



## Afdeling Neurologie

### Transient global amnesia (TGA)

#### Inleiding

In 1956 wordt het beeld voor het eerste beschreven door dokter Morris Bender in de VS. Uiteindelijk wordt in 1964 door Fisher and Adams (VS) bekendheid aan het syndroom gegeven en wordt het transient global amnesia (voorbijgaand geheugenverlies) genoemd.

#### Epidemiologie

In een groot Amerikaans bevolkingsonderzoek wordt een cijfer genoemd van 5,2 per 100.000 inwoners. Het komt vaker voor bij mensen ouder dan 50 jaar (gemiddelde 61 jaar) en het komt bij iets vaker voor bij vrouwen dan bij mannen.

#### Kenmerken

TGA is een syndroom met als klinisch kenmerk een acuut ontstaan algeheel geheugenverlies van beperkte duur. Dit is zowel antegraad (leren en inprenten) als retrograad (herinneren van recente gebeurtenissen voor 'de aanval' en in sommige gevallen zelfs maanden tot jaren). De patiënt weet niet meer wat hij of zij zojuist gezegd of meegemaakt heeft en blijft vragen herhalen. Er is een desoriëntatie in tijd, maar het bewustzijn blijft helder en de patiënt blijft in staat om met de omgeving te communiceren. Binnen 24 uur is de aanval voorbij en resteert er een amnesie (geheugenverlies) voor de duur van de aanval.

Meestal komt de patiënt vaak angstig, geagiteerd en verward over en vraagt voortdurend waar hij is, wie hij is, wat hij hier doet. Antwoorden hierop worden vrijwel direct vergeten (15-30 sec.). Ze registreren informatie maar kunnen deze niet opslaan. Complexe handelingen zoals autorijden kunnen ongestoord worden uitgevoerd. Ook cognitieve functies zoals abstract denken, problemen oplossen en het gebruik van taal blijven behouden. Patiënten weten altijd hun eigen naam en herkennen familieleden.

Ongeveer de helft van de TGA-gevallen wordt voorafgegaan door een uitlokkende factor. Deze factoren zijn zeer variabel, zoals intensief sporten, emotionele stress, seksuele activiteit, fysieke inspanning (o.a. zware objecten tillen, fietsband oppompen), een hoestaanval, onderdompeling in koud water, een hete douche of heftige pijn.

#### De diagnostische criteria

De diagnostische criteria (volgens Hodges en Warlow) voor TGA zijn:

1. De aanval is door een ooggetuige waargenomen;
2. Tijdens de aanval is er een inprentingsstoornis (anterograde amnesie);
3. Het geheugenverlies (amnesie) heeft ook betrekking op een beperkte periode vóór de aanval, maar de patiënt weet heel goed wie zij of hij is;
4. Het bewustzijn is helder en er zijn geen andere neurologische uitvals- of prikkelingsverschijnselen;
5. Er is geen voorafgaande hersenschudding of intoxicatie;
6. Er zijn geen op epilepsie wijzende kenmerken (smakken of repetitieve handelingen);
7. De duur van de aanval is beperkt, meestal 1-8 uur, maximaal 24 uur.

### **Oorzaak (nog steeds) onbekend**

Meer dan halve eeuw na de genoemde eerste uitvoerige klinische beschrijving is de oorzaak van dit syndroom nog steeds niet volledig opgehelderd. In de loop der jaren zijn verschillende hypothesen geopperd. Patiënten met TGA hebben niet meer cardiovasculaire risicofactoren dan controlepatiënten en geen verhoogd risico voor het krijgen van een herseninfarct.

### **Beloop**

1. Na enkele minuten tot uren (meestal 4-12 uur, soms tot 24 uur) keert het vermogen om in te prenten terug;
2. Men kan zich het voorval niet herinneren;
3. Vaak komen delen welke voor de 'aanval' gebeurden terug (krimpen v/d retrograde amnesie);
4. Vaak heeft men na deze episode een milde hoofdpijn en een lichte leerstoornis in de week hierna;
5. 3-4 % maakt nogmaals minimaal 1 episode door;
6. De prognose is goed. Er is geen verhoogde kans op een beroerte.

### **Samenvatting**

Een plotseling opgetreden geheugenstoornis is voor patiënt en familie een alarmerende gebeurtenis. Het stellen van de diagnose is niet moeilijk wanneer men het syndroom kent, omdat de klinische kenmerken scherp omschreven zijn en nauwelijks te verwarren met andere neurologische syndromen. Aanvullend onderzoek (b.v. een scan of een hersenfilmpje) is voor de klinische diagnose 'TGA' niet nodig. Uitleg geven over het goedaardige karakter van deze alarmerende gebeurtenis zal veel onrust bij patiënt en familie kunnen wegnemen. Omdat er geen aanwijzingen zijn voor een trombo-embolische oorzaak (een 'propje' schieten), is er geen reden voor behandeling met een plaatjesremmer of antistolling.