

Samenvattingskaart M43

Stabiele angina pectoris M43 (februari 2004)

BEGRIPPEN

De standaard geeft richtlijnen over diagnostiek en beleid bij stabiele angina pectoris (AP); voor diagnostiek en beleid bij instabiele angina pectoris wordt verwezen naar de [standaard Acuut coronair syndroom \(ACS\)](#). Onder instabiele AP (IAP) wordt verstaan: AP in rust; AP korter dan twee maanden die ernstig of frequent is; AP waarbij de klachten duidelijk vaker, ernstiger, langduriger of bij minder inspanning optreden dan voorheen; en AP die optreedt binnen 2 weken na een acuut myocardinfarct of binnen 2 weken na een percutane coronaire interventie.

RICHTLIJNEN DIAGNOSTIEK

Anamnese

Vraag bij vermoeden van angina pectoris naar:

- aard, lokalisatie, uitstraling en frequentie van optreden van de klachten (pijn, beklemming);
- uitlokkende factoren (zoals inspanning, emoties, kou, warmte; maakt stabiele AP waarschijnlijk);
- begeleidende vegetatieve verschijnselen (zoals zweten, misselijkheid, bleek gelaat, angst, onrust; pleit voor ernstige ischemie (ACS));
- duur van de klachten (bij stabiele AP duren klachten in de regel minutenlang);
- hoe lang de klachten bestaan (klachten korter dan 2 maanden, die tevens ernstig zijn of frequent optreden, passen bij IAP);
- hart- en vaatziekten in de voorgeschiedenis of in de familie (bij eerstegraads familieleden voor het 60ste levensjaar; dit verhoogt de kans op belangrijke coronairsclerose).

Ga de overige risicofactoren voor coronairsclerose na, zoals roken, diabetes mellitus, hypertensie en een verhoogd cholesterolgehalte.

Vraag om de ernst van de klachten te bepalen naar:

- mate van inspanning waarbij klachten optreden (klachten bij geringe inspanning wijzen op ernstige ischemie);
- een eventuele recente verergering: frequentietoename, optreden bij een lager inspanningsniveau of langere duur van de aanvallen (sterke toename van de angineuze klachten pleit voor IAP).

Inventariseer medicatiegebruik, comorbiditeit, en intoxicaties.

De kans op belangrijke coronairsclerose is groter bij hogere leeftijd en mannelijk geslacht. Bij ouderen, vrouwen en patiënten met diabetes mellitus kan het klachtenpatroon minder duidelijk zijn.

Laat bij een onduidelijke anamnese een klachtendagboek bijhouden.

Lichamelijk onderzoek

- pols;
- bloeddruk;
- auscultatie hart: frequentie, ritme, souffles;
- auscultatie longen (crepitaties passend bij hartfalen).

Evaluatie

Typische angina pectoris (AP) wordt gekenmerkt door de volgende 3 symptomen:

- retrosternale klachten (beklemming, drukkend, samensnoerend gevoel op de borst);
- provocatie van klachten door inspanning of emoties;
- verdwijnen van klachten in rust en/of door sublinguale nitraten binnen 2-15 minuten.

Bij aanwezigheid van 2 van deze 3 symptomen is er 'atypische' AP.

Op grond van de aard van de pijn (typische AP, atypische AP of aspecifieke thoracale pijn), leeftijd en geslacht wordt een inschatting gemaakt van de kans op belangrijke coronairsclerose. In grote lijnen geldt: patiënten met typische AP hebben een grote kans; patiënten met aspecifieke thoracale pijn een kleine kans en patiënten met atypische AP een intermediaire kans, ruwweg tussen de 30% en 70%.

Aanvullend onderzoek

Bij vermoeden van anemie of hyperthyreoïdie (tachycardie): Hb en TSH.

Bij patiënten met een grote kans op belangrijke coronairsclerose (typische AP): een rust-ECG, omdat dit informatie kan geven over de prognose (oud infarct).

Bij patiënten met een intermediaire kans op belangrijke coronairsclerose (met name atypische AP): een rust-ECG en een inspannings-ECG. Dit kan meer zekerheid geven over de diagnose.

RICHTLIJNEN BELEID

Bespreek met patiënt het behandelingsdoel: klachtenvrij zijn of klachten van acceptabele frequentie en ernst.

Voorlichting

Informeer de patiënt over:

- aard en (stabiele) beloop van de aandoening;
- provocerende momenten (inspanning, emoties, kou, warmte);
- leefregels en behandelingsmogelijkheden ter vermindering van de klachten en verbetering van de prognose;
- alarmsymptomen (instabiele AP of acuut myocardinfarct).

Niet-medicamenteuze behandeling

- stoppen met roken;
- veel bewegen;
- voeding conform de richtlijnen goede voeding;
- bij een Quetelet-index >25 streven naar 10% gewichtsreductie;
- beperking alcoholconsumptie (maximaal 2 EH per dag).

Medicamenteuze behandeling

Aanvalsbehandeling:

- Isosorbidedinitraat (ISDN) 5 mg sublinguaal; eventueel 2 keer herhalen na 5 resp. 10 minuten. Waarschuw na 15 minuten de huisarts bij aanhoudende klachten.

Preventieve plaatjesremming:

- Acetylsalicylzuur 1 dd 80 mg.

Onderhoudsbehandeling monotherapie (aanvalsbehandeling met ISDN voortzetten):

- Bij >2 aanvallen per week: metoprolol 100 tot 200 mg in 2 doses per dag, of met gereguleerde afgifte eenmaal daags. Start laag en verhoog geleidelijk in enkele weken. Streef naar hartfrequentie van 50 à 60 slagen/min.
- Bij bijwerkingen of contra-indicaties voor bètablokkers: langwerkende nitraten, bijvoorbeeld isosorbidedimonittraat met gereguleerde afgifte 1 dd 50-60 mg; bij ouderen minder. Start met 1dd 25-30 mg en verhoog in enkele dagen. Eenmaal daags doseren i.v.m. voorkomen nitraattolerantie.
- Derde keus is diltiazem 3-4 dd 60 mg (met gereguleerde afgifte 2 dd 90-120 mg of 1 dd 200-300 mg).

Combinatiebehandeling (aanvalsbehandeling met ISDN voortzetten):

- Bij klachten ondanks optimale dosering van één medicament. Combineer bètablokker en langwerkende nitraten met gereguleerde afgifte.

Daarnaast:

- bloeddruk goed regelen;
- een hypercholesterolemie adequaat behandelen;
- patiënten met diabetes mellitus type 2 goed instellen.

Controles

Wekelijks tot stabiele instelling, daarna niet meer noodzakelijk. Bespreek beloop, klachten en vragen van de patiënt, werking en bijwerkingen van geneesmiddelen, risicofactoren, de leefregels en de alarmsymptomen. Meet de bloeddruk en de hartfrequentie.

Consultatie/verwijzing

- bij angineuze klachten die niet binnen 15 minuten afnemen in rust of na behandeling met nitraten (ACS met klachten in rust): met spoed (zie [NHG-Standaard Acuut coronair syndroom](#));
- bij instabiele AP zonder klachten in rust: binnen 24 uur;
- bij angineuze klachten die ondanks combinatiebehandeling met twee middelen blijven bestaan en aanzienlijke beperkingen geven in het dagelijks leven;
- patiënten met een kans tussen de 30% en 70% (atypische AP) op belangrijke coronairsclerose, bij wie een inspanningstest niet mogelijk is op medische gronden of omdat vrije toegang niet tot mogelijkheden behoort;
- patiënten bij wie tijdens een inspanningstest forse afwijkingen worden vastgesteld, zoals een lage maximale inspanningscapaciteit en forse inspanningsgeïnduceerde ischemie;
- AP-patiënten met chronisch hartfalen in de voorgeschiedenis.