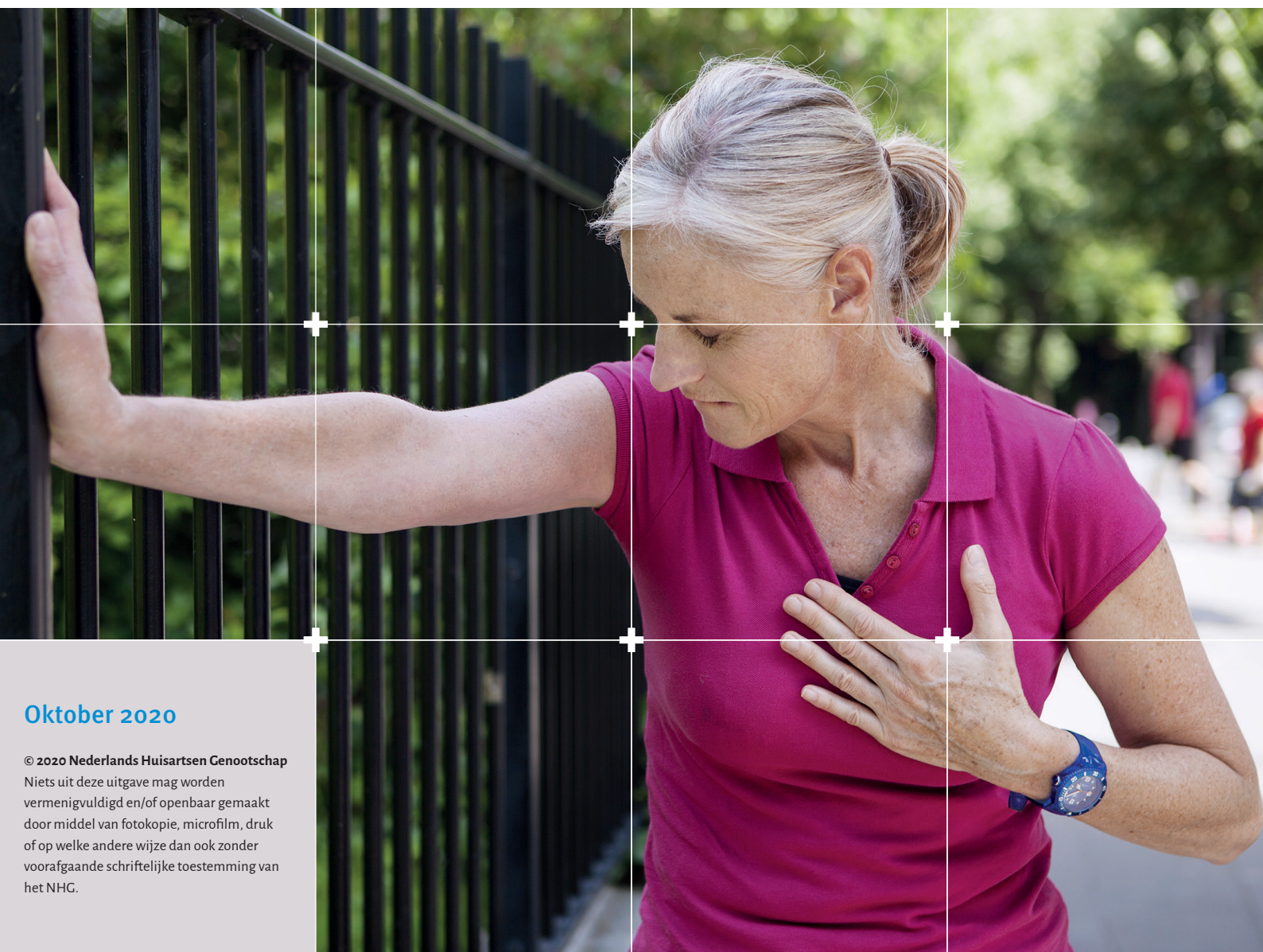


Landelijke Transmurale Afspraak Stabiele angina pectoris



Oktober 2020

© 2020 Nederlands Huisartsen Genootschap

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van fotokopie, microfilm, druk of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NHG.

De Landelijke Transmurale Afspraak Stabiele angina pectoris is een samenwerking van de volgende organisaties: Het Nederlands Huisartsen Genootschap, De Nederlandse Vereniging voor Cardiologie en Harteraad.



Nederlands
Huisartsen
Genootschap



Harteraad
voor mensen
met hart- en
vaataandoening

INHOUDSOPGAVE

Kernpunten	<u>3</u>
Inleiding	<u>4</u>
Achtergronden	<u>6</u>
Diagnostiek door de huisarts	<u>9</u>
Verwijzing naar de cardioloog in de diagnostische fase	<u>11</u>
Diagnostiek door de cardioloog	<u>13</u>
Behandeling	<u>16</u>
Terugverwijzing van de cardioloog naar de huisarts	<u>18</u>
Verwijzing van de huisarts naar de cardioloog in de chronische fase	<u>19</u>
Samenwerking huisarts en cardioloog bij (terug)verwijzen	<u>20</u>
Aandachtspunten voor bespreking in de regio	<u>21</u>
Literatuur	<u>22</u>
Verantwoording en herziening – totstandkoming	<u>23</u>
Bijlage 1 - Deelnemers	<u>23</u>
Bijlage 2 - Knelpuntenlijst	<u>24</u>

KERNPUNTEN

- De Landelijke Transmurale Afspraak (LTA) Stabiele angina pectoris (SAP) gaat uit van de derde herziene [NHG-Standaard Stabiele angina pectoris](#) (2019) en de [richtlijn van de European Society of Cardiology](#) (ESC) over de diagnostiek en behandeling van chronische coronaire hartziekten (2019).
- De LTA SAP is opgesteld door een werkgroep van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC), het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en Harteraad.
- De LTA beschrijft de afspraken tussen de betrokken zorgverleners over hun verantwoordelijkheden, de diagnostiek van en het beleid bij patiënten met (vermoeden van) SAP. Voor details over de medicamenteuze behandeling wordt verwezen naar de eerdergenoemde richtlijnen.
- Op basis van deze LTA kunnen huisartsen en cardiologen, andere betrokken disciplines en patiënt vertegenwoordigers regionale transmurale afspraken maken.

INLEIDING

Pijn op de borst is een veelvoorkomende klacht in zowel de eerste als tweede lijn. Bij een deel van de patiënten is sprake van stabiele angina pectoris (SAP).

Het doel van deze LTA is om de zorg voor patiënten met (vermoeden van) SAP te verbeteren. De LTA beschrijft bij welke patiënten diagnostiek plaatsvindt om de diagnose AP te stellen of met voldoende zekerheid uit te sluiten. Daarnaast is het van belang om hoogrisicopatiënten te identificeren. Het beleid is gericht op vermindering van de klachten van de patiënt, op verbetering van de inspanningstolerantie en op verbetering van de prognose door vermindering van het risico op cardiale sterfte.

De LTA wil een kader bieden voor regionale afspraken tussen betrokken zorgprofessionals in de zorg voor patiënten met SAP. Uitgangspunt zijn de richtlijnen van het NHG en de ESC hierover.¹ Daarnaast beschrijft de LTA de aandachtspunten voor regionale samenwerkingsafspraken rond de zorg voor patiënten met SAP.

De diagnostiek en het beleid, inclusief samenwerkingsafspraken, van het acuut coronair syndroom staan in de [NHG-Standaard Acuut coronair syndroom](#) en worden niet in deze LTA besproken. Het te voeren beleid bij niet-cardiale oorzaken van pijn op de borst valt buiten de scope van deze LTA.

Begrippen

Angina pectoris

De term angina pectoris (AP) wordt in de praktijk op twee niveaus gebruikt: als 'syndroomdiagnose' (veelal door de huisarts, zeker in de initiële fase) en als 'ziektediagnose' (veelal door de cardioloog) (pijn op de borst als gevolg van ischemie door klinisch relevant coronairlijden, als gevolg van obstructie van epicardiale coronairarteriën, spasme van de coronairarteriën en/of microvasculair coronairlijden).

Stabiele angina pectoris

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 kan jarenlang sprake zijn van een onveranderd beloop).

Typische en atypische AP

Bij SAP wordt onderscheid gemaakt tussen typische en atypische AP.

Typische AP: aanwezigheid van de volgende 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

Bij aanwezigheid van twee van deze drie kenmerken spreekt men van **atypische AP** en is er vaak sprake van diagnostische twijfel. In de overige gevallen (geen of een kenmerk) is er sprake van **specifieke thoracale klachten**.

Acuut coronair syndroom (ACS)

Er is mogelijk sprake van een ACS, indien de patiënt retrosternale klachten heeft, die in rust optreden, de klachten langer dan 15 minuten aanhouden en niet verdwijnen in rust. Begeleidende vegetatieve verschijnselen, zoals zweten, misselijkheid of een bleek gelaat, maken een ACS waarschijnlijker. Tevens kan er sprake zijn van een benauwd gevoel, angst en/of onrust. Onder ACS vallen zowel het *acute myocardinfarct (AMI)* als *instabiele AP (IAP)* met klachten in rust. Zie voor een toelichting op deze begrippen ook de [NHG-Standaard Acuut coronair syndroom](#).

Bij het ACS is er sprake van een spoedeisende situatie (ambulance A1-rit). Bij een myocardinfarct is er sprake van myocardschade (verhoogde hartmerkstoffen, zoals troponines). Bij IAP is er nog geen schade aan het myocard opgetreden (geen verhoogde troponines).

Minder spoedeisende vormen van IAP, waarbij echter wel binnen 24 uur overleg met de cardioloog noodzakelijk is, zijn:

- AP-klachten die snel (binnen een week) progressief zijn (toenemen in ernst, duur of frequentie)
- AP-klachten die ontstaan binnen twee weken na een acuut myocardinfarct of coronaire interventie (CABG of PCI)

Nieuw ontstane AP-klachten (< 2 maanden) waren in het verleden per definitie IAP, maar dit standpunt is verlaten. Er is alleen sprake van IAP indien AP voor de eerste keer optreedt bij geringe inspanning. Als AP voor de eerste keer optreedt bij zware of matige inspanning, valt dit onder SAP.

Hoogrisicopatiënten

Sommige patiënten met SAP hebben een verhoogd risico op cardiale sterfte (> 3% per jaar), de zogenaamde hoogrisicopatiënten. Dit zijn patiënten bij wie met beeldvorming een groot gebied van myocardischemie is vastgesteld, door bijvoorbeeld een hoofdstamstenose of bij drievatscoronairlijden.

ACHTERGRONDEN

Klinisch beeld

De patiënt met SAP klaagt meestal over een onaangenaam, niet scherp omschreven, retrosternaal gelokaliseerd, drukkend gevoel op de borst. De klachten treden vooral op bij inspanning, emotie en/of overgang van warmte naar koude. Dit gevoel omschrijven patiënten ook wel als een pijnlijk, beklemmend, drukkend, benauwd of samensnoerend gevoel. Vaak staat dus niet de pijn voorop; ouderen en patiënten met diabetes klagen vaker over kortademigheid of een vermoeid gevoel bij inspanning als uiting van AP. De klachten verdwijnen binnen 15 minuten na het wegnemen van de uitlokkende factor of binnen enkele minuten na het toedienen van nitraat onder de tong.

Klachten die *voor* AP pleiten zijn: 'uitstraling' van de (pijn)klachten naar de linker- en/of rechterarm, schouders, hals, kaak, epigastrio of rond het xyfoïd of tussen de schouderbladen; klachten die minutenlang duren (in tegenstelling tot seconden enerzijds en uren anderzijds).

Klachten die *tegen* AP pleiten zijn: scherpe/branderige pijn, pijn in een beperkt gebied (muntgroot), tintelingen in vingers of rond de mond, lokale drukpijn, houdingsafhankelijke pijn of pijn vastzittend aan de ademhaling, en een klachtenduur van slechts enkele seconden of juist vele uren aanhoudend. Deze klachten passen juist bij specifieke thoracale klachten en soms bij specifieke differentiaaldiagnoses, zoals pneumonie of refluxklachten.

Voorafkans op AP

De syndroomdiagnose AP wordt primair gesteld op de anamnese (de aard en provocatie van de klachten). Bij twijfel over de diagnose gaat de (vooraf)kans op klinisch relevant coronairlijden een rol spelen, die in de evaluatie wordt meegenomen. Deze kans neemt sterk toe met de leeftijd. Een voorgeschiedenis van hart- en vaatziekten (HVZ), vooral coronaire hartziekte, of cardiovasculaire risicofactoren verhogen de kans op klinisch relevant coronairlijden en daarmee de kans op AP.

Pathofysiologie

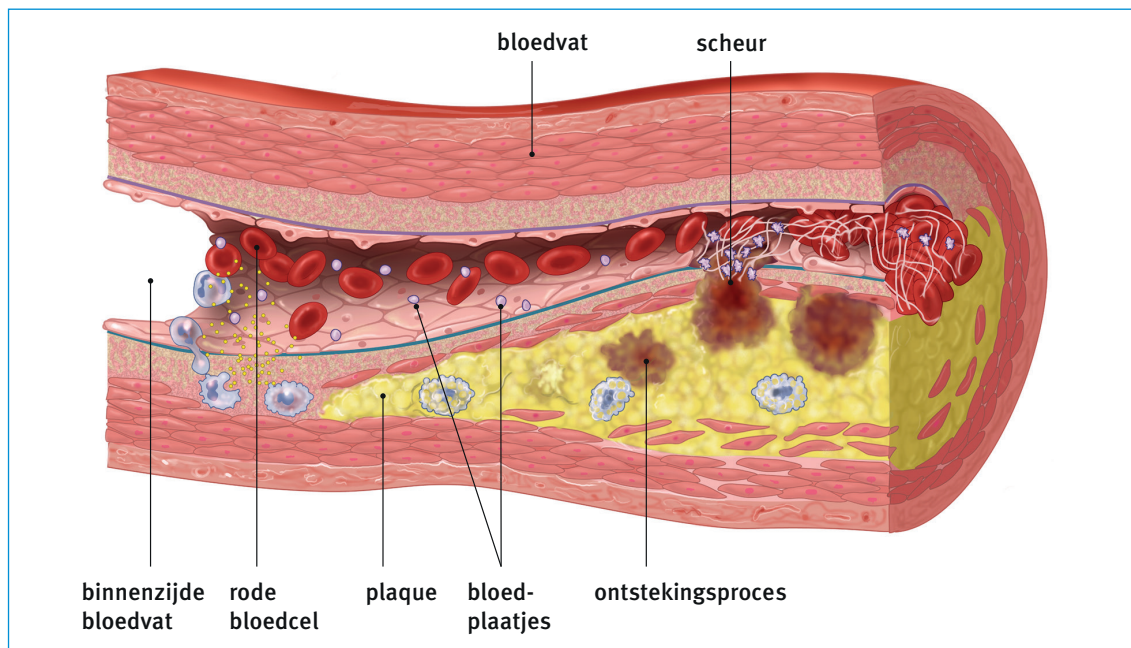
AP ontstaat door ischemie van het myocard. Dit kan onder andere veroorzaakt worden door obstructief epicardiaal coronairlijden. De oorzaak van de obstructie is vaak een stabiele atherosclerotische plaque in de epicardiale coronairarteriën, wat leidt tot SAP. De klachten kunnen jarenlang een constant beloop hebben met een geringe neiging tot progressie. Bij een belangrijke obstruerende plaque ontstaan klachten bij toename van de zuurstofvraag, door bijvoorbeeld stijging van de bloeddruk en/of hartfrequentie bij lichamelijke inspanning, emoties, blootstelling aan koude, bij koorts en incidenteel bij hyperthyreoidie, of als het aanbod aan zuurstof afneemt, zoals na een zware maaltijd of bij anemie. Ook hartklepgebreken of hartritmestoornissen kunnen een verminderd aanbod van zuurstof geven en AP veroorzaken.

De oorzaak van een ACS is vaak een acute ruptuur of een erosie van een atherosclerotische plaque in een van de epicardiale coronairarteriën. Een ruptuur of erosie zorgt voor trombocytenuitstrooming, waardoor acuut een partiële of totale occlusie van de coronairarterie (zie [illustratie 1 en 2]) ontstaat.

Bij microvasculair coronairlijden is er sprake van atherosclerose in de kleine aftakkingen van de coronairarteriën die niet zichtbaar zijn bij coronairangiografie. Ook coronaire vaatspasmen door vasculaire dysfunctie kunnen AP veroorzaken.

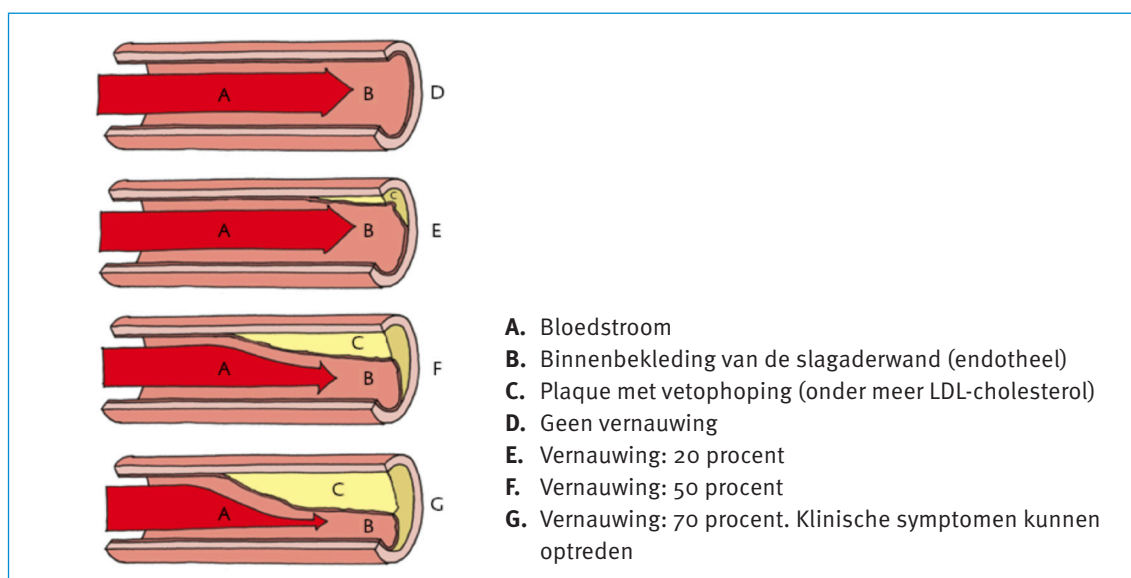
Vrouwen hebben tot aan de menopauze een lager risico op coronairlijden dan mannen. Bij vrouwen wordt er een diffuser patroon van atherosclerose waargenomen en is er vaker sprake van vaatspasmen.

Illustratie 1. Stabiele plaque



(Bron: uit Hartenvrouwen: Greetje de Grooth 2014. Tekenaar: Ron Slagter)

Illustratie 2. Instabiele plaque



(Bron: www.hartwijzer.nl, tekenaar: Auke Herrema)

Cardiovasculaire risicofactoren zijn een hogere leeftijd, (mee)roken, hypercholesterolemie, hypertensie, weinig lichaamsbeweging, diabetes mellitus, obesitas, hart- en vaatziekten in de voorgeschiedenis en een belaste familieanamnese. De familieanamnese is positief als er sprake is van fatale of niet-fatale ischemische hart- en vaatziekten bij een eerstegraads mannelijk familielid van ≤ 55 jaar of een eerstegraads vrouwelijk familielid van ≤ 65 jaar [MDR CVRM 2019].

Bij vrouwen is de kans op AP hoger na de menopauze, vooral bij doorgemaakte zwangerschapscomplicaties, zoals zwangerschapsdiabetes, -hypertensie en pre-eclampsie. Zie voor een gedetailleerd overzicht van de cardiovasculaire risicofactoren met daarbij ook de aanvullende risicofactoren of aandoeningen met een duidelijke invloed op het risico van hart- en vaatziekten de MDR CVRM.

Epidemiologie

De incidentie en prevalentie van AP nemen sterk toe met de leeftijd; het betreft vooral personen > 65 jaar. De geschatte incidentie in de huisartsenpraktijk is bij mannen van 18-64 jaar 1,7 per 1000 mannen per jaar en bij mannen > 65 jaar 6,6 per 1000 mannen per jaar. Bij vrouwen van 18-64 jaar is de geschatte incidentie 1,1 per 1000 vrouwen per jaar en bij vrouwen > 65 jaar is de incidentie 6,1 per 1000 vrouwen per jaar [Nielen 2018]. Het duurt vele jaren voordat coronaire atherosclerose (beginnend in de jeugd) leidt tot obstructief coronairlijden. SAP komt dan ook nauwelijks voor bij personen < 40 jaar.

Prognose

De prognose van SAP kan per individu aanzienlijk variëren. Deze is afhankelijk van het klinisch beeld, functionele en anatomische kenmerken en bijkomende (cardiale en niet-cardiale) comorbiditeit. Het is belangrijk om patiënten met een hoog risico op cardiale sterfte te identificeren. Dit heeft namelijk consequenties voor de behandelkeuzes (of intensiteit van de behandeling), die de prognose gunstig kunnen beïnvloeden. De prognose van patiënten met SAP is meestal gunstig. Zeker bij patiënten uit de eerste lijn, omdat dit vaak geen hoogrisicopatiënten zijn. Bij hen verschilt het sterftecijfer nauwelijks van die van de gemiddelde populatie zonder SAP.

Hoogrisicopatiënten

Sommige patiënten met SAP hebben een verhoogd risico op cardiale sterfte (> 3% per jaar); dit zijn de hoogrisicopatiënten. Dit zijn vooral patiënten bij wie een groot gebied van myocardischemie is vastgesteld, bijvoorbeeld door een hoofdstamstenose, een stenose proximaal in de ramus descendens anterior (ook wel *left anterior descending artery* genoemd) of bij drievatscoronairlijden.

DIAGNOSTIEK DOOR DE HUISARTS

Anamnese

De 'syndroomdiagnose' AP wordt gesteld op basis van de anamnese.

De huisarts vraagt naar de aard, lokalisatie, uitstraling en frequentie van de klachten; Hoe lang de klachten bestaan; recente toename van de klachten (afnemend inspanningsvermogen); herkenbaarheid van de klachten; duur van de aanval; uitlokkende factoren (inspanning, emoties, kou, warmte); begeleidend vegetatieve verschijnselen.

De huisarts gaat na of de patiënt hart- en vaatziekten in de voorgeschiedenis of in de familie heeft. Ook brengt de huisarts de overige cardiovasculaire risicofactoren in kaart en gaat hij na of er sprake is van medicatiegebruik, comorbiditeit en relevante intoxicaties.

Lichamelijk onderzoek

Lichamelijk onderzoek is bij vermoeden van de 'syndroomdiagnose' SAP gericht op onderliggende en eventueel bijkomende pathologie, zoals ritmestoornissen, hartklepgebreken of hartfalen. De huisarts palpeert de pols, meet de bloeddruk, ausculteert het hart (frequentie, ritme, souffles) en ausculteert de longen.

Predictiemodel

De huisarts gebruikt geen predictiemodel (Genders, Marburg Heart Score) voor de diagnostiek van AP.

Aanvullend onderzoek

Bij vermoeden van anemie of hyperthyreoïdie verricht de huisarts hiernaar gericht laboratoriumonderzoek (Hb, TSH).

In het kader van cardiovasculair risicomanagement overweegt de huisarts ook het glucosegehalte, het lipidenprofiel, de eGFR (creatinineklaring) en albumine-creatinineratio te bepalen. Indien de cardioloog deze diagnostiek doet (na verwijzing door de huisarts), kan de huisarts dit achterwege laten. Dit is afhankelijk van regionale werkafspraken.

Voor het stellen dan wel uitsluiten van de 'syndroomdiagnose' AP in de eerste lijn is het niet zinvol een rust-ecg te maken. Bij vermoeden van relevante cardiale comorbiditeit, zoals een hartritmestoornis of hartfalen, kan een rust-ecg wel zinvol zijn.

Ook een inspannings-ecg wordt niet meer aangeraden, omdat dit de diagnose AP onvoldoende kan uitsluiten dan wel aantonen.

Evaluatie door de huisarts

De huisarts stelt de 'syndroomdiagnose':

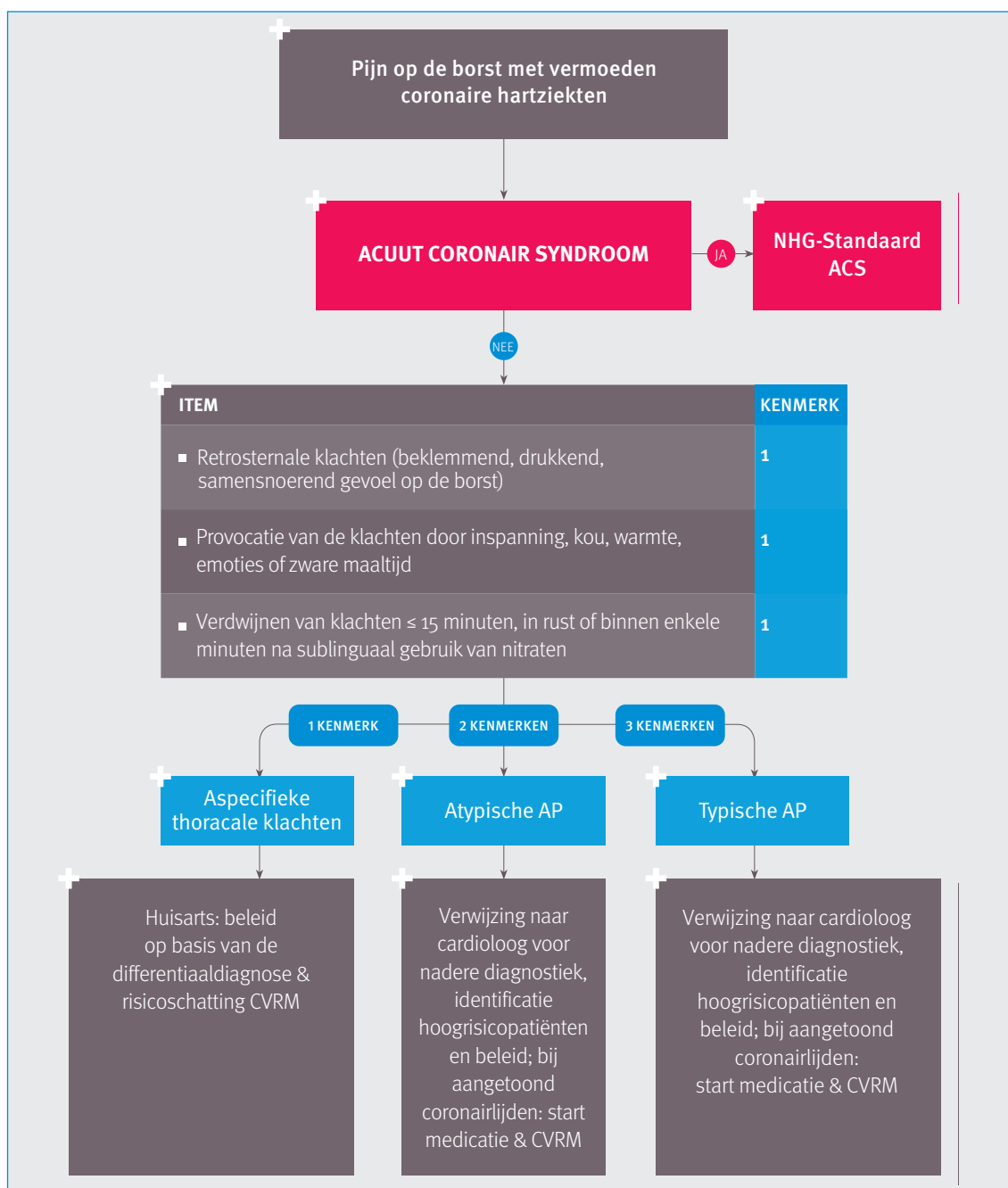
- typische AP: kenmerkend beeld van aanvallen van pijn of een onaangenaam gevoel:
 - retrosternaal gelokaliseerd
 - uitgelokt door inspanning of emoties
 - klachten verdwijnen binnen 15 minuten in rust of binnen enkele minuten na inname van nitraat sublinguaal
- atypische AP: twee van de drie kenmerken
- aspecifieke thoracale klachten

De huisarts overweegt bij aspecifieke thoracale klachten vaak niet-cardiale oorzaken van pijn op de borst. De huisarts vervolgt deze patiënt; het verdere beleid bij deze aandoeningen valt buiten de scope van deze LTA.

VERWIJZING NAAR DE CARDIOLOOG IN DE DIAGNOSTISCHE FASE

- Bij aanwijzingen voor een ACS verwijst de huisarts de patiënt met spoed naar de cardioloog (zie de [NHG-Standaard Acuut coronair syndroom](#)).
- Bij typische of atypische AP verwijst de huisarts de patiënt naar de cardioloog 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 op de polikliniek cardiologie gezien (binnen vier weken).
 - De uitkomst van de consulten bij de cardioloog is (i) het bevestigen dan wel uitsluiten van de diagnose SAP en (ii) eventueel bijkomend cardiaal lijden met (iii) 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 aspecifieke thoracale klachten verwijst de huisarts niet naar de cardioloog, tenzij er andere aanwijzingen zijn die op een cardiaal probleem wijzen (hartklepprobleem of hartfalen). De huisarts vervolgt deze patiënt; het verdere beleid bij deze aandoeningen valt buiten de scope van deze LTA.
- Bij patiënten met aspecifieke thoracale klachten en een hoog cardiovasculair risico handelt de huisarts wel conform de MDR CVRM.
Zie ook [figuur 1].

Figuur 1. 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 alvast, in de wachttijd van de cardioloog, met een initiële medicamenteuze behandeling, die in ieder geval bestaat uit een aanvalsbehandeling (kortwerkend nitraat) en preventieve medicatie (een trombocytenuitstroomremmer en een statine). Of de huisarts alvast start met een onderhoudsbehandeling (bètablokker of calciumantagonist, eventueel langwerkend nitraat) ter vermindering van de AP-klachten, is afhankelijk van regionale werkafspraken. De huisarts instrueert de patiënt om bij progressie van de klachten in frequentie en/of duur, in de wachttijd van de cardioloog, snel contact op te nemen met de huisarts. De huisarts instrueert de patiënt om bij alarmsymptomen passend bij een ACS 112 te bellen en hulp van iemand in de eigen omgeving in te schakelen.

DIAGNOSTIEK DOOR DE CARDIOLOOG

De cardioloog verricht, naast een anamnese en lichamelijk onderzoek, aanvullend onderzoek:

- Laboratoriumdiagnostiek en een rust-ecg, indien nog niet verricht;
- Echocardiografie ter beoordeling van regionale wandbewegingsstoornissen en de pompfunctie (met meting van de linkerventrieklejectiefractie (LVEF)). Ook wordt gekeken naar andere cardiale problematiek (hartkleplijden of belangrijke structurele of functionele afwijkingen passend bij diastolische dysfunctie of cardiomyopathie).

Vervolgonderzoek bestaat bij voorkeur uit niet-invasief op anatomie of ischemiedetectie gericht beeldvormend onderzoek.

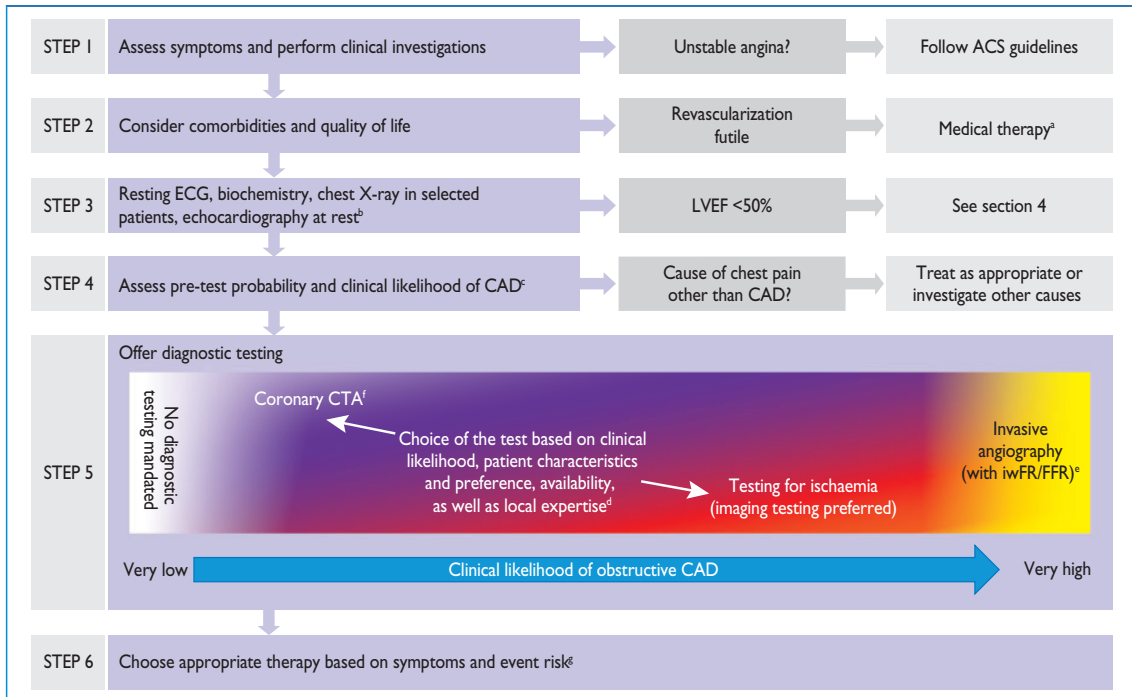
- Voorbeelden van anatomische beeldvorming (aanwezigheid en mate van obstructie in de coronairarteriën) zijn CT-coronairangiografie of invasieve coronairangiografie. Hierbij kan het epicardiale coronaire vaatbed in beeld worden gebracht (10-15% van het totale coronaire vaatbed, inclusief microvasculatuur).
- Voorbeelden van ischemiedetectietesten met redelijk tot goede testeigenschappen voor het stellen van de diagnose klinisch relevant coronair lijden: myocardperfusiescintigrafie (SPECT), stressechocardiografie, stress-MRI en perfusie CT-scan.
- Een mengvorm van anatomische beeldvorming en een ischemiedetectietest is de bepaling van de 'fractional flow reserve'-meting (FFR-meting) bij invasieve coronairangiografie middels drukverschilmeting voor en achter epicardiale coronaire stenoses.

De cardioloog maakt een keuze uit de hierboven beschreven diagnostiek op basis van de kans op klinisch relevant coronairlijden, de ernst van de klachten en van de expertise van het betreffende centrum waar de diagnostiek plaatsvindt.

Bij een patiënt met een hoge kans op klinisch relevant coronairlijden en aanwijzingen voor een hoog risico op cardiale sterfte (> 3% per jaar) kan de cardioloog, na zorgvuldige afweging, kiezen voor invasieve coronaire angiografie (ICA), zonder andere (voorafgaande) beeldvorming.

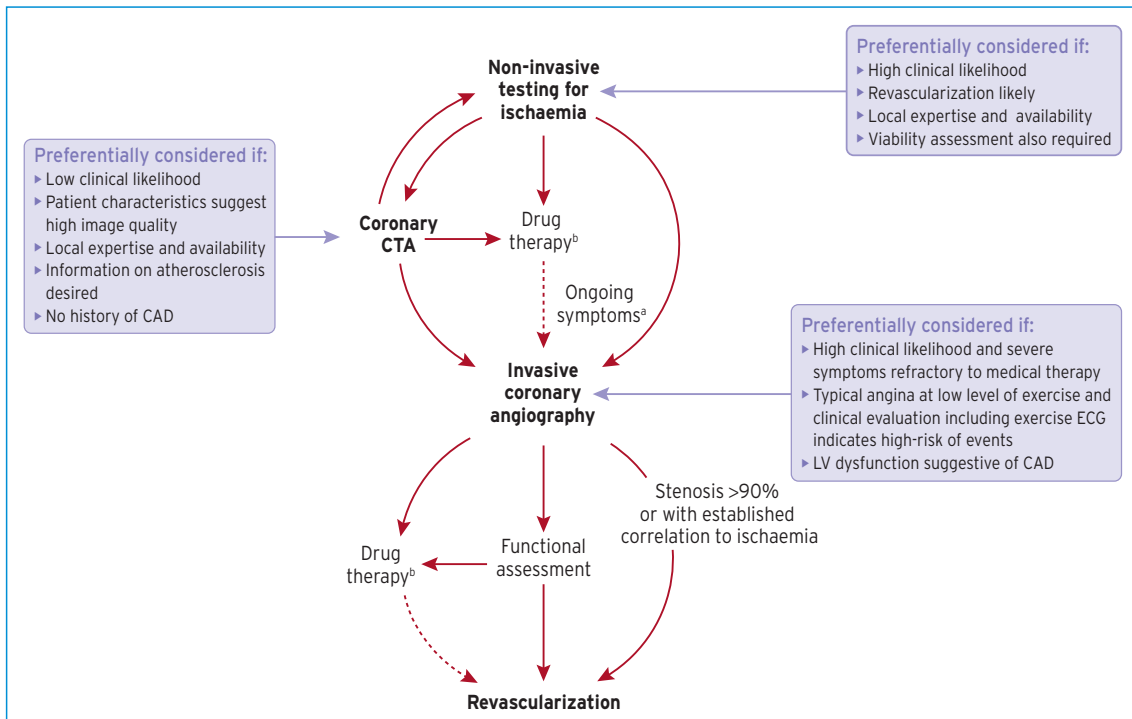
Aanwijzingen dat een patiënt tot een zogenaamde hoogrisicogroep behoort, zijn symptomen die niet voldoende reageren op medicamenteuze behandeling, een typische klachtenpresentatie die al optreedt bij geringe inspanning (en daarmee een forse vermindering van de voor de patiënt gebruikelijke inspanningstolerantie), en aanwijzingen voor een groot gebied van ischemie in de eerste klinische evaluatie. Zie ook [figuur 2a en 2b].

Figuur 2a. Stappenplan voor het diagnosticeren van niet-acute pijn op de borst met vermoeden van een coronaire hartziekte in de tweede lijn (Bron: ESC guideline CCS 2019)



©ESC 2019

Figuur 2b. Specificatie stap 5 uit stappenplan voor het diagnosticeren van niet-acute pijn op de borst met vermoeden van een coronaire hartziekte in de tweede lijn (Bron: ESC guideline CCS 2019).



©ESC 2019

Evaluatie door de cardioloog

De cardioloog stelt een van de volgende diagnoses:

- SAP door coronairlijden als gevolg van:
 - obstructie van epicardiale coronairarteriën
 - spasme van de coronairarteriën
 - microvasculair coronairlijden
 - een combinatie hiervan
- andere klinisch relevante cardiale afwijkingen (bijvoorbeeld hartklepgebreken, hartfalen)
- geen AP of andere relevante cardiale afwijkingen

Indien er sprake is van SAP op basis van klinisch relevant coronairlijden, maakt de cardioloog (op basis van de anamnese en aanvullende diagnostiek) een inschatting of er sprake is van een hoogrisicopatiënt.

BEHANDELING

Voorlichting

De voorlichting die in de eerste en tweede lijn wordt gegeven, dient vergelijkbaar te zijn om verwarring bij de patiënt te voorkomen.

Omdat de 'syndroomdiagnose' nog te onzeker is, zal de cardioloog in principe als eerste uitleg en voorlichting geven aan de patiënt bij wie de ziektediagnose SAP is gesteld. Het behandeldoel wordt vervolgens vastgesteld in overleg met de patiënt en is gericht op:

- vermindering van de klachten
- verbetering van de inspanningstolerantie
- verbetering van de prognose door het zo veel mogelijk voorkomen van cardiale morbiditeit en sterfte

De adviezen (onder andere over leefstijl en medicatie) sluiten zo veel mogelijk aan bij de wensen, gewoonten en mogelijkheden van de patiënt. De huisarts of cardioloog informeert de patiënt over:

- aard en (vaak stabiele) beloop van de aandoening
- provocerende momenten (inspanning, emoties, kou, warmte)

Overige aandachtspunten bij de voorlichting:

- omgaan met werk
- psychosociale factoren
- seksuele activiteit
- bewegen of sporten
- het gebruik van medicatie
- alarmsymptomen die wijzen op ACS
- angsten of vragen van naasten

In aansluiting op de mondelinge voorlichting kan de arts (huisarts of cardioloog) de patiënt verwijzen naar de informatie over SAP op de NHG-publiekswaarsite [Thuisarts.nl](https://www.thuisarts.nl), die is gebaseerd op de [NHG-Standaard Stabiele angina pectoris](#). Op Thuisarts.nl vindt men ook informatie over ziekzijn en contact met de bedrijfsarts ('Ik ben ziek. Hoe zit het met contact met de bedrijfsarts?').

Zie voor lotgenotencontact en tips: [Harteraad](#).

Niet-medicamenteuze behandeling

Leefstijladviezen kunnen een positieve invloed hebben op de prognose van patiënten met SAP en de inspanningstolerantie van deze patiënten vergroten. De huisarts of de cardioloog geeft de patiënt leefstijladviezen over:

- niet roken
- gezonde voeding
- optimaal gewicht
- beperking alcoholconsumptie
- voldoende lichaamsbeweging

De leefstijladviezen over bewegen zijn afhankelijk van het inspanningsniveau waarbij angineuze klachten optreden, waarbij de arts rekening houdt met wat voor de betrokken patiënt een normale inspanning is.

Medicamenteuze behandeling

Na het stellen van de diagnose SAP op basis van klinisch relevant coronairlijden wordt gestart met medicatie.

De medicamenteuze behandeling van SAP bestaat uit:

- aanvalsbehandeling met nitraat sublinguaal;
- onderhoudsbehandeling: gebruik van bètablokker, calciumantagonist of eventueel langwerkend nitraat ter vermindering van de klachten door verbetering van de doorbloeding van het myocard of vermindering van de vraag naar zuurstof door het myocard;
- 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.

Bij meer dan twee aanvallen per week kan een onderhoudsbehandeling met bètablokker of calciumantagonist gestart worden. De keuze hangt af van comorbiditeit, 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](#)).

Zolang de patiënt onder behandeling is van de cardioloog, is deze verantwoordelijk voor het beleid. Dit betreft zowel het medicamenteuze als niet-medicamenteuze beleid (leefstijlmanagement).

Het heeft de voorkeur om bij regionale werkafspraken het hoofdbehandelaarschap vast te leggen als het gaat om cardiovasculair risicomanagement. Vaak is dit de huisarts, maar deze taak kan overgenomen worden als een andere hulpverlener (tijdelijk) hoofdbehandelaar wordt.

Het merendeel van de patiënten zal na evaluatie door de cardioloog snel terugverwezen worden naar de huisarts. De huisarts neemt de taken van de cardioloog dan weer over.

Voor het beleid bij CVRM wordt verwezen naar de [MDR CVRM 2019](#).

Hartrevalidatie

De cardioloog stelt de indicatie voor hartrevalidatie. Hartrevalidatie is met name effectief gebleken na een coronaire interventie. Zie voor indicaties voor verwijzing de [richtlijn van de ESC CCS 2019](#) en afspraken in de [NHG-Standaard Acuut coronair syndroom](#) en de [NHG-Standaard Stabiele angina pectoris](#). De huisarts verwijst naar cardioloog en/of bedrijfsarts bij ernstige psychische klachten of ernstige problemen met werkhervatting waarbij er een indicatie voor hartrevalidatie bestaat.

Revascularisatie

Hoogrisicopatiënten of patiënten die ondanks maximale medicamenteuze behandeling nog hinderlijke AP-klachten ervaren door klinisch relevant coronairlijden, komen in aanmerking voor een coronaire revascularisatie indien er epicardiale coronaire stenoses zijn. Afhankelijk van de bevindingen, zoals het aantal obstructies, de locatie ervan en eventueel aanwezige comorbiditeit, wordt gekozen voor een percutane coronaire interventie (PCI) of coronaire bypass chirurgie (CABG).



TERUGVERWIJZING VAN DE CARDIOLOOG NAAR DE HUISARTS

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 Acut coronair syndroom](#).



VERWIJZING VAN DE HUISARTS NAAR DE CARDIOLOOG IN DE CHRONISCHE FASE

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. Overigens is dan ook een verwijzing naar de bedrijfsarts gewenst. Bij patiënten met veel stress of angst door de SAP kan psychologische begeleiding aangewezen zijn.

SAMENWERKING HUISARTS EN CARDIOLOOG BIJ (TERUG) VERWIJZEN

Het is van belang dat de huisarts en de cardioloog helder met elkaar communiceren en dezelfde terminologie en definities hanteren. Afhankelijk van de behoefte van de patiënt en de situatie zal één van deze behandelaars optreden als aanspreekpunt (hoofdbehandelaar) voor de patiënt. Het verdient aanbeveling om per regio hierover afspraken te maken.

Zie ook: www.afsprakenhuisartsenspecialist.nl/home.

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

- 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

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

- 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. Hij adviseert de patiënt om een afspraak te maken bij de huisarts met een termijn wanneer dit moet gebeuren. De patiënt maakt zelf een afspraak bij de huisarts.

AANDACHTSPUNTEN VOOR BESPREKING IN DE REGIO

Voor optimale zorg voor de patiënt met (een vermoeden van) SAP wordt geadviseerd in de regio samenwerkingsafspraken te maken tussen huisartsen en cardiologen over goede zorg voor deze groep patiënten.

Aandachtspunten hierin zijn:

- ieders bereikbaarheid
- wachttijden
- laboratoriumonderzoek: welk onderzoek en wie vraagt het aan?
- verwijscriteria van eerste naar tweede lijn
- beëindigen van inspannings-ecg als eerste- of anderhalvelijnsdiagnostiek
- duidelijkheid over de specifieke inhoud van het diagnostische traject in de tweede lijn (gezien de regionale verschillen)
- hoofdbehandelaarschap (in de diagnostische en chronische fase)
- CVRM: (overdracht van) hoofdbehandelaarschap
- starten medicatie: wat en wanneer (aanvals- en/of onderhoudsmedicatie, en cardiovasculaire preventie)
- wensen ten aanzien van verwijs- en terugverwijsbrief
- terugverwijscriteria van tweede naar eerste lijn

Deze LTA wordt gebruikt als basis voor de uitwerking in verschillende regio's door middel van een NVVC Connect project 'pijn op de borst' (voorheen ACS) in 2020. Aanvullende informatie over deze projecten is te vinden op www.nvvcconnect.nl.

LITERATUUR

1. [NHG-Standaard Stabiele angina pectoris](#).
2. [NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement](#).
3. [NHG-Standaard Acuut coronair syndroom](#).
4. [LESA Rationeel aanvragen van laboratoriumdiagnostiek](#).
5. Knuuti J, Wijns W, Saraste A, Capodanno D, Barbato E, Funck-Brentano C, et al. 2019 ESC guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. Eur Heart J 2019.
6. NHG, NIV, NVVC. [Multidisciplinaire richtlijn \(MDR\) CVRM](#) (2018).
7. NICE. [Stable angina: management - Clinical guideline](#) [CG126] (2011). Geraadpleegd: 12-11-2019.
8. NICE. [Chest pain of recent onset: assesment and diagnosis - Clinical guideline](#) [CG95] (2016). Geraadpleegd: 12-11-2019.
9. Nielen MMJ, Hek K, Schermer TRJ. [Incidentie en prevalentie van gezondheidsproblemen in de Nederlandse huisartsenpraktijk in 2018](#). Uit: Nivel Zorgregistraties eerste lijn [internet]. 2019 [Laatst gewijzigd op 17-09-2019; geraadpleegd 20-11-2019].

VERANTWOORDING EN HERZIENING – TOTSTANDKOMING

BIJLAGE 1 - DEELNEMERS

Samenstelling werkgroep

In januari 2018 startte een multidisciplinaire werkgroep voor het ontwikkelen van deze LTA Stabiele angina pectoris.

- Namens de NVVC: dr. G.J. de Groot, cardioloog en voorzitter van de werkgroep; dr. R.L.G. Nijhuis, cardioloog; dr. P.W. Danse, cardioloog; dr. D. G. Keuken, senior beleidsadviseur.
- Namens het NHG: M.C.M. Loogman, huisarts en wetenschappelijk medewerker; dr. M. Bouma, huisarts n.p. en senior wetenschappelijk medewerker; prof. dr. F.H. Rutten, huisarts-onderzoeker; prof. dr. H. de Vries, huisarts; B.C.A.M. van Casteren-van Gils, huisarts en kaderhuisarts Hart- en vaatziekten.
- Namens Harteraad zat A. Kors-Walraven, Msc BA, in de werkgroep tot 1 juli 2019; zij werd opgevolgd door A. Auwerda.

Geraadpleegde verenigingen en experts:

De commentaarronde vond plaats in juli 2019. Er werd commentaar gevraagd aan:

- FMCC
- InEen
- LHV
- HartVaatHag
- Harteraad/Patiëntenfederatie Nederland
- NVVC
- Zinl
- ZN
- NVvR
- NHG

Lijst gebruikte afkortingen:

- **AP:** angina pectoris
- **SAP:** stabiele angina pectoris
- **HVZ:** hart- en vaatziekten
- **ACS:** acuut coronair syndroom
- **AMI:** acuut myocardinfarct
- **IAP:** instabiele angina pectoris
- **CTCA:** coronaire CT-angiografie
- **PCI:** percutane coronaire interventie
- **CABG:** Coronary Artery Bypass Grafting

- **DHP:** dihydropyridine-calciumantagonist
- **MHS:** Marburg Heart Score
- **CVRM:** cardiovasculair risicomanagement
- **CVA:** cerebrovasculair accident
- **ESC:** European Society of Cardiology
- **NICE:** National Institute for health and care excellence
- **FMCC:** Federatie Medisch Coördinerende Centra
- **HartVaatHAG:** De Hart- en Vaatziekten Huisartsen Advies Groep
- **LHV:** Landelijke Huisartsen Vereniging
- **NHG:** Nederlands Huisartsen Genootschap
- **NVHV:** Nederlandse Vereniging voor Hart en Vaat Verpleegkundigen
- **NVVC:** Nederlandse Vereniging voor Cardiologie
- **V&VN:** Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland
- **ZN:** Zorgverzekeraars Nederland

BIJLAGE 2 - KNELPUNTENLIJST

Voordat de werkgroep de Landelijke Transmurale Afspraak Stabiele angina pectoris (LTA SAP) heeft opgesteld, zijn betrokken partijen benaderd met de vraag waar in hun ogen de knelpunten liggen op het gebied van de transmurale zorg bij hartfalen. Partijen hebben hier hun achterban over benaderd en onderstaande knelpunten worden als belangrijk gekenmerkt. Bij het opstellen van de LTA zijn deze knelpunten als uitgangspunt genomen.

- Er zijn grote verschillen en variatie in toegepaste tests voor risicostratificatie en aanvullende diagnostiek. Wanneer is welke diagnostiek geïndiceerd bij patiënten met pijn op de borst en een vermoeden van een coronaire hartziekte in de eerste lijn?
- Welke patiënten met pijn op de borst met een vermoeden van een coronaire hartziekte moeten worden doorverwezen naar de tweede lijn (risico-inschatting, maximale medicamenteuze behandeling, noodzaak interventie)? Wat is de meerwaarde van verwijzing naar de tweede lijn?
- Er worden regionale verschillen in diagnostiek in de tweede lijn geconstateerd. Welke diagnostiek kan een patiënt met pijn op de borst met een vermoeden van een coronaire hartziekte verwachten bij verwijzing naar de tweede lijn?
- Patiënten worden lang doorbehandeld in de tweede lijn. Welke patiënt kan, op welke termijn, vanuit de tweede lijn terugverwezen worden naar de eerste lijn?
- De communicatie van de tweede naar de eerste lijn behoeft verbetering. Welke informatie dient er op welke termijn gecommuniceerd te worden van de tweede naar de eerste lijn (en vice versa)?
- Het beleid dat wordt verkondigd in de ESC-richtlijn voor cardiologen is niet direct toepasbaar op een eerstelijns populatie. Dit leidt tot miscommunicatie.
- De term SAP zou niet voldoen. Suggestie: pijn op de borst bij vermoeden van coronaire hartziekten.
- Is het haalbaar om het beleid bij subgroepen te beschrijven (ouderen, vrouwen, patiënten bekend met ACS)?

1. De aanbevelingen over de diagnostiek in de tweede lijn door de cardioloog zijn tot stand gekomen op basis van de ESC-richtlijn uit 2019 en zijn bedoeld om meer inzicht te geven in het handelen van de cardioloog. Momenteel werkt de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC) samen met de Nederlandse Vereniging voor Radiologie (NVvR) aan een aparte richtlijnmodule voor de diagnostiek in de tweede lijn. Dit om praktijkvariatie te verminderen, de kwaliteit te verbeteren en de doelmatigheid te optimaliseren. Na publicatie van dit document (verwacht in 2021) zal de LTA Stabiele angina pectoris, indien nodig, worden aangepast. Er zijn regionale verschillen in de toegepaste diagnostiek door de cardioloog bij vermoeden van angina pectoris, die deels te maken hebben met de expertise van de cardioloog en de diagnostische faciliteit van de zorginstelling.