

# Herziening NHG-Standaard Stabiele angina pectoris

Masja Loogman, Maureen van den Donk, Margriet Bouma

De NHG-Standaard Stabiele angina pectoris is herzien. Het inspannings-ecg wordt niet meer aanbevolen voor de diagnostiek van angina pectoris. Ook zijn het medicamenteuze beleid en het verwijlsbeleid aangepast.

## ONDERSCHIED SYNDROOM-/ZIEKTEDIAGNOSE

De term angina pectoris wordt op twee niveaus gebruikt. De huisarts gebruikt deze term vaak als syndroomdiagnose, waarbij hij de term angina pectoris, zeker in de initiële fase, gebruikt als beschrijving van de symptomen. De cardioloog gebruikt het vaak als ziektediagnose met als definitie pijn op de borst ten gevolge van ischemie door klinische relevant coronairlijden, door obstructie van epicardiale coronairarteriën, microvasculair coronairlijden of spasme van de coronairarteriën.

## BELANG ANAMNESE

De anamnese is het belangrijkste instrument voor het stellen van de syndroomdiagnose angina pectoris (AP). Het is van belang om een onderscheid te maken tussen klachten die passen bij angina pectoris (die nadere cardiologische analyse verdienen) en specifieke thoracale klachten (waarvoor geen cardiologische diagnostiek hoeft plaats te vinden). De patiënt met AP klaagt meestal over een onaangenaam, niet scherp omschreven, retrosternaal gelokaliseerd, drukkend gevoel op de borst dat vooral optreedt bij inspanning, emotie en/of overgang van warmte naar koude. Dit gevoel wordt ook wel omschreven als een pijnlijk, beklemmend, drukkend, benauwd of samensnoerend gevoel. Soms staat niet de pijn voorop: ouderen en patiënten met diabetes klagen vaak over dyspneu of een vermoeid gevoel bij inspanning als uiting van AP. De klachten verdwijnen binnen 15 minuten na het wegnemen van de uitlokkende factor (meestal duren de klachten slechts enkele minuten) of binnen enkele minuten na het toedienen van een nitraat onder de tong. Bij stabiele angina pectoris (SAP) treedt het klachtenpatroon bij herhaling op, bij ongeveer dezelfde mate van inspanning of bij dezelfde uitlokkende factor; er bestaat geen of een geringe neiging tot progressie van de klachten (er kan jarenlang sprake zijn van een onveranderd beloop). Hiermee onderscheidt SAP zich van het acuut coronair syndroom (ACS), waartoe zowel instabiele angina pectoris als het myocardinfarct behoort (zie NHG-Standaard Acuut coronair syndroom).

Raadpleeg de volledige versie van de herziene NHG-Standaard Stabiele angina pectoris op <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/stabiele-angina-pectoris>.

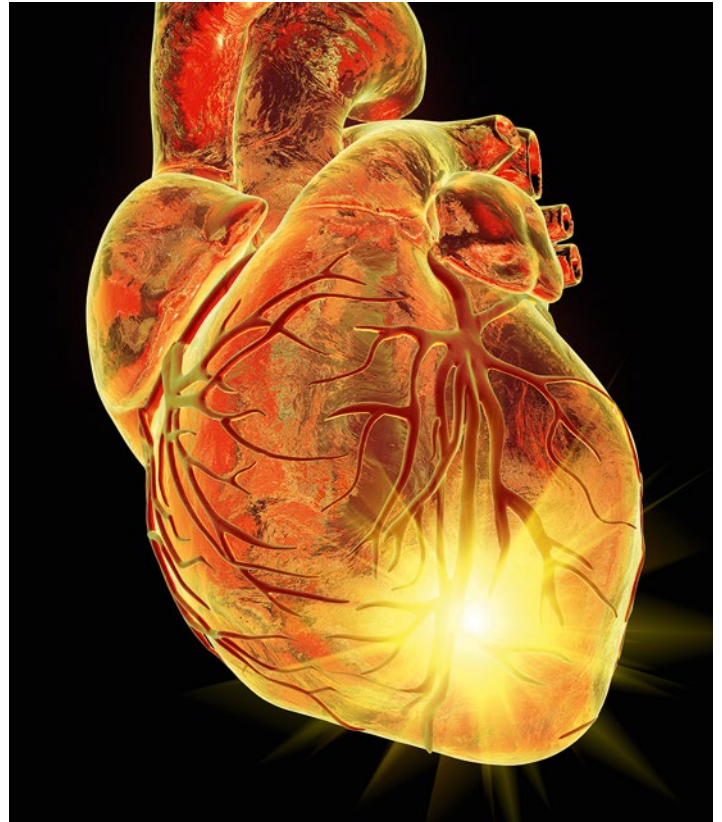


Foto: Hollandse Hoogte

## INSPANNINGS-ECG

Het inspannings-ecg wordt niet meer aanbevolen in de eerste lijn voor het stellen dan wel uitsluiten van de diagnose AP. De testeigenschappen van het inspannings-ecg voor het stellen dan wel uitsluiten van de diagnose AP zijn zeer matig. Er zijn bovendien nieuwe, betrouwbaardere, niet-invasieve diagnostische testen beschikbaar gekomen in de tweede lijn. Ook in de tweede lijn wordt het inspannings-ecg niet meer aanbevolen voor de diagnostiek van AP.

## VERWIJSBELEID

Bij een vermoeden van SAP wordt de patiënt (met zowel atypische als typische AP) verwezen naar de cardioloog voor diagnostiek en het identificeren van hoogrisicopatiënten. Om de ziektediagnose SAP te kunnen stellen is aanvullende diagnostiek vereist. De voorkeur gaat uit naar niet-invasieve diagnostiek. De cardioloog heeft de keus uit een anatomische test (bijvoorbeeld een CT-coronaire angiografie) of een ischemiedetectietest (stresstest). De keuze van de test is afhankelijk van het klinisch beeld, de kans op klinisch relevante coronair-sclerose en de expertise van de cardioloog.

## HOOGRISICOPATIËNTEN

Een klein gedeelte van de patiënten met de ziektediagnose SAP heeft een hoger risico op cardiale sterfte (> 3% per jaar) dan de gemiddelde populatie. Deze hoogrisicopatiënten hebben een groot gebied van myocardischemie, door bijvoorbeeld een hoofdstamstenose of door drievatscoronairlijden. Deze groep komt in aanmerking voor een interventie zoals PCI/CABG, omdat antiangineuze medicatie vaak onvoldoende effect heeft. Daarnaast zijn er aanwijzingen dat een dergelijke invasieve behandeling een positief effect heeft op overleving. De hoogrisicopatiënten in de NHG-Standaard Stabiele angina pectoris zijn andere patiënten dan patiënten met een hoog cardiovasculair risico (zoals benoemd in de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement).

## MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

De behandeling van patiënten met SAP in de eerste lijn bestaat uit een aanvalsbehandeling met kortwerkend nitraat en onderhoudsbehandeling ter vermindering van de klachten met een bètablokker en/of calciumantagonist uit de groep dihydropyridinen. Bij contra-indicaties of bijwerkingen voor deze medicatie is een langwerkend nitraat of een ander type calciumantagonist (diltiazem) een alternatief. Patiënten met SAP krijgen tevens medicatie ter cardiovasculaire preventie.

## BELEID ASPECIFIEKE THORACALE KLACHTEN

Patiënten met aspecifieke thoracale klachten hoeven volgens de standaard niet naar de cardioloog verwezen te worden. Een verwijzing naar de cardioloog is enkel zinvol indien de huisarts een relatie vermoedt tussen de klachten en ischemie door klinisch relevante coronairsclerose (zoals bij AP-klachten). Indien er bij patiënten met aspecifieke thoracale klachten aanwijzingen zijn voor andere cardiale pathologie, dan worden zij daarvoor eventueel wel naar de cardioloog verwezen. Bij patiënten met aspecifieke thoracale klachten is het zinvol om een inschatting te maken van het cardiovasculair risico, conform de NHG-Standaard CVRM. Bij een verhoogd cardiovasculair risico wordt behandeld conform het beleid in deze standaard.

## LTA STABIELE ANGINA PECTORIS

Een werkgroep bestaand uit huisartsen en cardiologen (afgevaardigden uit de werkgroep van de NHG-Standaard SAP en afgevaardigden namens de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC)) ontwikkelt, in aansluiting op deze NHG-Standaard, een LTA SAP, die begin 2020 gepubliceerd wordt. Hierin zijn de samenwerkingsafspraken tussen de huisartsen en cardiologen verder uitgewerkt. ■

Loogman MCM, Van den Donk M, Bouma M. Herziening NHG-Standaard Stabiele angina pectoris. Huisarts Wet 2020;63;DOI:10.1007/s12445-019-0396-0.

De NHG-werkgroep Stabiele angina pectoris bestond uit (op alfabetische volgorde): Bouma M, De Grooth GJ, De Vries H, Loogman MCM, Rutten FH, Van Casteren BCAM, Van den Donk M.