

Antwoord ecg 'Wegraking'

1. BESCHRIJVING VOLGENS ECG-10+

Ecg

1. *Frequentie & regelmaat* | Er zijn van links naar rechts 13 complexen te zien, de frequentie is dus 78/min, er is een regelmatig ritme.
 2. *As* | De sterkst positieve afleiding is afleiding II (past bij een as van +60 graden). De meest iso-elektrische as is afleiding avL (die staat haaks op II, past dus eveneens bij +60 graden). De as is dus normaal (60 graden).
 3. *P-top* | De P-toppen in afleiding II zijn met 3 mm aan de bovengrens. Nergens zijn de P-toppen hoger dan 2,5 mm. In V1 zijn de P-toppen moeilijk te zien; voorafgaand aan het middelste QRS-complex in V1 is er zelfs geen P-top zichtbaar. Dit moet een artefact zijn want in V2 en V3, die simultaan worden geschreven, is die bewuste P-top wel zichtbaar. Licht afwijkend is wel het hobbeltje in de P-top, met name in V3.
 4. *PQ-tijd* | Normaal (< 5 mm).
 5. *Q* | Geen pathologische Q.
 6. *QRS* | Normale R-progressie, niet verbreed. De Sokolow-index (som van S in V1 en de hoogste R in V5 óf V6) is 32 mm. Dit is binnen de – arbitraire – grens voor linkerventrikelhypertrofie (LVH).
 7. *ST-segment* | Normaal.
 8. *T-top* | Normaal.
 9. *QT-tijd* | Normaal, iets groter dan de helft van de cyclusduur, maar met 400 mm niet verlengd.
 10. *Ritme* | Positieve P-toppen voorafgaand aan QRS-complexen. Normale PQ-tijd. Sinusritme.
- + *Conclusie* | Onwelwording, P-top iets breed in II en bifasisch in V3. Dat past bij late activatie van I van beide atria, mogelijk door verhoogde rechtsdrukken bij COPD of door atriumdilatatie door een andere oorzaak. Het kan ook om een normale variatie op het ecg gaan, zonder verdere structurele hartafwijking. Het ecg toont geen andere afwijkingen, ook geen LVH.

2. DIAGNOSE EN BELEID

De wegraking is al met al zorgwekkend, vanwege het ontbreken van een duidelijk vasovagaal beeld met passende voortekenen. Een hypoglykemie is onwaarschijnlijk bij metforminegebruik. In de differentiaaldiagnose kan worden gedacht aan een epileptische 'abcense' of een 'non-sustained' ventriculaire ritmestoornis. Een verwijzing naar de collapspoli, waar een neuroloog en cardioloog samenwerken, volgt op korte termijn. Op de poli wordt noch neurologisch noch cardiologisch een verklaring gevonden. Een fietsergometrie is negatief en een holteranalyse toont slechts een zeer korte paroxysmale supra-ventriculaire tachycardie die niet aanhoudt. Een echo toont het beeld van een LVH en een verminderde ejectiefractie (43%), dat waarschijnlijk past bij een suboptimale hypertensiebehandeling. De cardioloog verhoogt de losartan naar 1 d 100 mg en voegt amlodipine 1 d 5 mg toe. Verdere controle gaat via de huisarts. Op het ecg was de echografisch wel waargenomen LVH niet herkenbaar. Dit benadrukt maar weer eens dat een ecg slecht voorspellend is voor LVH. Desondanks blijft de exacte genese van de wegraking onduidelijk. Bij recidiefklachten is langdurige ritmebewaking met een implanteerbare 'reveal' te overwegen om incidenteel optredende ritmestoornissen alsnog op te sporen. Het tijdsvenster van een holterregistratie gedurende een aantal dagen is daarvoor namelijk in sommige gevallen niet toereikend. ■