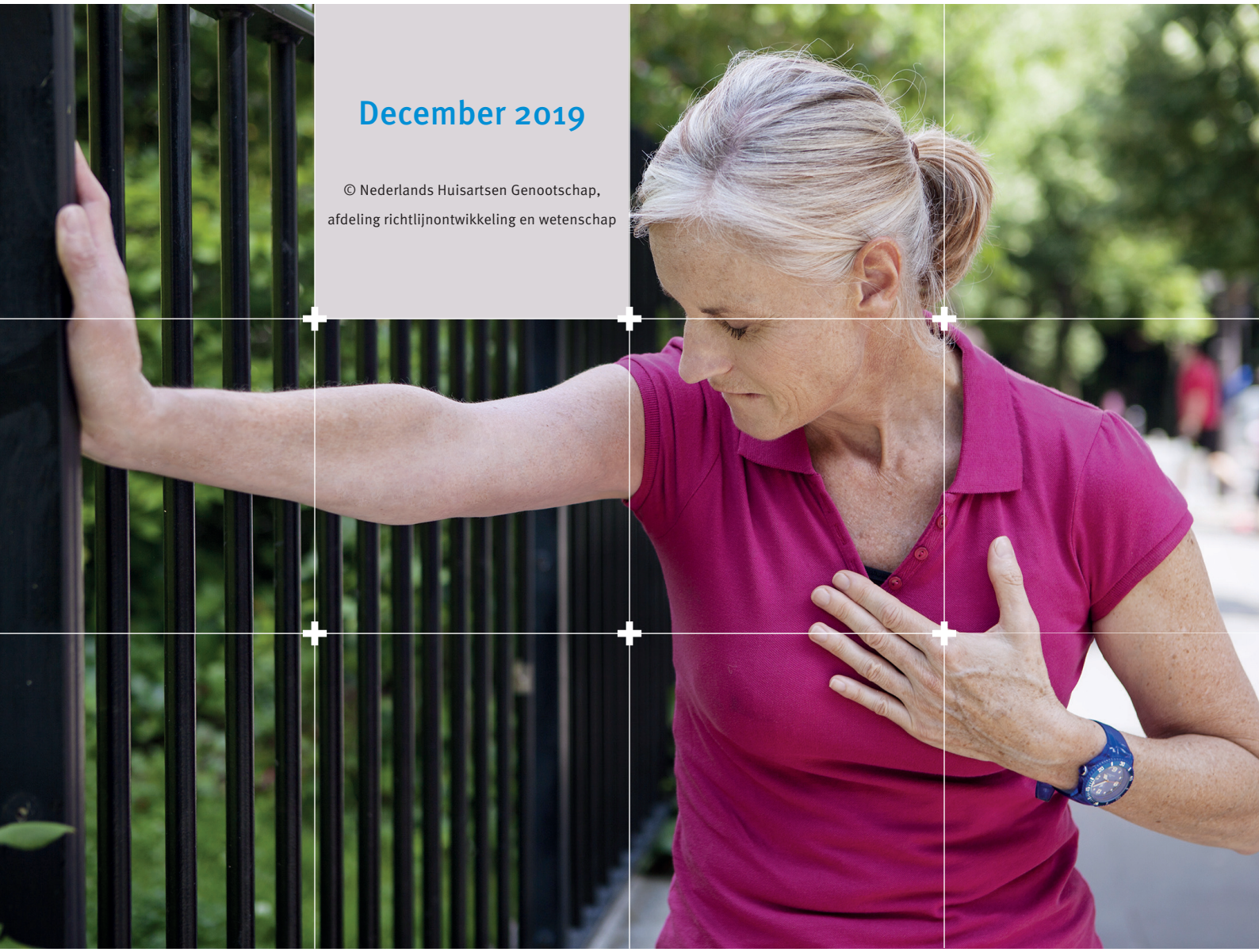
Totstandkoming en methoden

NHG-Standaard Stabiele angina pectoris (M43)



December 2019

© Nederlands Huisartsen Genootschap,
afdeling richtlijnontwikkeling en wetenschap

Nederlands
Huisartsen
Genootschap

Inhoudsopgave

1 Samenstelling werkgroep **3**

2 Inleiding **4**

2.1 Doel van de standaard 4
2.2 Afbakening van het onderwerp 4
2.3 Werkwijze 4
2.4 Gebruikers van de richtlijn 5
2.5 Betrokkenheid beroepsorganisaties 5
2.6 Betrokkenheid patiëntenvertegenwoordigers 5
2.7 Presentatie 5
2.8 Implementatie 5
2.9 Juridische status van richtlijnen 5
2.10 Delegeren van taken 6
2.11 Belangenverstrengeling 6
2.12 Financiering 6

3 Methoden **7**

3.1 Voorbereidingsfase 7
3.1.1 Knelpuntenanalyse 7
3.1.2 Opstellen van uitgangsvragen 7
3.2 Ontwikkelingsfase 7
3.2.1 Zoekstrategie en selectie van literatuur 7
3.2.2 NICE-richtlijnen Chest pain of recent onset: assessment and diagnosis (2016) en Stable angina: management (2011) 8
3.2.3 Beoordeling en gradering van het wetenschappelijke bewijs 8
3.2.4 Doelmatigheid 9
3.2.5 Synthese van bewijs en opstellen van aanbevelingen 9
3.3 Commentaar- en autorisatiefase 9
3.4 Procedure voor herziening 10

Referenties **11**

BIJLAGEN **12**

Bijlage 1 Uitgangsvragen 12
Bijlage 2 Zoekstrategieën 14
Bijlage 3 Prisma stroomdiagram per uitgangsvraag 16
Uitgangsvraag 2 – Marburg Heart Score 16

1 Samenstelling werkgroep

Werkgroeplid	Affiliatie/instelling
Dr. Margriet Bouma	Senior wetenschappelijk medewerker NHG, huisarts n.p.
Dr. Greetje de Grooth	Cardioloog, namens NVVC
Prof. dr. Henk de Vries	Emeritus hoogleraar Huisartsgeneeskunde, huisarts
Masja Loogman	Wetenschappelijk medewerker NHG, huisarts
Prof. dr. Frans Rutten	Hoogleraar Huisartsgeneeskunde, huisarts
Bernadette van Casteren	Kaderhuisarts Hart- en vaatziekten
Dr. Maureen van den Donk	Wetenschappelijk medewerker NHG, epidemioloog

De werkgroep werd ondersteund door de volgende medewerkers van het NHG:
- Lian Hielkema, medisch informatiespecialist
- Monique Verduijn, senior wetenschappelijk medewerker Farmacotherapie
- Carolien Hooymans, wetenschappelijk medewerker Farmacotherapie
- Swanet Woldhuis, hoofd afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap
- Michael Kijser, huisarts, wetenschappelijk medewerker afdeling Implementatie
- Vroon Pigmans, huisarts, senior wetenschappelijk medewerker afdeling Implementatie
- Lies Jansen, secretaresse

2 Inleiding

2.1 Doel van de standaard

De NHG-Standaard Stabiele angina pectoris geeft richtlijnen voor de huisarts voor de diagnostiek en behandeling van patiënten met een vermoeden van stabiele angina pectoris. Het doel is verbetering van de diagnostiek, vermindering van de klachten, verbetering van de inspanningstolerantie en verbetering van de prognose door het zoveel mogelijk voorkómen van een acuut coronair syndroom (ACS) en (cardiale) sterfte.

2.2 Afbakening van het onderwerp

De NHG-Standaard Stabiele angina pectoris geeft richtlijnen voor de diagnostiek en het beleid bij patiënten met een vermoeden van stabiele angina pectoris binnen de huisartsenpraktijk. De richtlijnen geven de huisarts een handvat bij de differentiatie tussen stabiele angina pectoris en andere oorzaken van pijn op de borst. De richtlijnen over de diagnostiek en het beleid bij patiënten met aspecifieke thoracale klachten beperken zich tot een aantal differentiaal diagnostische overwegingen.
Voor de diagnostiek en het beleid bij patiënten met een acuut coronair syndroom, dat wil zeggen instabiele angina pectoris met klachten in rust of een acuut myocardinfarct (AMI), wordt verwezen naar de NHG-Standaard Acuut coronair syndroom.

2.3 Werkwijze

In december 2012 startte een werkgroep met de herziening van de NHG-Standaard Stabiele angina pectoris. De werkgroep bestond uit de volgende leden: dr. M.H.E. Bruins Slot, huisarts te Markelo; B. van Casteren-van Gils, huisarts te Venray en kaderhuisarts hart- en vaatziekten; dr. F.H. Rutten, huisarts te Rhenen en universitair hoofddocent Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijnsgeneeskunde, UMC Utrecht; R. Rambharose, huisarts te Den Haag en kaderhuisarts hart- en vaatziekten; prof. dr. F. Verheugt, cardioloog; prof. dr. H. de Vries, huisarts en hoogleraar huisartsgeneeskunde aan de Vrije Universiteit te Amsterdam en dr. M. van den Donk, epidemioloog en wetenschappelijk medewerker van de afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap van het NHG. De begeleiding van de werkgroep en de redactie van de tekst was in handen van dr. M. Bouma, huisarts en senior wetenschappelijk medewerker van de afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap van het NHG; dr. Tj. Wiersma was betrokken als senior wetenschappelijk medewerker, M.M. Verduijn als senior wetenschappelijk medewerker Farmacotherapie, beiden bij de afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, en dr. J.S. Burgers als toenmalig hoofd van deze afdeling.
Na autorisatie is deze standaard niet gepubliceerd vanwege bezwaren vanuit de NVVC.
De herziening van de NHG-Standaard Stabiele angina pectoris is opnieuw gestart in oktober 2018 met een afvaardiging uit de oorspronkelijke werkgroep, namelijk B. van Casteren-van Gils, F.H. Rutten en H. de Vries, beide huisartsen. Mw G. de Grooth, cardioloog, trad toe tot de werkgroep, vanwege haar betrokkenheid bij de LTA Stabiele Angina pectoris. In vijf werkgroepbijeenkomsten werd het conceptdocument nogmaals herzien. Drs. M.C.M. Loogman begeleidde de werkgroep en schreef conceptteksten. Dr. M. van den Donk verzorgde de methodologische ondersteuning voor het systematisch samenvatten van het bewijs. Dr. M. Bouma was betrokken als senior wetenschappelijk medewerker en voorzitter van de bijeenkomsten. C. Hooymans was betrokken als wetenschappelijk medewerker Farmacotherapie, M.M. Verduijn als senior wetenschappelijk medewerker Farmacotherapie en S.

Woldhuis als hoofd afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap. M. Kijser was betrokken als wetenschappelijk medewerker van de afdeling Implementatie en V. Pigmans als senior wetenschappelijk medewerker van de afdeling Implementatie.

2.4 Gebruikers van de richtlijn

De richtlijn is primair ontwikkeld voor huisartsen die bij de diagnostiek en het beleid van patiënten met (vermoedelijk) stabiele angina pectoris betrokken zijn.

2.5 Betrokkenheid beroepsorganisaties

De richtlijn is in overleg met de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC) tot stand gekomen om ervoor te zorgen dat het beleid aansluit bij richtlijnen van de NVVC. Dr. G.J. de Grooth had zitting in de werkgroep namens de NVVC.

2.6 Betrokkenheid patiëntenvertegenwoordigers

Voor het achterhalen van waarden en voorkeuren van patiënten is een systematische zoekactie in de literatuur uitgevoerd. Hierbij werden geen relevante onderzoeken gevonden. Om de waarden en voorkeuren van patiënten inzichtelijk te maken, is de conceptstandaard tijdens het traject gedeeld met Mw. A. Kors-Walraven, namens de Harteraad. Tevens is de conceptstandaard ter commentaar voorgelegd aan de Patiëntenfederatie Nederland (PFNL) en de Harteraad.

2.7 Presentatie

De richtlijn kent een modulaire presentatie, met als doel om transparant en expliciet te zijn over de wijze waarop de aanbevelingen tot stand zijn gekomen. Bijkomend voordeel hiervan is dat toekomstige gedeeltelijke herzieningen worden vereenvoudigd.

2.8 Implementatie

In de verschillende fasen van de richtlijnontwikkeling is geprobeerd rekening te houden met de implementatie van de richtlijn en de daadwerkelijke uitvoerbaarheid van de aanbevelingen. Daarbij is expliciet gelet op factoren die de invoering van de richtlijn in de praktijk kunnen bevorderen of belemmeren.

2.9 Juridische status van richtlijnen

Richtlijnen bevatten geen wettelijke voorschriften, maar aanbevelingen die zo veel mogelijk op bewijs gebaseerd zijn. Zorgverleners kunnen aan de aanbevelingen voldoen in het streven om kwalitatief goede of 'optimale' zorg te verlenen. Aangezien deze aanbevelingen gebaseerd zijn op 'algemeen bewijs voor optimale zorg' en de inzichten van de werkgroep hierover, kunnen zorgverleners op basis van hun professionele autonomie zo nodig in individuele gevallen afwijken van de richtlijn. Afwijken van richtlijnen is, als de situatie van de patiënt dat vereist, zelfs noodzakelijk. Wanneer van deze richtlijn wordt afgeweken, wordt het aanbevolen om dit beargumenteerd en gedocumenteerd, waar relevant in overleg met de patiënt, te doen.

Inbreng van de patiënt

De NHG-Standaarden geven richtlijnen voor het handelen van de huisarts; de rol van de huisarts staat dan ook centraal. Daarbij geldt echter altijd dat factoren van de kant van de patiënt het beleid mede bepalen.

Om praktische redenen komt dit uitgangspunt niet telkens opnieuw in de richtlijn aan de orde, maar wordt het hier expliciet vermeld. De huisarts stelt waar mogelijk het beleid vast in samenspraak met de patiënt, met inachtneming van diens specifieke omstandigheden en met erkenning van diens eigen verantwoordelijkheid, waarbij adequate voorlichting een voorwaarde is.

Afweging door de huisarts
Het persoonlijk inzicht van de huisarts is uiteraard bij alle richtlijnen een belangrijk aspect. Afweging van de relevante factoren in de concrete situatie kan beredeneerd afwijken van het hierna beschreven beleid rechtvaardigen. Dat laat onverlet dat deze standaard bedoeld is om te fungeren als maat en houvast.

2.10 Delegeren van taken
NHG-Standaarden bevatten richtlijnen voor huisartsen. Dit betekent niet dat de huisarts alle genoemde taken persoonlijk moet verrichten. Sommige taken kan hij delegeren aan de praktijkassistente, -ondersteuner en/of -verpleegkundige, mits zij worden ondersteund door duidelijke werkafspraken, waarin wordt vastgelegd in welke situaties de huisarts moet worden geraadpleegd, en mits de huisarts toeziet op de kwaliteit. Omdat de feitelijke keuze van de te delegeren taken sterk afhankelijk is van de lokale situatie, bevatten de standaarden daarvoor geen concrete aanbevelingen. Evenmin bevatten de standaarden gedetailleerde aanwijzingen over de beoordeling van het spoedeisende karakter van een hulpvraag als de patiënt zich telefonisch meldt bij de triagist tijdens avond-, nacht- en weekenddiensten of bij de praktijkassistente tijdens praktijkuren. Meer gedetailleerde informatie hierover is te vinden in de NHG-TriageWijzer. Ook bij telefonische spoedbeoordeling geldt dat de huisarts verantwoordelijk blijft en moet toezien op de kwaliteit.

2.11 Belangenverstrengeling
Alle werkgroepleden hebben een KNAW Code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstrengeling ingevuld. Alle volledige belangenverklaringen zijn in te zien bij de webversie van de standaard op *www.nhg.org*.

2.12 Financiering
Het Nederlands Huisartsen Genootschap heeft de totstandkoming van deze richtlijn gefinancierd.

3 Methoden

Het proces van het ontwikkelen van de standaard heeft plaatsgevonden volgens de *Handleiding ontwikkelen van NHG-Standaarden.* De verkorte versie hiervan is te vinden op *www.nhg.org*.

3.1 Voorbereidingsfase

3.1.1 Knelpuntenanalyse

Voor de (her)start van het traject hebben de NHG Adviesraad Standaarden (NAS), de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC), het Zorginstituut Nederland (ZN), de Harteraad en Regiocare (samenwerkingsverband tussen huisartsen en cardiologen van NVVC Connect te Leiden) knelpunten ingebracht. Er is daarnaast een enquête uitgezet onder (praktiserende) NHG-werknemers en oud-werkgroepleden.

3.1.2 Opstellen van uitgangsvragen

Op basis van de knelpuntenanalyse heeft de werkgroep aan het begin van het traject besloten welke knelpunten systematisch beantwoord worden. Dit betreft vooral de onderdelen diagnostische en therapeutische interventies. Voor deze knelpunten werden uitgangsvragen geformuleerd volgens het zogenoemde PICO-format (*patiënt, intervention, control, outcome*). Een overzicht van deze uitgangsvragen is opgenomen in [**bijlage 1**]. Voor patiëntrelevante uitkomstmaten is aangesloten bij de richtlijnen van NICE.

Een deel van de details werd niet gebaseerd op een uitgangsvraag. Dit betreft vooral details bij onderdelen van de standaard, zoals epidemiologie, etiologie en prognose. Hierbij werden geen uitgangsvragen volgens het PICO-format geformuleerd, maar werd soms wel een systematische zoekactie uitgevoerd. De literatuur werd vervolgens narratief beschreven. Er vond geen systematische selectie, beoordeling en gradering van de evidence plaats, omdat deze onderdelen vaak niet uitmonden in concrete aanbevelingen voor de praktijk.

Daarnaast werd een deel van de details niet inhoudelijk herzien, maar alleen geredigeerd.

3.2 Ontwikkelingsfase

3.2.1 Zoekstrategie en selectie van literatuur

Er is in eerste instantie gezocht naar systematische reviews (SR's) en (buitenlandse) richtlijnen van goede kwaliteit die konden worden gebruikt voor de beantwoording van de uitgangsvragen. De kwaliteit van de SR's of van de evidence-samenvattingen die deel uitmaakten van een richtlijn werd beoordeeld met de AMSTAR-criteria (*www.amstar.ca*); alleen SR's die aan enkele minimale eisen voldeden (componenten PICO beschreven; PICO aansluitend bij uitgangsvraag; systematische search uitgevoerd; geïncludeerde artikelen beschreven; recente zoekdatum) werden gebruikt.

Indien er voor een uitgangsvraag een geschikte SR werd gevonden, werd een update van de literatuur uitgevoerd vanaf de sluitingsdatum van de zoekactie van deze SR. Het NHG voerde per uitgangsvraag een zoekactie uit naar primaire onderzoeken indien er geen geschikte SR's of richtlijnen werden gevonden. De gevonden literatuur is gescreend op basis van titel en abstract. De meest relevante literatuur werd geselecteerd en de volledige tekst van het artikel aangevraagd. De resultaten van de literatuurselectie zijn samengevat in een PRISMA stroomdiagram.

De zoekstrategieën per uitgangsvraag zijn te vinden in [**bijlage 2**]; het PRISMA stroomdiagram in [**bijlage 3**].

3.2.2 NICE-richtlijnen Chest pain of recent onset: assessment and diagnosis (2016) en Stable angina: management (2011)

Als basis voor een aantal uitgangsvragen zijn NICE-richtlijnen gebruikt. Voor uitgangsvraag 1 is de richtlijn Chest pain of recent onset: assessment and diagnosis (CG95) [NICE 2016] gebruikt; voor uitgangsvragen 3 t/m 8 is de richtlijn Stable angina: management (CG126) gebruikt [NICE 2011]. De systematische samenvattingen van de evidence in deze richtlijnen scoren ruim voldoende op de AMSTAR-criteria; daarnaast heeft de beoordeling van het wetenschappelijk bewijs plaatsgevonden met GRADE.
Voor de richtlijn Chest pain of recent onset: assessment and diagnosis (CG95) heeft NICE in april 2019 een update van de literatuur uitgevoerd om te bepalen of deze richtlijn herzien moest worden. De conclusie was dat er geen nieuw onderzoek was verschenen dat de aanbevelingen zou veranderen en dus dat de richtlijn actueel was.
Voor de richtlijn Stable angina: management (CG126) heeft NICE in augustus 2015 een update van de literatuur uitgevoerd. Op basis daarvan concludeerde NICE dat de aanbevelingen niet aangepast hoefden te worden. De werkgroep schatte in dat een update van de zoekacties uit 2015 geen nieuwe, relevante literatuur zou opleveren; daarom heeft het NHG geen update uitgevoerd.

3.2.3 Beoordeling en gradering van het wetenschappelijke bewijs

Het beoordelen en graderen van het bewijs heeft plaatsgevonden met de GRADE-methode. GRADE beoordeelt de zogenoemde *body of evidence*: de verzameling van alle gevonden onderzoeken per uitkomstmaat. De onderverdeling van de kwaliteit van het wetenschappelijk bewijs kent vier niveaus: hoog, redelijk, laag of zeer laag. Een hoge kwaliteit wil zeggen dat het geschatte en het werkelijke effect zeer dicht bij elkaar liggen. Naarmate de kwaliteit van bewijs lager is, neemt de onzekerheid daarover toe [**tabel 1**]. Voor de uitgangsvragen over interventies zijn, indien mogelijk, GRADE-profielen opgesteld op basis van een bestaande SR.

Tabel 1 - Definitie kwaliteit van bewijs

Kwaliteit	Interpretatie
Hoog	Het werkelijke effect ligt dicht in de buurt van de schatting van het effect.
Redelijk	Het werkelijke effect ligt waarschijnlijk dicht bij de schatting van het effect, maar er is een mogelijkheid dat het hier substantieel van afwijkt.
Laag	Het werkelijke effect kan substantieel verschillend zijn van de schatting van het effect.
Zeer laag	Het werkelijke effect wijkt waarschijnlijk substantieel af van de schatting van het effect.

Voor het beoordelen van de klinische relevantie van een effect wordt bij voorkeur gelet op absolute verschillen (indien deze gegevens voorhanden zijn). De werkgroep heeft per uitkomstmaat bepaald wat de grens voor een klinisch relevant verschil (voor- of nadeel) is. Als dit niet mogelijk was, is uitgegaan van de door GRADE voorgestelde standaardgrenzen van een *Minimally Important Difference* (MID) van 0,5 SMD voor continue uitkomstmaten en 25% relatieve risicoreductie (RRR) (dat correspondeert met een RR van 0,75 of 1,25) voor dichotome uitkomstmaten.

3.2.4 Doelmatigheid

In deze richtlijn wordt aandacht besteed aan de doelmatigheid van de verschillende interventies. Globale kosten worden bij het formuleren van aanbevelingen, waar relevant, meegewogen. De werkgroep heeft geen kosteneffectiviteits- of budgetimpactanalyses gedaan.

3.2.5 Synthese van bewijs en opstellen van aanbevelingen

De literatuur werd door ML, MB en MD in samenspraak met een van de werkgroepleden samengevat en beoordeeld; vervolgens werd een concepttekst geschreven waarop de werkgroep commentaar kon leveren. De conclusies die de werkgroep uit de literatuur trok, vormden de basis voor het opstellen van de aanbevelingen. Dit gebeurde op basis van discussies binnen de werkgroep. De aanbevelingen zijn tot stand gekomen op basis van consensus binnen de werkgroep.

3.3 Commentaar- en autorisatiefase

In juni en juli 2019 vond de commentaarronde plaats. De conceptstandaard werd ter commentaar verzonden naar de volgende verenigingen:

- Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)
- Federatie Medisch Coördinerende Centra (FMCC)
- InEen
- Zorginstituut Nederland (ZiNL)
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
- Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM)
- College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG)
- Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP)
- Vereniging voor Innovatieve Geneesmiddelen (VIG)
- Biosimilars en generieke geneesmiddelenindustrie Nederland (Bogin)
- Geneesmiddelen Bulletin (Ge-Bu)
- Huisarts & Wetenschap
- Domus Medica België
- Pharos
- Patiëntenfederatie Nederland
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)
- Nederlandse Vereniging voor Radiologie (NVvR)
- Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NvAB)
- Verenso
- ExpertDoc
- Nederlandse Internisten Vereniging (NIV)
- Harteraad
- Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie (NVT)
- Nederlandse Vereniging voor Hart- en Vaat Verpleegkundigen (NVHVV)
- Peter Leusink namens de Sekshag
- Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD)
- Nederlandse Vereniging van Cardiologie (NVVC)
- NHG Adviesraad Standaarden (NAS)

Naamsvermelding betekent overigens niet dat een vereniging/organisatie/referent de standaard inhoudelijk op ieder detail onderschrijft.
Patrick van Puffelen en Eric van Rijswijk hebben, namens de NHG-Adviesraad Standaarden (NAS), de standaard beoordeeld. Op 16 oktober 2019 werd de standaard becommentarieerd en geautoriseerd door de NHG-Autorisatiecommissie (AC).

3.4 Procedure voor herziening

Deze standaard wordt periodiek herzien. Uiterlijk in 2025 bepaalt het NHG of deze richtlijn nog actueel is. Zo nodig wordt een nieuwe werkgroep geïnstalleerd om de standaard te herzien. De geldigheid van deze standaard komt eerder te vervallen indien nieuwe ontwikkelingen aanleiding zijn om een herzieningstraject te starten.

Referenties

NICE (2011). Stable angina: management – Clinical guideline [CG126].
https://www.nice.org.uk/guidance/cg126
NICE (2016). Chest pain of recent onset: assessment and diagnosis – Clinical guideline [CG95].
https://www.nice.org.uk/guidance/cg95

BIJLAGEN

Bijlage 1 Uitgangsvragen

Uitgangsvraag (PICO)		Uitkomstmaten (O)
Diagnostiek		
1.	Is een **predictiemodel** (I) aan te bevelen voor de evaluatie van **patiënten met niet-acute klachten van pijn op de borst, waarvan wordt vermoed dat deze worden veroorzaakt door cardiale ischemie als gevolg van obstructief coronairlijden** (P)? Referentiestandaard: coronaire angiografie of CTCA	- oppervlakte onder de ROC-curve (AUC) - sensitiviteit - specificiteit
2.	Is **gebruik van de Marburg Heart Score** (I) aan te bevelen bij **patiënten die zich met pijn op de borst melden bij de huisarts** (P)? Vergelijking: gebruikelijke zorg	- (geen) ischemie als gevolg van obstructief coronairlijden als oorzaak van de klachten
Behandeling		
3.	Welke medicatie als **monotherapie, bètablokkers** (I) of **calciumantagonisten** (C), heeft de voorkeur bij de behandeling van **patiënten met klachten van stabiele AP** (P)?	- aantal wekelijkse angina-episodes - inspanningsduur - totale sterfte - cardiovasculaire sterfte - niet-fataal myocardinfarct - bijwerkingen
4.	Is **combinatietherapie van bètablokker en calciumantagonist** (I) aan te bevelen bij de **behandeling van klachten van SAP, als deze klachten met monotherapie niet voldoende gecontroleerd kunnen worden** (P)?	- aantal wekelijkse angina-episodes - inspanningsduur - totale sterfte - cardiovasculaire sterfte - niet-fataal myocardinfarct - bijwerkingen

Uitgangsvraag (PICO)		Uitkomstmaten (O)
5.	Is **combinatietherapie met nitraat, toegevoegd aan bètablokker of calciumantagonist** (I), aan te bevelen bij de behandeling van **klachten van SAP, als deze klachten met monotherapie niet voldoende gecontroleerd kunnen worden** (P)?	- aantal wekelijkse angina-episodes - inspanningsduur - totale sterfte - cardiovasculaire sterfte - niet-fataal myocardinfarct - bijwerkingen
6.	Is **triple therapie met bètablokker, calciumantagonist en langwerkende nitraat** (I), aan te bevelen bij de behandeling van **klachten van SAP, als deze klachten met duale therapie niet voldoende gecontroleerd kunnen worden** (P)?	- aantal wekelijkse angina-episodes - inspanningsduur - totale sterfte - cardiovasculaire sterfte - niet-fataal myocardinfarct - bijwerkingen
7.	a. Is behandeling met **ivabradine** (I) aan te bevelen bij de **behandeling van klachten van SAP bij patiënten in de eerste lijn, als deze klachten met bètablokker, calciumantagonist en/of langwerkend nitraat niet voldoende gecontroleerd kunnen worden** (P)? b. Is behandeling met **nicorandil** (I) aan te bevelen bij de **behandeling van klachten van SAP bij patiënten in de eerste lijn, als deze klachten met bètablokker, calciumantagonist en/of langwerkend nitraat niet voldoende gecontroleerd kunnen worden** (P)?	- aantal wekelijkse angina-episodes - inspanningsduur - totale sterfte - cardiovasculaire sterfte - niet-fataal myocardinfarct - bijwerkingen
8.	Is **CABG of PCI (plus medicatie)** (I) vergeleken met **medicatie** (C) aan te bevelen bij **patiënten met SAP, die na terugverwijzing door de cardioloog onder behandeling van de huisarts zijn, maar ondanks (maximale) medicamenteuze behandeling belangrijke beperkingen hebben in het dagelijks leven** (P)?	- totale sterfte - optreden van myocardinfarct - optreden van CVA - verdwijnen van de klachten van AP

Bijlage 2 Zoekstrategieën

Uitgangsvraag 1	**Predictiemodel**
Zoekdatum	April 2019
Database	Beantwoording gebaseerd op NICE-richtlijn CG95 [NICE 2016] met bijbehorende update in 2019

Uitgangsvraag 2	**Marburg Heart Score**
Zoekdatum	April 2019
Database	PUBMED
Zoektermen	(angina pectoris[mh] OR angina pectoris[tiab] OR chest pain[tiab]) AND (score[tiab] OR assessment[tiab] OR prediction[tiab] OR predictive[tiab] OR value[tiab] OR sensitivity[tiab]) AND (marburg heart score[tiab])

Uitgangsvraag 3	**Monotherapie: bètablokker of calciumantagonist**
Uitgangsvraag 4	**Combinatietherapie: bètablokker plus calciumantagonist**
Uitgangsvraag 5	**Combinatietherapie: nitraat toegevoegd aan bètablokker of calciumantagonist**
Uitgangsvraag 6	**Combinatietherapie: bètablokker plus calciumantagonist plus nitraat**
Uitgangsvraag 7	**Ivabradine/nicorandil**
Uitgangsvraag 8	**CABG/PCI**
Zoekdatum	Augustus 2015
Database	Beantwoording van uitgangsvragen 3 t/m 8 gebaseerd op NICE-richtlijn CG126 [NICE 2011] met bijbehorende update in 2015

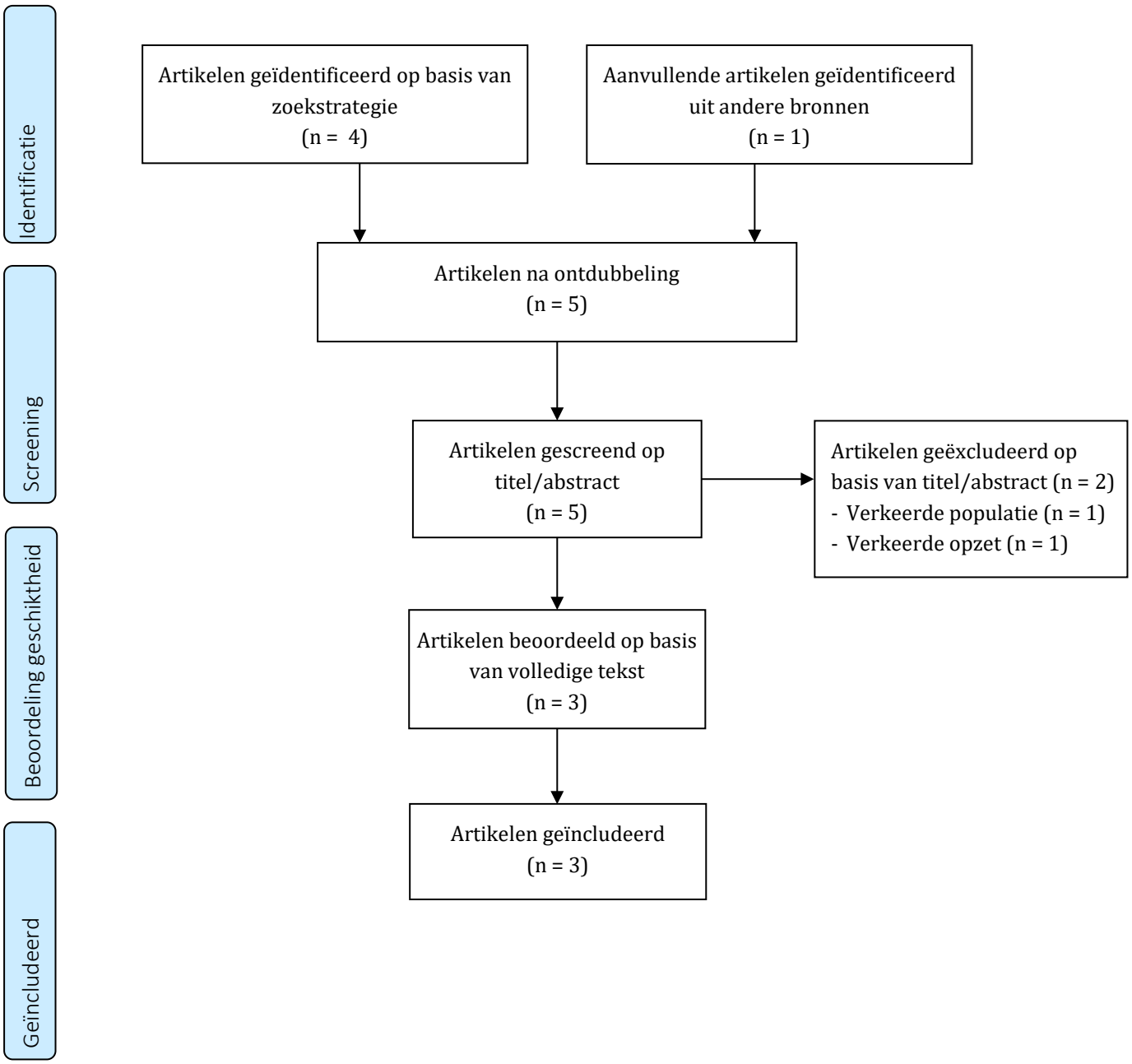
Zoekstrategie voor Achtergronden: Prognose	
Zoekdatum	April 2019
Database	PUBMED
Zoektermen	A: (high risk*[tiab] OR high-risk*[tiab] OR risk-based[tiab] OR risk stratification[tiab] OR initial assessment[tiab] OR risk assessment[tiab]) AND (angina pectoris[tiab] OR stable angina[tiab] OR suspected angina[tiab]) AND (hazard ratio*[tiab] OR hazard analysis[tiab] OR predictive value[tiab] OR prognostic value[tiab] OR prognostic model[tiab] OR prognostic indices[tiab] OR refer[tiab] OR referred[tiab] OR referral[tiab])

	B: (high risk*[tiab] OR high-risk*[tiab] OR risk-based[tiab] OR risk stratification[tiab] OR initial assessment[tiab] OR risk assessment[tiab]) AND (angina pectoris[tiab] OR stable angina[tiab] OR suspected angina[tiab]) AND (hazard ratio*[tiab] OR hazard analysis[tiab] OR predictive value[tiab] OR prognostic value[tiab] OR prognostic model[tiab] OR prognostic indices[tiab] OR refer[tiab] OR referred[tiab] OR referral[tiab]) AND (percutaneous coronary intervention[tiab] OR PCI[tiab] OR coronary artery bypass graft*[tiab] OR CABG[tiab] OR revascularization[tiab] OR revascularisation[tiab] OR MACE*[tiab])

Zoekstrategie voor Diagnostiek: Inspannings-ecg	
Zoekdatum	April 2019
Database	PUBMED
Zoektermen	("Angina, Stable"[mh] OR stable angina pectoris[tiab]) AND (sensitivity and specificity[mh] OR diagnosis[sh]) AND (exercise test[mh] OR exercise test*[tiab] OR stress test*[tiab] OR EST[tiab] OR exercise stress[tiab] OR bycicle test[tiab])

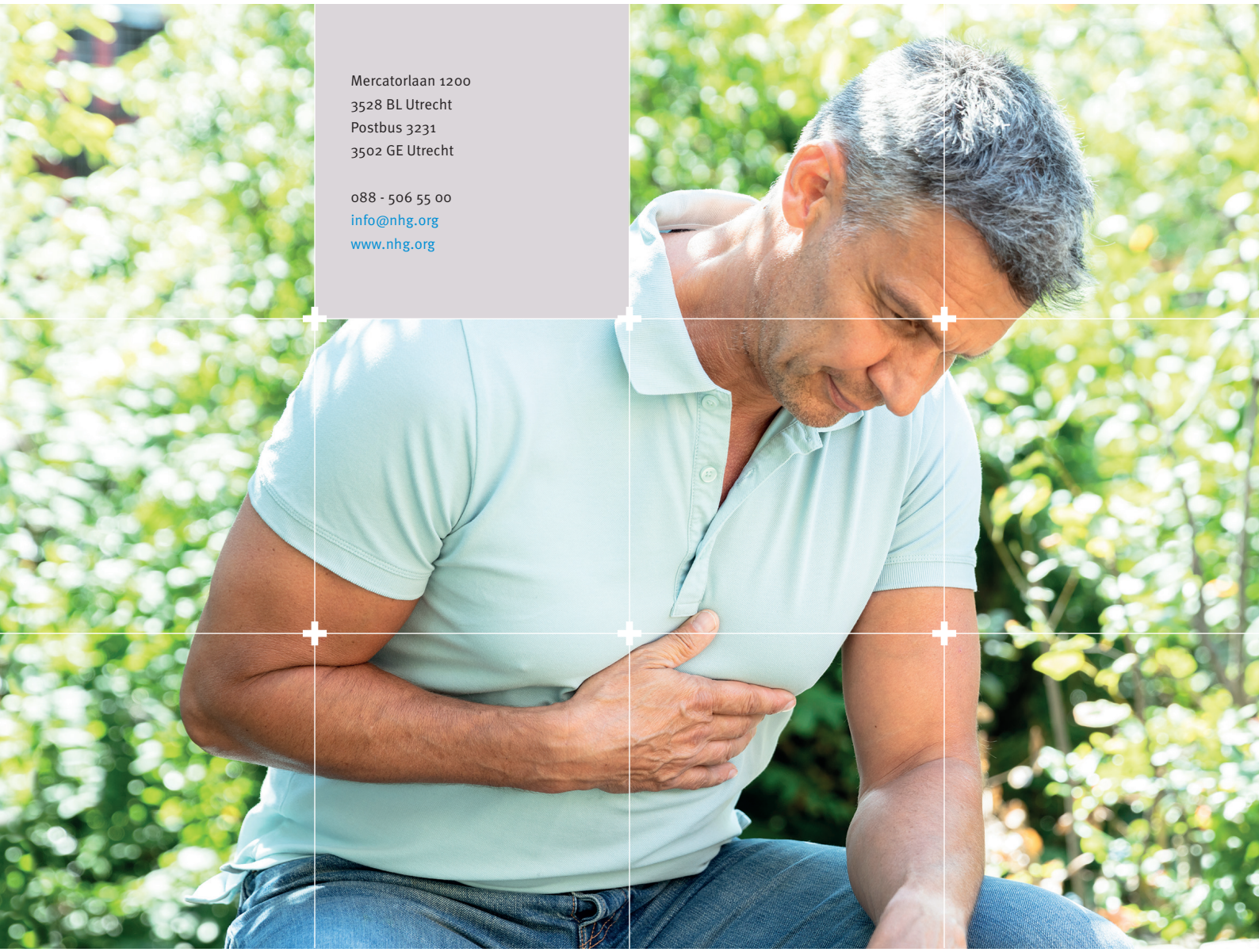
Bijlage 3 Prisma stroomdiagram per uitgangsvraag

Uitgangsvraag 2 – Marburg Heart Score



Totstandkoming en methoden

NHG-Standaard Stabiele angina pectoris (M43)



Mercatorlaan 1200
3528 BL Utrecht
Postbus 3231
3502 GE Utrecht

088 - 506 55 00
info@nhg.org
www.nhg.org

Nederlands
Huisartsen
Genootschap