

Acuut coronair syndroom: klinische blik niet bij het oud ijzer

De patiënt uit het boekje. Weet u nog? Een casusbeschrijving van een patiënt met klachten die passen bij de klassieke presentatie van een aandoening. In mijn geneeskundeopleiding werd de meeste casuïstiek opgehangen aan de klassieke patiënt. Zo had de patiënt met appendicitis altijd loslaatpijn en zaten de psoriasisplekken altijd netjes op de elleboog of knie. Cardiologie leerden we aan de hand van een patiënt met pijn op de borst. Een man natuurlijk, die drukende pijn had, alsof er een olifant op stond. Geen neushoorn, zult u vragen? Nee, een olifant, dat was het klassieke beeld. Gelukkig leer je later dat het in de huisartsenpraktijk vooral typisch is dat je de typische patiënt zelden tegenkomt. Dat maakt het vak veel leuker, maar niet per se gemakkelijker. Als de mogelijke aandoening ernstig is, dan is de uitdaging het grootst. Aanvullende diagnostiek zal daarbij een steeds grotere rol spelen, ook in de eerste lijn. Het acuut coronair syndroom (ACS) is daarvan een treffend voorbeeld.

(G)OUDE(N) STANDAARD IN ONTWIKKELING

Juist bij een acute aandoening is de werkdiagnose van de huisarts een belangrijke stap in het besliskundig proces, want de daaruit voortvloeiende acties zijn cruciaal voor de prognose van de patiënt. De afgelopen decennia is grote vooruitgang geboekt in de diagnostiek en de behandeling van het acuut coronair syndroom, waarop de NHG-Standaard Acuut coronair syndroom ook volledig is toegespitst.¹ De European Society of Cardiology (ESC) beschrijft dat voor patiënten met een myocardinfarct met ST-elevatie (STEMI) de behandelvoorkeur uitgaat naar primaire percutane coronaire interventie (PCI) binnen 90 minuten na het eerste patiëntcontact,² en dat blijkt in Nederland goed haalbaar. Dat 'vlaggend' ECG herkennen we goed en steeds meer huisartsen(posten) beschikken over ECG-apparatuur. Maar met een ECG-apparaat alleen zijn we er niet, want het merendeel van de myocardinfarcten wordt tegenwoordig veroorzaakt door niet-ST-segment verhoogd myocardinfarct (NSTEMI). De gouden standaard diagnose is in de tijd verschoven van een klinische diagnose naar een klinische diagnose mét een troponinestijging en al dan niet met ECG-veranderingen.³ Opvallend is dat de klinische uitkomst van STEMI en NSTEMI – zoals de prognose na 1 jaar – dezelfde is, ondanks verschillende behandelstrategieën.⁴ In beide gevallen geldt: tijd is hartspier. Dat maakt snelle actie noodzakelijk. We willen dus beide groepen patiënten goed verwijzen, met de beperkte middelen die we in de eerste lijn hebben. De juist verwezen patiënten profiteren daarvan door genezing, minder morbiditeit, langere overleving en betere kwaliteit van leven. De onjuist verwezen patiënten gaan met loeiende

sirene het ziekenhuis in en komen vaak diezelfde dag nog met de stadsbus naar huis, vol met indrukken, angstig en een forse ziektekostenrekening rijker.

NIEUWE HARTMERKSTOFFEN

De gouden standaard voor de diagnose acuut myocardinfarct is weefselschade. Ook bij afwezigheid van ECG-afwijkingen wordt de diagnose NSTEMI gesteld door weefselschade aan te tonen met hartmerkstoffen, waarvan we de cardiale troponine het best kennen vanuit de tweede lijn. Volgens de regels van de wetenschap is onze klinische blik vaak ontoereikend om die weefselschade aan te tonen of uit te sluiten. Alleen pijn die kan worden opgewekt door palpatie van de thorax sluit ACS goed uit in een setting met een lage verdenking.⁵ We kunnen dus wel wat hulp gebruiken. Huisarts Madeleine Bruins Slot en haar team onderzochten de diagnostische waarde van een nieuwe sneltest – het hart-type vetzuurbindend eiwit (Engelse afkorting H-FABP) – bij de verdenking acuut coronair syndroom in de huisartsenpraktijk, waarvan de bevindingen in dit nummer staan.⁶ De eigenschappen van de H-FABP-sneltest lijken goed: een snelle test uit een vingerprik (15 minuten) en het stofje is al kort (1 uur) nadat de patiënt pijn-op-de-borstklachten heeft in bloed aantoonbaar.

In haar onderzoek werd 73% van de 336 patiënten verwezen. Uiteindelijk bleek 22% van de verwezen patiënten ACS te hebben. Wat betreft de klinische blik: 92% van de patiënten met ACS werden terecht verwezen door de huisarts. De H-FABP-sneltest verbeterde de diagnostiek wel degelijk, met een positief voorspellende waarde van 65%. De negatief voorspellende waarde was echter 'maar' 84%. Als we dus alleen op de sneltest zouden afgaan – en ons verwijsbeleid hier volledig vanaf laten hangen – dan zouden we 1 op de 6 patiënten met ACS ten onrechte thuislaten. De auteurs concluderen met recht dat de test met dit afkappunt voor 'uitsluiten' (waarbij je een hoge mate van zekerheid wilt) ongeschikt is voor gebruik in de huisartsenpraktijk. Mogelijk levert een lager afkappunt een betere negatief voorspellende waarde op. Dat wordt momenteel in de regio's Maastricht, Leuven en Den Bosch onderzocht in het Rapida-onderzoek.⁷ Het blijft afwachten hoeveel foutpositieven een nieuw afkappunt oplevert. Zo gaat de zoektocht naar een geschikte sneltest voor weefselschade van het hart door. De geschikte test is er nog niet, maar mogelijk kan deze nieuwe H-FABP of een hoogsensitieve troponine onze zekerheid bij patiënten met thoracale klachten die korter duren dan 6 uur, verder verkleinen.⁸

DE KLINISCHE BLIK

Bij onderzoek naar nieuwe (sneltest)diagnostiek zou het verstandig zijn om vooraf te bepalen wat een acceptabele marge vinden om te missen. Laten we niet vergeten dat we met onze anamnese en lichamelijk onderzoek, inclusief contextu-

Universiteit Maastricht, School for Public Health and Primary Care (CAPHRI), vakgroep Huisarts-geneeskunde, Postbus 616, 6200 MD Maastricht; dr. J.W. Cals, huisarts en onderzoeker • Correspondentie: j.cals@maastrichtuniversity.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

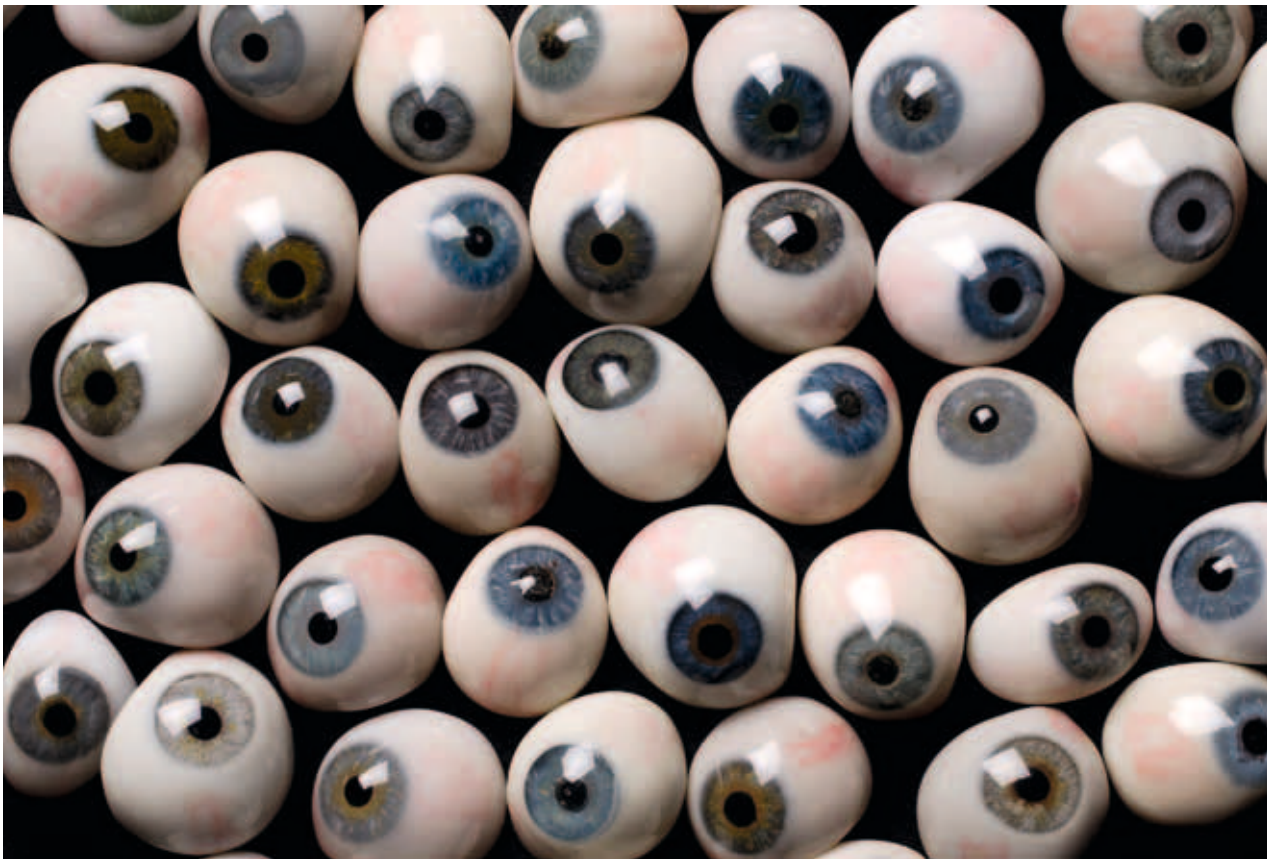


Foto: Marc de Haan/Hollandse Hoogte

ele factoren, ook zaken missen. Dat gebeurt ook in ziekenhuizen, ondanks alle verfijnde diagnostiek. Perfecte testen zijn er niet, maar naar gelang de aandoening ernstiger is, zullen de eisen aan de test toenemen, en zal de verwijdsdrempel laag blijven liggen. De (invasieve) behandelingsmogelijkheden voor ACS zijn groter dan vroeger, en die willen we onze patiënten niet onthouden, maar we willen de Eerste Harthulp ook niet overspoelen met patiënten met refluxklachten of myogene pijn. In de nabije toekomst zullen nieuwe hartmerkstoffen ook geschikt en beschikbaar worden in de eerste lijn. Training in de interpretatie van die waardes is dan zeer belangrijk.⁹ Tot die tijd, en ook na die tijd, hoeft onze klinische blik zeker niet bij het oud ijzer. De ontwikkelingen in diagnostiek, gouden standaard en behandelopties, maakt wel dat we onze klinische blik, al dan niet met extra kennis uit aanvullend onderzoek, zullen moeten blijven oppoetsen. ■

LITERATUUR

- 1 Rutten FH, Bakx JC, Bruins Slot MHE, Van Casteren BCAM, Derks CJT, Rambharose VR, et al. NHG-Standaard Acuut coronair syndroom (eerste herziening). Huisarts Wet 2012;55: 564-70.
- 2 Task Force Members, Montalescot G, Sechtem U, Achenbach S, Andeotti F, Arden C, et al. 2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease: the Task Force on the management of stable coronary artery disease of the European Society of Cardiology. Eur Heart J 2013;34:2949-3003.
- 3 Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Simoons ML, Chaitman BR, White HD, et al. Third universal definition of myocardial infarction. Eur Heart J 2012;33:2551-67.
- 4 Montalescot G, Dallongeville J, Van Belle E, Rouanet S, Baulac C, Degrandart A, et al. STEMI and NSTEMI: are they so different? 1 year outcomes in acute myocardial infarction as defined by the ESC/ACC definition (the OPERA registry). Eur Heart J 2007;28:1409-17.
- 5 Bruyninckx R, Aertgeerts B, Bruyninckx P, Buntinx F. Signs and symptoms in diagnosing acute myocardial infarction and acute coronary syndrome: a diagnostic meta-analysis. Br J Gen Pract 2008;58:105-11.
- 6 Bruins Slot MH, Rutten FH, Van der Heijden GJ, Doevendans P, Mast G, Bredero O, et al. De H-FABP-sneltest bij verdenking op acuut coronair syndroom. Huisarts Wet 2014;57:338-41.
- 7 <http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT01826994>.
- 8 Bruins Slot MH, Van der Heijden GJ, Stelpstra SD, Hoes AW, Rutten FH. Point-of-care tests in suspected acute myocardial infarction: a systematic review. Int J Cardiol 2013;168:5355-62.
- 9 Cals JWL, Van Weert HCPM. Sneltests: hoop of hype? Huisarts & Wetenschap 2011;54:543-47.