

Acuut coronair syndroom

29 augustus 2024

© Tijdschrift voor Geneeskunde en Gezondheidszorg

Welke dosis acetylsalicylzuur moet je toedienen bij een acuut coronair syndroom in de eerste lijn?

- a. Minimaal 160 mg per os, tenzij de patiënt dit al chronisch inneemt
- b. **Minimaal 160 mg per os, ook als de patiënt dit al chronisch inneemt**
- c. Minimaal 320 mg per os, tenzij de patiënt dit al chronisch inneemt
- d. Minimaal 320 mg per os, ook als de patiënt dit al chronisch inneemt

Bij patiënten met acuut thoracaal discomfort, beschreven als pijn, druk, spanning of een brandend gevoel, moet men een acuut coronair syndroom (ACS) vermoeden. Ook dyspneu, epigastrische pijn en pijn in de linkerarm kunnen tekenen zijn. De klinische presentatie kan echter variëren (diabetici, man versus vrouw). De huisarts stelt een tentatieve diagnose (bij voorkeur inclusief een 12-afleidingen-ecg) en zorgt voor de snelle aanwezigheid van een reanimatieteam met een defibrillator en een snel transport naar het ziekenhuis voor gespecialiseerde interventies. In afwachting van de aankomst van de mobiele urgentiegroep (MUG) moet de patiënt inspanning vermijden en acetylsalicylzuur krijgen. Ook zuurstof en opiaten kunnen eventueel toegediend worden. Nitraten behoren niet meer tot de standaardbehandeling van ACS door de huisarts gezien de mogelijke risico's en het ontbreken van wetenschappelijk bewijs.

Tenzij er een majeure tegenaanwijzing bestaat, zoals een allergie voor acetylsalicylzuur (anafylaxie, angio-oedeem), moet de patiënt zo snel mogelijk oraal acetylsalicylzuur toegediend krijgen. Dit geldt ook voor patiënten die dit reeds chronisch innemen. Er bestaat bewijs (met matige zekerheid) dat acetylsalicylzuur een klinisch relevant effect heeft op majeure cardiovasculaire bijwerkingen zonder toename van ernstige bloedingen. In vergelijking met in-hospitaaltoediening ervan leidt prehospitale vroegtijdige toediening tot een mortaliteitsreductie (lage zekerheid van bewijs).

Opiaten zijn enkel aangewezen bij ernstige, persisterende pijnklachten. Morfine leidt namelijk tot pijnreductie (hoge zekerheid van bewijs), maar mogelijke

negatieve effecten zijn niet uitgesloten (recurrerend myocardinfarct, verhoogde in-hospitaalmortaliteit en majeure cardiovasculaire bijwerkingen). Vanwege het vertraagde effect draagt intramusculaire toediening niet de voorkeur. Bij oudere en verzwakte patiënten moet men de aanbevolen dosis halveren.

Lees het hele artikel om te achterhalen wat de volledige aanbevelingen zijn bij een acuut coronair syndroom en wat zeker in je urgentietrouse moet zitten.



Meer weten over dit onderwerp?

Bekijk dan de oorspronkelijke bijdrage in TvGG:

[Aanbevelingen voor de behandeling van urgente aandoeningen in de eerste lijn: acuut cardiogeen longoedeem, acuut coronair syndroom en hypoglykemie met verminderd bewustzijn](#)

Auteur(s): S. VAN CAUWENBERGH, H. CLOETENS, P. CALLE, J. VAN DER MULLEN,
M. GOOSSENS, P. VAN ROYEN
DOI: 10.47671/TVG.79.23.056

Deze publicatie bevat illustraties, foto's, afbeeldingen, lay-out van documenten, grafische ontwerpen, tekst, lettertypen en andere informatie (hierna "Inhoud" genoemd). Deze publicatie en alle Inhoud zijn het auteursrechtelijk eigendom van Tijdschrift voor Geneeskunde vzw. Alle rechten op deze Inhoud zijn wereldwijd voorbehouden. Het is strikt verboden de Inhoud of een deel daarvan te behouden, kopiëren, distribueren, publiceren, of gebruiken zonder voorafgaande en uitdrukkelijke toestemming van Tijdschrift voor Geneeskunde vzw.