

Leidraad St Jansdal verdenking stabiel coronairlijden in de huisartsenpraktijk

Aanleiding

Wij bemerken uit onze verwijsregio vanuit de huisartsen een sterke behoefte aan een handvat voor verwijsbeleid bij verdenking coronairlijden als oorzaak van thoracale pijnklachten of dyspnoe d'effort, mede om onnodige verwijzingen naar de tweedelijnd te reduceren. Deze behoefte wordt onderschreven in landelijk onderzoek¹. Er zijn verschillende beslisregels ontwikkeld zoals de Marburg Score². Deze worden echter afgeraden in de huidige NHG standaard³. Evenwel, bij ongeveer 15% van de patiënten met thoracale klachten in de huisartsenpraktijk blijkt er een cardiale origine te zijn⁴.

Vervolgonderzoek

In 2019 zijn er belangrijke veranderingen gekomen in de aanbevelingen omtrent diagnostiek naar coronairlijden, zowel vanuit het Nederlands Huisartsen Genootschap als vanuit de European Society of Cardiology^{3,5}. In beide richtlijnen heeft eerstelijnsdiagnostiek en expliciet ook het inspannings-ECG (ergometrie) **geen** rol meer in de diagnostiek naar coronairlijden, gezien de slechte positief en negatief voorspellende waarde.

De huidige eerste keus in de cardiologische richtlijnen is coronair-CT, gezien haar hoge negatief voorspellende waarde, sterk afgenomen stralingsbelasting in de laatste twee decennia en haar uitstekende prognostische waarde⁵. Bij hogere leeftijd van de patiënt en hoge voorafkans op significant coronairlijden blijven echter invasieve coronairangiografie en de zogenaamde functionele beeldvorming zoals stress-MRI, myocardperfusiescintigrafie en PET-CT in het algemeen de voorkeur hebben. De keuze uit bovengenoemde modaliteiten zal de cardioloog samen met de patiënt maken op basis van patiëntkarakteristieken en -voorkeur.

Wie verwijzen?

Rest nog de vraag welke patiënten verwezen moeten worden. De NHG-standaard adviseert alleen patiënten te verwijzen die voldoen aan de anamnestic criteria (zie bijlage hieronder) voor atypische of typische angineuze klachten³. Patiënten met aspecifieke klachten hoeven slechts verwezen te worden als er twijfel is over aard van klachten (toch atypisch of typisch patroon?) of als er risicofactoren zijn die de voorafkans verhogen. Wat het laatste betreft laat onderzoek zien dat bijvoorbeeld bij mannen ouder dan 60 jaar met aspecifieke thoracale pijn de voorafkans op obstructief coronairlijden nog aanzienlijk is (>15%)⁵.

Bijlage beleidsadvies:

Anamnestic criteria bij verdenking stabiel coronairlijden

- retrosternale klachten (beklemmend, drukkend, snoerend gevoel op de borst)
- provocatie van klachten door inspanning, emoties of kou
- verdwijnen van klachten in rust en/of door sublinguale nitraten binnen 2-15 minuten

Categorie	Definitie	Advies NHG
Typische angina pectoris	3 uit 3 criteria aanwezig	Verwijs naar cardioloog Start Ascal, statine, NTG sl, en metoprolol dan wel amlodipine
Atypische angineuze klachten	2 uit 3 criteria aanwezig	Verwijs naar cardioloog
Aspecifieke thoracale klachten	Overig	Verwijs alleen bij twijfel over categorie of risicofactoren die voorafkans verhogen

Literatuur

1. The conundrum of acute chest pain in general practice: a nationwide survey in The Netherlands. BJGP open 2018 Dec; 2(4): bjgpopen18X101619
2. Chest Pain in General Practice: a systematic review of prediction rules. Harskamp et al, BMJ Open 2019;9:e027081
3. NHG standaard stabiele angina pectoris: <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-stabiele-angina-pectoris?tmp-no-mobile=1>
4. Causes of chest pain in primary care- a systematic review and meta-analysis. Haasenritter et al, Croat Med J 2015 Oct; 56(6) 422-430
5. ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes, Eur Heart J. 2020 Jan 14;41(3) 407-477

MvdZ juni 2020