



MKA

Nederlandse Vereniging voor
Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie

HARTINFARCT

Kaakchirurgie bij patiënten met een doorgemaakt hartinfarct

Het acuut coronair syndroom

Bij het plotseling optreden van borstklachten in rust, met of zonder vegetatieve verschijnselen, zoals misselijkheid, braken of zweten, moet worden gedacht aan een dreigend hartinfarct. In het bijzonder moet men hierop bedacht zijn bij patiënten met een eerdere manifestatie van coronaire hartziekte en bij patiënten met cardiale risicofactoren. Tegenwoordig wordt dan gesproken van een acuut coronair syndroom.

Het begrip acuut coronair syndroom (ACS) omvat zowel het acute myocardinfarct (AMI) als instabiele angina pectoris (IAP). Onder IAP wordt verstaan: AP in rust, ernstige of frequente AP korter dan twee maanden bestaand, AP waarbij de klachten duidelijk vaker, ernstiger, langduriger of bij minder inspanning optreden dan voorheen, en AP die optreedt binnen twee weken na een AMI of binnen twee weken na een percutane coronaire interventie (PCI).

Diagnostiek bij klachten

Symptomen en/of risicofactoren, die een belangrijke positief voorspellende waarde hebben voor de diagnose ACS of de kans op een ACS aanzienlijk vergroten:

- ♥ duur van de klachten (pijn >30 minuten past bij AMI; soms is er alleen sprake van dyspneu (kortademigheid))
- ♥ lokalisatie: pijn retrosternaal, of in de linker arm gelokaliseerd
- ♥ uitstraling van de pijn, bijvoorbeeld naar arm(en), schouder, hals of kaken
- ♥ vegetatieve verschijnselen of verschijnselen passend bij cardiogene shock, zoals lage tensie, hoge hartfrequentie, zweten, misselijkheid, braken, bleek of grauw zien (past bij een AMI)
- ♥ ischemische hart- en vaatziekten in de voorgeschiedenis:
 - pijn vergelijkbaar met die bij een eerder AMI
 - verlichting van de klachten bij gebruik van nitraten sublinguaal

NB. Bij vrouwen bestaat het risico dat de klachten worden onderschat. Bij vrouwen kan een (dreigend) AMI namelijk minder 'typisch verlopen' en/of zich 'minder typisch manifesteren'

Om een inschatting te maken van de klinische toestand vragen naar:

- ♥ duizeligheid, collapsneiging, bewustzijn
- ♥ kortademigheid, niet plat kunnen liggen

NB Als patiënten in shock zijn of geraken geen anamnese afnemen maar handelen: 112 bellen, ECG, infuus, medicatie (snel naar een hartkatheterisatie kamer bij ST elevatie myocard infarct (STEMI) of bij een non-STEMI naar een coronary care unit (CCU))

Met het oog op eventuele behandeling vragen naar:

- ♥ medicatiegebruik, zoals acetylsalicylzuur, cumarinederivaten, antiarrhythmica
- ♥ comorbiditeit, zoals diabetes mellitus, COPD, CVA/TIA, hypertensie, aneurysma aortae, allergie voor acetylsalicylzuur, astma
- ♥ intoxicaties

Bij twijfel over de diagnose de (overige) risicofactoren voor een ACS nagaan, zoals ischemische hart- en vaatziekten in de familieanamnese (vooral bij eerstegraads familieleden voor het zestigste levensjaar), roken, diabetes mellitus, hypertensie en een verhoogd cholesterolgehalte. Hiervoor de huisarts raadplegen of patiënt doorverwijzen naar centrale spoedopvang (CSO) of spoedeisende hulp (SEH)!

Secundaire preventie bij kaakchirurgische behandelingen

Antihypertensiva

Meet de bloeddruk. Bloeddrukwaarden met een systolische en/of diastolische druk > 180/110 mmHg zijn een absolute contra-indicatie voor behandeling. Patiënt (met spoed) naar huisarts of cardioloog verwijzen voor regulering bloeddruk. Lokaal anesthesie met vasoconstrictor is niet gecontra-indiceerd (geeft een beter zittende anesthesie met als gevolg minder pijn en stress en daardoor een geringer effect op de daaraan gerelateerde bloeddrukstijging), wel goed aspireren.

Antistolling

Thrombocyten aggregatie remmers: Ascal doorgebruiken. Bij combinatietherapie Ascal en Plavix, zo mogelijk Plavix 1 week voorafgaand aan de ingreep stoppen in overleg met behandelende cardioloog/huisarts. Bij aanwezigheid van één of meerdere drug eluting stents de combinatietherapie van Ascal en Plavix gedurende 1 jaar niet onderbreken vanaf het moment van plaatsing van de stent(s). Indien een ingreep niet kan worden uitgesteld, overleggen met de cardioloog of werken onder dit regiem met zorgvuldig hechten van de wond.

Vitamine K antagonisten: Acenocoumarol, fenprocoumon. In principe kunnen eenvoudige ingrepen worden verricht bij een INR < 3,5. Bijvoorbeeld extracties van 1-3 elementen en kleine kaakchirurgische ingrepen (M3, paro, apex, abces). Bij grotere ingrepen moet met de behandelend cardioloog worden overlegd over het eventueel stoppen met vitamine K antagonisten en hepariniseren rond de ingreep (overzetten op laag moleculaire heparines of opnemen en hepariniseren)

Bij alle antistolling: Goed overhechten, evt. gelfoam inhechten, controle na ½ uur. Eventueel spoelen met tranexaminezuur.

Voor andere informatie over antistolling bij invasieve ingrepen zie richtlijn antitrombotica.

Hartfalen

Patiënten met hartfalen hebben een zeer beperkte cardiale reserve en gebruiken doorgaans veel medicatie. Kans op orthostatische hypotensie is aanwezig bij snel uit de behandelstoel opstaan. Gebruik van NSAID's is ongewenst i.v.m. mogelijk ongunstig effect op de nierfunctie. Poliklinisch is rust tijdens de behandeling en het doen van korte behandelingen essentieel. Geen manifest gedecompenseerde patiënten behandelen. Aanwijzingen daarvoor zijn: gewichtstoename van 1 à 2 kg gedurende enkele dagen, manifeste kortademigheid en/of minder goed plat kunnen liggen.

Hartritmestoornissen

Supraventriculaire (oa atriumfibrilleren) en ventriculaire ritmestoornissen. Deze patiënten gebruiken veelal antiarrhythmica en antistollingsmedicatie. Soms is er een ICD geplaatst. Bij ventrikelfibrilleren (VF) is dan direct defibrilleren (of de ICD doet dat) en eventueel reanimeren (o.a. masseren) noodzakelijk.

De eerste 6 maanden na een doorgemaakt hartinfarct kunnen ritmestoornissen geprovoceerd worden door stress en pijn. Het uitstellen van de behandeling tot na 6 maanden is te adviseren. Bij spoedbehandeling binnen deze termijn een crash-car of AED stand by houden voor directe defibrillatie.

ICD

Na levensbedreigende ritmestoornissen of bij de kans daarop (als primaire interventie) wordt veelal een ICD geplaatst. Van belang is elektromagnetische straling ter hoogte van het ICD te vermijden (minimaal 20 cm afstand). Een ICD kan een shock afgeven tijdens een behandeling (bij VT of VF). De patiënt dient zich direct daarna weer goed te voelen, zo niet dan moet hij/zij worden verwezen naar een CSO of SEH.

Endocarditisprofylaxe

Een doorgemaakt ACS is geen indicatie voor een endocarditisprofylaxe. Voor de indicaties van een endocarditisprofylaxe wordt verwezen naar de betreffende NVMKA Richtlijn en het protocol van de Nederlandse Hartstichting.

Algemene preventie bij resterende AP klachten:

- ♥ Voorkeurstijdstip van poliklinische behandeling is in de middag (laagste bloeddrukwaarden).
- ♥ Halfzittende houding, i.v.m. betere ventilatie mogelijkheid.
- ♥ Rustperiode in wachtkamer voor vertrek.
- ♥ Bij twijfel bloeddruk meten vooraf. Bij te hoge bloeddruk niet behandelen (zie boven).
- ♥ Goed werkende lokaal anesthesie met vasoconstrictor.
- ♥ Premedicatie bij extreme angst.
- ♥ Bij pijn op de borst en/of kortademigheid behandeling staken en nitroglycerine sublinguaal geven. De pijn moet binnen 5-10 minuten verdwijnen anders kan sprake zijn van een IAP of dreigend infarct (patiënt verwijzen naar CSO of SEH).

Literatuur

- Brügemann J, Gelder IC van, Meer J van der, Zijlstra F. Cardiologie en tandheelkunde. Ned Tijdschr Tandheelkd 2006; 113: 75-81
- NHG-Standaard: Accuut coronair syndroom.
- L. Abraham-Inpijn. Interne geneeskunde voor de Tandheelkunde, 2003