

# Regionale Transmurale Afspraken Pijn op de Borst

Regio Zuid-Holland Noord



# 1. Inleiding

Pijn op de borst (POB) is een veelvoorkomende klacht en kan verschillende oorzaken hebben. Bij patiënten die naar de cardioloog zijn verwezen, wordt in 80% geen cardiale oorzaak van hun klacht gevonden. (Bron: [Landelijke leidraad zorgproces POB 2019](#)).

Het is dan ook goed hier op regionaal niveau afspraken over te maken.

Deze Regionale Transmurale Afspraken (RTA) zijn gebaseerd op de [NHG standaard Stabiele Angina Pectoris \(SAP\)](#), de [Landelijke Transmurale Afspraak \(LTA\) - SAP](#) opgesteld door NVVC, het NHG en Harteraad. De RTA is opgesteld door cardiologen en huisartsen uit de regio Zuid-Holland Noord (zie bijlage).

De RTA beschrijft de betrokken zorgverleners en verantwoordelijkheden, de diagnostiek, de verwijzing naar de tweede lijn en de terugverwijzing van de tweede naar de eerste lijn, behandeling en controles en voorlichting en informatievoorziening.

De samenwerking tussen huisarts en cardioloog is aan de hand van afspraken in deze RTA zodanig georganiseerd dat de huisarts en/of cardioloog de patiënt behandelt(en):

- door actief symptomen van POB zoveel als mogelijk te bestrijden om de kwaliteit van leven van de patiënt te verbeteren.
- door adequaat op te treden bij (acute) verslechtering waarbij de patiënt de juiste zorg op de juiste plaats krijgt.
- door optimale zorg te realiseren, om zo afname van morbiditeit (met de daarbij behorende ziekenhuisopnames) en mortaliteit te realiseren.



## 2. Begrippen

De beschrijvende term 'pijn op de borst' zal hieronder nader worden gespecificeerd:

### 2.1 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
- als 'ziektediagnose', veelal door de cardioloog, pijn op de borst a.g.v. ischemie door klinisch relevant coronairlijden, a.g.v. obstructie van epicardiale coronair-arteriën, spasme van de coronair-arteriën en/of microvasculair coronairlijden.

### 2.2 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).

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
- Atypische AP: aanwezigheid van twee van de drie bovenstaande kenmerken
- Aspecifieke thoracale klachten: aanwezigheid van één of geen van de bovenstaande kenmerken.

### 2.3 Acut coronair syndroom

Er is mogelijk sprake van een Acut coronair syndroom (ACS) indien de patiënt retrosternale klachten heeft, die in rust optreden en langer dan 15 minuten aanhouden. 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 Acut coronair syndroom.

### 3. Diagnostiek in 1e lijn

#### 4.1 Anamnese

Zie [NHG standaard Stabiele Angina Pectoris \(SAP\)](#)

#### 4.2 Lichamelijk en aanvullend onderzoek

- Meet polsfrequentie en bloeddruk.
- Ausculteer hart (frequentie, ritme, souffles) en longen

#### 4.3 Huisarts vraagt aanvullend onderzoek aan bestaande uit:

- Lab: Hb, TSH, glucose, lipidenprofiel, eGFR, natrium, kalium en ACR in urine.
- Voor het stellen danwel uitsluiten van de diagnose AP is het niet zinvol een rust-ECG te maken.
- In geval van een verwijzing wordt wel een ECG verricht, met name om andere cardiale pathologie te objectiveren. Indien mogelijk wordt het ECG gemaakt in de huisartsenpraktijk/1<sup>e</sup> lijn en meegezonden met de verwijzing.

#### 4.4 Beleid in afwachting van het behandeladvies of 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 trombocytens- aggregatieremmer en een statine). Daarnaast kan een bètablokker of calciumantagonist gegeven worden ter voorkoming van aanvallen.

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.

## 4. Verwijzen

### 5.1 Verwijsopties

- Patiënten met klachten passend bij typische en atypische angina pectoris:  
Verwijzing naar de cardioloog via Zorgdomein.
- Patiënten met aspecifieke thoracale pijnklachten:  
Deze patiënten worden in principe niet verwezen naar de cardioloog.  
Indien om moverende reden toch een beoordeling van een cardioloog gewenst wordt, dan kan interlijnsconsultatie, zoals teleconsultatie plaatsvinden.

### 5.2 Inhoud verwijzing

Via Zorgdomein voor beoordeling tweede lijn dan wel interlijnsconsultatie worden aan de cardioloog de volgende gegevens minimaal meegezonden:

- Klachtenpatroon
- Medische voorgeschiedenis
- Risicofactoren HVZ
- Lab: Hb, TSH, glucose, lipidenprofiel, eGFR, natrium, kalium en ACR in urine.  
Zo mogelijk een rust-ECG.

### 5.3 Advies interlijnsconsultatie door cardioloog

Cardioloog geeft op basis van de interlijnsconsultatie een advies aan de huisarts.



## 5. Evaluatie verwijzing

De cardioloog stelt een van de volgende diagnoses:

- Stabiele angina pectoris
- Andere klinisch relevante cardiale afwijkingen (bijvoorbeeld hartklepgebreken, hartfalen)
- Geen AP of andere relevante cardiale afwijkingen

### 6.1 Terugverwijzen van cardioloog naar huisarts (Bron LTA SAP)

De cardioloog verwijst na diagnostiek en behandeling 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. (de door de huisarts gestarte initiële medicamenteuze behandeling (zie 4.4) wordt gestopt bij het ontbreken van een indicatie hiervoor)
- patiënten met SAP die medicamenteus behandeld zijn (na maximaal 6 maanden) of een interventie (PCI of CABG) hebben ondergaan (na max 1 jaar) zonder klinisch relevante cardiale comorbiditeit (bijvoorbeeld chronisch hartfalen, klinisch relevant klepgebrek)

Cardioloog doet aan de hand van de HASP 2.0-criteria overdracht van patiëntgegevens door middel van een verslag aan huisarts over:

- de resultaten van de bevindingen en aanvullend onderzoek
- de ontslagdiagnose
- eventueel aanwezig (bijkomend) hartlijden
- overige diagnoses en cardiovasculair risicoprofiel
- de verrichte behandeling/interventies en het verwachte beloop
- zo concreet mogelijk behandeladvies en gewenst vervolgsbeleid .

De cardioloog informeert de patiënt over de terugverwijzing naar de huisarts en adviseert de patiënt om een afspraak te maken bij de huisarts met een termijn waarop dit moet gebeuren.

De patiënt maakt zelf een afspraak bij de huisarts.

De huisarts draagt zorg voor een surveillancesysteem om te zorgen dat deze patiënten niet tussen wal en schip vallen.

## 6. Behandeling in 2e lijn POB op basis van coronairlijden

De mogelijkheden voor behandeling in de 2e lijn: zie LTA SAP

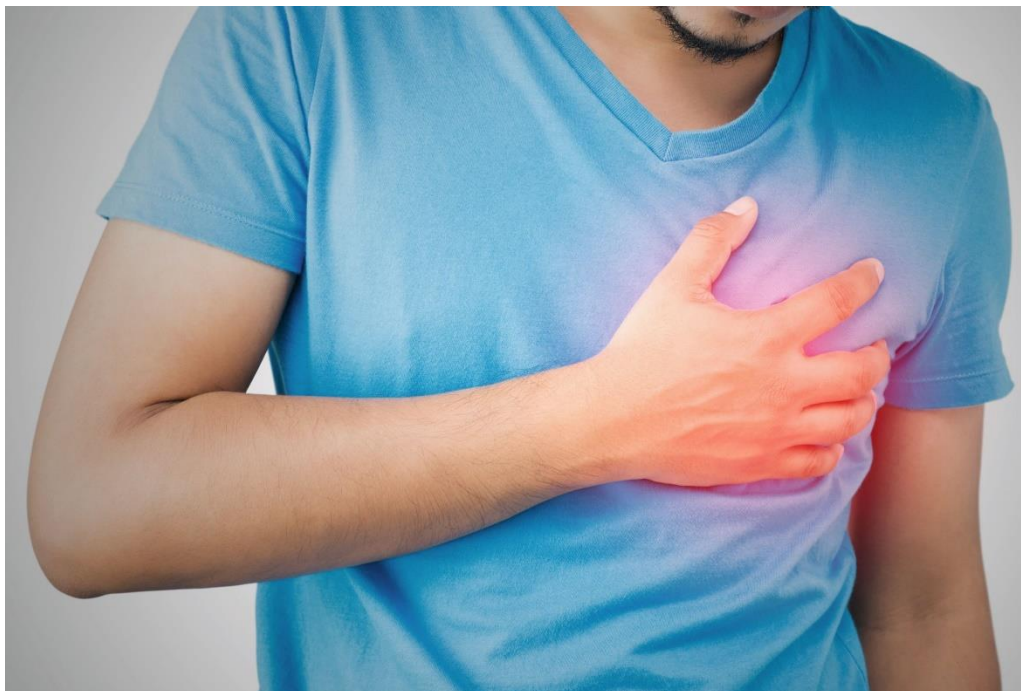
## 7. Behandeling in 1e lijn POB op basis van coronairlijden

De mogelijkheden voor behandeling in de 1e lijn: zie [NHG standaard Stabiele Angina Pectoris \(SAP\)](#)

- Overweeg inclusie in ketenzorg CVRM !
- Bij twijfel over de therapie kan interlijnsconsultatie, zoals teleconsultatie via Zorgdomein, plaatsvinden.

## 8. Behandeling in 1e lijn POB zonder coronairlijden

De mogelijkheden voor behandeling in de 1e lijn: zie [Richtlijn Pijn op de Borst zonder obstructief coronairlijden](#) van het NvC.



## Bijlage 1 Deelnemers

Samenstelling werkgroep:

Tobias Bonten (huisarts en epidemioloog)

Paul van Dijkman (cardioloog LUMC)

Huug van Duijn (kaderhuisarts hart- en vaatziekten)

Joost de Leeuw (cardioloog Alrijne Zorggroep)

Hans Marc Siebelink (cardioloog LUMC)

Wouter Tietge (cardioloog Alrijne Zorggroep)

Sabine Mira Ferrer (adviseur Reos i.o. Knooppunt Ketenzorg)