

Overzicht van wat normaal, borderline en abnormaal is op een atleten-ecg.⁵

| Normale ecg-bevindingen (i.e.: fysiologisch; vereisen geen verder onderzoek) | |
|--|---|
| Bevinding | Definitie |
| Verhoogde QRS-voltages voor LVH of RVH | Geïsoleerde voltagecriteria LVH (SV1 + RV5 of RV6 > 3,5 mV) of RVH (RV1 + SV5 of SV6 >1,1 mV) dus zonder geassocieerde repolarisatieafwijkingen, atriale hypertrofie, asafwijkingen of pathologische Qs |
| Onvolledig RBTB | rSR' in V1, qRS in V6, QRS <120 ms |
| Vroege repolarisatie | J-puntverhoging, ST-optrekking, J-golven of terminale QRS-slurring in de inferior en/of laterale afleidingen |
| Repolarisatievariant bij zwarte atleten | Convexe ST-optrekking, gevolgd door negatieve T-toppen in V1-V4 |
| Juveniel patroon T-toppen | Negatieve T-toppen in V1-V3 <16 jaar |
| Sinusbradycardie | ≥30/min |
| Sinusalritmie | Respiratoir (versnellend bij inademing) |
| Ectopisch atriaal ritme | Vnl. met negatieve P-toppen inferior |
| Junctioneel (escape) ritme | Geen P-toppen |
| 1ste-graads-AV-blok | PR 200-400 ms, zo enkel in rust |
| Wenckebachblok (2de-graads-AV-blok mobitz I-type) | In rust |
| Borderline ecg-bevindingen (vereisen geen verder onderzoek zo geïsoleerd voorkomend) | |
| Bevinding | Definitie |
| Linkerasafwijking | -30° tot -90° |
| Linkervoorkamerlijden | P-top >120 ms in I of II; V1: terminaal negatieve P-top ≥1 mm en ≥40 ms |
| Rechterasafwijking | >120° |
| Rechervoorkamerlijden | P-top ≥2,5 mm in II, III of aVF |
| Volledig RBTB | rSR' in V1, R/S <1 in V6, QRS ≥120 ms |
| Abnormale ecg-bevindingen (vereisen verder onderzoek) | |
| Bevinding | Definitie |
| Negatieve T-toppen | ≥1 mm diep in ≥2 naastliggende leads (inclusief I-aVL gecombineerd met V5 of V6; exclusief III, aVR en V1; exclusief bifasische T-toppen enkel in V3) |
| ST-segmentdepressie | ≥0,5 mm in ≥2 naastliggende leads |
| Pathologische Q-golven | Q/R-ratio ≥0,25 of >40 ms in ≥2 naastliggende leads (exclusief III en aVR) |
| Volledig LBTB | QRS ≥120 ms |
| Niet-specifieke intraventriculaire geleidingsvertraging | QRS ≥140 ms |
| Epsilon golf | Kleine positieve deflectie tussen einde QRS en begin T in V1-V3 |
| Pre-excitatie | PR <120 ms, deltagolf, QRS >120 ms |
| Lang QT-interval* | QTc ≥470 ms (man): verdacht QTc ≥480 ms (vrouw): verdacht QTc ≥500 ms: bijna zeker LQTS |
| Kort QT-interval* | QTc ≤320 ms: verdacht zo symptomen/VKF |
| Brugada-ecg-patroon | J-puntoptrekking (≥2 mm) en concaaf afhellend ST-segment met negatieve T-toppen in ≥1 afleidingen V1-V3 |
| Uitgesproken sinusbradycardie | <30/min of sinuspauses ≥3 sec. |
| Uitgesproken 1ste-graads-AV-blok | PR ≥400 ms |
| Mobitz type II 2de-graads-AV-blok; 3de-graads-AV-blok | Intermitterend niet-doorgeleide P-top met vast PR-interval |
| Atriale ritmestoornissen | PSVT, voorkamerfibrilleren, voorkamerflutter |
| Ventriculaire extrasystolen | ≥2 VES op een 10 sec-ecg-tracé; ≥1 VES op een 10 sec-ecg bij een intensieve duursporter (wielrennen, triatlon,...) |
| Ventriculaire aritmieën | Couplets, triplets, non-sustained VT |

* QTc-meting: correctie is slechts betrouwbaar tussen 60 en 90/min. Eventueel ecg herhalen na lichte inspanning zo afwijkend bij een hartritme <50/min.