

## Stabiele angina pectoris/pijn op de borst

### Therapeutische richtlijn

Bij *stabiele angina pectoris* (SAP) treedt het klachtenpatroon bij herhaling op, bij ongeveer dezelfde mate van inspanning of dezelfde uitlokkende factor. Er bestaat geen of een geringe neiging tot progressie van de klachten. Er wordt onderscheid gemaakt tussen *typische* en *atypische AP*.

- Typische AP

Aanwezigheid van drie kenmerken:

- 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

- Atypische AP

Bij aanwezigheid van twee van de drie kenmerken. Vaak is er sprake van diagnostische twijfel.

- Aspecifieke thoracale klachten

Bij geen of één kenmerk is er sprake van aspecifieke thoracale klachten.

Indien sprake is van Acuut Coronair Syndroom dient de RTA ACS. ([verwijzen naar de ACS pagina in de werkafspraken app](#)) gevolgd te worden.

De werkafspraken zijn opgesteld volgens de [Landelijke Transmurale Afspraak \(LTA\) Stabiele angina pectoris](#) (SAP). De LTA gaat uit van de [NHG-Standaard Stabiele angina pectoris](#) en de [richtlijn van de European Society of Cardiology](#) (ESC) over de diagnostiek en behandeling van chronische coronaire hartziekten.

### Formularium

Na het stellen van de diagnose SAP o.b.v. klinisch relevant coronairlijden wordt gestart met medicatie:

- Aanvalsbehandeling met nitraat sublinguaal
- Bij meer dan twee aanvallen per week kan een onderhoudsbehandeling met bètablokker of calciumantagonist gestart worden. De keuze hangt af van **comorbiditeit** (bijv. hypertensie), **contra-indicaties**, **bijwerkingen** en de **voorkeur van de patiënt**. Voor details over de medicamenteuze behandeling van SAP wordt verwezen naar de richtlijn van de desbetreffende beroepsgroep (voor de huisarts: de [NHG-Standaard Stabiele angina pectoris](#); voor de cardioloog: [de ESC-guideline CCS](#)).
- Behandeling gericht op cardiovasculaire preventie: gebruik van onder meer een trombocytenuitstroomremmer en cholesterolsyntheseremmer is effectief ter preventie van onder meer myocardinfarct en sterfte als gevolg van een hart-vaataandoening

### Verwijzen

Na diagnostiek in de eerste lijn (zie [NHG standaard Angina Pectoris-Diagnostiek](#)) kan naar de cardioloog verwezen worden.

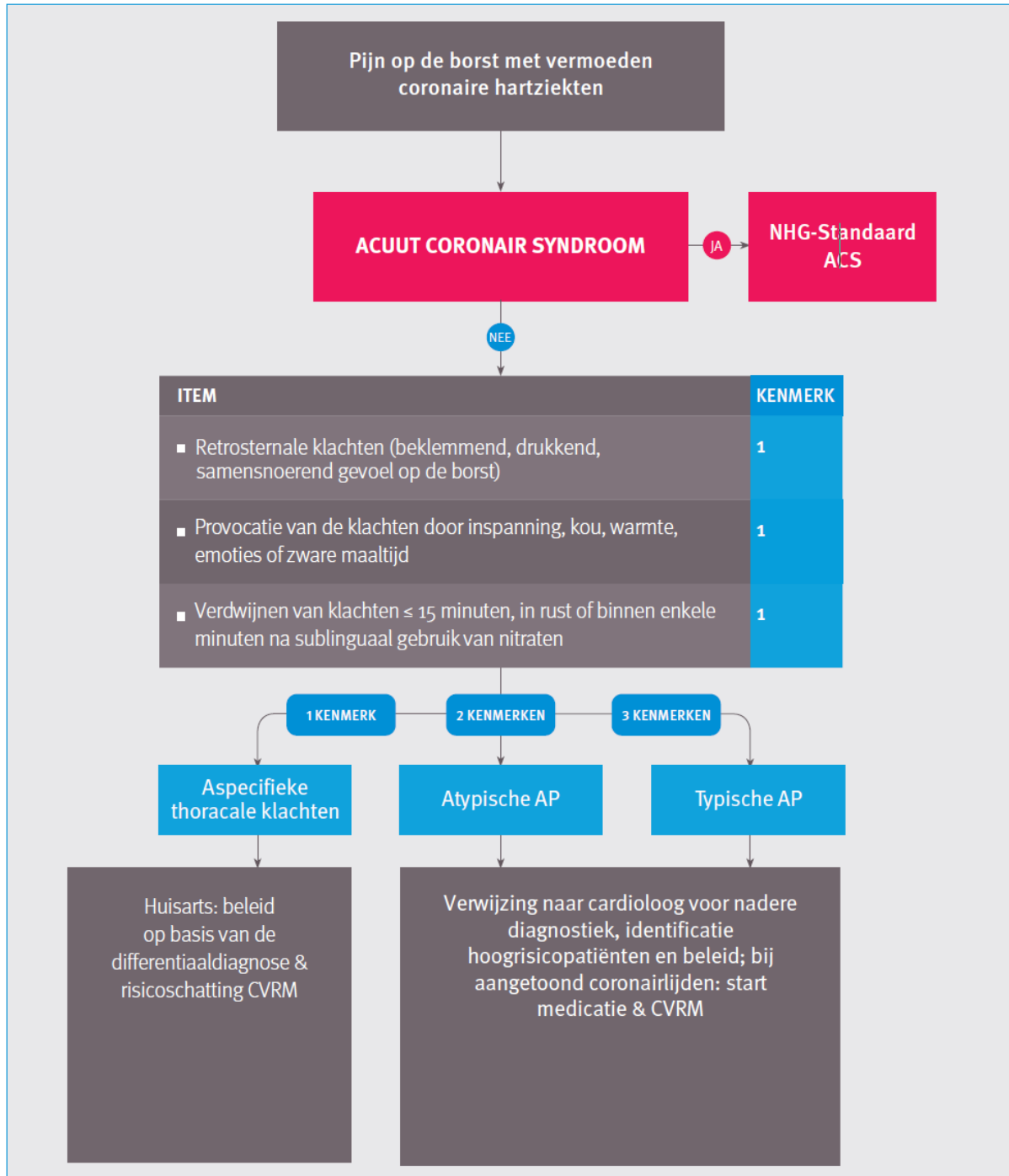
- Bij aanwijzingen voor een ACS verwijst de huisarts de patiënt met spoed naar de cardioloog (zie RTA ACS). ([verwijzen naar de ACS pagina in de werkafspraken app](#))
- Bij *typische of atypische AP* verwijst de huisarts de patiënt naar de cardioloog (middels ZorgDomein) voor aanvullende diagnostiek (beeldvorming) en nadere identificatie van hoogrisicopatiënten. Tenzij er sprake is van een beperkte levensverwachting, de kwaliteit van leven laag is, of de patiënt hier niet voor voelt.

- De huisarts bespreekt vooraf met de patiënt dat de cardioloog aanvullend onderzoek zal verrichten
- De patiënt wordt binnen de Treeknorm (binnen vier weken) op de polikliniek cardiologie gezien
- De uitkomst van de consulten bij de cardioloog is het bevestigen dan wel uitsluiten van de diagnose SAP en eventueel bijkomend cardiaal lijden met een bijpassend (aangepast) behandelvoorstel, gericht op zowel behandeling van de klacht als de prognose
- Bij twijfel over de snelheid van verwijzen, zoals bij snel progressieve AP-klachten (toename in ernst, duur of frequentie) of AP-klachten ontstaan binnen twee weken na een acuut myocardinfarct of coronaire interventie (CABG of PCI), overlegt de huisarts binnen 24 uur met de cardioloog.
- Bij *patiënten met specifieke thoracale klachten* verwijst de huisarts **niet** naar de cardioloog, tenzij er andere aanwijzingen zijn die op een cardiaal probleem wijzen (hartklepprobleem of hartfalen). Het gaat hier bijv. om patiënten met één risicofactor zoals Diabetes Mellitus welke 1 maal POB hebben gehad. De huisarts vervolgt de patiënten met specifieke thoracale klachten.
  - Mocht van deze richtlijn worden afgeweken dient in de verwijsbrief de specifieke reden voor verwijzing vermeld te worden, bijv. onrust van de patiënt.
- Bij patiënten met specifieke thoracale klachten en een hoog cardiovasculair risico handelt de huisarts wel conform de MDR CVRM.
- Het inspannings-ECG wordt zowel in de 1e als de 2e lijn niet meer aanbevolen voor het stellen, dan wel uitsluiten, van de diagnose AP i.v.m. zeer matige testeigenschappen

Bij de verwijzing naar de cardioloog verstrekt de huisarts de volgende gegevens:

- Klinisch relevante gegevens uit anamnese, lichamelijk onderzoek en eventueel al verricht aanvullend onderzoek (zoals laboratoriumonderzoek)
- Cardiovasculaire voorgeschiedenis, comorbiditeit, allergieën en actuele medicatie
- Of de patiënt al deelneemt aan een CVRM-programma en op basis van welke indicatie

## Beleid diagnostische fase bij pijn op de borst met vermoeden van coronaire hartziekten



### Beleid in afwachting van het consult bij de cardioloog

Bij een sterk vermoeden van AP (zoals bij typische AP) start de huisarts met een initiële medicamenteuze behandeling, die bestaat uit een aanvalbehandeling (kortwerkend nitraat) en preventieve medicatie (een trombocytenuitstroomremmer en een statine). Bij meer dan twee aanvallen per week kan de huisarts alvast starten met een onderhoudsbehandeling (bètablokker of calciumantagonist, eventueel langwerkend nitraat) ter vermindering van de AP-klachten. De huisarts instrueert de patiënt om bij progressie van de klachten in frequentie en/of duur snel contact op te nemen met de huisarts en bij alarmsymptomen passend bij een ACS 112 te bellen en hulp van iemand in de eigen omgeving in te schakelen.

## Terugverwijzen

- De cardioloog verwijst na diagnostiek de volgende patiënten terug voor (vervolg)behandeling en controles door de huisarts:
  - Patiënten bij wie geen SAP of andere klinisch relevante cardiale afwijkingen zijn vastgesteld
  - Patiënten met SAP zonder klinisch relevante cardiale comorbiditeit (bijvoorbeeld chronisch hartfalen, klinisch relevant klepgebrek)

Voor het beleid bij patiënten met SAP die een coronaire interventie (PCI of CABG) hebben ondergaan na maximaal 1 jaar controle bij de cardioloog: zie samenwerkingsafspraken in de [NHG-Standaard Acuut coronair syndroom](#).

Indien de cardioloog de patiënt terugverwijst naar de huisarts, verstrekt de cardioloog in begrijpelijke verslaglegging zonder specifieke afkortingen de volgende gegevens:

- De resultaten van de bevindingen en aanvullend onderzoek
- De diagnose:
  - SAP op basis van coronairlijden, als gevolg van obstructie van epicardiale coronairarteriën, spasme van de coronairarteriën of microvasculair coronairlijden
  - Eventueel aanwezig (bijkomend) hartlijden
  - Overige diagnoses en cardiovasculair risicoprofiel
- De verrichte behandeling/interventies en het verwachte beloop
- Zo concreet mogelijk behandeladvies en gewenst vervolgbeleid

De cardioloog informeert de patiënt over de terugverwijzing naar de huisarts en adviseert om zelf een afspraak te maken bij de huisarts met een termijn van 3 maanden.

Patiënten met de ziektediagnose SAP worden opnieuw van de huisarts naar de cardioloog verwezen als er sprake is van:

- Een vermoeden van ACS of progressieve AP (bij geringere inspanning, langer durend)
- Klachten passend bij SAP die ondanks maximale medicamenteuze behandeling belangrijke beperkingen geven in het dagelijks leven
- Het (vermoeden van) ontwikkelen van cardiale comorbiditeit, zoals chronisch hartfalen of een hartklepgebrek
- Ernstige psychische klachten of ernstige problemen bij werkhervatting door SAP, waarbij er een indicatie voor multidisciplinaire hartrevalidatie bestaat. Een verwijzing naar de bedrijfsarts is tevens gewenst. Bij patiënten met veel stress of angst door de SAP kan psychologische begeleiding aangewezen zijn.

## Vervolgbeleid:

- Behandeling vindt plaats conform het CVRM-protocol van de NHG.

## Contactpersonen

- Christine Greb, Kaderhuisarts hart- en vaatziekten
- Robert Joustra, Cardioloog