

Doelstellingen

Afstemming rondom diagnostiek, (medicamenteuze) behandeling, consultatie/verwijzing en berichtgeving rondom patiënten met coronairlijden in de 1^{ste}, 2^{de} en 3^{de} lijn (incl. ambulancedienst).

Definitie coronairlijden

Coronairlijden omvat:

- **ST SEGMENT ELEVATIE MYOCARD INFARCT (STEMI):** Patiënten met een hartinfarct (meestal met pijn op de borst met uitstraling en vegetatieve verschijnselen) **met** ST-segment elevatie op het ECG en **met** stijging van de cardiale biomarkers in het bloed.
- **NON-ST SEGMENT ELEVATIE MYOCARD INFARCT (NSTE-ACS):** Patiënten met een hartinfarct (meestal met pijn op de borst met uitstraling en vegetatieve verschijnselen) **zonder** ST-segment elevatie op het ECG en **met** stijging van de cardiale biomarkers in het bloed.
- **INSTABIELE ANGINA PECTORIS:** Borstklachten, al dan niet met vegetatieve verschijnselen en uitstraling in rust of bij steeds geringer wordende inspanningen en **zonder** stijging van de cardiale biomarkers in het bloed.
- **STABIELE ANGINA PECTORIS:** Borstklachten bij bepaalde mate van inspanning niet toenemende in ernst of frequentie van optreden en verdwijnend in rust en/of na sublinguale nitraten.
- **STIL INFARCT:** In retrospect vaststellen van een hartinfarct dat niet is opgemerkt door de patiënt.

Beleid 1^{ste} lijn

a. Anamnese

Anamnese:

- Aard en duur van de klachten;
- Omstandigheden waaronder klachten optreden.

b. Initieel en aanvullend onderzoek

Lichamelijk onderzoek:

- Auscultatie van hart en longen, polsfrequentie, bloeddruk, controle van oedemen in voeten en enkels.

Eventueel aanvullend onderzoek:

- Labonderzoek (minimaal lipidspectrum, glucose, mineralen, nierfunctie, Hb, Ht en TSH (screen)). Een inspannings-ECG wordt niet standaard verricht.

c. Behandeling huisarts

In geval van stabiele angina pectoris behoudt de huisarts de vrijheid om zelf te behandelen. In dat geval dient minimaal een ECG in rust te zijn gemaakt en vakkundig beoordeeld.

Behandeling bestaat uit het uitvoeren van leefstijlinterventies volgens het CVRM programma.

Medicatie bestaat uit:

1. Acetylsalicylzuur;
2. Statine;
3. Bètablokker, calciumantagonist en/of langwerkend nitraat;
4. Nitrospray.

Binnen 1 á 2 weken na het starten van de medicatie komt de patiënt bij de huisarts ter evaluatie. Indien medicamenteuze therapie succesvol is en de patiënt geen klachten meer ondervindt wordt de patiënt geadviseerd om opgenomen te worden in het CVRM programma.

d. Verwijzing naar 2^{de} lijn

SPOED:

- Bij verdenking ACS (IAP, STEMI of NSTEMI-ACS) dient patiënt na telefonisch overleg verwezen te worden naar de EHH van het ziekenhuis, middels ambulance.

ELECTIEF:

- Verwijzing naar de 2^{de} lijn indien er onzekerheid over de diagnose is (wel/geen AP);
- Daarnaast ook verwijzing bij een sterk belaste familiegeschiedenis met plotse hartdood op jonge leeftijd (verwijzing cardioloog).

Benodigde informatie bij electieve verwijzing:

- Anamnese en lichamelijk onderzoek;
- Cardiovasculaire risicofactoren (o.a. roken, diabetes mellitus, hypercholesterolemie, hypertensie, familiale belasting, zwangerschapshypertensie, nierinsufficiëntie);
- Voorgeschiedenis;
- Huidige medicatie;
- Uitslagen aanvullend onderzoek;
- Vermelding van niet-reanimeren beleid.

Informatievoorziening dient aan de richtlijn Informatie-Uitwisseling tussen Huisarts en Medisch Specialist te voldoen (richtlijn HASP)¹.

Bij aanhoudende en herkenbare AP klachten **zonder** reactie op nitrospray dient de patiënt in deze situatie 112 te bellen. Indien **wel** reactie op nitrospray dient er overleg met de huisarts plaats te vinden of eerdere controle bij specialist noodzakelijk is.

Beleid Ambulancedienst

a. STEMI

Bij STEMI:

- Contact opnemen met PCI-centrum.

Volgens de regionale richtlijnen geldt de volgende oplaadmedicatie:

- ASA 320 mg, Ticagrelor 180 mg en ongefractioneerde heparine (UFH) 5000 internationale eenheid (IU).

b. NSTEMI-ACS/IAP

Bij NSTEMI-ACS / IAP:

- Contact opnemen met eigen ziekenhuis van patiënt (Eerste Hart Hulp).

¹ Nederlands Huisartsen Genootschap & Federatie Medisch Specialisten: *Richtlijn informatie-uitwisseling tussen huisarts en medisch specialist (HASP)*: benaderbaar via <https://www.nhg.org/themas/publicaties/richtlijn-informatie-uitwisseling-tussen-huisarts-en-specialist-hasp>

Volgens de regionale richtlijnen geldt de volgende oplaadmedicatie:

- ASA 320 mg, Nitroglycerine.

Beleid 2^{de} lijn

a. Anamnese en initieel onderzoek

- Anamnese: o.a. beloop klachten, lokalisatie, risicofactoren;
- Lichamelijk onderzoek: o.a. controle ademhaling, bloeddruk, hartritme;
- Aanvullend onderzoek: ECG en eventueel verder aanvullend onderzoek.

SPOED:

- Labonderzoek: (minimaal) ASAT, ALAT, CK, CK-MB, troponine, kalium, kreatinine, Hb, LDH en CRP.

ELECTIEF:

- Labonderzoek: lipidespectrum, glucose, mineralen, nierfunctie, Hb, Ht en TSH (screen);
- Eventueel verder aanvullend onderzoek. Een echocardiogram, X-thorax of inspannings-ECG wordt alleen op indicatie verricht.

b. Behandeling

De initiële therapie in de acute fase voor de behandeling van coronairlijden betreft:

Oplaadmedicatie:

- **STEMI:** ASA 320 mg (evt. aspegic 500 mg iv), Ticagrelor 180 mg, UFH 5000 IU;
- **NSTE-ACS/IAP:** ASA 320 mg (evt. aspegic 500 mg iv) en Fondaparinux 2,5 mg sc.

Golden 5 medicatie:

- ACE-remmers, bètablokkers, statine, en trombocytten aggregatie remmers DAPT: Dual Antiplatelet therapy (Ticagrelor en acetylsalicylzuur).

Patiënten worden geïnformeerd over de voor- en nadelen van optimale medicamenteuze behandeling. Een invasieve behandeling bij niet hoog risico patiënten wordt pas verricht bij falen van optimale medicamenteuze behandeling.

Een CAG wordt verricht als de kans op invasieve behandeling aannemelijk is.

Hartrevalidatie wordt aangeboden bij elke interventie aan het hart en kan ook worden aangeboden bij patiënten met stabiele angina pectoris klachten indien deze vorm van zorg vergoed blijft worden.

c. Terugverwijzing 1^{ste} lijn

Bij stabiel coronairlijden:

- Patiënt met een goede linkerventrikelfunctie kan worden terugverwezen naar de 1^{ste} lijn na 9 – 12 maanden;
- Patiënt medicamenteus behandeld voor AP (patiënt goed/stabiel ingesteld op medicatie);
- Er geen behandelopties zijn binnen de 2^{de} lijn / palliatief beleid.

Onderstaande informatie dient vermeld te worden in de verwijsbrief:

- Diagnose;
- Ingezette behandeling (incl. uitgevoerde procedures);

- Uitgevoerde leefstijlinterventies;
- Streefwaarde (o.a. LDL gehalte ≤ 1.8 mmol/l, en bloeddruk 130/80mmHg, ongeacht leeftijd);
- Uitslag van laatste lab;
- Medicatie (eventueel met stopdatum);
- Gemaakte afspraken / uitgangspunten;
- Niet-reanimeren beleid (indien besproken en/of van toepassing).

Na ontslag bij de cardioloog dient de patiënt, indien nodig, opgenomen te worden in het CVRM protocol in de eerste lijn. Dit dient ook vermeld te worden in de verwijfsbrief.

d. Shared Care

In het kader van Shared Care waarbij de cardioloog zich richt op het orgaanlijden en de huisarts het CVRM (volgens RTA CVRM), mag de patiënt voor het CVRM eerder worden terugverwezen naar de eerste lijn dan het tot nu toe gangbare jaar post-event. Terugverwijzingsmomenten kunnen bijvoorbeeld na de eerste poli controle (4-8 weken post-event) zijn, of na de afsluiting van de hartrevalidatie.

Deze terugverwijzing gaat gepaard met een brief van de cardioloog waarin de voor de desbetreffende patiënt geldende streefwaarden in staan (RR, LDL). De huisarts of de POH zal vervolgens binnen 4 weken contact opnemen met de patiënt om het CVRM programma op te starten.

e. Doorverwijzing 3^{de} lijn

SPOED:

- STEMI: via ambulance protocol.
- NSTE-ACS: hoog risicopatiënt ook via ambulance protocol en/of via voorkeur regionaal ziekenhuis.

Benodigde informatie bij SPOED verwijzing:

- Zo uitgebreid mogelijk qua informatie (bijv. uitgevoerd ECG, anamnese, lichamelijk onderzoek, lab (indien uitgevoerd));
- Er vindt altijd telefonisch overleg met Catharina Ziekenhuis plaats bij het insturen van patiënten.

ELECTIEF:

- NSTE-ACS: laag risicopatiënt
 - o Patiënt die gekatheteriseerd is in het eigen ziekenhuis en waarvoor een interventie noodzakelijk is;
 - o Hiervoor wordt een voorstel bij hartteam (middels een brief) ingediend.

Benodigde informatie bij ELECTIEVE verwijzing:

- Voorgeschiedenis;
- Anamnese;
- Lichamelijk onderzoek;
- ECG;
- Labonderzoek volgens de minimale dataset van het Catharina Ziekenhuis Eindhoven;
- Relevante beeldvormende onderzoeken en overige aanvullende onderzoeken;
- Conclusie en beleid;
- Medicatie.

Beleid 3^{de} lijn

a. Interventies

Interventies:

- Dotterbehandeling (PCI);
- Bypassoperatie (CABG).

b. Terugverwijzing 2^{de} lijn

SPOED:

- PCI: na de interventie wordt patiënt meteen terugverwezen naar eigen ziekenhuis, indien de patiënt hemodynamisch en respiratoir stabiel is;
- Terugverwijzen vanuit de 3^{de} lijn gebeurt altijd in overleg met het verwijzend ziekenhuis (2^{de} lijn).

ELECTIEF:

- CABG: nadat patiënt enkele dagen postoperatief stabiel is, wordt patiënt terugverwezen naar eigen ziekenhuis;
- Terugverwijzen vanuit de 3^{de} lijn gebeurt altijd in overleg met het verwijzend ziekenhuis (2^{de} lijn).
 - o Indien er complicaties zijn, dient dit gemeld te worden aan het eigen ziekenhuis.
 - o Indien er complicaties in het natraject ontstaan, dient dit gemeld te worden aan het tertiair centrum.
- PCI: Na interventie vindt indien mogelijk (en anders overplaatsen in overleg met eigen cardioloog) ontslag plaats uit het PCI centrum (naar thuissituatie);
 - o Vervolgens verloopt de procedure via de polikliniek van het eigen ziekenhuis (2^{de} lijn).

De benodigde informatie bij terugverwijzing naar de 2^{de} lijn (zowel bij SPOED als ELECTIEVE patiënt):

- Brief met procedure en medicatie;
- Eventuele complicaties benoemen.

Deze beschrijving is opgesteld door het netwerk coronairlijden van het Nederlands Hart Netwerk. Hierbij zijn betrokken:

Namens huisartsen en zorggroepen:

Eleana Zhang, huisarts, zorggroep Stroomz

Miriam van der Kolk, Stafmedewerker Zorg & CVRM, Pozob

Namens cardiologen:

Rutger Haest, cardioloog, Anna Ziekenhuis

Eric Heijmen, cardioloog, Elkerliek ziekenhuis

Tom Vromen, cardioloog, Máxima MC

Inge Wijnbergen, cardioloog, Catharina Ziekenhuis (voorzitter)

Namens de ambulancedienst:

Arjan Koks, MPA ambulancezorg

Namens NHN:

Jeroen van de Pol, projectleider / onderzoeker NHN

Referenten: trombosediensten, thuiszorg, apothekers.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit rapport mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotocopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het Nederlands Hart Netwerk.

© 2026 Nederlands Hart Netwerk

Bijlage A Triage verdenking ACS RTA coronairlijden

Triage verdenking ACS

a. Doelstelling

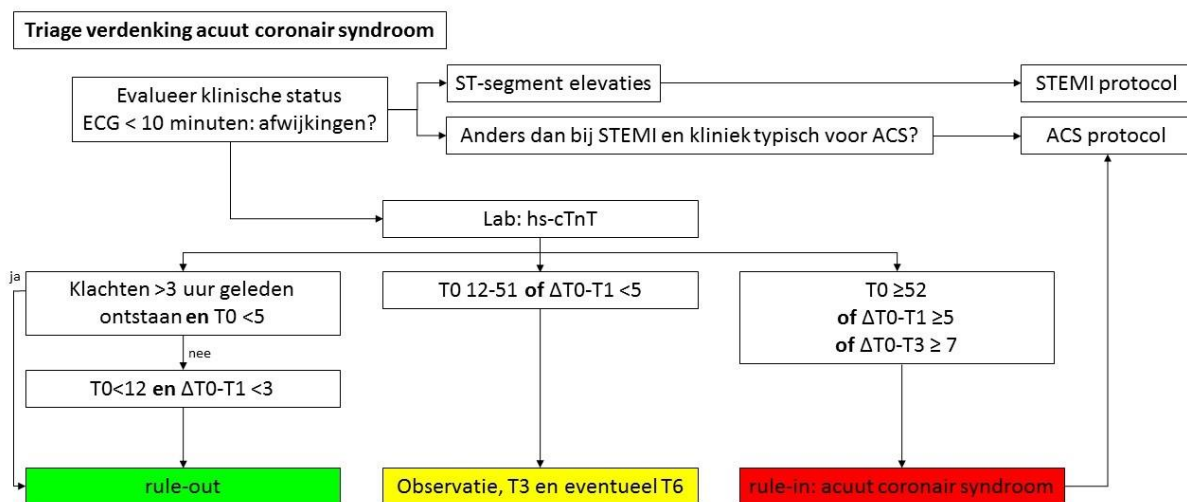
Triage verdenking ACS en behandeling.

b. Uitvoerenden

Artsen.

Verpleegkundigen.

c. Werkwijze



Het protocol geldt als de klachten >1 uur geleden zijn ontstaan, tenzij anders aangegeven

Algemeen

a. Definitie

Het acuut coronair syndroom (ACS) is de verzamelnaam voor verschillende aandoeningen; STsegment-elevatie myocardinfarct (STEMI), Non-ST-segment-elevatie myocardinfarct (NSTEMI) en instabiele angina pectoris (IAP). Dit protocol beschrijft het handelen bij ACS. Voor diagnostiek zie voorgaand figuur.

b. Risico stratificatie

De GRACE score dient bij alle NSTEMI /IAP patiënten in het EPD ingevuld te worden!

- Een GRACE score (in-hospital mortality) van >140 is geassocieerd met een hoog risico. Van een laag risico wordt gesproken bij patiënten met een GRACE score <108. De uitkomst van de score kan helpen om het verdere beleid, m.n. de noodzaak en timing van invasieve diagnostiek te bepalen.
- Maak gebruik van een GRACE-score calculator.

Invasieve diagnostiek (CAG)

- Afhankelijk van de kliniek en risicoprofiel (GRACE score) kan een routinematige of selectieve invasieve strategie gekozen worden. In het geval van een INR >3.5, onbegrepen anemie en/of actieve infectie dient overwogen te worden om de invasieve diagnostiek uit te stellen.
- NB: Een wijziging op de voorgaande versie van dit ACS protocol is dat DOAC/VKA doorgegeven mag worden bij een klinisch CAG voor een ACS, *mits de verwachting is dat een CAG via de a. radialis mogelijk is en de INR <3.5 (in geval van gebruik van een VKA)*. Controleer dit bij lichamelijk onderzoek en in beschikbare CAG/CABG verslagen. Vermeld dit vervolgens in de opnamestatus. Overleg bij twijfel met de supervisor.

Behandeling per ACS groep in de acute fase

a. STEMI

Antitrombotische behandeling voor CAG

Start antitrombotische behandeling in de acute fase zo vroeg mogelijk, bij voorkeur in de ambulance of anders zo spoedig mogelijk in het ziekenhuis (doorgaans SEH/EHH of hartbewaking).

- Acetylsalicylzuur 1x 320mg (4 tabletten van 80 mg).
- P2Y12-remmer: Ticagrelor 1x 180 mg (2 tabletten van 90 mg).
- 5000 IE heparine i.v.

Timing CAG

Er wordt zo spoedig mogelijk een CAG (<2 uur) en primaire PCI verricht.

Antistolling behandeling na CAG/PCI:

Zie hieronder

b. NSTEMI en Instabiele Angina Pectoris

Antitrombotische behandeling voor CAG

Start antitrombotische behandeling in de acute fase zo vroeg mogelijk, bij voorkeur in de ambulance of anders zo spoedig mogelijk in het ziekenhuis (doorgaans SEH/EHH of hartbewaking).

- Acetylsalicylzuur 1x 320mg (4 tabletten van 80 mg).
- Fondaparinux 1x 2.5 mg s.c., tenzij de patiënt al een DOAC of VKA (door)gebruikt.
 - Maximale behandelduur is 8 dagen.
- Fondaparinux is gecontra-indiceerd bij een eGFR < 20 ml/min/1.73m². Gebruik als alternatief dalteparine.

Op indicatie:

- P2Y12-remmers: wordt niet standaard mee opgeladen (indien verwachting dat CAG/PCI <24 uur plaatsvindt). Patiënten die (initieel) conservatief worden behandeld worden wel direct met een P2Y12-remmer (ticagrelor, of bij reeds DOAC/VKA gebruik: clopidogrel) opgeladen.

(D)OAC: Bij ACS patiënten die thuis reeds een (D)OAC gebruikten, hoeft dit niet voor een klinisch CAG onderbroken te worden.

- Uitzonderingen:
 - Gebruik OAC en INR > 3.5 bij een procedure via de a. radialis.
 - Gebruik OAC en INR > 2.0 bij een procedure via de a. femoralis.
 - Gebruik DOAC en procedure via de a. femoralis.

In deze gevallen wordt een (D)OAC wel vooraf gestopt tot streefwaarde INR bereikt is of DOAC lang genoeg gestaakt.

Op de HCK:

- Na CAG, voorafgaande van een ad-hoc PCI wordt op de HCK opgeladen met ticagrelor 180 mg.
- Bij patiënten met (D)OAC wordt opgeladen met clopidogrel 600 mg.

Timing CAG

- Het CAG dient enkel direct (<2 uur) verricht te worden bij een zeer hoog risico (*refractaire klachten, hemodynamische instabiliteit, geassocieerd hartfalen of ventriculaire tachyritmieën*).
- In alle andere gevallen wordt er een order voor een CAG binnen 24 uur gemaakt, m.n. bij een GRACE >140. Indien logistiek niet mogelijk kan dit CAG veilig tot 72 uur uitgesteld worden.
- Een eerst conservatief beleid (*CAG enkel bij bijv. falen van medicamenteuze therapie*) kan overwogen worden bij een laag risico (GRACE score <108) of hoge leeftijd/frailty. Bij een laag risico ACS kan ook niet-invasieve beeldvorming (CT) overwogen worden.

Antistolling behandeling na CAG/PCI:

Zie hieronder.

c. Toelichting antistolling

Bij STEMI ongefractioneerde heparine 5.000 IE i.v. In de praktijk wordt dit reeds in de ambulance gegeven. Zo niet, dient dit alsnog in het ziekenhuis gegeven te worden.

Bij NSTEMI/IAP Fondaparinux 1x 2.5 mg s.c. Dit wordt standaard toegediend, tenzij patiënt al een (D)OAC (door)gebruikt.

- Maximale behandelduur met Fondaparinux is 8 dagen.
- Fondaparinux is gecontra-indiceerd bij een eGFR < 20 ml/min/1.73m². Gebruik als alternatief dalteparine.

Na CAG/PCI is er geen indicatie voor het continueren van therapeutisch antistolling. Denk bij bijvoorbeeld bedlegerigheid wel aan profylactisch LMWH.

d. Nabehandeling met GP2b3a remmers (Aggrastat)

Aggrastat (Tirofiban ®) is een reversibele GP2b3a receptorantagonist en daarmee een krachtige trombocytenuitstroomremmer. Na het staken herstelt de trombocytenuitstroomfunctie <8 uur.

Aggrastat wordt gestart op de HCK bij een gecompliceerde PCI, no-reflow fenomeen of hoge trombusload. Het wordt altijd naast DAPT gegeven. Aggrastat kan gegeven worden als een bolus op de HCK, of nadien worden gecontinueerd voor 6/12/24 uur, afhankelijk van instructies van de interventiecardioloog.

Arteriële sheath verwijderen:

- Radialis sheaths kunnen verwijderd worden tijdens behandeling met Aggrastat
- Een femoralis sheath kan 3 uur na het staken van Aggrastat verwijderd worden, tenzij een Angioseal mogelijk is. Een reden om de sheath eerder te verwijderen is forse lekkage langs de sheath. Dan is extra lang afdrukken geïndiceerd.

e. Nabehandeling met Cangrelor

Cangrelor is een intraveneuze P2Y₁₂ remmer die binnen enkele minuten werkt. Na het staken herstelt de trombocytenuitstroomfunctie <1 uur. Cangrelor wordt op de HCK gestart, bijvoorbeeld als een patiënt niet opgeladen is met een andere P2Y₁₂ remmer.

Overzetten naar orale P2Y₁₂ remmers:

- Ticagrelor/prasugrel: oraal opladen 30 minuten vóór of direct aansluitend op de cangrelor infusie.
- Clopidogrel: oraal opladen ná de cangrelor infusie. Tijdens cangrelor behandeling zijn alle P2Y₁₂ receptoren bezet en clopidogrel heeft maar een korte biologische beschikbaarheid.

Patiënten niet overzetten naar orale P2Y₁₂ remmers als patiënt een CABG moet ondergaan. In dit geval wordt cangrelor langer gecontinueerd of wordt tot de operatie tijdelijk geen P2Y₁₂ remmer gegeven.

f. Duur van DAPT en switch tussen P2Y12-remmers

Algemeen: STEMI en NSTEMI-ACS: DAPT 12 maanden, waarna de P2Y12-remmer kan worden gestaakt.

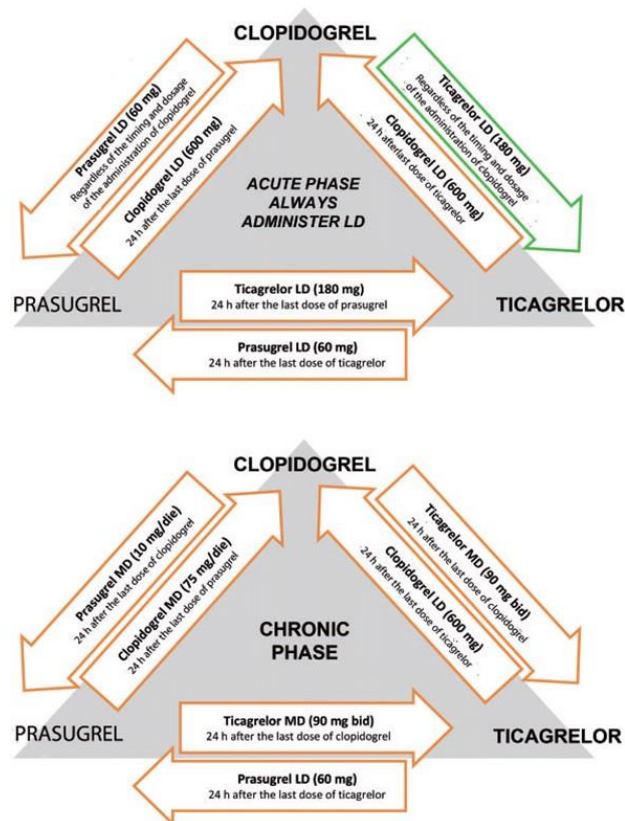
NB: triple therapie zie hieronder.

In geval van PCI dient de interventiecardioloog de minimale duur van DAPT aan te geven.

- Verkorte DAPT duur. Bij patiënten met een hoog bloedingsrisico (e.g. anemie, eerdere bloeding, hoge leeftijd, nierfunctiestoornissen, valrisico) moet overwogen worden kortere DAPT tot 6 maanden (i.p.v. 12 maanden) te geven. Om het bloedingsrisico te objectiveren kan gebruikt gemaakt worden van de PRECISE-DAPT calculator.
- Verlengde DAPT duur. Bij patiënten waarbij het ischemisch / trombotisch risico hoger wordt ingeschat dan het bloedingsrisico kan DAPT langer dan standaard (dus langer dan een jaar) worden gecontinueerd. Denk hierbij aan patiënten met stent trombose, PCI van een venegraft, lang stenttraject, diabetes met diffuus coronairlijden etc. De keus om DAPT langer te continueren hoeft uiteraard pas na een jaar gemaakt te worden (dus op de polikliniek) en onder de voorwaarde dat zich tijdens follow-up geen bloedingen hebben voorgedaan. Om deze afweging gemakkelijker te maken kan gebruik worden gemaakt van de DAPT score.

Communicatie en voorlichting naar de patiënt is essentieel. Ook communicatie naar de verwijzer en huisarts zijn cruciaal. Zorg ervoor dat de duur van DAPT en/of van triple therapie daarom duidelijk in de ontslagbrief wordt vermeld.

Voor switch tussen P2Y12-remmer (bijv. in geval van bijwerkingen of start DOAC), zie onderstaand figuur.



f. Triple of duale therapie met (N)OAC

Indien er geen PCI verricht is (zgn. medicamenteus behandeld ACS) wordt er enkel duale therapie met (D)OAC en clopidogrel voorgeschreven.

Patiënten met ACS die een PCI ondergaan en die reeds behandeld worden met een DOAC (e.g. atriumfibrilleren) of vitamine K antagonisten (e.g. mechanoprothese, mitralisstenose), hebben een indicatie voor triple therapie met (D)OAC, ASA en clopidogrel.

Triple therapie is echter geassocieerd met een 2- tot 3 maal hoger bloedingrisico t.o.v. DAPT. Aangezien bloeding sterk geassocieerd is met slechtere uitkomsten inclusief verhoogde mortaliteit, wordt het aanbevolen triple therapie zo kort mogelijk te houden of in geselecteerde gevallen (bij conservatief behandeld ACS, zonder PCI/stent) enkel te behandelen met dubbele therapie met (D)OAC en clopidogrel.

Patiënten die worden opgenomen met een ACS en reeds een (D)OAC gebruiken, dienen niet direct met triple therapie behandeld te worden (zie eerdere afweging voor wel/geen voorbehandeling met P2Y12-remmer). Na CAG moet besloten worden of patiënt inderdaad met triple therapie inclusief aspirine behandeld moet worden en moet goed onderbouwd in de status genoteerd worden.

- Standaard duur voor triple therapie bij ACS behandeld met een PCI is 1 week, waarna de aspirine kan worden gestaakt. Clopidogrel wordt in principe voor totaal 12 maanden doorgegeven, en na 12 maanden kan volstaan worden met (D)OAC mono therapie.

Bij twijfel over beleid t.a.v antistolling i.c.m. DAPT laagdrempelig overleg met supervisor of interventiecardioloog die PCI heeft verricht. Wees je er van bewust dat behandeling met triple therapie een hoog (bloedings)risico geeft.

Afwijkende duur bij triple therapie. Op indicatie kan overwogen worden om triple therapie langer dan een week, tot 1 maand post PCI te geven (zie verlengde DAPT duur). Hiervoor bestaan geen risico calculators.

g. Denk bij ontslag aan

- ASA 1dd 80mg, P2Y12-remmer 12 maanden, statine, bèta-blokker, ACE-remmer (of ARB) en op indicatie een SGLT-2 remmer (bij DM2 en/of hartfalen).
- Protonpompremmer bij DAPT gebruik: bij verhoogd bloedingsrisico (dus indien ≥ 65 jaar, maagbloeding of ulcus of H. pylori in voorgeschiedenis, steroïdengebruik, chronisch NSAID gebruik, (D)OAC).
- Aanmelden hartrevalidatie.
- Poliklinisch echo cor (tenzij klinisch noodzakelijk).
- Bij een beperkt NSTEMI zonder enzymatische stijging hoeft poliklinisch geen standaard echo gemaakt te worden.

Tenslotte: van dit protocol kan uiteraard onderbouwd afgeweken worden.

De genoemde waarden van labuitslagen zijn niet altijd diagnostisch, denk bijvoorbeeld aan patiënten met nierfunctiestoornissen.

Literatuur

1. Byrne RA, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. *Eur Heart J*. 2023 Aug 25;ehad191.
2. Montalescot G, et al. Pretreatment with prasugrel in non-ST-segment elevation acute coronary syndromes; ACCOAST trial. *N Engl J Med*. 2013 Sep 12;369(11):999-1010.
3. Dworeck C, et al. Association of Pretreatment With P2Y12 Receptor Antagonists Preceding Percutaneous Coronary Intervention in Non–ST-Segment Elevation Acute Coronary Syndromes With Outcomes; SCAAR trial. *JAMA Netw Open*. 2020;3(10):e2018735.
4. Schüpke S, et al. Ticagrelor or Prasugrel in Patients with Acute Coronary Syndromes; ISAR-REACT 5 trial. *N Engl J Med*. 2019 Oct 17;381(16):1524-1534.
5. Costa F, et al. Derivation and validation of the predicting bleeding complications in patients undergoing stent implantation and subsequent dual antiplatelet therapy (PRECISE-DAPT) score: a pooled analysis of individual-patient datasets from clinical trials. *Lancet*. 2017 Mar 11;389(10073):1025-1034.
6. Yeh RW, et al. Development and Validation of a Prediction Rule for Benefit and Harm of Dual Antiplatelet Therapy Beyond 1 Year After Percutaneous Coronary Intervention. *JAMA*. 2016 Apr 26;315(16):1735-49.
7. Yasuda S, et al. Antithrombotic therapy for atrial fibrillation with stable coronary disease. *N Engl J Med* 2019;381:1103–1113.
8. Valgimigli M, et al. Dual antiplatelet therapy after PCI in patients at high bleeding risk. *N Engl J Med* 2021;385:1643–1655.
9. Smits PC, et al. Abbreviated antiplatelet therapy in patients at high bleeding risk with or without oral anticoagulant therapy after coronary stenting: an open-label, randomized, controlled trial. *Circulation* 2021;144:1196–1211.
10. Yusuf S, et al. Comparison of fondaparinux and enoxaparin in acute coronary syndromes. *N Engl J Med*. 2006 Apr 6;354(14):1464-76.
11. Steg PG, et al. Effect of cangrelor on periprocedural outcomes in percutaneous coronary interventions: a pooled analysis of patient-level data. *Lancet* 2013;382:1981–1992.

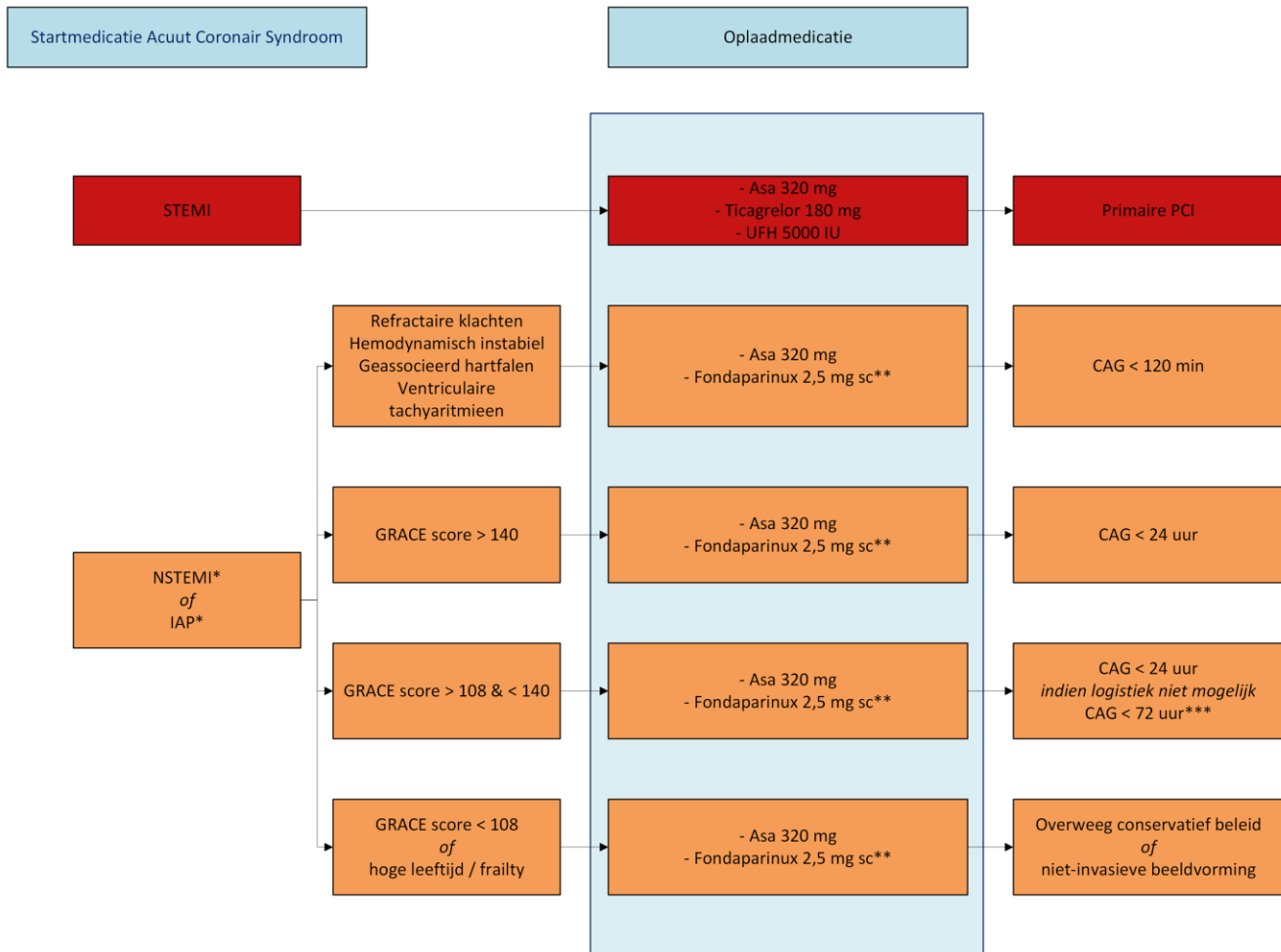
a. beoordelaars

Dr. I.W. Wijnbergen, Cardioloog Catharina Ziekenhuis
Dr. T. Vromen, Cardioloog Máxima MC
R.J.P. Haest, Cardioloog Anna Ziekenhuis
H.P.C.M. Heijmen, Cardioloog Elkerliek Ziekenhuis
E. Zhang, Huisarts StroomZ
M. van der Kolk, stafmedewerker zorg CVRM, Pozob
Mw. S.J.W. Wessels-Basten, Apotheker
Dhr. V. Scharnhorst, Klinisch chemicus

Bijlage B Startmedicatie en strategie ACS

RTA Coronairlijden

Startmedicatie en strategie ACS



* Bij ACS patiënten die thuis reeds een (D)OAC gebruikten, hoeft dit niet voor een klinisch CAG onderbroken te worden. Uitzonderingen waarbij (D)OAC wel vooraf gestopt wordt:
 Gebruik OAC & INR > 3.5 bij procedure via a. radialis / Gebruik OAC en INR > 2.0 bij procedure via a. femoralis / Gebruik DOAC en procedure A. femoralis

**Tenzij patiënt al een (D)OAC (door)gebruikt. Contra-indicatie bij eGFR <20 ml/min/1.73m². Gebruik als alternatief dalteparine.

*** Indien verwachting dat CAG/PCI > 24 uur plaatsvindt, worden patiënten opgeladen met een P2Y12-remmer (ticagrelor of bij DOAC/VKA gebruik clopidogrel)