

Antwoord ecg-casus 'Op de bank slapen'

1. BESCHRIJVING VOLGENS ECG-10+

- Frequentie en regelmaat** | In de 10 seconden hartactiviteit van het ecg zijn er van links naar rechts 12 complexen te zien, de frequentie is 72/min. Er is een geleidelijk verkortend RR-interval, wat past bij het effect van de ademhaling. Er is 1 afwijkende slag. Het ritme is dus voornamelijk regelmatig.
- As** | De meest positieve afleidingen zijn afleiding I (horizontaal) en avL (wijst naar linkerschouder (-30 graden)). De meest iso-elektrische as is afleiding II (die verloopt onder een hoek van +60 graden, een as loodrecht daarop past dus eveneens bij -30 graden). Omdat II niet netto negatief is, is de as niet naar links gedraaid, maar ligt deze nog op de acceptabele grens van -30 graden. De as is dus horizontaal.
- P-top** | Normaal. Overal binnen normale proporties en positief (behalve in V1 en aVR, wat normaal is).
- PQ-tijd** | Normaal. Eén blokje breed (dat is 5 mm ofwel 200 ms).
- Q** | In V4 is de R-verdwenen en is er dus een QS-complex. Dat is pathologisch. Ook in V2-3 is er veel negatieve activiteit door te geringe R-progressie, maar er is hier nog een kleine r zichtbaar. Dus is er in V2-3 geen QS-patroon, maar een rS-patroon.
- QRS** | Eén keer een brede extra slag: VES. Verder slanke QRS-complexen met normale voltages. De R-progressie over de voorwand wijkt sterk af van V2 tot V4 door ernstig R-verlies.
- ST-segment** | 1-2 mm ST-elevatie in de voorwand en lateraal (I, avL, V2-6). Met reciproke ST-depressies in de onderwand (II, III en avF).

- T-top** | T-topinversie V2-4.
- QT-tijd** | Normaal. 10 mm (= 400 ms) en minder dan de helft van de cyclusduur.
- Ritme** | Sinusritme.
- Conclusie** | Beeld van acuut lateraal infarct (ST-elevaties in I, avL, V5-6 met reciproke depressies in de onderwand) en ouder anteroseptaal infarct met R-verlies V2-4.

2. HET VERDERE BELEID

De huisarts regelt met spoed ambulancevervoer. De patiënt krijgt een oplaaddosis ascal en in het ziekenhuis volgt een hartkatheterisatie met stentplaatsing in de circumflexarterie. In de LAD is ook een significante stenose te zien, maar hier is stenting niet mogelijk. In een later stadium volgt hier bypasschirurgie. De resterende linkerventrieklejectiefractie is 38%, waarmee er sprake is van hartfalen met verminderde ejectiefractie (HFrEF). De patiënt wordt begeleid op de hartfalenpoli en krijgt hartrevalidatie. Ter secundaire preventie schrijft de arts plaatjesremming en ACE-remming voor, naast de statine die hij al had. Verder krijgt hij een lisdiureticum en na enkele weken – als de situatie stabiel is – ook een bètablokker. Waarschijnlijk heeft hij in de periode vlak voordat hij op de bank ging slapen ongemerkt een septaal infarct gehad door plaqueruptuur of -erosie in de LAD. Dat verklaart het klinische beeld van hartfalen met dyspneu d'effort, orthopneu en nycturie. De nacht voordat hij naar de praktijk kwam is waarschijnlijk het infarct in de circumflexarterie ontstaan, met prominente ST-elevaties in I, avL, V5-6.