

Nieuw onderzoek naar klinische beslisregel voor pijn op de borst

Simone van den Bulk



Een klinische beslisregel kan helpen een cardiale oorzaak uit te sluiten en daarmee onnodige verwijzingen te voorkomen.

Foto: Shutterstock

Dagelijks melden zich 600 tot 1200 patiënten met pijn op de borst op het spreekuur van de huisarts. Uit angst een ernstige diagnose te missen, worden veel patiënten doorverwezen naar de tweede lijn. Dat is niet altijd nodig. Leids onderzoek richt zich op een nieuwe beslisregel om de huisarts te helpen een cardiale oorzaak uit te sluiten. Een dergelijke beslisregel kan onnodige verwijzingen voorkomen.

Bij 40% van de klachten over pijn op de borst denkt de huisarts ten minste even aan een cardiale oorzaak. Uiteindelijke berust slechts 10 tot 15% van deze klachten op coronairlijden, en bij 4 tot 7% is er een acuut coronair syndroom. Veel waarschijnlijker is een minder ernstige diagnose, zoals musculoskeletale pijn, gastro-intestinale klachten of een psychische stoornis.¹⁻⁴

Op dit moment dient de huisarts volgens de NHG-Standaarden Acuut coronair syndroom en Stabiele angina pectoris op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek onderscheid te maken tussen een potentieel levensbedreigende cardiale oorzaak of een andere, vaak minder ernstige, diagnose.^{5,6} De in de literatuur gerapporteerde sensitiviteit hiervan varieert van 69 tot 88%, dus op basis hiervan kan een cardiale oorzaak niet met zekerheid worden uitgesloten.⁷⁻¹⁰ Uit angst een ernstige diagnose te missen, worden patiënten laagdrempelig verwezen naar de tweede lijn, waar veel en vaak onnodig aanvullend onderzoek plaatsvindt. Uit eerder onderzoek blijkt dat de behoefte aan een hulpmiddel om een cardiale oorzaak veilig uit

te sluiten groot is.¹¹ Een beslisregel zou hierbij kunnen helpen. De afgelopen jaren zijn verschillende klinische beslisregels ontwikkeld in de tweede lijn. Slechts één beslisregel is ontwikkeld en extern gevalideerd in de eerste lijn: de Marbug Heart Score (MHS), die in Duitsland al wordt gebruikt.¹²⁻¹⁴ Daarnaast is recent een point-of-care test (POCT) voor troponine beschikbaar gekomen.

Door de MHS en POCT troponine te combineren in een klinische beslisregel, onderzoeken we of de huisarts met dit hulpmiddel een cardiale oorzaak van pijn op de borst veilig kan uitsluiten. De verwachting is een daling van het aantal verwijzingen naar de tweede lijn van ongeveer 10%, minder onzekerheid bij patiënt en arts, en lagere gezondheidskosten. Het onderzoek start in 2020 en de eerste resultaten worden verwacht in 2021. ■

LITERATUUR

1. Bösner S, Becker A, Haasenritter J, Abu Hani M, Keller H, Sönnichsen A, et al. Chest pain in primary care: epidemiology and pre-work-up probabilities. *Eur J Gen Pract* 2009;15:141-6.
2. Hoorweg B, Willemsen R, Cleef L, Boogaerts T, Buntinx F, Glatz J, et al. Frequency of chest pain in primary care, diagnostic tests performed and final diagnoses. *Heart* 2017;103:1727-32.
3. Haasenritter J, Biroga T, Keunecke C, Becker A, Donner-Banzhoff N, Dornieden K, et al. Causes of chest pain in primary care – a systematic review and meta-analysis. *Croat Med J* 2015;56:422-30.
4. Buntinx F, Knockaert D, Bruyninckx R, De Blaeij N, Aerts M,

- Knottnerus JA, et al. Chest pain in general practice or in the hospital emergency department: is it the same? *Family Practice* 2001;18:586-9.
5. Rutten F, Bakx J, Bruins Slot M, Van Casteren B, Derks C, Rambharose V, et al. NHG-Standaard Acuut coronair syndroom (eerste herziening). *Huisarts Wet* 2012;55:564-70.
 6. Rutten F, Bohnen A, Schreuder B, Popping M, Bouma M. NHG-Standaard Stabiele angina pectoris (tweede herziening). *Huisarts Wet* 2004;47:83-95.
 7. Bösner S, Haasenritter J, Abu Hani M, Keller H, Sönnichsen AC, Karatolios K, et al. Accuracy of general practitioners' assessment of chest pain patients for coronary heart disease in primary care. Cross-sectional study with follow-up. *Croatian Medical Journal* 2010;51:243-9.
 8. Bruyninckx R, Aertgeerts B, Bruyninckx P, Buntinx F. Signs and symptoms in diagnosing acute myocardial infarction and acute coronary syndrome: a diagnostic meta-analysis. *BJGP* 2008;58:105-11.
 9. Nilsson S, Örtoft K, Mölsted S. The accuracy of general practitioners' clinical assessment of chest pain patients. *Eur J Gen Pract* 2009;14:50-5.
 10. Haasenritter J, Donner-Banzhoff N, Bösner S. Chest pain for coronary heart disease in general practice: clinical judgement and a clinical decision rule. *Br J Gen Pract* 2015;65:748-53.
 11. Harskamp R, Van Peet P, Bont J, Ligthart S, Lucassen W, Van Weert H. The conundrum of acute chest pain in general practice: a nationwide survey in The Netherlands. *BJGP Open* 2018;2:1-10.
 12. Harskamp R, Laeven S, Himmelreich J, Lucassen W, Van Weert H. Chest pain in general practice: a systematic review of prediction rules. *BMJ Open* 2019;9:1-10.
 13. Bösner S, Haasenritter J, Becker A, Karatolios K, Vaucher P, Gencer B, et al. Ruling out coronary artery disease in primary care: development and validation of a simple prediction rule. *CMAJ* 2010;182:1295-300.
 14. Haasenritter J, Bösner S, Vaucher P, Herzig L, Heinzel-Gutenbrunner M, Baum E, et al. Ruling out coronary heart disease in primary care: external validation of a clinical prediction rule. *Br J Gen Pract* 2012;62:415-21.

Van den Bulk S. Naar een klinische beslissing voor pijn op de borst. *Huisarts Wet* 2019;62:DOI: 10.1007/s12445-019-0278-5.
 S. van den Bulk, LUMC Leiden, arts-in-opleiding tot huisarts en onderzoeker (aioto), pobhelp@lumc.nl.
 Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit is een bijdrage in de rubriek Lopend onderzoek, relevant voor de eerste lijn, geschreven door een promovendus.