

Op zoek naar het stille hartinfarct

Amy Groenewegen, Eric Lambermon, Monika Hollander

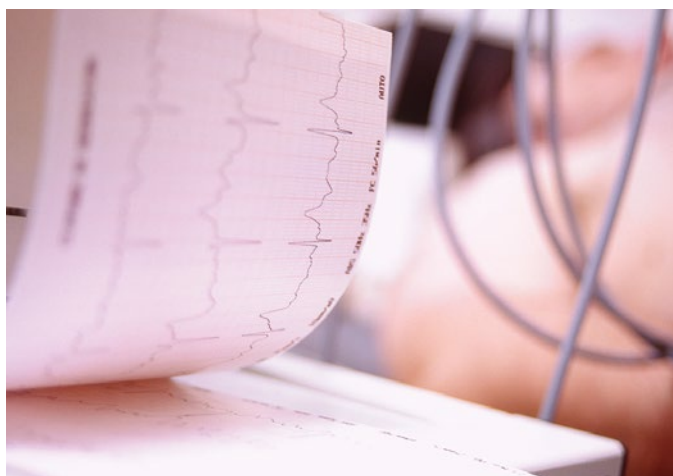
Om stille en niet-herkende hartinfarcten te voorkomen, pleiten sommige collega's ervoor laagdrempelig ecg's te verrichten bij patiënten die plotseling atypische klachten hebben. Daarop valt echter wel wat af te dingen. Er is geen bewijs dat deze aanpak werkt en er valt ook nog geen uitspraak over te doen, omdat diverse gegevens onbekend zijn. Screening is evenmin de oplossing, omdat de mogelijke voordelen niet opwegen tegen de nadelen. De richtlijnen bevelen ecg-screening dan ook niet aan. Daarnaast zijn er praktische bezwaren: hoe selecteer je de hoogrisicopatiënten uit de vele patiënten met atypische klachten?

In het artikel 'De prevalentie van het stille hartinfarct en de associatie met mortaliteit' pleiten Van der Ende en collega's voor het laagdrempelig maken van een ecg in de huisartsenpraktijk bij patiënten met atypische klachten zoals benauwdheid, duizeligheid, pijn in de maagstreek met of zonder misselijkheid, pijn tussen de schouderbladen of plotselinge vermoeidheid, in het bijzonder bij patiënten met cardiovasculaire risicofactoren.¹ Zij baseren deze aanbeveling op onderzoek binnen het Lifelines-cohort, waarbij in een algemene populatie van 152.180 volwassenen een ecg werd verricht, en waarbij in 431 gevallen (0,28%) een 'stil' hartinfarct werd gevonden. De deelnemers met een stil hartinfarct hadden minder vaak cardiovasculaire risicofactoren dan degenen met een doorgemaakt klinisch hartinfarct, maar bleken wel een meer dan tweemaal hogere sterftekans te hebben dan deelnemers zonder hartinfarct.

Onopgemerkte of stille hartinfarcten zijn infarcten die per toeval worden ontdekt en kunnen grofweg in twee categorieën worden ingedeeld: de daadwerkelijk stille, ofwel asymptomatische, hartinfarcten en atypische hartinfarcten die niet als zodanig zijn herkend. Bij deze laatste categorie hebben patiënten in de acute fase wel specifieke klach-

Het is onduidelijk hoeveel van de onderzochte deelnemers met onopgemerkte infarcten zich met atypische klachten bij de huisarts hebben gemeld

ten, maar worden deze niet als hartinfarct herkend. Door het maken van ecg's bij patiënten die plotseling atypische klachten hebben, zoals Van der Ende en collega's voorstellen, zouden artsen atypische acute infarcten eerder kunnen herkennen, waardoor zij adequate reperfusietherapie en vroege secundaire preventie kunnen toepassen.



Er zitten nogal wat haken en ogen aan een ecg-screening bij patiënten met plotseling atypische klachten.

Foto: Hollandse Hoogte

De onderzoekers beschikken echter niet over de data om te kunnen zeggen hoeveel van de onderzochte deelnemers met onopgemerkte infarcten zich met atypische klachten bij de huisarts hebben gemeld. De prevalentie van de genoemde atypische klachten in de algemene populatie is hoog (benauwdheid 15,2%; duizeligheid 15,6%; maagpijn 24,2%; vermoeidheid 42,7%) en deze klachten zijn een veelvoorkomende reden om naar de huisarts te gaan.² Het is niet bekend hoe vaak het 'plotseling ontstane' klachten betreft. Vanwege een laag percentage van 0,28% stille infarcten in de gehele populatie is het laagdrempelig verrichten van ecg's bij patiënten met plotseling ontstane atypische klachten zonder verdere voorselectie vooralsnog niet aan te bevelen. Uit eerdere onderzoeken blijkt dat vooral patiënten met diabetes, ouderen en patiënten met chronische nierziekte risico hebben op een atypisch, 'stil' hartinfarct.³⁻⁵ Of het maken van ecg's bij presentatie van atypische klachten in deze groepen de cardiovasculaire mortaliteit en morbiditeit verbetert, moet verder worden onderzocht.

Een alternatieve strategie om stille en niet-herkende

hartinfarcten op te sporen, is screening met ecg. Richtlijnen bevelen screening met ecg echter niet aan, omdat de potentiële voordelen niet opwegen tegen de mogelijke nadelen.^{6,7} In laagrisicopopulaties leidt ecg-screening niet tot reclassificatie van het cardiovasculaire risico.^{8,9} Of ecg-screening in hoogrisicogroepen leidt tot intensivering van medicamenteuze behandeling en daardoor tot afname van morbiditeit en mortaliteit, is vooralsnog niet bekend.⁶ Juist hoogrisicopatiënten met bijvoorbeeld diabetes of hypertensie krijgen vaak al preventieve medicatie, waardoor het te verwachten effect van ecg-screening mogelijk laag is omdat een afwijkende uitslag niet altijd zal leiden tot een verandering van de behandeling.⁹ Daarnaast is ecg-screening van asymptomatische patiënten niet zonder risico's op negatieve bijeffecten; het leidt vaker tot inzet van aanvullende cardiale diagnostiek, en mogelijk tot procedurele complicaties.^{11,12}

Screening om stille hartinfarcten op te sporen, wordt in (inter)nationale richtlijnen niet aanbevolen, noch voor laagrisico- noch voor hoogrisicopopulaties, vanwege het gebrek aan bewijs voor effectiviteit op langetermijntoekomst en het risico op procedurele schade door overdiagnostiek. Het maken van ecg's bij plotselinge atypische klachten heeft de potentie om het aantal niet-herkende en stille hartinfarcten te verminderen. Gezien de hoge prevalentie van atypische klachten in de huisartsenpraktijk lijkt nader definiëren van de populatie 'at risk' echter noodzakelijk om dit in de praktijk haalbaar te maken. ■

LITERATUUR

1. Van der Ende MY, Hartman MHT, Schurer RAJ, Van der Werf HW, Lipsic E, Snieder H. De prevalentie van het stille hartinfarct en de associatie met mortaliteit. *Huisarts Wet* 2018;61:DOI: 10.1007/s12445-018-0272-2.
2. Nielen MMJ, Boersma-Van Dam ME, Schermer TRJ. Incidentie en prevalentie van gezondheidsproblemen in de Nederlandse huisartsenpraktijk in 2017. Uit: NIVEL Zorgregistraties eerste lijn. Utrecht: NIVEL, 2018. www.nivel.nl/node/4309.
3. Valensi P, Lorgis L, Y Cottin. Prevalence, incidence, predictive factors and prognosis of silent myocardial infarction. A review of the literature. *Arch Cardiovasc Dis* 2011;104:178-88.
4. Sigurdsson E, Thorgeirsson G, Sigvaldason H, Sigfusson N. Unrecognized myocardial infarction: epidemiology, clinical characteristics, and the prognostic role of angina pectoris. The Reykjavik Study. *Ann Intern Med* 1995;122:96-102.
5. Rizk DV, Gutierrez O, Levitan EB, McClellan WM, Safford M, Soliman EZ, et al. Prevalence and prognosis of unrecognized myocardial infarctions in chronic kidney disease. *Nephrol Dial Transplant* 2012;27:3482-88.
6. Task Force Members, Montalescot G, Sechtem U, Achenbach S, Andreotti F, Arden C, et al. 2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease. *Eur Heart J* 2013;34:2949-3003.
7. US Preventive Services Task Force, Curry SJ, Krist AH, Owens DK, Barry MJ, et al. Screening for cardiovascular disease risk with electrocardiography: US preventive services task force recommendation statement. *JAMA* 2018;319:2308-14.
8. Auer R, Bauer DC, Marques-Vidal P, et al, on behalf of the Health ABC Study. Association of major and minor Ecg abnormalities with coronary heart disease events. *JAMA* 2012;307:1497-1505.
9. Groot A, Bots ML, Rutten FH, Den Ruijter HM, Numans ME, Vaartjes I. Measurement of Ecg abnormalities and cardiovascular risk classification: a cohort study of primary care patients in the Netherlands. *Br J Gen Pract* 2015;65:e1-8.
10. Authors/Task Force Members, Rydén L, Grant PJ, Anker SD, Berne C, Cosentino F, Danchin N, et al. ESC guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. *Eur Heart J* 2013;34:3035-87.
11. Bhatia RS, Bouck Z, Ivers NM, Mecredy G, Singh J, Pendrith C, et al. Electrocardiograms in low-risk patients undergoing an annual health examination. *JAMA Intern Med* 2017;177:1326-33.
12. Colla CH, Sequist TD, Rosenthal MB, Schpero WL, Gottlieb DJ, Morden NE. Use of non-indicated cardiac testing in low-risk patients: choosing wisely. *BMJ Qual Saf* 2015;24:149-53.

Groenewegen A, Lambermon HMM, Hollander M. Op zoek naar het stille hartinfarct. *Huisarts Wet* 2018;61:DOI:10.1007/s12445-018-0273-2. Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, UMCU, Universiteit Utrecht: A. Groenewegen, aioto, a.groenewegen-7@umcutrecht.nl. M. Hollander, kaderhuisarts hart- en vaatziekten, onderzoeker. Huisartsenpraktijk Lambermon & Heijstee, Rosmalen: H.M.M. Lambermon, kaderhuisarts hart- en vaatziekten. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.