

**We zijn trots dat weer een grote hartspecialist met naam op onze 17de infosessie op 11 februari 2012 zal spreken. Onze voorzitter Alfons November heeft professor Willems op de valreep kunnen overtuigen om het te doen. Het thema zal ieder Harpalid interesseren: 'Voorkomen van plots overlijden bij hartlijden.'**

**We werden vriendelijk ontvangen op zijn bureau in Gasthuisberg, paarse pijl, tweede verdieping, waar je alle namen van de ons bekende cardiologen tegenkomt. Alhoewel hij juist les heeft gegeven en misschien liever nog wat op adem zou willen komen, mogen wij hem alle vragen stellen als voorbereiding op onze infosessie.**



Prof. Willems is geboren en getogen te Leuven. Hij volgde Latijn-Wiskunde aan het St-Pieterscollege en studeerde daarna geneeskunde aan de KULeuven. Hij is gehuwd en trotse vader van 3 kinderen.

Eerst heeft hij nog getwijfeld tussen burgerlijk ingenieur en geneeskunde. Hij heeft zelfs het ingangsexamen voor burgerlijk ingenieur gedaan en was geslaagd. Maar uiteindelijk werd het geneeskunde, ingegeven door de wil "om mensen te helpen." Hij heeft gekozen voor geneeskunde "omdat hij meer met mensen bezig wou zijn." Hij zag het zelfs breder en droomde van ontwikkelingshulp.

Geleidelijk groeide zijn interesse voor inwendige geneeskunde, "omdat je alles wat dieper ligt in een mens beter leert kennen." In zijn eerste jaar opleiding inwendige werd hij begeesterd door ritmestoornissen, omdat prof. dr. Roland Van Acker van het St-Augustinus-ziekenhuis te Antwerpen heel gepassioneerd kon vertellen over het mechanisme van ritmestoornissen. Hij heeft gedoctoreerd in ritmestoornissen bij prof. Heidebüchel die nu zijn collega is. Zo werd hij hartspecialist en dan nog specifiek 'hart-ritme-specialist'.

Waarschijnlijk heeft zijn technische aanleg hem geleid naar een meer technische en wiskundige kant van de geneeskunde. Het is een kwestie van electriciteit. Hij is een "elektricien van het hart", terwijl de man die de bloedvaten open maakt een "loodgieter" is.

Zijn keuze om les te geven was een bewuste keuze "omdat hij graag jonge mensen wil begeisteren in het vak." In het 3de en 4de jaar geeft hij lessen over communicatie in de geneeskunde. In het 5de jaar geeft hij een cursus over electrocardiogrammen en over de elektrische activiteit van het hart. Deze cur-

sus heeft hij overgenomen van zijn voorganger prof. Ector die nu met pensioen is.

In het ziekenhuis behandelt hij ritmestoornissen en nog meer specifiek bij middel van inplanteerbare toestellen, zoals pacemakers en defibrillatoren. Daarnaast vervult hij nog de algemene taken die alle cardiologen moeten uitvoeren zoals 'wachten' en 'algemene raadplegingen'.

Op de infosessie zal prof. Willems spreken over plots overlijden "het ergste wat een mens kan overkomen". Het is dan ook een grote uitdaging voor alle cardiologen om mensen die risico lopen op plots overlijden tijdig te herkennen.

Hij zal 3 thema's behandelen. Eerst de oorzaken van plots overlijden, m.a.w. waarom overlijden mensen plots die iets aan hun hart hebben? Wat gebeurt er precies bij een plotse dood? Hierbij worden, ook in de media, vaak termen foutief door mekaar gebruikt zoals hartstilstand, hartaanval en hartaderbreuk.

Daarna de belangrijke vraag: Hoe herkennen we die mensen die risico lopen, bij verschillende vormen van hartlijden? Mensen die al een hartinfarct hebben gehad en mensen met zeldzamer vormen van hartlijden. Waarop moet de dokter letten en waarop moet je zelf letten als patiënt? Welke zijn de symptomen waarmee je dringend naar de dokter moet?

Tenslotte: Wat kunnen we in de praktijk doen om plotse dood te voorkomen? Hier komen we bij de automatische externe defibrillatoren en de inwendige die bij vele patiënten worden ingeplant. Bij wie plaatsen we zo'n inwendige defibrillator? Waarom is het belangrijk dat iedereen daarin een opleiding volgt?

*Jo Beyen*

## ■ VOORKOMEN VAN PLOTS OVERLIJDEN BIJ HARTLIJDEN



### Een dubbelzinnige titel:

Deze titel omvat twee aspecten: het vóórkomen ( klemtoon op de eerste lettergreep ) van plotse overlijden bij hartlijden en het voorkómen ( klemtoon op de tweede lettergreep ) van plotse overlijden bij hartlijden. Beide aspecten werden in de loop van de uiteenzetting behandeld.

Hart- en vaatziekten blijven een belangrijke doodsoorzaak in België (en in de hele wereld). Maar er dient gezegd te worden dat de meeste mensen aan hart- en vaatziekten overlijden op oudere leeftijd en dat het aantal overlijdens door hart- en vaatziekten daalt over het verloop van de tijd.

De lezing van Professor Willems ging over het "plotse overlijden", namelijk binnen het uur na het starten van de klachten. In het Engels heet dat "sudden death".

### Hoe het hart werkt:

Het hart is een pomp die uit vier kamers bestaat, twee bovenkamers, twee benedenkamers. De benedenkamers zijn de echte pomp, ze pompen het bloed, de rechterkant door de longen, de linkerkant door heel het lichaam en de bovenkamers zijn meer een turbopomp die de benedenkamers helpen.

Die pomp werkt op elektriciteit, en die elektriciteit is het hartritme. Uw hartritme ontstaat normaal in een zone in de rechter bovenkamer, de sinusknoop, verspreidt zich dan over heel de bovenkamers en moet dan over een nauwe elektrische verbinding naar de benedenkamers.

Als we de hartfunctie beschrijven, dan gebruiken we heel dikwijls de term ejectionfractie, dat is eigenlijk een naam voor de hoeveelheid van het bloed die uitgepompt wordt.

Maar het hart wringt zich niet helemaal leeg, het pompt geen 100 % van zijn inhoud naar buiten, het hart pompt ongeveer 60 à 70 % van zijn inhoud naar buiten, er blijft altijd een beetje bloed hangen.

Naast elektriciteit hebben we voor een pomp ook brandstof nodig, namelijk het zuurstofrijk bloed dat eigenlijk aan het hart aangevoerd wordt via de kransslagaders.

### Kwestie van woordenschat

- **een hartaanval:** is het verstoppen van de kransslagaders, waarop een klont gevormd wordt die de kransslagader verstopt. Dit wordt behandeld door de kransslagader open te maken ( met een ballondilatatie en het inbrengen van een stent of spiraaltje)
- **een hartaderbreuk:** is een scheur in de aorta
- **hartfalen:** is een hartverzwakking, waardoor de ejectionfractie zwakker wordt
- **een hartstilstand:** is meestal een heel snelle hart-ritmestoornis waardoor het hart als pomp stilvalt en zijn functie niet meer naar behoren vervult, er gaat geen zuurstof meer naar de hersenen.. Een zeer trage hartslag bestaat ook, maar is veel minder frequent.
- **plotse hartdood:** kan verschillende oorzaken hebben maar de twee belangrijkste zijn problemen met de kransslagaders en ritmestoornissen van de benedenkamers. Beide zijn vaak verbonden: als een hart zuurstoftekort krijgt, gaat dit vaak aanleiding geven tot hart-ritmestoornissen. Het stukje van de hartspeer dat geen zuurstof krijgt wordt onstabiel en gaat ritmestoornissen veroorzaken.
- Ongeveer 5 à 10% van de mensen die een hartstil-



stand krijgt, overleeft die. Snel kunnen reanimeren en defibrilleren is de boodschap en verhoogt de overlevingskansen tot 50%.

#### Wie loopt meer risico op "plots overlijden"?

- mensen die het al meegemaakt hebben: wie al met succes gereanimeerd werd, loopt meer kans om dat een tweede keer mee te maken. Vandaar het belang van secundaire preventie.
- wie al een hartinfarct doorgemaakt heeft en er nadien een slechter hart aan overgehouden heeft (injectiefractie 30%).
- mensen die voortdurend hartritmestoornissen hebben, moeten in de gaten gehouden worden
- mensen met zeldzame aangeboren hartritmestoornissen.
- mensen met een familiaal, onverklaard, vermoedelijk genetisch verzwakt hart.
- bij echt jonge mensen die plots sterven gaat het meestal om een of andere vorm van aangeboren hartafwijking, zelden om kransslagadervernauwing.
- bij oudere mensen (boven de 35 jaar!) gaat het vaker om kransslagadervernauwingen.

#### Wat kan er gedaan worden om dat "plotse overlijden" te voorkomen ?

- stoppen met roken
- lichamelijk actief zijn (een aantal keer per week gedurende een minimum van 30 minuten tot een uur)
- gezond eten
- op je gewicht letten.
- als je al hartpatiënt bent: aandacht voor risicofactoren, waarvoor je de arts best raadpleegt. Bijvoorbeeld: als er mensen in de familie onverwacht plots overleden zijn op 40 jaar, flauw vallen, kortademigheid in rust, gezwollen voeten, ijlhoofdigheid, ...
- medicatie: angioreceptorblokkers, bètablokkers, aldosteroneblokkers, cholesterolverlagende producten, ...
- openmaken van een bloedvat door ballondilatatie of overbruggingen
- snel kunnen reanimeren, waarbij de nadruk vooral gelegd wordt op de compressies op de borstkas boven het beademen.
- het gebruik van automatische externe defibrillatoren (AED) waarvan het gebruik eenvoudig is aangezien het toestel zelf alles uitlegt. Twijfel dus nooit om er een te gebruiken. Je vindt deze toestellen meer en meer op allerlei plaatsen.
- het gebruik van een inwendige, ingeplante defibrillator (gaat eigenlijk altijd het hartritme volgen en als het hartritme zou ontsporen kan die onmiddellijk ingrijpen zoals de externe automatische defibrillator langs buiten, maar dan langs binnen).

Maar een inwendige defibrillator is niet voor iedereen geschikt, voor- en nadelen moeten afgewogen worden, de mogelijke risico's beoordeeld ...

Bovendien zijn er nog veel mensen van wie nog niet kan voorspeld worden of een defibrillator hun leven zou kunnen redden.

Er wordt onderzoek naar gevoerd, en er zal in de toekomst nog veel meer kunnen gebeuren !

### **Wat kan jij doen ?**

- lid worden van Harpa, want dan ben je bezig met je gezondheid, met voeding, met inspanning, met lichaamsactiviteit, met actief zijn.

- op grotere schaal: therapietrouw, medicatie innemen, opvolgen van advies, wat vaak gepaard gaat met de sociale situatie
- zeer vroeg, van in de kleuterklas, beginnen aan gezonde voeding, gezonde leefgewoontes
- vraag informatie aan je arts
- leer de reanimatietoestellen gebruiken

*De powerpoint-presentatie van prof. Rik Willems is integraal opgenomen op de website van Harpa en kan daar geraadpleegd worden.*

*Dominique Michaux*

## ■ VOORKOMEN VAN PLOTS OVERLIJDEN BIJ HARTLIJDEN

### Deel 2 : Samenvatting van de vraagstelling



#### 1. Wanneer moet men ongerust zijn als men hartritmestoornissen voelt?

Er spelen steeds verschillende elementen samen om dit te beoordelen.

Vooreerst is het belangrijk of men vroeger al iets heeft gehad aan zijn hart of niet. Als men ooit een hartinfarct heeft gehad dan denken artsen altijd wat meer na over ritmestoornissen dan als dat niet is geweest.

Vervolgens zijn er 'patronen' van ritmestoornissen: de 'overslag', het 'zeer snelle hart met benauwdheid' en 'de aanhoudende ritmestoornis'.

- De 'overslag'. Iedereen heeft wel eens deze ritmestoornis. Meestal voelt dat aan alsof het hart een slag overslaat en nadien eventjes 'inhaalt'. Dat kan eigenlijk geen kwaad.
- Het 'zeer snelle hart met benauwdheid'. Het gaat hier over een hartslag van 150-160 die gepaard gaat met drukking op de borst, ijlhoofdigheid, kortademigheid of flauw vallen. Verder onderzoek dringt zich dan op, bv. via monitoring van het hartritme gedurende een bepaalde tijd.
- De 'aanhoudende ritmestoornis'. Dit is een patroon dat vooral bij een oudere leeftijdsgroep voorkomt. Het is een onregelmatig ritme dat blijft duren en waar men zo geen patroon meer in herkent. Dat kan een teken zijn van een ritmestoornis van de bovenkamers. Dat wordt 'voorkamerfibrillatie' (VKF) genoemd. Als dat langer duurt dan een aantal uren moet men daarover een dokter raadplegen gezien er het risico bestaat van het krijgen van een beroerte. Bij VKF is heel de bovenkamer van het hart onregelmatig. De bovenkamer pompt in feite niet meer maar begint meer te bibberen en fladderen. Dit komt vooral voor bij oudere mensen (ouder dan 75) of bij andere hartproblemen. Het komt dus vrij frequent voor. Algemeen moet als

behandeling vooral gedacht worden aan bloedverdunners.

#### 2. Hoe behandelt men voorkamerfibrillatie (VKF)?

Er zijn verschillende dingen mogelijk.

- Als men daar weinig last van heeft, goed kan werken en functioneren, kan deze gewoon blijven bestaan zonder een specifieke behandeling.
- Begint deze VKF te hinderen en zeker als men vooraf al 'iets' heeft gehad aan zijn hart dan geeft men medicatie voor bloedverdunding. Deze zorgt ervoor dat zich in die bovenkamers die zich niet mooi ledigen geen bloedklonters (meer) gevormd worden.
- Als men echt last blijft hebben of zich niet goed voelt tijdens die aanvallen van VKF of als de medicatie niet goed werkt gaat men soms over naar 'ablatie behandeling'. Dit is het wegbranden van een beetje hartweefsel die de prikkelgeleiding in het hart stoort. Van die meer ingrijpende behandeling is niet bewezen dat men er langer van leeft, maar ze doet de klachten sterk verminderen. Deze behandeling heeft ook nog zijn eigen risico's zodat ze dus niet zomaar bij iedereen die klachten heeft wordt uitgevoerd.

#### 3. Wat te doen met ritmestoornissen die zich bij het bezoek aan de huisarts natuurlijk niet manifesteren... maar waar men toch erg last van heeft op andere momenten?

De arts heeft verschillende mogelijkheden om ritmestoornissen toch uit te pluizen.

- Er is het traditionele '24 uur Holter-monitoring'. Een Holter-monitor is een draagbaar apparaat dat



gebruikt wordt om continu de elektrische activiteit van het hart te meten. Het wordt dus gebruikt om hartritmestoornissen die aanvalsgewijs optreden te registreren. De meeste apparaten nemen 24 tot 48 uur op, maar 30 dagen is ook mogelijk.

- Als de ritmestoornis dan nog niet te zien is en het zijn heel bedreigende stoornissen – men valt er bv van flauw- dan is er zelfs een implanteerbaar toestelletje. Dat heeft de vorm van een USB stick. Die wordt onder de huid ingeplant. Dat kan men zelfs twee jaar meedragen.
- Er zijn ook nog toestellen waarover de patiënt bv twee maand kan beschikken en die men op de borstkas zet als men last heeft.

Maar hier geldt ook weer: het belang van die hartkloppingen hangt ook af van het eventueel onderliggend hartprobleem.

#### 4. Heeft het krijgen van een ‘appel-flauwte’ een gelijkaardige oorzaak als bij het voorkomen van ‘plotse dood’? Is het gevaarlijk?

Men kan flauw vallen om zeer verschillende redenen. In het kader van deze vraagstelling gaat het alleen over de situaties die ergens met het hart(ritme) en bloeddruk te maken hebben. Men kan flauw vallen omdat men een heel snel hartritme heeft en daarvoor geen bloeddruk meer kan opbouwen en men kan flauw vallen met een normaal hartritme en een lage bloeddruk.

- Meest voorkomend en ongevaarlijk is de ‘appel-flauwte’ of de vasovagale syncope. Dat is meestal een slechte reflex van de hersenen naar het hart toe. Een voorbeeld van een dergelijke situatie is dat mensen die bloed zien ineens niet goed worden en dan wegdraaien na een tijdje. Als men bloed ziet zou men normaliter moeten zeggen bij zichzelf “ik moet hier gaan lopen”, maar bij die mensen loopt eigenlijk die reflex wat fout: ondanks het feit dat ze eigenlijk stress moeten krijgen, krijgen ze een bloeddrukval.



Typisch voorbeeld is ook op een receptie: men heeft één glaasje champagne gedronken, het is heel warm, men begint te zweten, voelt zich wat misselijk worden, zwart voor de ogen en als men niet op tijd gaat zitten dan valt men flauw. Eigenlijk dus een banale reden om flauw te vallen, maar vervelend. Er zijn mensen die dat doen als ze 10 minuten rechtstaan, als ze oververmoeid zijn, onaangename ervaringen hebben (bloed zien) of bij sterke emoties. Belangrijk is het feit dat men het telkens zelf voelt aankomen. Dit zijn allemaal vormen van bewustzijnsverlies die ongevaarlijk zijn.

- Het bedreigend flauw vallen is: men is gewoon bezig of aan het wandelen en voelt zich kipleker en ineens ligt men tegen de grond. Men heeft niets voelen aankomen. Een ander voorbeeld is: men is aan het spurtten en ineens valt men flauw. Dus niet het flauw vallen nadat men bv na sporten een stortbad heeft gepakt, maar wel als men op het toppunt van zijn sportactiviteit was, zomaar ineens. Dat zijn gevaarlijke vormen van flauw vallen. Ze moeten steeds verder worden onderzocht. En opmerking hierbij: na het sporten is het belangrijk niet zomaar ineens op te houden, maar even uit te lopen, na te sporten op lager niveau. Dat vermindert sterk het risico van flauw vallen.

#### 5. Wat is ‘apical ballooning’ of ‘tacho-tsubo’?

‘Apical ballooning’ betekent dat de punt van het hart niet meer (goed) samentrekt en de vorm krijgt van een ballon. ‘Tacho-tsubo’ is een Japanse term, betekent ‘vaas’ en geeft eigenlijk hetzelfde fenomeen aan. Het is een tijdelijke hartverlamming welke typisch voorkomt bij heel grote stress. Mensen kunnen dat krijgen bv. na ernstige verkeersagressie of na het overlijden van een familielid. Het gebeurt iets meer bij vrouwen dan mannen. De eerste dagen heeft men het beeld van een hartverzwakking en is dat een groot risico voor hartritmestoornissen. Na enkele tijd recupereren de patiënten terug naar een volledig normale hartfunctie. De patiënt moet daarom meestal de eerste dagen op de intensieve afdeling gevolgd worden om nadien verder naar de gewone afdeling te gaan. Van zodra de hartfunctie weer hersteld is verdwijnt ook het gevaar van ernstige ritmestoornissen. Het gaat dus meestal over een tijdelijke risicosituatie.

#### 6. Een defibrillator die ingeplant is registreert zelf of er ritmestoornissen zijn. Kan men dat uitwendig zien? En hoe komt de arts dat te weten?

Een dergelijk toestel noemt men de Implanteerbare



### Cardioverter Defibrillator (ICD).

Men kan uitwendig niet zien dat het toestel ritme-stoornissen ‘aanpakt’.

Hoe komt de arts het dan te weten? Het komt erop neer dat men een soort (computer)muis op het toestel zet en dat men dan via een computer de gegevens kan opvragen. Er zijn ook al patiënten die in hun slaapkamer of bij de televisie een modem hebben die draadloos de defibrillator ondervraagt en die deze gegevens doorstuurt over het internet zodat de arts die dagelijks kan raadplegen. Het grote voordeel is dat de dokter zo vijf op zeven dagen kan consulteren terwijl vroeger de patiënt bv maandelijks naar de kliniek moest komen. Als de arts iets opmerkt stuurt hij gewoon een SMS of email naar zijn patiënt. Tegelijk is er een controle op de spanning van de batterij! Batterijen van defibrillatoren gaan gemiddeld zes à acht jaren mee. Ze zijn extra beveiligd. Zelfs op het moment dat het signaal komt dat die batterij aan vervanging toe is heeft men nog altijd drie maand de tijd om die vervanging te plannen. Deze manier van werken noemt men “ telecardiologie”.

### 7. Kan men met de inwendige defibrillator, een ICD, ‘veilig’ draadloos internet gebruiken of de Ipad? Hoe zit dat met de controle op de vlieghavens?

Eigenlijk zijn alle huis-, tuin- en keukenmiddelen veilig te gebruiken van zodra men een afstand heeft van 10-15 centimeter met zijn toestel. Enkele suggesties:

- Draag de Gsm niet mee in het borstzakje of in de vestzak maar eerder aan de gordel of in de broekzak.
- Bij de antidiestafpoortjes in grootwarenhuizen is het geraadzaam gewoon vlot door te stappen en niet te blijven staan tussen die poortjes. Neem bij stil staan een meter afstand.
- Op de luchthaven is er een beetje een dubbel probleem: langs de ene kant zal de detector piepen, langs de andere kant is het zo dat wanneer men gaat tegenspreken bij luchthavenpersoneel dat men het zich zelf soms lastiger gaat maken dan

nodig is. Best is dat men kenbaar maakt aan het personeel dat men een ‘pacemaker-defibrillator’ heeft en dan gewoon doen wat men vraagt. Het kan geen kwaad immers wanneer men vlot door de detector gaat en daarna halt houdt op een meter er vandaan. De detector zal zijn signaal geven. Meestal zal men daarna aftasten en kan men eventueel verduidelijken.

- Ook in het ziekenhuis is het belangrijk te zeggen dat men een ICD heeft zowel bij bepaalde scanners, de magnetische NRI scanner bv, als bij bepaalde behandelingen zoals bv een behandeling van kinesitherapie die met stroomstootjes zou werken. Er is bijna nooit echte schade aan de ICD zelf in dergelijke situaties.
- Er is wel een probleem voor mensen die als hobby ‘lassen’ hebben want lasapparatuur kan ernstige stoornissen geven op het toestel.
- Het is ook geen goed idee op uitstap te gaan naar Doel of andere grote elektriciteitscentrales of grote stroommotoren. Men kan rustig onder een hoogspanningsmast door rijden, maar gelieve er niet in te klimmen!

### 8. Er zijn heel wat mensen binnen Harpa die het antistollingsmiddel Marcoumar nemen. Eén van de problemen is dat men dan zijn bloedspiegel regelmatig moet laten nakijken wat de stollingsgraad betreft. Men spreekt nu over een nieuwe generatie van antistollingsproducten. Wat is daar van aan?

Er is inderdaad goed nieuws voor sommige mensen die Marcoumar (of ook de bloedverdunner Marevan) nemen. Die medicatie heeft immers als nadeel dat ze wat onvoorspelbaar is in zijn effecten zodat de bloedspiegel regelmatig moet nagekeken worden. De nieuwe generatie medicatie zoals bv Pradaxa en Xarelto is meer voorspelbaar in zijn werking en men zou dus niet steeds zijn bloedspiegel moeten laten controleren. Deze medicamenten zijn al erkend door Europa, maar

nog niet terugbetaald in België. In alle ziekenhuizen lopen er nu programma's waarbij men die producten gratis kan krijgen via de ziekenhuisapotheken. Men moet deze medicatie wel om de drie maanden ophalen in het ziekenhuis. Het is uiteraard de behandelende arts die daarover beslist. Dit is een voorlopige regeling totdat de terugbetaling in het kader van de ziekteverzekering in orde is. Dit geldt nog niet voor mensen die Marcoumar nemen omwille van kunstkleppen, gezien deze studies nog moeten beginnen. Wanneer men Marcoumar inneemt bij voorkamerfibrillatie (VKF) kan men de cardioloog aanspreken om te zien of het een alternatief is om over te stappen.

### 9. Welke preventieve maatregelen moet men nemen wanneer men begint te sporten?

Vanuit de Europese vereniging van cardiologie en specifiek vanuit de werkgroep sportcardiologie is er het voorstel om alle elitesporters te laten screenen. Dat gaat over jonge mensen beneden de 35 jaar. Voor mensen boven de 35 jaar is er natuurlijk verschil tussen wie iets hebben voorgehad en diegenen die nog niets hebben voorgehad.

- Makkelijkste groep is de mensen die al iets hebben voorgehad. Bij de noodzakelijke leefstijlverandering die hartpatiënten moeten aannemen is de regelmatige fysieke aangepaste inspanning essentieel. Daar is echt belangrijk dat men het advies

rond sport en inspanning laat afhangen van de testen die bij de cardioloog gebeuren: de inspanningstesten.

- Moeilijker is het voor de groep mensen die nog niets hebben voorgehad. Het hangt natuurlijk ook af van wat dat men wil gaan doen. Wanneer meer extreme sporten wil doen zoals triatlon, marathons, oprijden van bergen, bv. de Ventoux, is het toch belangrijk dat men zich vooraf laat nakijken, liefst bij zijn eigen huisarts. Deze kan –omdat hij de familiale situatie kent- eventueel ook nog andere risicofactoren aanstippen, waarvan men zich niet bewust is, zoals bv problemen met cholesterol, familiale hartproblemen enz....In de eerste plaats is het voldoende dat de arts een goede anamnese doet, aangepast klinisch onderzoeken en een elektrocardiogram en bij risicofactoren een inspanningstest.

Sportinspanningen kunnen immers juist voor iemand die daarvoor voorbeschikt is de uitlokkende factor zijn voor plots overlijden (tijdens de inspanning). De screening vooraf zoals hierboven geschetst kan de meeste situaties voorkomen.

*Verslag : Ludo Wierckx*