

Patiënt met vermoeden van NSTEMI-ACS (via verhaal, kliniek en ECG)

Initiële hs-cTnT

<0.012 µg/L

0.013-0.051 µg/L

>0.052 µg/L

Regel n°1: bepaal in principe **geén** cTnT zonder klinisch vermoeden ACS (kan soms wél nuttig zijn in de diagnose en opvolging van pericarditis, CHF, ...)

Is ACS meest waarschijnlijke diagnose?

Nee

Ja

Pijn ontstaan >1h voordien

Nee

Ja

ACS erg onwaarschijnlijk
Overweeg ambulante functionele testen.

Hemolyse van het staal kan in lage regionen de interpretatie bemoeilijken: kijk naar vrij Hb! Herbepaal dan staal.

Herhaal hs-cTnT na 1h
(na 3h als pijn <1h voordien)

Overweeg alternatieve diagnose en volg enkel bij échte rsp hs-cTnT op 3h

$\Delta\text{TnT} \leq 10\%$
of $\Delta < 0.003 \mu\text{g/L}$

$\Delta\text{TnT} 10-50\%$
of $\Delta < 0.005 \mu\text{g/L}$

$\Delta\text{TnT} \geq 50\%$
of $\Delta > 0.005 \mu\text{g/L}$

$\Delta\text{TnT} < 20\%$
of $\Delta < 0.010 \mu\text{g/L}$

$\Delta\text{TnT} \geq 20\%$

ACS onwaarschijnlijk
Herhaal hs-cTnT op 3 uur als toch klinisch verdacht. Overweeg alternatieve diagnose.

klinisch erg verdacht

ACS waarschijnlijk
Opname op cardio voor invasief nazicht. Bij onduidelijke kliniek: overleg supervisie.

Hou rekening met erg frequente **type II myocardiinfarcten** (pos TnT bij O2 aanbod/ vraag onevenwicht, cfr VKF, anemie, stress,...): **geén** cathé of P2Y12 geïndiceerd

Patiënten bij wie de diagnose van ACS (erg) onwaarschijnlijk is, kunnen nog steeds CAD hebben. Verdere investigaties & risicostratificatie kunnen nog steeds nodig zijn. Sommige dames kunnen een ACS hebben zonder gestegen hs-cTnT.

Andere aandoeningen waarbij hs-cTnT positief kan zijn: Cardiaal niet-ACS (hartfalen, myo(pericarditis, hypertrofie, dissectie, cardiale heilkunde, aritmieën, defibrillatie,...), Pulmonair (Embolie, COPD opstoot, pneumonie,...), Sepsis (érg frequent!), Beperkte nierfunctie, Hypothyroïdie, CVA of hersenbloeding, Trauma, ernstige perifere spierziekte,.....

NSTE-ACS

Erg hoog risico (hemodynamisch en/of elektrisch instabiel, persisterende verdachte pijn, dynamische Δ ECG, acuut HF)

Plan urgente cathé (<2h)

Matig risico (hs-cTnT positief, cfr apart schema)

Plan cathé <24h

Laag risico ("onstabiele angor", hs-cTnT repetitief negatief)

Plan cathé <72h zo erg verdacht

Functionele test of CaCT (ev ambulant)

Aspirine 160 mg po (laten stuk bijten; IV zo niet mogelijk)

UFHeparine 5000E iv bij plan (snel) invasief nazicht

Arixtra 2.5 mg sc 1/d als niet meteen cathé (stop na PCI)

P2Y₁₂: géén standaard opladen vóór invasief nazicht (ESC 2020 klasse III aanbeveling) bij snel geplande coronarografie
P2Y₁₂ alleen op spoed opladen overwegen zo géén tegenindicatie, erg klinisch verdacht op ACS en laag bleedingsrisico, positieve troponin en geen snelle coronarografie gepland (i.e. nacht, WE, klinische tegenindicatie voor KT...)

PCI - Opladen P2Y₁₂ op cathé

CABG

Conservatief

Aspirine 80 mg/d (DAPT zie aparte schema's)

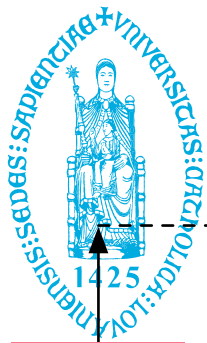
Ticagrelor 2x90 mg/d ongeacht revascularisatie (PCI of CABG) of niet
Prasugrel enkel zo PCI (10 mg; 5 mg als >75j en/of <60 kg, nooit als voorgeschiedenis van TIA/CVA)
Clopidogrel als alternatief (75 mg/d) bij erg hoog bleedingsrisico (bvb hoogbejaard, (D)OAC,...)

Colchicine 0,5 mg éénmaal daags, start binnen de 3 dagen na MI (in afwezigheid van nierinsufficiëntie)

TTE, lipidenpanel, HbA1c, intake cardiale revalidatie **voor** ontslag
Statine+ezetimibe combo (streef LDL-C <55 mg/dL, <40 mg/dL zo repetitieve events → zie apart schema)

Risico ↑↑
Diabetes
CNI
EF<40%
Recente PCI
Gekend CAD
*GRACE 109-140

Geen rechts
radiale puncties
of arteriële lijnen,
en niet "oplijnen"
tenzij shock+++
Ook geen infuus
aan rechter
onderarm/pols



Klachten/kliniek verdacht voor acuut **STEMI** - sedert <12h, of na 12-24h zo vermoeden persisterende ischemie

ECG op **SPOED** moet binnen **de 10 min**
na eerste medisch contact

ECG in **MUG** diagnostisch: activeer cathé

ASAP
maar zeker
≤60 min
24/7

Aspirine 160 mg - Prasugrel 60 mg of
Ticagrelor 180 mg, crushed of orodispersible
Heparine 5000 IE

asap transfer IRCC

Geen radiale puncties of
arteriële lijnen, en niet
“oplijnen” tenzij shock+++
Ook **geen infuus** aan
(rechter) onderarm/pols

Primaire PCI (radiaal)

Conservatief

CABG

UFH (tot 70 IE/kg), ACT 250 (-300)
Cangrelor zo orale P2Y₁₂ niet mogelijk (bvb shock)

Opname (p)CCU
(monitoring in principe ≥24h)

Transfer verwijzend centrum
(kan <12-24h zo stabiel)

Medicatie toediening
mag **transfer** niet
vertragen, kan ev. ook
bij/na PCI gegeven
worden

Aspirine - Prasugrel 10 mg (5 mg >75j of <67 kg) of Ticagrelor 2x90 mg (zie schema's)
Clopidogrel bij hoog bleedingsrisico (bvb OAC) overwegen

Colchicine 0,5 mg éénmaal daags, start binnen de 3 dagen na MI (in afwezigheid van nierinsufficiëntie)

TTE, lipidenpanel, HbA1c, intake cardiale revalidatie **voor** ontslag
Statine+ezetimibe combo (streef LDL-C <55 mg/dL, <40 mg/dL zo repetitieve events → zie apart schema)

LDL-cholesterol aanpak in secundaire preventie

ESC 2019 Richtlijnen (Mach et al EHJ 2020)

Andere cardiovasculair event/ingreep in de voorbije twee jaar
(zelfde of ander type, zoals CVA, PAD, ACS, PCI,...)

Nee

Ja

LDL-C <55 mg/dL
én ≥ 50% reductie

LDL-C <55, optioneel <40 mg/dL
én ≥ 50% reductie

Dit betekent dat de meeste patiënten (LDL baseline >115/120 pakweg) hier
(minstens) hoge-intensiteit statine plus ezetimibe nodig zullen hebben

Te verwachten effect van je ingestelde therapie :

Therapie

Gemiddelde LDL daling

Matige intensiteit statine
(10-20 atorva, 5-10 rosuva)

≈ 30%

Hoge intensiteit statine
(40-80 atorva, 20-40 rosuva)

≈ 50%

Hoge intensiteit statine plus
ezetimibe

≈ 65%

Go high to Go low

Streef naar **snelle** LDL daling (al bij ontslag, dus geen optritratie-schema's bij voorkeur) (Schubert et al EHJ 2021)

Rosuvastatine plus ezetemibe : Suvezen 10/20 of 10/40

(alternatief Myrosor maar geen 10/40 beschikbaar, of Atozet (atorva/ezetimibe 10/40 - 10/80 maar via Bf attest))

Bij laag baseline LDL-C kan atorva (40-80) of rosuva (20-40) eventueel volstaan

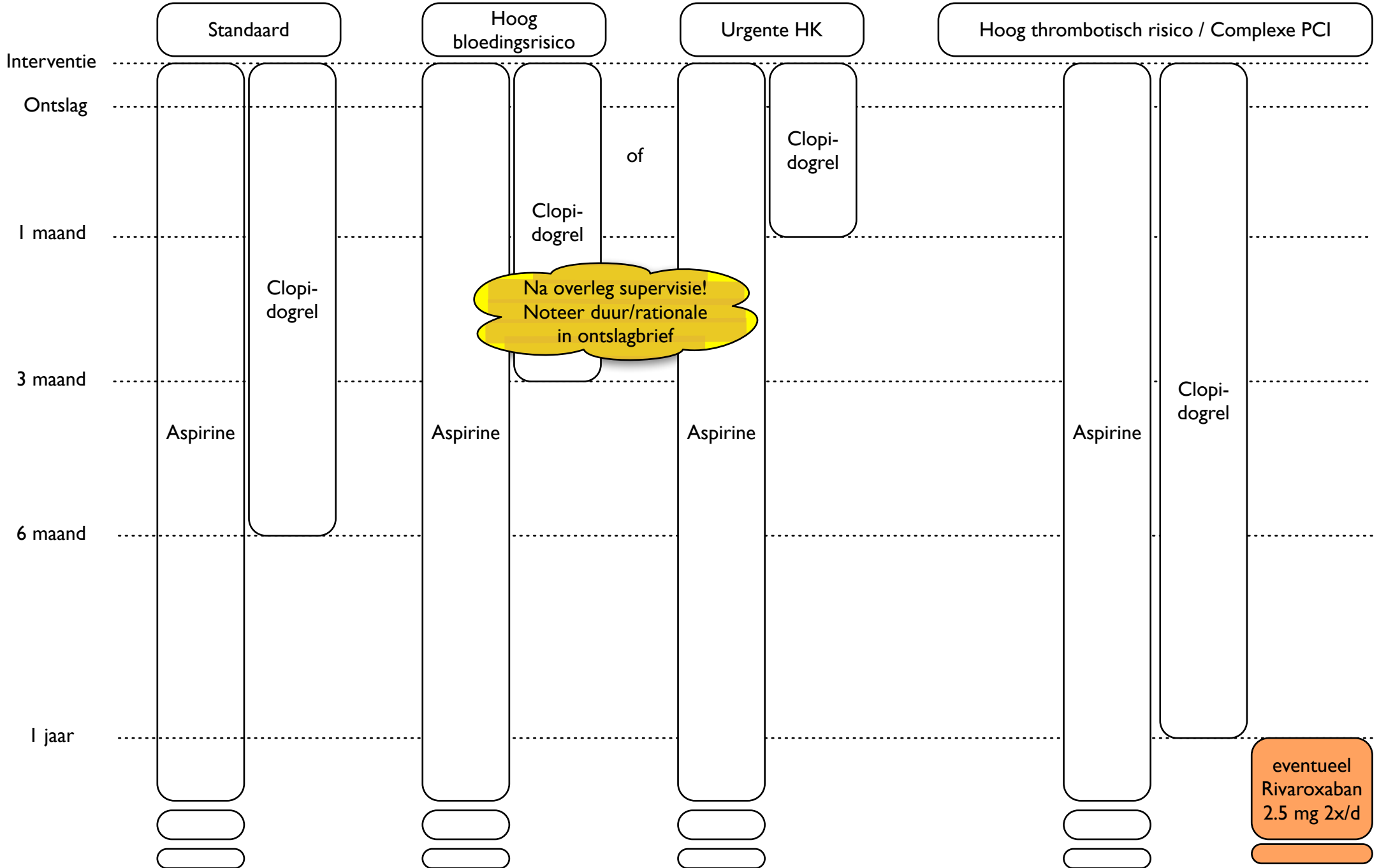
Bij CHD < 55j en/of LDL > 180 mg/dL denk aan FH (test genetisch! optie PCSK9 inhibitor)

Heel lage LDL-C waarden zijn VEILIG, **niet** aangewezen om intensiteit therapie aan te passen !



Antiplatelettherapie

PCI voor Chronisch Coronair Syndroom





Antiplatelet therapy

Acute Coronary Syndrome & PCI

Standaard

Hoog bloedingsrisico - opties

Hoog thrombotisch risico / Complexe PCI

Interventie

Ontslag

1 maand

3 maand

6 maand

1 jaar

Aspirine

Ticagrelor
Prasugrel

Aspirine

Clopidogrel
Ticagrelor

Aspirine

Ticagrelor
Prasugrel

Aspirine

Ticagrelor
Prasugrel

Na overleg supervisie!
Noteer duur/rationale
in ontslagbrief

Herstart
ASA

eventueel
Rivaroxaban
2.5 mg 2x/d

Antiplatelet therapy

Preventive atrial fibrillation with OAC & PCI

