelijk als vehiculum van zuurstof en glucose, moet in dit opzicht goed van samenstelling zijn.

Voorts zijn alle maatregelen van waarde, welke bij atherosclerose hun gunstige werking hebben getoond. Grote maaltijden worden steeds schadelijk geacht. Men beveelt een vet- en calorieënarm dieet aan, hetgeen in elk geval het gewicht gunstig beïnvloedt. Regelmatige lichamelijke bezigheid brengt de patiënt eveneens in een groep met statistisch minder arteriosclerose.

In gevallen van carotisocclusie kan de toevoersoms nog weer worden verbeterd door vaatchirurgische hulp.

Bij patiënten, die alleen maar passagère aanvallen hebben gehad, is de toediening van anticoagulantia geïndiceerd, al heeft men nog geen duidelijke verklaring voor de gunstige werking. Men is overeengekomen de behandeling op deze aanwijzing in de regel niet toe te passen bij personen boven de zeventig jaar of met een niet te beïnvloeden bloeddruk boven 200/120, omdat dan de kans op ruptuur met bloeding in en buiten de vaatwand te groot is.

De aanvallen van cerebrovasculaire insufficiëntie komen eigenlijk alleen voor bij kandidaten voor een infarct en niet zozeer bij die voor een bloeding. Deze wetenschap kan bijdragen tot de beslissing over het toepassen van anticoagulantia in geval van een accident. Belangrijk zijn dan de mededelingen van de huisarts over de voorafgaande paroxysmen. Wijzen deze op een lokalisatie in het vertebraal-basilarisgebied, meestal als wazig zien, dubbelzien, vestibulaire duizeligheid, dysfagie of dysarthrie, geïsoleerd of als begeleidend verschijnsel, dan zal men er bij een dergelijk ernstig infarct eerder toe komen in de kliniek de antistollingstherapie te beginnen of te continueren. Bij andere, prognostisch minder slechte lokalisaties van een infarct is dit een nog omstreden handelwijze.

Uit deze opsomming zal het duidelijk zijn, dat de verzorging van lijdende aan cerebrovasculaire insufficiëntie grotendeels internistisch is en in belangrijke mate is gaan behoren tot het werkkterrein van de huisarts. Het in de titel gebezigde woord „aanmaning” heeft daarom wellicht een dubbele betekenis.