

Pure-AMC

Syncope, onschuldige kwaal of voorbode voor plotseling overlijden?

de Lange, Frederik J.

Published in:
Focus Vasculaire

Published: 01/06/2018

Citation for published version (APA):
de Lange, F. J. (2018). Syncope, onschuldige kwaal of voorbode voor plotseling overlijden? *Focus Vasculaire*, 3(2), 28-35.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Syncope, onschuldige kwaal of voorbode voor plotseling overlijden?



Samenvatting

Syncope is kortdurend bewustzijnsverlies ten gevolge van cerebrale hypoperfusie, dat spontaan herstelt en niet het gevolg is van een trauma. Bij de opvang van een patiënt met syncope op de Spoedeisende Hulp (SEH) dient eerst te worden nagegaan of de patiënt ABCDE-stabiel is of direct behandeling behoeft. Vervolgens zijn anamnese, lichamenlijk en aanvullend onderzoek erop gericht een risicoschatting te maken. Auscultatie van het hart, beoordeling van de centraal veneuze druk, ECG en orthostatische bloeddrukmeting na één en drie minuten zijn hierbij essentieel. Vooral patiënten met cardiale aritmieën, structurele hartafwijkingen, harttamponnade of longembolieën hebben een verhoogd mortaliteitsrisico. Indien het risico op acuut overlijden niet verhoogd is, kan verdere analyse poliklinisch plaatsvinden, bij voorkeur in een centrum met een syncope-unit. Hier kan een syncope-expert een gedegen anamnese afnemen, er kan aanvullend cardiovasculair reflexonderzoek plaatsvinden en de mogelijkheid bestaat van langdurige ritmemonitoring door middel van een implanteerbare *loop recorder*.

Niels van der Hoeven, Mark Harms, Frederik de Lange, Wouter Wieling, Joost Rutten, Paul Krediet

Dr. N.V. van der Hoeven, arts in opleiding tot internist-vasculair geneeskundige, afdeling Vasculaire geneeskunde, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam

Dr. M.P.M. Harms, internist acute geneeskunde, afdeling Interne geneeskunde, Universitair Medisch Centrum Groningen

Dr. F.J. de Lange, cardioloog, afdeling Cardiologie, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam

Dr. W. Wieling, internist, afdeling Interne geneeskunde, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam

Dr. J.H.W. Rutten, internist-vasculair geneeskundige, afdeling Interne geneeskunde, Radboudumc, Nijmegen

Dr. C.T.P. Krediet, internist-nefroloog, afdeling Nefrologie, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam

Doelgroep

SEH-artsen (i.o.), internisten (i.o.) en cardiologen (i.o.), neurologen (i.o.) en klinisch geriaters (i.o.) werkzaam op de Spoedeisende Hulp.

Vignette 1

Een 36-jarige vrouw komt met de ambulance naar de SEH na een wegraking. Deze trad op in staande houding (onder de douche) en werd voorafgegaan door een licht gevoel in het hoofd. De wegraking duurde minder dan een minuut. Bij bijkomen was patiënte helder. De afgelopen weken was zij wat kortademig bij inspanning. Op de SEH is de bloeddruk 110/60 mmHg, de pols 110/minuut, de ademfrequentie 22/minuut, de temperatuur 37,4 graden Celsius en de saturatie 96%. Er was geen tongbeet. Het ECG toont een sinustachycardie met een rechter hartas. CT-angiogram toont een centrale longembolie.

Vigniet 2

Een 82-jarige man komt met zijn familie naar de SEH na een wegraking. Hij werd plots onwel tijdens het tv-kijken op de bank. Volgens zijn vrouw was hij niet aanspreekbaar en lag hij met open ogen te snurken gedurende ongeveer 20 seconden. Op de SEH is de bloeddruk 145/92 mmHg, pols 45/min, regulair, ademfrequentie 12/min, saturatie 96% en de temperatuur 37,6 graden Celsius. Het ECG laat een derdegraads AV-blok met een escaperitme zien. Patiënt wordt opgenomen voor een pacemakerimplantatie.

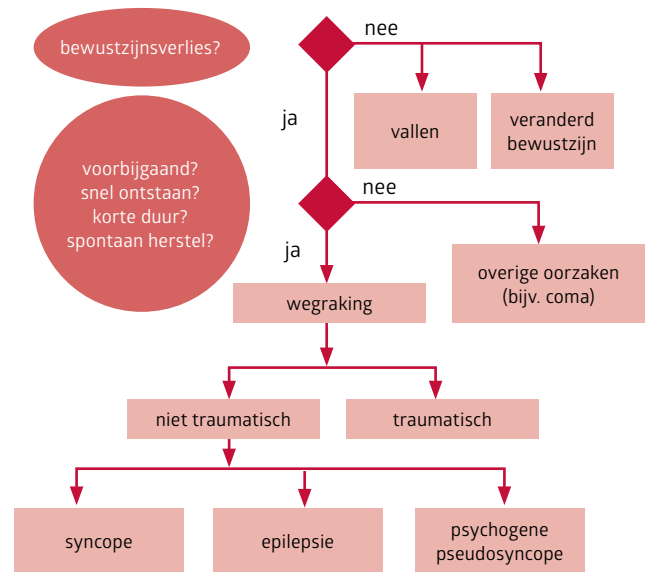
Vigniet 3

Een 26-jarige vrouw komt naar de SEH na een wegraking tijdens een concert. Vlak voor de aanval had zij last van misselijkheid en zweten. Volgens ooggetuigen had zij na de aanval kortdurend enkele trekkingen gehad. Vlak na de aanval was zij weer goed aanspreekbaar. Zij vertelt dat zij de afgelopen jaren minimaal vijf soortgelijke aanvallen heeft gehad. Hiervoor is zij geanalyseerd door de cardioloog en later de neuroloog, waarbij echo, ECG, holteronderzoek en MRI-cerebrum geen afwijkingen toonden. Op de SEH zijn het ECG en de orthostasemeting normaal. U stelt de diagnose vasovagale syncope, geeft patiënte uitleg en instructies om wegrakingen te voorkomen.

Definitie van syncope

Een wegraking is een frequente reden voor een bezoek aan de Spoedeisende Hulp. Ongeveer 3% van de presentaties op de Spoedeisende Hulp betreft wegrakingen.^{1,2} Omdat een wegraking verschillende oorzaken kan hebben, variërend van onschuldig (reflexsyncope, psychogene pseudosyncope) tot levensbedreigend (cardiopulmonale syncope of epilepsie), is het van belang deze oorzaken te kennen en te weten hoe de potentieel gevaarlijke oorzaken te onderscheiden zijn van de meer onschuldige oorzaken. Voordat men dit onderscheid kan maken, is het primair van belang na te gaan of er daadwerkelijk sprake is van een wegraking (in Engelstalige literatuur *transient loss of consciousness* genoemd, afgekort T-LOC). In dit artikel worden de definities gehanteerd zoals deze staan

syncope in de context van een wegraking klinische presentatie



Figuur 1 De indeling van wegrakingen.

beschreven in de laatste richtlijn van de *European Society of Cardiology* over wegrakingen.³ Hierin wordt van een wegraking gesproken als aan de volgende vier criteria wordt voldaan. Het bewustzijnsverlies is 1) van voorbijgaande aard; 2) snel ontstaan; 3) van korte duur (minder dan 5 minuten); en 4) spontaan hersteld. Vervolgens wordt er onderscheid gemaakt tussen traumatische en niet-traumatische wegrakingen. Niet-traumatische wegrakingen kunnen grofweg in drie pathofysiologische groepen worden ingedeeld: syncope, epileptische aanval en psychogene pseudosyncope. Een syncope is gedefinieerd als een wegraking als gevolg van globale cerebrale hypoperfusie. Bij een syncope is er dus altijd sprake van een wegraking, maar niet elke wegraking is een syncope. Een stroomschema met de indeling van wegrakingen is weergegeven in figuur 1. Dit nascholingsartikel richt zich vooral op de syncope zoals deze zich presenteert op de SEH, met een nadruk op risicostratificatie bij wegrakingen waarvan de origine onduidelijk is.

Indeling en epidemiologie van wegrakingen op de SEH

Op basis van de onderliggende pathofysiologie zijn syncopes in drie groepen in te delen: reflexsyncope, syncope op basis van orthostatische hypotensie (OH) en syncope op basis van een passagère afname van cardiale output (bijvoorbeeld bij aritmie, hartfalen of een longembolie). De oorzaken van wegrakingen in

| oorzaak wegraking | oorzaak wegraking van gehele populatie met wegraking | leeftijdscategorie en voorkomen |
|-------------------|--|---|
| syncope 51% | reflexsyncope 45% | onder de 40 jaar 55%; boven de 60 jaar 25% |
| | orthostatische hypotensie 4% | onder de 40 jaar 3%; boven de 60 jaar 9% |
| | artimie 1% | |
| | structurele cardiopulmonale aandoening 1% | onder de 40 jaar 1%; boven de 60 jaar 13% |
| | overige gevallen: neurologische oorzaak 17% psychiatrische ziekte 3% metabole stoornis 1% | |

Tabel 1 Analyse van alle wegrakingen op de SEH van groot Nederlands ziekenhuis in periode van twee jaar ($n = 526$).

de algemene populatie hebben door het (zelf)verwijspatroon een heel andere verdeling dan die op de SEH. Bij ongeveer 6% van de patiënten is er sprake van ernstige verwonding ten gevolge van een syncope, zoals botbreuken en verkeersongevallen. Minder ernstige verwondingen, zoals hematomen en oppervlakkige wonden, komen voor in ongeveer 29% van de wegrakingen. Ouderen lopen het meeste risico op een verwonding. Ook hebben zij het meest last van andere problemen geassocieerd met wegrakingen zoals angst om (opnieuw) te vallen en depressies.³

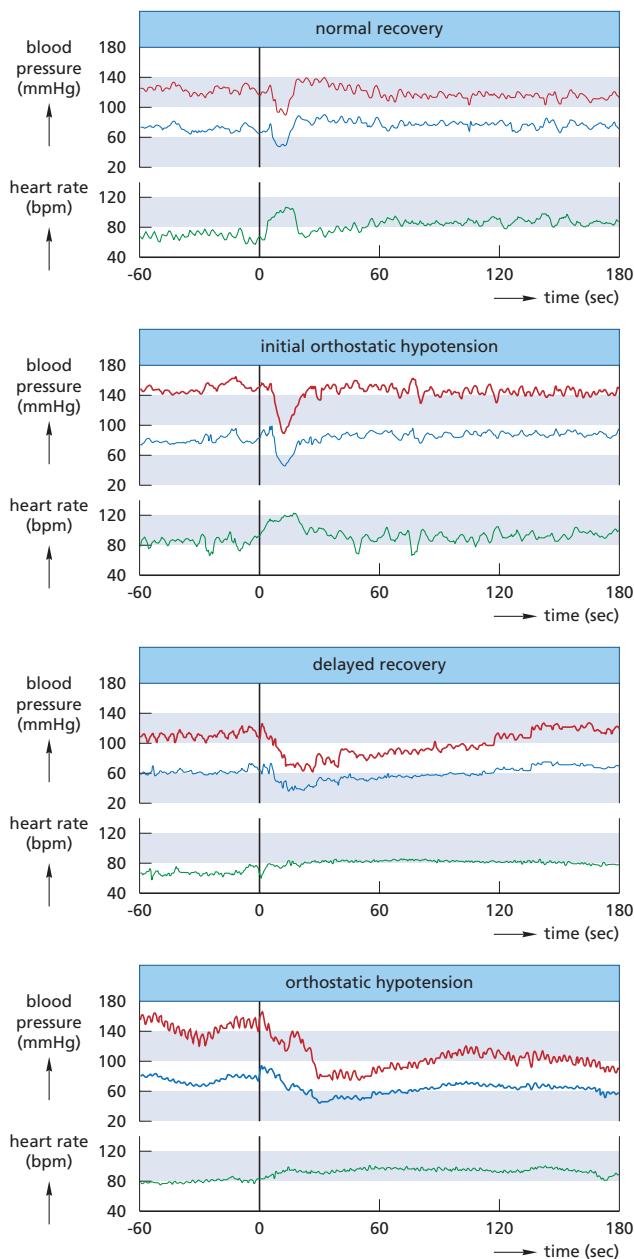
Reflexsyncope

Reflexsyncope is de meest voorkomende oorzaak van syncope. Bij reflexsyncope zijn meerdere regelmechanismen betrokken die normaliter bijdragen aan het in stand houden van een adequate circulatie. Welk mechanisme verantwoordelijk is voor de syncope is vooral leeftijdsafhankelijk. Reflexsyncopes omvatten de vasovagale syncopes, de situationele syncope en de sinuscaroticussyncope. Vasovagale syncope is een veelvoorkomende aandoening, die 45% van de wegrakingen van de patiënten op de SEH verklaart.² Anders dan bij orthostatische hypotensie is de bloeddrukrespons bij het staan in de eerste minuten normaal.⁴ Het reflexpatroon wordt uitgelokt door lang staan of prikkels zoals bloed zien of een venapunctie. Dit wordt vaak voorafgegaan door prodromale symptomen en tekenen passend bij autonome activatie (zweeten, misselijkheid, bleek gelaat). Syncopes die geluxeerd worden door mictie of defecatie worden ook wel aangeduid als 'situationeel'.

Bij spontane sinuscaroticussyncope is de wegraking uitgelokt door mechanische factoren zoals scheren of een te strakke boord van een overhemd. Deze vorm van syncope wordt voornamelijk gezien bij oudere patiënten en is zeldzaam.

Orthostatische hypotensie

Orthostatische hypotensie uit zich als een abnormale daling van de bloeddruk in staande houding, waarbij er sprake is van een persisterende systolische bloeddrukdaling van ≥ 20 mmHg binnen drie minuten na het zijn gaan staan. Orthostatische hypotensie kan symptomatisch of asymptomatisch zijn. Het is een meetresultaat en geen zelfstandige diagnose. Orthostatische hypotensie (OH) kent een aantal onderliggende oorzaken, zoals medicatiegebruik, hypovolemie, hypocortisolisme of autonoom falen (bijvoorbeeld in het kader van diabetische neuropathie, neurodegeneratieve ziekte of amyloidose). Medicamenten die geassocieerd zijn met OH zijn onder meer antihypertensiva (met name diuretica en alfablokkers), en antipsychotica. Orthostatische hypotensie kan zowel bij acute situaties (verbloeding en obstructie in de kleine circulatie) als bij chronische aandoeningen voorkomen. Onderscheid hiertussen is anamnestic vaak eenvoudig te maken. Orthostatische hypotensie met stijging van de diastolische bloeddruk (als gevolg van een snelle toename in systemische vaatweerstand door baroreflex-gemedieerde vasoconstrictie in skeletspieren en het splanchnische vaatbed⁴), alsmede een compensatoire tachycardie passen bij ondervulling. Afwezigheid hiervan past meer bij een neurogene etiologie (autonoom falen). Klassieke orthostatische hypotensie dient overigens niet verward te worden met initiële orthostatische hypotensie (IOH). Dit is een acute maar kortdurende bloeddrukdaling van circa 40 mmHg systolisch bij het opstaan. Dit wordt beschouwd als een extreme uiting van een fysiologische reactie: de bloeddruk herstelt dan ook weer binnen 30 seconden in tegenstelling tot OH.⁵ Daarnaast bestaat er een tussenvorm met vertraagd herstel van de bloeddruk na orthostatische belasting. Bij deze groep herstelt de bloeddruk pas na 30 seconden, maar binnen de drie minuten. Deze groep heeft een verhoogd valrisico,



Figuur 2 a) Bloedruk en polsrespons van b) initiële OH, c) klassieke OH en d) uitgestelde OH.

vaker cognitieve stoornissen en mogelijk een verhoogd overlijdensrisico.⁵ In figuur 2 zijn de verschillende reacties (normaal, IOH, vertraagde OH en klassieke OH) van de bloeddruk en hartfrequentie weergegeven bij het opstaan.

Syncope door cardiopulmonale pathologie

Cardiopulmonale oorzaken van syncope zijn grofweg in te delen in drie groepen.

De eerste en grootste groep beslaat de aritmieën. Hierbij daalt de cardiale output, waardoor de cerebrale perfusie afneemt. Oorzaken van een cardiale syncope

op basis van aritmie zijn in te delen in brady- en tachyaritmieën, bijvoorbeeld het sick sinus syndroom, tweede- en derdegraads AV-blokkade, en ventriculaire tachycardieën (VT's). Ook kunnen verschillende medicamenten ritmestoornissen veroorzaken, bijvoorbeeld QT-verlengende medicatie, zoals sotalol, amiodaron en claritromycine. Een volledige lijst met QT-verlengende medicatie is onder meer te vinden op www.qt drugs.org. De tweede grote groep beslaat structurele hartziekten die kunnen bijdragen aan verstoorde hemodynamiek, zoals een belangrijke aortaklepstenose of het ontstaan van aritmieën bij cardiomyopathieën of cardiale ischemie. De derde groep beslaat twee acute aandoeningen die altijd overwogen moeten worden bij een (onbegrepen) syncope: longembolieën en harttamponnade.

Evaluatie van een patiënt met syncope

De behandeldoelen van de patiënt die zich op de SEH presenteert zijn als volgt samen te vatten:

- onderkennen en behandelen van acute vitale bedreiging;
- het stellen van een diagnose met adequate follow-up; en
- indien dit niet mogelijk is, zorgen voor adequate risicostratificatie (gebruikmakend van alarmsymptomen) om aanvullende diagnostische middelen effectief en efficiënt te gebruiken.

Stap 1. Opvang SEH en ABCDE

Wanneer een patiënt zich presenteert op de SEH met een (vermoedelijke) syncope, dient er een aantal stappen genomen te worden. Het belangrijkste doel hiervan is het onderscheid te maken tussen de patiënten bij wie snel gehandeld dient te worden omdat zij een groot risico lopen op mortaliteit of ernstige morbiditeit, en de patiënten die al dan niet met een diagnostisch vervolgplan ontslagen kunnen worden. Indien een patiënt op de SEH instabiel is, volgt als eerste opvang volgens de ABCDE-methodiek. Wanneer een patiënt stabiel is, dient te worden gekeken naar welke patiënten een verhoogd risico hebben op ernstige complicaties of overlijden op de korte termijn, met name aan acute hartdood. Om dit onderscheid te maken is het van belang gericht te werk te gaan bij anamnese, lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek.

Stap 2. Second look

Anamnese

Is de situatie stabiel dan kan verder worden gekeken of het daadwerkelijk een syncope is geweest (zie de eerdergenoemde definitie) en zo ja, wat de oorzaak van

de syncope is. Handige instrumenten hiervoor zijn de website Syncopedia (<http://www.syncopedia.org>) en het Acute Boekje (<https://www.hetacuteboekje.nl>). Om de eerste vraag te beantwoorden is het van belang om de criteria van de wegraking na te lopen en een goed chronologisch beeld te krijgen.

- Wat waren de omstandigheden vlak voor de wegraking?
- Wat was de houding van de patiënt (liggend, zittend, staand)? Een wegraking in liggende positie is bijvoorbeeld verdacht voor een cardiale oorzaak.
- Was de patiënt zich aan het inspannen of in rust?
- Waren er specifieke omstandigheden, zoals mictie, defecatie of het zien van bloed, die pleiten voor een situationele syncope?
- Zijn er predisponerende factoren aanwezig zoals een warme omgeving of vasten die wijzen op een vasovagale syncope?

Vervolgens kan gevraagd worden naar *het begin* van de wegraking.

- Had patiënt specifieke prodromen, zoals zweten, misselijkheid, braken, of last van hartkloppingen?

Om gegevens te verkrijgen wat *tijdens de wegraking* is gebeurd, is een heteroanamnese van cruciaal belang. Relevante gegevens hierbij zijn:

- de duur van de aanval;
- of de ogen open of gesloten waren; en
- de aanwezigheid van snurken, trekkingen of een laterale tongbeet.

Zowel bij syncope als epilepsie zijn de ogen vaak geopend. Bij langdurig gesloten ogen dient een psychogene pseudosyncope overwogen te worden. Trekkingen kunnen niet alleen optreden bij epilepsie maar ook bij vasovagale syncope, maar zijn dan vaak unilateraal en van korte duur (< 10 vs. > 10 seconden).

Van het *einde van de wegraking* is het relevant om

- de aanwezigheid na te gaan van bleekheid, transpiratie, misselijkheid, braken, buikpijn, incontinentie van urine of ontlasting, dan wel langdurige verwardheid of spierpijn.

Daarnaast dient de medische voorgeschiedenis nauwkeurig te worden gedocumenteerd, inclusief eventueel eerdere wegrakingen en het beloop hiervan. Op basis van deze gegevens kan in de meeste gevallen al een inschatting worden gemaakt of het een syncope, epileptisch insult of een ander type wegraking betrof.

- een syncope die ontstaat in liggende houding
- een syncope tijdens inspanning
- een syncope getriggerd door zeldzame triggers zoals het afgaan van een wekker (past bij LQTS 2), koud water in het gelaat zoals bij duiken (past bij LQTS 1)
- hartkloppingen rondom de syncope
- een voorgeschiedenis met cardiale ziekten
- een positieve familieanamnese voor acute hartdood of onbegrepen acuut overlijden < 40 jaar
- het ontbreken van prodromale symptomen passend bij autonome activatie (bleekheid, misselijkheid en zweten) vooral tijdens meerdere wegrakingen

Tabel 2 Belangrijke kenmerken uit de anamnese die kunnen wijzen op een verhoogd risico op acute hartdood.

Een verhoogd risico op acute hartdood moet altijd worden overwogen bij patiënten met een ernstige structurele hartziekte of coronairlijden.

Lichamelijk onderzoek

Bij het lichamelijk onderzoek dient er extra aandacht te zijn voor de centraal veneuze druk en auscultatie van het hart op zoek naar een structurele hartziekte of ritmestoornis. Tevens dient de bloeddruk in liggende en staande houding te worden gemeten (orthostasemeting). Hierbij worden de bloeddruk en pols eerst minimaal tweemaal gemeten na vijf minuten rustig liggen. Daarna gaat de patiënt staan en dienen na drie minuten opnieuw de bloeddruk en pols gemeten te worden. Er wordt van OH gesproken als de systolische en de diastolische bloeddruk meer dan respectievelijk 20 of 10 mmHg dalen. Wanneer dit inderdaad gebeurt, is het verstandig de metingen voort te zetten, om na te gaan of de bloeddruk verder daalt of gepaard gaat met klachten.

Aanvullend onderzoek

Het belangrijkste aanvullend onderzoek bestaat uit een ECG. Samen met de anamnese en het lichamelijk onderzoek wordt dit de initiële syncope-evaluatie genoemd. ECG-afwijkingen die een relatie kunnen hebben met een hartritmestoornis zijn genoemd in tabel 3. Enkele ECG-voorbeelden van afwijkingen geassocieerd met acute hartdood zijn gegeven in figuur 3. Een CT-scan of echografie wordt verricht bij verdenking op longembolie, harttamponnade of een structurele hartziekte. Bij ongeveer 60% van de mensen met een wegraking kan na initiële evaluatie op de SEH een zekere of hoogstwaarschijnlijke diagnose worden gesteld, die in ongeveer 80% van de gevallen na twee jaar follow-up correct blijkt te zijn.⁶

- bifasicaal blok
- intraventriculaire geleidingsstoornissen met een QRS-duur van ≥ 120 ms
- Mobitz-II tweedegraads AV-blok
- asymptomatische sinusbradycardie (< 50 /min), sinoartrial blok of sinuspaauze > 3 sec in afwezigheid van negatieve chronotrope medicatie
- non-sustained ventrikeltachycardie
- pre-excited QRS-complex
- lang of kort QT-segment (normaal: QTc man 300-450 ms; vrouw 300-460 ms)
- vroege repolarisatie
- rechterbundeltakblok patroon met ST-elevatie in V1-V3 (brugadasyndroom)
- negatieve T-golven in rechter precordiale afleidingen, epsilon-golf en ventriculaire late potentialen suggestief voor aritmogene rechterventrikelcardiomyopathie (ARVC)
- ST-segmentelevaties en Q's suggestief voor myocardinfarct

Tabel 3 ECG-afwijkingen geassocieerd met acute hartdood.

De vervolgstappen op de SEH bij een wegraking

Patiënten met een wegraking die gezien zijn op de SEH bij wie geen definitieve diagnose is gesteld kunnen grofweg in drie groepen worden ingedeeld: patiënten met een laag, gemiddeld of hoog risico op complicaties.⁷ Onder patiënten met een laag risico vallen patiënten met een geïsoleerde reflexsyncope zonder een van de eerdergenoemde risicofactoren voor acute hartdood. Deze patiënten kunnen vanuit de SEH naar huis worden gestuurd, waarbij de follow-up kan verlopen via de huisarts.

Onder patiënten met een gemiddeld risico vallen patiënten met orthostatische hypotensie of met frequente reflexsyncoptes. Voor deze patiënten wordt op korte termijn poliklinisch evaluatie geadviseerd, bij voorkeur in een centrum met een syncope-unit. Bij patiënten met een hoog risico, vooral wanneer een cardiale oorzaak wordt vermoed, wordt acute opname geadviseerd met ritmeobservatie, of eventueel onderzoek naar andere onderliggende oorzaken zoals een longembolie, harttamponnade of een eerste epileptisch insult.

Klinische ECG-monitoring

Klinische monitoring door middel van telemetrie is alleen geïndiceerd bij hoog risico op een levensbedreigende aritmie. Bij patiënten die voldoen aan de criteria uit tabel 3 kan enkele dagen telemetrie overwogen worden. Hoewel de kans op het vinden van een afwijking laag is (ongeveer 16%⁸), kan dit gezien de grote gevolgen (hartritmestoornis met mogelijk acute

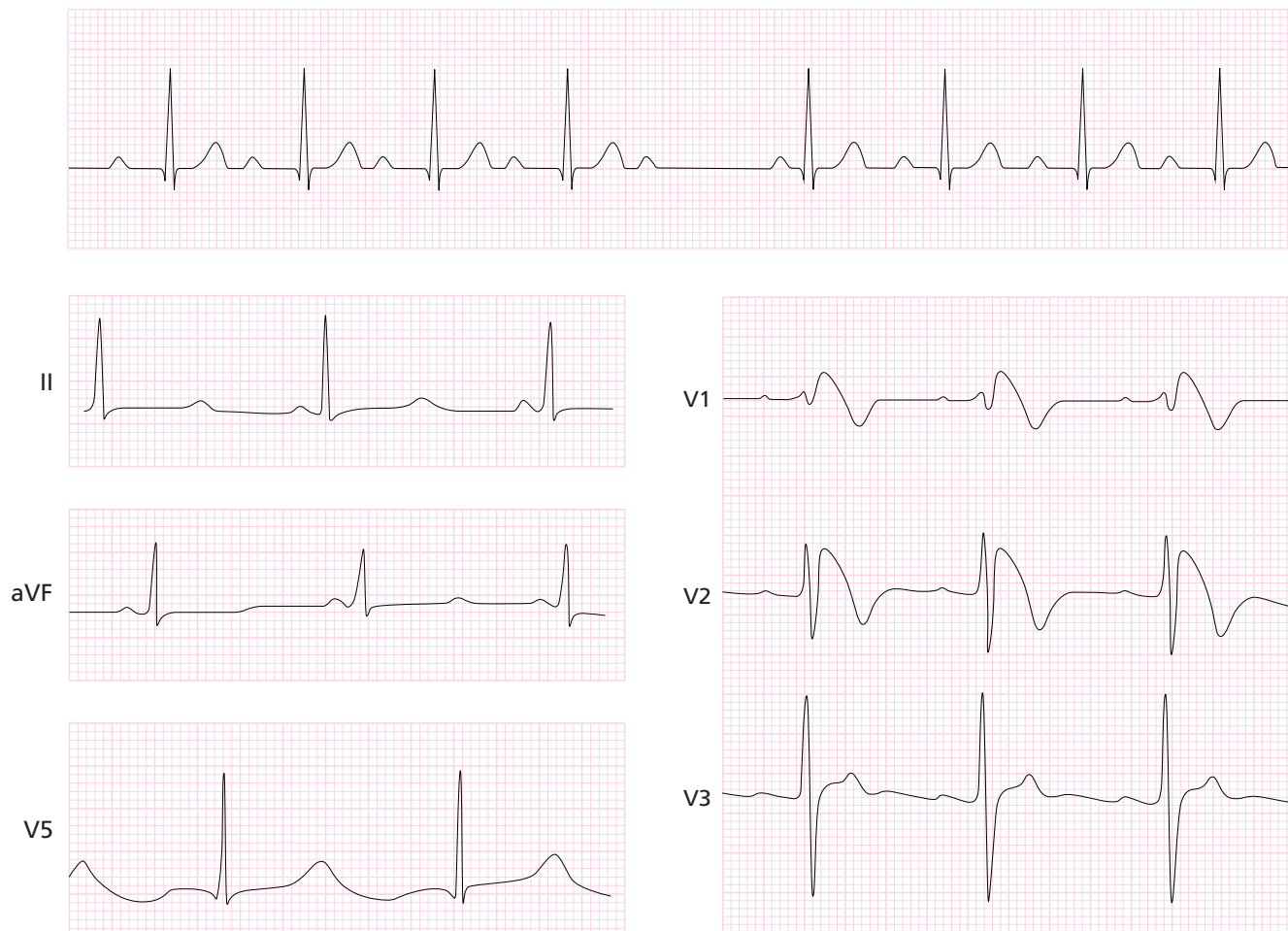
hartdood) soms wel gerechtvaardigd worden. Door middel van ECG-monitoring met behulp van telemetrie kunnen tijdens opname hartritmestoornissen worden gedetecteerd die niet continu aanwezig zijn. Voor het vaststellen van een cardiale syncope dient (dienen) de (symptomen van de) syncope gecorreleerd te zijn aan de geobjectiveerde aritmie.

Poliklinische ECG-monitoring

De eerste stap in poliklinische ECG-monitoring is meestal het holteronderzoek of een eventrecorder. Hierbij krijgt de patiënt een holtermonitor gedurende meestal 24 tot 48 uur. Helaas gebeurt het vaak dat de patiënt in deze periode geen klachten van een syncope ervaart, waardoor slechts in 1-2% van de gevallen een oorzaak wordt gevonden. Implanteerbare *loop recorders* geven de mogelijkheid om ECG-opnames gedurende een veel langere periode te bewaren. De huidige implanteerbare *loop recorders*, apparaten ter grootte van een USB-stick of kleiner die subcutaan onder lokale verdoving kunnen worden geïmplementeerd, hebben een levensduur tot wel drie jaar. Deze apparaten registreren continu ECG-metingen, die bewaard kunnen worden wanneer een patiënt (of een derde persoon) de recorder activeert. De apparaten bewaren ook automatisch geregistreerde aritmieën. Het grote voordeel van deze implanteerbare *loop recorders* ten opzichte van holteronderzoek is dat langdurige registratie de kans om een afwijking te vangen aanzienlijk verhoogt, van circa 1-2% bij een holteronderzoek tot circa 35% bij een implanteerbare *loop recorder* (ILR) met een gemiddelde registratieduur van vijf maanden.³

Carotismassage

Indien de oorzaak van de syncope onduidelijk is, kan carotismassage helpen voor het aantonen van een overgevoelige sinus caroticus. Dit gebeurt door massage van de sinus caroticus te verrichten onder gelijktijdige ECG en continue bloeddrukbeobachting. Een voorbeeld van carotismassage is te vinden op www.youtube.com/watch?v=SmOhNcP8zLM (hier wordt nog wel een ouderwetse definitie van carotisoevergevoeligheid gehanteerd). Derhalve zal dit in de regel niet plaatsvinden op de SEH. Hierbij dienen de carotiden wel eerst beluisterd te worden. Indien er een soufflé aanwezig is, is er een kans van circa 1 op de 1.000 dat carotismassage leidt tot een CVA. Derhalve is carotismassage dan gecontra-indiceerd, evenals bij patiënten die in de afgelopen maanden een TIA of CVA hebben doorgemaakt. Indien er na carotismassage een ventriculaire pauze van minimaal 6 seconden en/of een systolische bloeddrukdaling van meer dan 75 mmHg



Figuur 3 Enkele voorbeelden van ECG-afwijkingen uit tabel 3.

of tot beneden de 80 mmHg plaatsvindt gedurende carotismassage, spreekt men van sinuscaroticusovergevoeligheid.^{9,10}

Bloeddrukregistratie

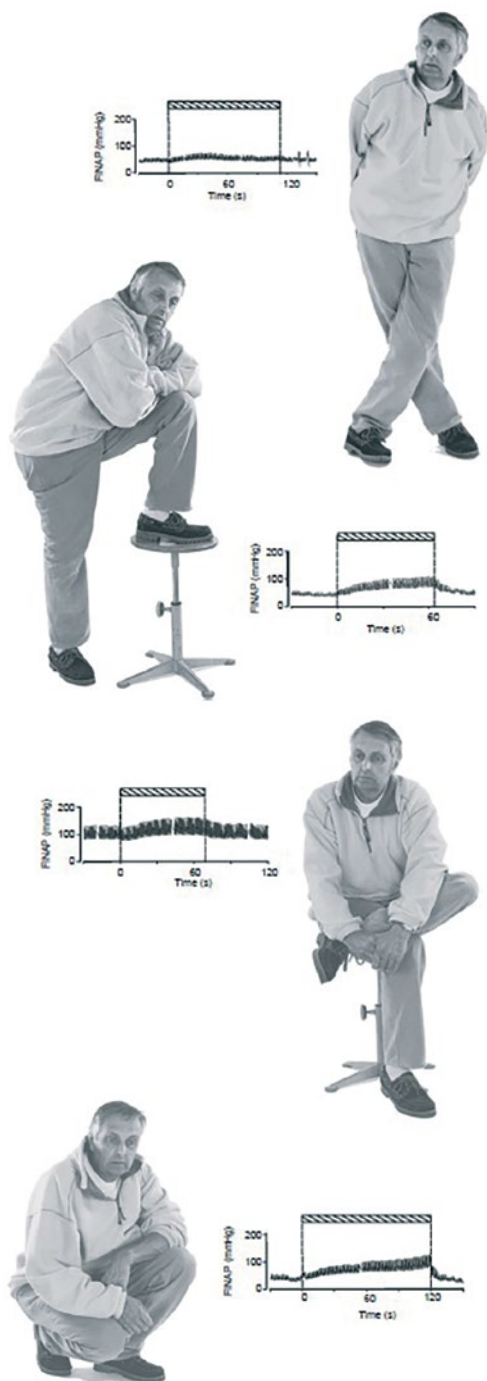
Met de beschikbaarheid van de continue non-invasieve vingerbloeddrukregistratie (bijvoorbeeld met de Finapres®) kan de kortetermijn bloeddrukregulatie geëvalueerd worden. Met behulp van deze continue non-invasieve metingen kan bijvoorbeeld tijdens het actief gaan staan beoordeeld worden welke vorm van de verschillende vormen van orthostatische hypotensie (klassieke OH, initiële OH, of uitgestelde OH) aanwezig is. Tevens vinden onder continue vingerbloeddrukregistratie aanvullende testen plaats zoals de valsalmancoeuvre, een mentale stresstest (door middel van hoofdrekken onder tijdsdruk), en de *cold pressor test*, waarbij de hand in een bak met ijswater wordt gehouden als pijnprikkel. Deze testen verschaffen informatie over autonome bloeddrukregulatie. Daarnaast wordt gekeken of er

sprake is van fysiologische respiratoire sinusaritmie, oftewel het fenomeen dat de hartslag normaliter varieert met de ademhaling.

Een 24-uurs bloeddrukregistratie inclusief het bijhouden van een dagboek kan relevante informatie opleveren over de trend van de bloeddruk. Het geeft informatie over episoden van hypotensie, en of er een normale nachtelijke dip plaatsvindt (een bloeddrukdaling van $\geq 10\%$). Het ontbreken hiervan, of zelfs het stijgen van de bloeddruk gedurende de nacht, kan wijzen op een verstoorde sympathische activiteit.

Kanteltafeltest

Voor het evalueren van de kortetermijn bloeddrukregulatie kan ook onderzoek door middel van de kanteltafeltest worden verricht. De kanteltafeltest heeft tot doel een vasovagale reactie te luxeren. Hierbij wordt een patiënt onder continue bloeddrukregistratie na enkele minuten platliggen rechtop gezet (meestal in een hoek van 60 graden) op een kanteltafel gedurende ongeveer



Figuur 4 Tegenmaatregelen bij een vasovagale syncope.

20 minuten. De test is in slechts 61-69% van de gevallen positief en heeft een specificiteit van 92-94%³ en wordt daarom meer gebruikt als onderdeel van bio-feedback. Ook kan het effect van tegenmaatregelen, zoals het kruisen van de benen tijdens reflexsyncope en carotismassage, worden gedemonstreerd.¹¹ Enkele voorbeelden van manoeuvres om de orthostatische tolerantie te verbeteren, inclusief de bloeddrukrespons hierop, zijn gedemonstreerd in figuur 4.

Conclusie

Wegrakingen zijn een frequente reden voor een SEH-bezoek. Bij een wegraking is het van belang na te gaan of de patiënt ABCDE-stabiel is en een inschatting te maken van het risico op acuut overlijden. Bij een stabiele patiënt kan met een second look gericht verder onderzoek gedaan worden naar de oorzaak. Hierbij zijn een goede en volledige anamnese, orthostasemeting en een ECG essentiële onderdelen. Indien de patiënt een laag/gemiddeld risico heeft op complicaties, kan ontslag plaatsvinden en zo nodig poliklinische vervolging met holtermonitor of implanteerbare *loop recorder*. Indien wel risicokenmerken aanwezig zijn, dient patiënt te blijven voor klinische ritmeobservatie, dan wel behandeling van het onderliggend lijden.

Leerpunten

- Een syncope is gedefinieerd als een wegraking als gevolg van globale cerebrale hypoperfusie.
- Syncopen zijn in te delen in drie grote groepen: reflexsyncope, orthostatische hypotensie en syncope door cardiopulmonale pathologie.
- Bij syncope op de SEH dient men altijd eerst na te gaan of patiënt ABCDE-stabiel is.
- Het belangrijkste doel bij syncope op de SEH is onderscheid te maken naar onschuldige oorzaken en oorzaken met een verhoogd risico op overlijden. Een goede anamnese, lichamelijk onderzoek inclusief orthostasemeting en een ECG zijn hierbij essentieel.
- Bij patiënten met (het vermoeden op) een cardiale of pulmonale oorzaak van de syncope bestaat een verhoogd overlijdensrisico en is opname vrijwel altijd geïndiceerd. Zo niet, dan kan verdere analyse poliklinisch plaatsvinden, bij voorkeur in een centrum met een syncope-unit.
- Syncopedia (<http://www.syncopedia.org>) en het Acute Boekje (<https://www.hetacuteboekje.nl>) zijn handige open bronnen die gebruikt kunnen worden als hulpmiddel bij de diagnostiek bij een syncope.

Literatuur

Voor de volledige literatuurlijst wordt verwezen naar www.focusvasculair.nl.

Externe bronnen

<http://www.syncopedia.org>

<https://www.hetacuteboekje.nl>