

HART & SLAGADERS

P 206097 | AFGIFTEKANTOOR BRUSSEL X

JUNI 2018 | 02/2018

TIJDSCHRIFT VAN DE BELGISCHE CARDIOLOGISCHE LIGA



PLOTSE DOOD BIJ VOLWASSENEN

Edito

Prof. em. P. Block, Prof. em. Ch. Brohet

Onder plotse dood verstaan we een natuurlijk, volkomen onverwacht overlijden met abrupt bewustzijnsverlies binnen het uur na de eerste symptomen, die veelal zelfs uitblijven.

Plotse dood kan op elke leeftijd optreden. Bij zuigelingen is het fenomeen al lang bekend. Bij volwassenen is plotse dood relatief uitzonderlijk (geraamd op 1 op 1000 overlijdens). Bij mannen komt hij 3 tot 4 keer zo vaak voor, met een frequentiepiek tussen 45 en 75 jaar en een hoofdoorzaak van cardiovasculaire aard (infarct, scheuren van een aneurysma, zeer ernstige aortaklepvernauwing, stevige embolen). In de meeste gevallen is de onderliggende pathologie bekend.

Bij mensen jonger dan 35 gaat het meestal om een myocardiopathie (structurele afwijking van de hartspier) of een slagadermisvorming waarvan men vaak niet op de hoogte is of die men onderschat. In een aantal gevallen gaat het om histologische en/of elektrische afwijkingen die mogelijk niet detecteerbaar zijn, zelfs niet bij de autopsie.

In nagenoeg alle gevallen is de factor die de plotse dood op gang brengt een tachycardie of voorkamerfibrillatie.

Bij bejaarde volwassenen treedt plotse dood van cardiale oorsprong vaak tijdens de slaap op, bij jongere mensen vaker tijdens of na een hevige inspanning. Wielrenners en voetballers lijken bijzonder vatbaar voor dit risico maar eigenlijk kan het om gelijk welke sport gaan waarbij zeer veel energie wordt verbruikt. Zo zijn er gevallen van plotse dood bekend bij mensen die gewichtheffen tot het uiterste beoefenen*. Misschien houdt dat verband met het soort inspanning, eventueel – bij sommigen – in combinatie met (moeilijk uit te roeien) dopinggebruik. Zo zouden bij wielrenners en marathonlopers meer gevallen voorkomen van anatomische veranderingen in de rechter hartkamer,



die een bron van dodelijke ritmestoornissen kunnen zijn. Gelukkig is, ondanks de weerklank in de media, hartstilstand bij jonge sportlui iets zeldzaams – een Canadees onderzoek maakt gewag van 1 geval per 131.600 sportlui per jaar.

Ondanks steeds grondiger medische onderzoeken waaraan mensen met een toegenomen risico worden onderworpen, blijft de voorspellende waarde van de momenteel beschikbare risicomerkers gering. Het gebruik ervan als opsporingstechniek op ruime schaal is daardoor een probleem. In Italië is grootschalige opsporing weliswaar de norm, maar het nut ervan blijft sterk ter discussie staan. Hetzelfde geldt voor de uitbreiding van de indicaties voor profylactische behandeling (bijvoorbeeld met een ingeplante defibrillator), die duur is en niet gespeend van bijwerkingen. De prioriteit blijft dan ook een nog betere organisatie van de eerste hulp (reanimatietechnieken), in de wetenschap dat er niet meer dan enkele minuten tijd is om doeltreffend in te grijpen. II

*Uitzending van de Franstalige Zwitserse zender TSF op TV5, 01/05/2018 om 17 uur

INHOUD

1 EDITO
Plotse dood bij volwassenen

2 MEDISCH ARTIKEL
50 jaar vooruitgang in de cardiovasculaire beeldvorming

4 MEDISCH ARTIKEL
Luchtverontreiniging

7 CV RISICOFACOR
Focus op lichaamsbeweging na een infarct en op buikomtrek

8 VRAAG/ANTWOORD
Valt het risico van een plotse dood te voorspellen?

50 JAAR VOORUITGANG IN DE CARDIOVASCULAIRE BEELDVORMING IN DE KLINISCHE PRAKTIJK

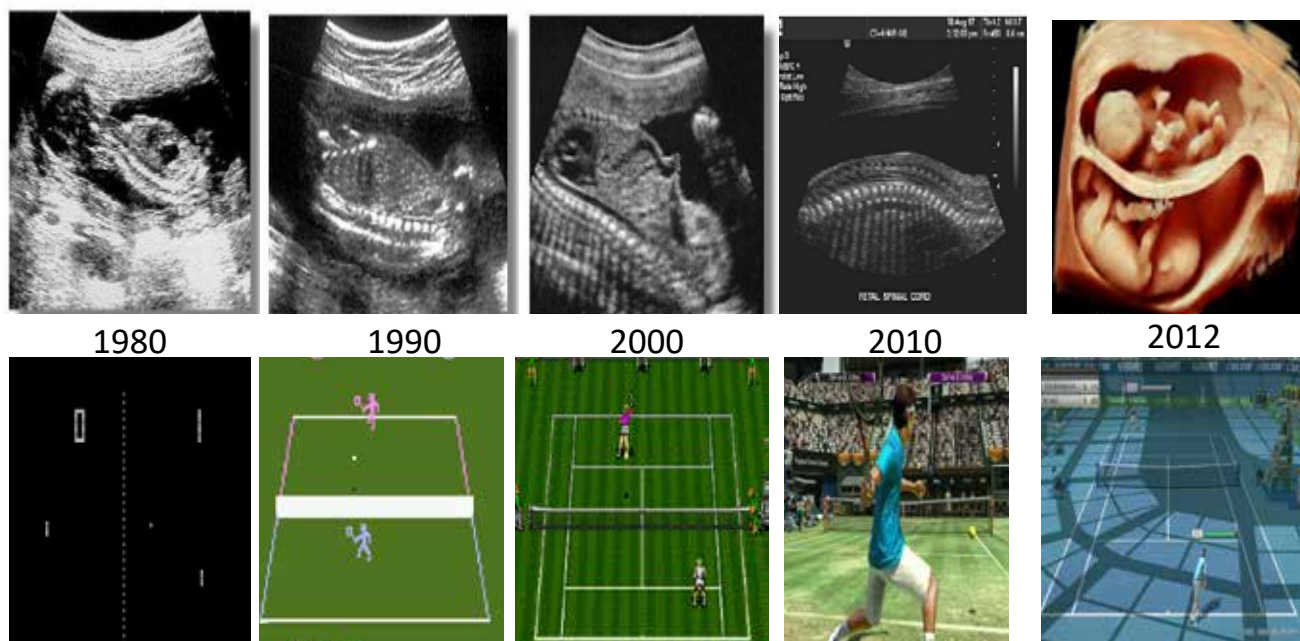
Medisch artikel

Prof. dr. Bernard Cosyns - Prof. dr. Bernard Cosyns, UZ Brussel, Centrum voor Hart- en Vaatziekten

Ooit was er voor klinici maar één manier om het hart te bekijken en dat was een röntgenopname van de borstkas om de omvang van de holtes te evalueren op basis van de verschillende silhouetten van het hartbeeld. Die tijd is lang voorbij, er zijn nu beeldvormingstechnieken waarmee men niet alleen de anatomie maar ook de werking van het hart kan evalueren: echocardiografie, cardiovasculaire CT, cardiale magnetische resonantie (CMR), invasieve coronaire angiografie, positron emissie tomografie (PET) en nucleaire cardiologie. In elk van die beeldvormingstechnieken is spectaculaire vooruitgang geboekt.

Tweedimensionale echocardiografie, gebaseerd op het gebruik van ultrasoon geluid (US), werd op het einde van de jaren '60 gecommercialiseerd. Daarmee konden **bewegende hartstructuren weergegeven worden en de afmetingen ervan konden op een betrouwbare manier gemeten worden**. Dankzij een **doppler**, gebaseerd op het gelijknamige verschijnsel, **kon men intracardiale bloedstromingen analyseren**; tien jaar later liet kleurendoppler al toe de bloedstroming binnen het hart per zone te analyseren; tegelijk was er de **trans-oesofagale echocardiografie (TEE)** met behulp van een miniatuursonde van hoge resolutie die via de mond in de slokdarm werd gebracht. Daardoor

konden **de structuren van het hart beter worden gevisualiseerd** omdat er zich geen lucht – een slechte geleider van US – bevond tussen die structuren en de sonde. Gedurende de tien volgende jaren evolueerden de TEE-sondes en kon men eerst analyseren in twee orthogonale vlakken, later in meervoudige vlakken en ten slotte in drie dimensies (3D). Momenteel is dit soort onderzoek vooraf vereist voor bepaalde procedures, bijvoorbeeld percutaan herstel van een hartklep. **De transthoracale echocardiografie (TTE)** bleef evolueren: dankzij weefseldoppler kon men de snelheden en de vervorming van de hartspier evalueren en onrechtstreeks aanwijzingen krijgen over intracardiale druk. In de jaren 2000 zou **speckle tracking**, gebaseerd op het **equivalent van een unieke vingerafdruk van een regio van de hartspier** en wijzigingen daarbinnen, het automatiseren van de analyse van die parameters voor de vervorming van de spier nog vergemakkelijken. Dankzij deze techniek kan men tegenwoordig subtiele afwijkingen detecteren die op een hartaandoening wijzen (bv. na chemotherapeutische behandelingen). Sinds zowat vijftien jaar is 3D ook transthoracaal mogelijk. De analysetools zijn gesofisticeerd. De kwaliteit van de beelden is almaar beter geworden en levert een steeds getrouwere weergave van de realiteit op (fig. 1).



Figuur 1

HART & SLAGADERS
Tijdschrift van de Belgische
Cardiologische Liga

Voorzitter:
Prof. Dr. Alain De Wever

Algemeen directeur:
Dr. Freddy Van de Casseye

Afgevaardigd Beheerder:
Dr. Luc Missault

Wetenschappelijke raad:

Dr. Luc Missault (AZ Sint-Jan Brugge), voorzitter
Dr M. de Pauw / Prof. Dr. E. Rietzschel (UGent)
Prof. Dr. L. Piérard (ULg)
Prof. Dr. J.L. Vandenbossche (ULB)
Dr T. Vanassche (KUL)
Prof. Dr. D. Schoors (VUB)
Dr G. Van Camp (OLV Aalst)
Prof. Dr. P. Chenu (UCL)
Dr Patrick Lovens / Dr J. Vanderstraeten (SSMG)
Dr. Jos De Smedt (Domus Medica)
Prof. Dr. Bharati Shivalkar

Redactiecomité:

Dr Jean-Claude Lemaire
Dr Luc Missault
Prof. Em. Christian Brohet
Prof. Em. Pierre Block
Prof. Em. D.L. Clement
Prof. Dr. Bernard Cosyns
Dr Freddy Van de Casseye
Cécile Gasparri

Verantwoordelijke uitgever:
Dr Freddy Van de Casseye
Elyzeese-Veldenstraat 63
1050 Brussel

Jaarabonnement: 15 Eur
BE73 0012 0738 4460

Giften vanaf 40 Eur (fiscaal
aftrekbaar): BE80 0010 6651 3077

Cette revue paraît également
en français («Coeur & Artères»)

De Belgische Cardiologische
Liga is niet verantwoordelijk voor
de inhoud van de publiciteiten

**BELGISCHE
CARDIOLOGISCHE LIGA**

Elyzeese-Veldenstraat 63
1050 Brussel

Tel.: 02/649 85 37
Fax: 02/649 28 28

info@liguecardiologia.be

www.liguecardiologia.be

Alle reproductierechten
voorbehouden

Prof. dr. Bernard Cosyns - Prof. dr. Bernard Cosyns, UZ Brussel, Centrum voor Hart- en Vaatziekten

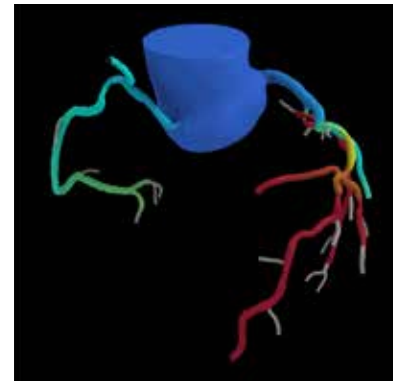
Echocardiografie wordt eveneens beschouwd als een bijzonder nuttig instrument tijdens inspanning, ze biedt de mogelijkheid het hart in dynamische omstandigheden te onderzoeken om laesies aan de kransslagaders of de kleppen op te sporen. Het gebruik van contraststoffen die met US interageren verbetert eveneens de kwaliteit van de onderzoeken en laat toe de weefseldoorbloeding van de hartspeer te bestuderen.

Artificiële intelligentie maakt deel uit van de nieuwe ontwikkelingen in de nieuwe toestellen. Dankzij AI kunnen toestellen zelf leren (deep learning) en daardoor de verwerving van beelden verbeteren en de analyse van de signalen verfijnen, zodat de aanvullende informatie kan bijdragen tot een nauwkeuriger diagnose.

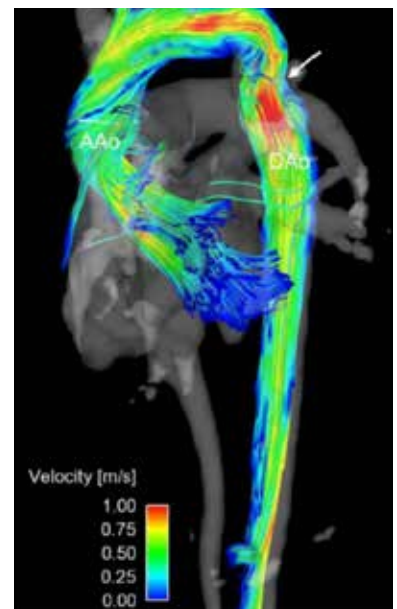
De **cardiovasculaire CT** is in de jaren '70 ingevoerd. In die tijd ging men ervan uit dat daarmee geen bewegende structuren in beeld gebracht konden worden en diende de techniek hoofdzakelijk voor het maken van beelden van kransslagaderverkalkingen. Halverwege de jaren '90 maakte een indrukwekkende verbetering in ruimte en tijd – beeld van een spiraalvormige doorsnede in één vlak – het mogelijk kransslagadervernauwingen te evalueren bij patiënten met een regelmatig en langzaam ritme. CT multidetectors (MDCT) kwamen op de markt in 1998 (4-detectoren), 2001 (16) en 2004 (64). Met laatstgenoemde versie kon men een beeld van heel het hart maken terwijl de patiënt even de adem inhield. Momenteel kan een 320-MDCT beelden van uitstekende kwaliteit produceren met een nog kortere stralingsduur. Een andere technologie laat toe de straling te verminderen en twee scanningbronnen te gebruiken (DSCT), wat overigens de temporele resolutie ten goede komt. De software voor de verwerking achteraf vermindert de signaal-ruisverhouding drastisch. Momenteel kan men dankzij CT ook de werking van de kransslagaders evalueren bovenop de anatomie/angiografie (hetzij via perfusie hetzij via de fractional flow reserve FFRCT) en beide methodes worden thans geëvalueerd (fig. 2).

CMR heeft zich in de jaren '70 ontwikkeld, dynamische beelden zijn er sinds de jaren '80. Halverwege de jaren '80 werd begonnen met het gebruik van gadolinium voor de detectie van fibrotische zones en voor onderzoeken van de levensvatbaarheid. Dobutamine-CMR wordt sinds de jaren '90 gebruikt. Nieuwe verwervingssequensen komen er tot op heden nog altijd bij, waardoor een betere karakterisering van de weefsels mogelijk is en dat is bijzonder belangrijk voor cardiomyopathieën. Dankzij tagging is het eveneens mogelijk de vervorming te analyseren. De ruimtelijke resolutie die CMR biedt heeft van deze techniek de gold standard gemaakt voor de analyse van de afmetingen van de hartholtes. De mogelijkheden voor 3D-reconstructie zijn met CMR groot, fluxen kunnen geanalyseerd en gekwantificeerd worden, waardoor met name de kwantificatie van valvulopathieën mogelijk is (fig. 3).

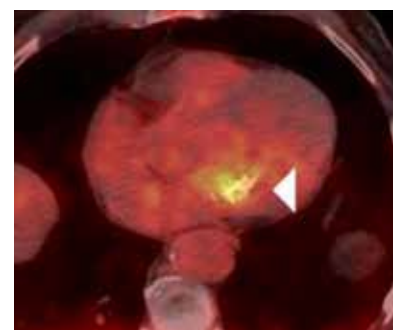
De **nucleaire cardiologie** heeft begin de jaren '70 een enorme vlucht genomen dankzij het gebruik van thallium-201 voor de opsporing van myocardischemie en in de jaren '80 voor het onderzoeken van de levensvatbaarheid. Nieuwe generaties toestellen maken een kortere verwervingstijd mogelijk en leveren beter beeldmateriaal, waardoor het betrouwbaarder wordt. De techniek wordt al sinds lang gebruikt in combinatie met het inspuiten van vaatverwijders of na een inspanning, om de ischemie op te sporen in dynamische omstandigheden. Tot voor kort werd de cardiac PET als gold standard beschouwd voor het onderzoek van de levensvatbaarheid, waarbij stoffen zoals 18-fluorodesoxyglucose (FDG) werden gebruikt. Door de techniek te combineren met CT werd die rol recent uitgebreid tot het opsporen van infecties (met name van klepprothesen of pacemakers – endocarditis) en ontsteking van de bloedvaten bij inflammatoire aandoeningen (fig. 4).



Figuur 2



Figuur 3



Figuur 4

De kans is zeer groot dat de rol van artificiële intelligentie de komende jaren in het voordeel zal spelen van fenomenale vorderingen op het vlak van de cardiovasculaire beeldvorming... ||



LUCHTVERONTREINIGING: IS LICHAAMSBEWEGING ALTIJD HEILZAAM VOOR DE GEZONDHEID? Medisch artikel

Prof. Dr. Argacha - Dienst Cardiologie, UZB, VUB.

De weerslag van de achteruitgaande luchtkwaliteit op de gezondheid van hart- en bloedvaten valt niet meer te ontkennen⁽¹⁾. De luchtverontreiniging snijdt aan twee kanten: er is het fijnstof en ultrafijnstof en er zijn verontreinigende gassen zoals stikstofdioxide (NO₂). In grote agglomeraties worden de vervuilingdrempels die de Wereldgezondheidsorganisatie vooropstelt vaak overschreden. Er zijn zones waar het zogeheten canyon-effect speelt: de hoogte van de gebouwen en het drukke verkeer beneden versterken de mate waarin mensen worden blootgesteld aan stoffen die de lucht verontreinigen.

De European Society of Cardiology adviseert voor een optimale cardiovasculaire preventie wekelijks 300 minuten matige lichaamsbeweging of 150 minuten intensiever bewegen. Er zijn tegenwoordig hippe sportieve praktijken die tal van mensen ertoe brengen in de stad aan lichaamsbeweging te doen. Ook worden verplaatsingen per fiets aangemoedigd om minder vervuilende vervoerswijzen te promoten. Maar iedere lichamelijke inspanning intensiveert de ademhaling en vergroot bijgevolg de ingeademde hoeveelheden vervuilende gassen en fijnstof. **De vraag is dan ook of aan sport doen in een stedelijke omgeving nog altijd heilzaam is voor de gezondheid van hart- en bloedvaten. Anders gezegd: moet men lichaamsbeweging ook in de stad wel aanmoedigen?** De cardiologische preventie staat dus voor een dilemma waaraan tegelijk medische aspecten en milieuaspecten vastzitten. Dankzij enkele wetenschappelijke studies vallen elementen voor een antwoord aan te reiken.

Een van de eerste onderzoeken over dit onderwerp wist in laboratoriumomstandigheden aan te tonen dat kransslagaderlijders die vrijwillig aan vervuilde of schone lucht werden blootgesteld en fysieke inspanning verrichtten, sneller hartproblemen kregen in een verontreinigde omgeving⁽²⁾. Een ander onderzoek van hetzelfde type, eveneens in laboratoriumomstandigheden maar dan met gezonde vrijwilligers, ging nog verder in het bestuderen van de toxische mechanismen van dieseldeeltjes⁽³⁾. Uit dat onderzoek blijkt dat fijnstof inademen leidt tot een oxidatiereactie van de binnenwand van de bloedvaten. Bovendien werd vastgesteld dat deze oxidatiereactie evenredig was met de hoeveelheid ingeademde deeltjes. Heel onlangs zijn onderzoekers dan uit hun laboratorium gestapt om na te gaan of die effecten zich ook in de gewone omstandigheden van het ware leven voordoen⁽⁴⁾. Ze vergeleken het effect van twee uur wandelen in een vervuilde straat in Londen (Oxford Street) met even lang en even intensief wandelen in een groot stadspark (Hyde Park). Drie groepen van telkens 40 mensen werden onderzocht: gezonde mensen, mensen met chronische bronchitis (COPD) en stabiele kransslagaderlijders. De blootstelling aan verontreiniging werd individueel gemeten met

behulp van draagbare receptoren. In de drie groepen ging wandelen in het stadspark gepaard met een verbetering van de longcapaciteit en een vermindering van de slagaderstijfheid. Die gunstige effecten traden in mindere mate op na een wandeling in een verontreinigde straat, en dat was eveneens in de drie groepen het geval. De COPD-patiënten bleken meer te lijden te hebben van het NO₂, terwijl bij de gezonde mensen de achteruitgang van de gezondheid meer verband hield met de blootstelling aan fijnstof. Deze onderzoeken buiten laboratorium bevestigen dus dat twee uur sport in een verontreinigde omgeving minder heilzaam is, ook voor gezonde mensen. De voornaamste beperking van deze studies is dat het gaat om het onderzoek van effecten op hart- en bloedvaten na blootstellingen van korte duur. De studies geven dus geen informatie over effecten van luchtverontreiniging op langere termijn.

Naast die enkele op experimenten gebaseerde onderzoeken zijn er studies die getracht hebben het dilemma op te lossen door naar gegevens van volksgezondheid te kijken. Deze epidemiologische onderzoeken maakten gebruik van mathematische modellen om te beoordelen wat het globale nut van sportbeoefening was en meer bepaald van verplaatsingen per fiets in de stad⁽⁵⁾. Een onderzoek dat werd gevoerd in de voornaamste grote steden van Nederland heeft de verhouding nut-risico gekwantificeerd en kwam tot de conclusie dat iemand die dagelijks per fiets naar zijn werk rijdt, gemiddeld tot 9 dagen aan levensverwachting verliest door verkeersongevallen en tot 40 dagen door het inademen van vervuilende stoffen. Door dagelijks meer te bewegen zou zo iemand dan weer 14 maanden aan levensverwachting winnen⁽⁶⁾. Een ander onderzoek trachtte precies te bepalen op welk punt een bepaalde mate van lichaamsbeweging in een verontreinigde omgeving nadelig wordt voor de gezondheid⁽⁷⁾. Dan blijkt dat wanneer men meer dan 60 minuten fietst in lucht met 50 µg fijnstof per m³, het heilzame effect van de lichaamsbeweging voor de gezondheid verloren begint te gaan. Vanaf 300 minuten fietsen in verontreinigde lucht is het breekpunt bereikt en wordt de lichaamsbeweging dus nadelig voor de gezondheid. Deze onderzoeken zijn zoals gezegd gebaseerd op statistische modellen, die hun eigen beperkingen hebben. Ze bekeken bijvoorbeeld alleen het effect van fijnstof, terwijl blootstelling aan verontreinigende gassen zoals NO₂ eveneens zeer toxisch is voor het hart- en vaatstelsel.

De conclusie luidt dat de laboratoriumonderzoeken alleen bewijzen dat meer verontreinigende stoffen inademen tijdens lichamelijke inspanning de heilzame werking van sport op de gezondheid van hart en bloedvaten teniet dreigt te doen. De epidemiologische gegevens zijn dan weer geruststellender en tonen

Medisch artikel

Prof. Dr. Argacha - Dienst Cardiologie, UZB, VUB.

aan dat alleen meerdere uren aan sport doen in een verontreinigde omgeving nadelig kan blijken voor de gezondheid. De cardiologen kunnen dus best doorgaan met het promoten van regelmatige lichaamsbeweging, met inbegrip van sport in een stedelijke omgeving. Het ontbreken van specifieke gegevens over de effecten van NO₂ noopt evenwel tot bepaalde voorzorgen, zoals zo ver mogelijk blijven van de uitstoot van verkeer en de lichaamsbeweging afstemmen op de luchtkwaliteitsmetingen die bij de milieuagentschappen beschikbaar zijn. Deze voorzorgsbeginselen moeten in nog sterkere mate gelden bij patiënten met een hoog hartrisiko of die reeds een coronair incident hebben gehad. II



REFERENTIES:

1. Argacha JF, Bourdrel T, van de Borne P. Ecology of the cardiovascular system: A focus on air-related environmental factors. *Trends Cardiovasc Med.* 2018 Feb;28(2):112-126
2. Mills NL, Törnqvist H, Gonzalez MC, Vink E, Robinson SD, Söderberg S, et al. Ischemic and Thrombotic Effects of Dilute Diesel-Exhaust Inhalation in Men with Coronary Heart Disease. *N Engl J Med.* 2007 Sep 13;357(11):1075-82.
3. Wauters A, Dreyfuss C, Pochet S, Hendrick P, Berkenboom G, Van De Borne P, Argacha JF. Acute exposure to diesel exhaust impairs nitric oxide-mediated endothelial vasomotor function by increasing endothelial oxidative stress. *Hypertension.* 2013;62:352-8.
4. Sinharay R, Gong J, Barratt B, Ohman-Strickland P, Ernst S, Kelly FJ, et al. Respiratory and cardiovascular responses to walking down a traffic-polluted road compared with walking in a traffic-free area in participants aged 60 years and older with chronic lung or heart disease and age-matched healthy controls: a randomised, crossover study. *Lancet.* 2018 Jan 27;391(10118):339-49.
5. Mueller N, Rojas-Rueda D, Cole-Hunter T, de Nazelle A, Dons E, Gerike R, et al. Health impact assessment of active transportation: A systematic review. *Prev Med.* 2015 Jul;76:103-14.
6. Johan de Hartog J, Boogaard H, Nijland H, Hoek G. Do the health benefits of cycling outweigh the risks? *Environ Health Perspect.* National Institute of Environmental Health Science; 2010 Aug;118(8):1109-16.
7. Tainio M, de Nazelle AJ, Götschi T, Kahlmeier S, Rojas-Rueda D, Nieuwenhuijsen MJ, et al. Can air pollution negate the health benefits of cycling and walking? *Prev Med.* 2016 Jun 1;87:233-6.

CHOLESTEROL EST ROL



UW CHOLESTEROL* VERLAGEN IS EVEN SIMPEL ALS DIT!



*Becel ProActiv bevat plantensterolen. Het is wetenschappelijk aangetoond dat plantensterolen de bloedcholesterol verlagen. De inname van 1,5 tot 2,4 g plantensterolen (20 tot 30 g Becel ProActiv) per dag kan de cholesterol met 7 tot 10% verlagen na 2 tot 3 weken. Het is van belang Becel ProActiv te gebruiken als onderdeel van een gezonde voeding met voldoende groenten en fruit en een gezonde levensstijl.

IN SAMENWERKING MET
BELGISCHE CARDIOLOGISCHE LIGA VZW

ProActiv[®]



EEN GEZOND HART: FOCUS OP LICHAAMSBEWEGING NA EEN INFARCT EN OP BUIKONTREK

CV risicofactor

Dr Jean-Claude Lemaire

Het EuroPrevent congres van de European Society of Cardiology (19-21 april 2018, Ljubljana, Slovenië) was een gelegenheid om twee verkeerde opvattingen die vaak diep in het hoofd van mensen verankerd zitten te ontzenuwen.

De eerste gaat over lichaamsbeweging na een hartinfarct. Vaak is men geneigd die af te bouwen of er zelfs helemaal mee te stoppen om het hart te beschermen door elke vorm van onnodige inspanning te vermijden.

Een onderzoek waarbij meer dan 22.000 Zweden werden gevolgd na hun infarct, maakt korte metten met die opvatting door integendeel aan te tonen dat de prognose beter is bij mensen die hun lichaamsbeweging opvoeren.



De betrokkenen werden twee keer ondervraagd (6 à 10 weken na hun infarct en vervolgens een jaar erna) over de mate waarin ze aan lichaamsbeweging deden, d.w.z. het aantal keren dat ze in de loop van de voorbije zeven dagen minstens 30 minuten aan beweging hadden gedaan. Afhankelijk van de antwoorden op beide momenten werden de respondenten in 4

categorieën ondergebracht: helemaal geen beweging, minder beweging, meer beweging, systematische lichaamsbeweging.

Alle betrokkenen werden gemiddeld iets meer dan 4 jaar lang gevolgd. In die periode tekenden de onderzoekers 1.087 overlijdens op en zij stelden daarbij vast dat het overlijdensrisico bij diegenen die meer aan lichaamsbeweging waren gaan doen met gemiddeld 51% was afgenomen in vergelijking met mensen die helemaal niet bewogen.

De andere misvatting is dat een buikje weliswaar geen fraaie aanblik biedt maar geen negatieve impact heeft op de gezondheid van hart en bloedvaten zolang men binnen de normale limieten van een gezond lichaamsgewicht valt, uitgedrukt door een body mass index (BMI = lichaamsgewicht gedeeld door lichaamslengte in het kwadraat) tussen 17,5 en 24,9.

Maar uit een onderzoek waarbij zowat vijftien jaar lang bijna 1.700 Amerikanen van 45 jaar en ouder werden gevolgd, blijkt dat dit niet zo is. In de voorgelegde studie hadden de onderzoekers het gewicht en de lichaamslengte gemeten (om de BMI te berekenen) maar ook de buik- en heupomtrek.

Eén zin vat de resultaten perfect samen: **"U moet nagaan of uw buikomtrek groter is dan uw heupomtrek."**

Bij mensen met een normale BMI maar met buikzwaarlijvigheid (uitgedrukt als een buik/heupverhouding van 0,90 of meer voor mannen en 0,85 of meer voor vrouwen) blijkt de kans op een hartincident van enige omvang (infarct, noodzaak van een revascularisatie, cerebrovasculair accident of overlijden door een hartprobleem) inderdaad ongeveer dubbel zo groot als bij mensen zonder buikzwaarlijvigheid, ongeacht of hun BMI binnen de normale limieten zit of ze overschrijdt. ||



INFO NODIG? ZIN OM TE LEZEN?

ONZE BROCHURES EN POSTERS KUNNEN
GRATIS BESTELD WORDEN OP ONZE WEBSITE

www.liguecardioliga.be

OF TELEFONISCH OP

02/649 85 37



Vraag - Antwoord

Prof. Em. P. Block

Valt het risico van een plotse dood te voorspellen (evalueren)?

Plotse dood kan op om het even welke leeftijd voorkomen, van zuigeling tot bejaarde. Ongeacht de verantwoordelijke aandoening is het mechanisme erachter in meer dan 90% van de gevallen voorkamerfibrillatie, die het overlijden binnen een tijdsperiode van enkele minuten veroorzaakt. Bij mensen ouder dan 35 jaar is atherosclerose van kransslagaders in bijna 90% van de gevallen verantwoordelijk. Bij mensen jonger dan 35 jaar (met uitzondering van zuigelingen) is de oorzaak zelden een kransslagaderafwijking maar gaat het meestal om een aangeboren aandoening van de hartspier die soms zelfs bij de meest doorgedreven onderzoeken onder de radar blijft (en niet eens bij de autopsie detecteerbaar is als het om elektrische en/of histochemische afwijkingen gaat). Bij oudere mensen is de cardiovasculaire pathologie veelal bekend (zij het soms onderschat),

maar bij jongere mensen is meestal niet geweten dat ze aan zo'n aandoening lijden.

De zeldzaamheid daarvan en het feit dat het risico moeilijk te meten is verklaren het ontbreken van grootschalig opsporingsonderzoek. De aanpak blijft individueel gericht. Daartoe onderzoekt men of er sprake is van een erfelijke voorgeschiedenis van totaal onverwacht overlijden of cardiovasculair accident vóór de leeftijd van 45 jaar, van aanzienlijke cardiovasculaire risicofactoren, van blootstelling aan intensieve inspanning. Men moet het signaleren als er pijn in de borstkas of abnormale kortademigheid optreedt, hinderlijke hartkloppingen, onwel worden tijdens of onmiddellijk na een inspanning. Zware lichamelijke inspanning vermijdt men als de temperatuur lager is dan -5°C of hoger dan 30°C en tijdens een infectie of terwijl die wegebt. Opwarmen alvorens een aanzienlijke inspanning te doen

mag men niet vergeten, voldoende vocht opnemen evenmin. Alcohol, roken, te veel energiedrankjes vermijdt men. Doping moet men absoluut achterwege laten. Begint men aan sport te doen na zijn 35ste of als men risicofactoren vertoont, dan moet men vooraf een cardiovasculaire check-up laten doen en die nadien ook regelmatig overdoen. Maar op dit ogenblik bestaat er helaas geen 100% betrouwbaar opsporingsonderzoek.

Tenslottenogdit:wieinzijnomgeving mensen met een groot risico kent, maakt zich best vertrouwd met reanimatietechnieken en met het gebruik van een defibrillator. ||

