

Doelstellingen

Afstemming rondom diagnostiek, (medicamenteuze) behandeling, consultatie/verwijzing en berichtgeving rondom patiënten met coronairlijden in de 1^{ste}, 2^{de} en 3^{de} lijn (incl. ambulancedienst).

Definitie coronairlijden

Coronairlijden omvat:

- **ST SEGMENT ELEVATIE MYOCARD INFARCT (STEMI):** Patiënten met een hartinfarct (meestal met pijn op de borst met uitstraling en vegetatieve verschijnselen) **met** ST-segment elevatie op het ECG en **met** stijging van de cardiale biomarkers in het bloed.
- **NON-ST SEGMENT ELEVATIE MYOCARD INFARCT (NSTEMI):** Patiënten met een hartinfarct (meestal met pijn op de borst met uitstraling en vegetatieve verschijnselen) **zonder** ST-segment elevatie op het ECG en **met** stijging van de cardiale biomarkers in het bloed.
- **INSTABIELE ANGINA PECTORIS:** Borstklachten, al dan niet met vegetatieve verschijnselen en uitstraling in rust of bij steeds geringer wordende inspanningen en **zonder** stijging van de cardiale biomarkers in het bloed.
- **STABIELE ANGINA PECTORIS:** Borstklachten bij bepaalde mate van inspanning niet toenemende in ernst of frequentie van optreden en verdwijnend in rust en/of na sublinguale nitraten.
- **STIL INFARCT:** In retrospect vaststellen van een hartinfarct dat niet is opgemerkt door de patiënt.

Beleid 1^{ste} lijn

a. Anamnese

Anamnese:

- Aard van de klachten;
- Duur van de klachten;
- Omstandigheden waaronder klachten optreden.

b. Initieel en aanvullend onderzoek

Lichamelijk onderzoek:

- Auscultatie van hart en longen, polsfrequentie, bloeddruk, controle van oedemen in voeten en enkels.

Eventueel aanvullende onderzoeken (in diagnostisch centrum of ziekenhuis):

- Labonderzoek (minimaal lipidspectrum, glucose, mineralen, nierfunctie, Hb, Ht en TSH (screen)). Een inspannings-ECG wordt niet standaard verricht.

c. Behandeling huisarts

In geval van stabiele angina pectoris kan de huisarts overwegen de patiënt zelf te behandelen, dan dient minimaal een ECG in rust te zijn gemaakt en vakkundig beoordeeld.

Medicatie bestaat uit:

1. Acetylsalicylzuur;

2. Statine;
3. Bètablokker, calciumantagonist en/of nitraat.

Binnen 1 á 2 weken na het starten van de medicatie komt de patiënt bij de huisarts ter evaluatie. Indien medicamenteuze therapie succesvol is en de patiënt ondervindt geen klachten meer wordt de patiënt opgenomen in het CVRM programma.

d. Verwijzing naar 2^{de} lijn

SPOED:

- Bij verdenking ACS (IAP, STEMI of NSTEMI-ACS) dient patiënt na telefonisch overleg verwezen te worden naar de EHH van het ziekenhuis, middels ambulance.

ELECTIEF:

- Verwijzing naar de 2^{de} lijn indien er onzekerheid over de diagnose is (wel/geen AP);
- Daarnaast ook verwijzing bij een sterk belaste familiegeschiedenis met plotse hartdood op jonge leeftijd (verwijzing cardioloog of klinisch geneticus).

Benodigde informatie bij electieve verwijzing:

- Anamnestiche gegevens (o.a. tijdstip van ontstaan, beloop, reactie nitro, inspanning, uitstraling, misselijkheid, braken, etc.);
- Lichamelijk onderzoek (o.a. saturatie, auscultatie hart en longen, bleekheid, bloeddruk, hartritme, oedemen, klam, etc.);
- Huidige medicatie (indien mogelijk bij patiënt aangeven om baxter rol of medicatie doosjes mee te nemen);
- Risicofactoren (o.a. roken, diabetes mellitus, hypercholesterolemie, hypertensie, familiair belast, zwangerschapshypertensie)
- Risicofactoren (o.a. op basis van risicofactoren zoals beschreven in NHG-Standaarden of ESC-richtlijnen);
- Voorgeschiedenis;
- Familieanamnese;
- Indien bekend resultaten van aanvullend onderzoek (o.a. lab, fietstest en/of echo uitgevoerd in de 1^{ste} lijn);
- Vermelding van niet-reanimeren beleid;
- Informatievoorziening dient aan de richtlijn Informatie-Uitwisseling tussen Huisarts en Medisch Specialist te voldoen (richtlijn HASP)¹.

Bij aanhoudende en herkenbare AP klachten **zonder** reactie op nitrospray dient de patiënt in deze situatie 112 te bellen. Indien **wel** reactie op nitrospray dient er overleg met de huisarts plaats te vinden of eerdere controle bij specialist noodzakelijk is.

Beleid Ambulancedienst

a. STEMI

Bij STEMI:

- Contact opnemen met PCI-centrum

¹ Nederlands Huisartsen Genootschap & Federatie Medisch Specialisten: *Richtlijn informatie-uitwisseling tussen huisarts en medisch specialist (HASP)*: benaderbaar via <https://www.nhg.org/themas/publicaties/richtlijn-informatie-uitwisseling-tussen-huisarts-en-specialist-hasp>

Volgens de regionale richtlijnen geldt de volgende oplaadmedicatie:

- ASA 320 mg, Ticagrelor 180 mg en ongefractioneerde heparine (UFH) 5000 internationale eenheid (IU)

b. NSTEMI-ACS/IAP

Bij NSTEMI-ACS / IAP:

- Contact opnemen met eigen ziekenhuis van patiënt (Eerste Hart Hulp)

Volgens de regionale richtlijnen geldt de volgende oplaadmedicatie:

- ASA 320 mg, Nitroglycerine

Beleid 2^{de} lijn

a. Anamnese en initieel onderzoek

- Anamnese: o.a. beloop klachten, lokalisatie, risicofactoren;
- Lichamelijk onderzoek: o.a. controle ademhaling, bloeddruk, hartritme;
- Aanvullend onderzoek: ECG en eventueel verder aanvullend onderzoek.

SPOED:

- Labonderzoek: (minimaal) ASAT, ALAT, CK, troponine, kalium, kreatinine, Hb, LDH en CRP.

ELECTIEF:

- Labonderzoek: lipidespectrum, glucose, mineralen, nierfunctie, Hb, Ht en TSH (screen);
- Eventueel verder aanvullend onderzoek. Een echocardiogram, X-thorax of inspannings-ECG wordt alleen op indicatie verricht.

b. Behandeling

Oplaadmedicatie:

- **STEMI:** ASA 320 mg (evt. aspegic 500 mg iv), Ticagrelor 180 mg, UFH 5000 IU en Fondaparinux 2,5 mg sc
- **NSTEMI-ACS/IAP:** ASA 320 mg (evt. aspegic 500 mg iv), Ticagrelor 180 mg en Fondaparinux 2,5 mg sc

Golden 5 medicatie:

- ACE-remmers, bètablokkers, statine, en trombocytremmers DAPT: Dual Antiplatelet therapy (Ticagrelor en acetylsalicylzuur).

Patiënten worden geïnformeerd over de voor- en nadelen van optimale medicamenteuze behandeling. Een invasieve behandeling bij niet hoog risico patiënten wordt pas verricht bij falen van optimale medicamenteuze behandeling.

Een CAG wordt verricht als de kans op invasieve behandeling aannemelijk is.

Hartrevalidatie wordt aangeboden bij elke interventie aan het hart en kan ook worden aangeboden bij patiënten met stabiele angina pectoris klachten.

c. Terugverwijzing 1^{ste} lijn

Bij stabiel coronairlijden:

- Patiënt met een goede linkerventrikelfunctie kan worden terugverwezen naar de 1^{ste} lijn na 9 – 12 maanden;
- Patiënt medicamenteus behandeld voor AP (patiënt goed/stabiel ingesteld op medicatie);
- Er geen behandelopties zijn binnen de 2^{de} lijn / palliatief beleid.

Onderstaande informatie dient vermeld te worden in de verwijfsbrief:

- Diagnose;
- Ingezette behandeling (incl. uitgevoerde procedures);
- Streefwaarde (o.a. LDL gehalte);
- Uitslag van laatste lab;
- Medicatie (eventueel met stopdatum);
- Gemaakte afspraken / uitgangspunten;
- Niet-reanimeren beleid (indien besproken en/of van toepassing).
- De informatievoorziening dient aan de richtlijn HASP te voldoen.

Na ontslag bij de cardioloog dient de patiënt te worden opgenomen in het CVRM protocol. Dit dient ook vermeld te worden in de verwijfsbrief.

d. Doorverwijzing 3^{de} lijn

SPOED:

- STEMI: via ambulance protocol
- NSTE-ACS: hoog risicopatiënt ook via ambulance protocol

Benodigde informatie bij SPOED verwijzing:

- Zo uitgebreid mogelijk qua informatie (bijv. uitgevoerd ECG, anamnese, lichamelijk onderzoek, lab (indien uitgevoerd));
- Er vindt altijd telefonisch overleg met Catharina Ziekenhuis plaats bij het insturen van patiënten.

ELECTIEF:

- NSTE-ACS: laag risicopatiënt
 - o Patiënt die gekatheteriseerd is in het eigen ziekenhuis en waarvoor een interventie noodzakelijk is;
 - o Hiervoor wordt een voorstel bij hartteam (middels een brief) ingediend.

Benodigde informatie bij ELECTIEVE verwijzing:

- Voorgeschiedenis;
- Anamnese;
- Lichamelijk onderzoek;
- ECG;
- Labonderzoek;
- Echo, MRI (informatie over linkerkamerfunctie), inspanningsonderzoek, CT, hartkatheterisatie (incl. beelden versturen via EVOCS) en overige aanvullende onderzoeken;
- Conclusie en beleid;
- Medicatie.

Beleid 3^{de} lijn

a. Interventies

Interventies:

- Dotterbehandeling (PCI);
- Bypassoperatie (CABG).

b. Terugverwijzing 2^{de} lijn

SPOED:

- PCI: na de interventie wordt patiënt meteen terugverwezen naar eigen ziekenhuis, indien de patiënt hemodynamisch en respiratoir stabiel is;
- Terugverwijzen vanuit de 3^{de} lijn gebeurt altijd in overleg met het verwijzend ziekenhuis (2^{de} lijn).

ELECTIEF:

- CABG: nadat patiënt enkele dagen postoperatief stabiel is, wordt patiënt terugverwezen naar eigen ziekenhuis;
- Terugverwijzen vanuit de 3^{de} lijn gebeurt altijd in overleg met het verwijzend ziekenhuis (2^{de} lijn).
 - o Indien er complicaties zijn, dient dit gemeld te worden aan het eigen ziekenhuis.
- PCI: Na interventie vindt indien mogelijk (en anders overplaatsen in overleg met eigen cardioloog) ontslag plaats uit het PCI centrum (naar thuissituatie);
 - o Vervolgens verloopt de procedure via de polikliniek van het eigen ziekenhuis (2^{de} lijn).

De benodigde informatie bij terugverwijzing naar de 2^{de} lijn (zowel bij SPOED als ELECTIEVE patiënt):

- Brief met procedure en medicatie;
- Eventuele complicaties benoemen.

Deze beschrijving is opgesteld door het coronairlijden netwerk van het Nederlands Hart Netwerk. Hierbij zijn betrokken:

Namens huisartsen:

Eleana Zhang, huisarts, zorggroep DOH

Namens cardiologen:

Rutger Haest, cardioloog, St. Anna Ziekenhuis

Eric Heijmen, cardioloog, Elkerliek Ziekenhuis

Eric Thijssen, cardioloog, Máxima Medisch Centrum

Inge Wijnbergen, cardioloog, Catharina Ziekenhuis

Namens de ambulancedienst:

Arjan Koks, MPA ambulancezorg

Namens Diagnostiek voor U:

Elionne van den Brand, huisarts, stafarts, kaderarts beleid en beheer

Referenten: trombosediensten, thuiszorg, apothekers.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit rapport mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotocopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het Nederlands Hart Netwerk.

© 2021 Nederlands Hart Netwerk