

10. STEMI

Purmerend

START	
1. Wie is de teamleider?	
2. Benoem STEMI	
3. Overweeg hulp te halen	Extra vpk 7625 Cardioloog via 9 Acute assistentie: blauwe knop bij de deur
Continue angina pectoris-klachten icm ST-elevaties ≥ 2 afleidingen/nieuw LBTB. Troponine niet afwachten! Bij vermoeden van een posterior infarct (ST-depressie in V1-3) → maak een posterior ECG (V7-V9) Bij vermoeden van betrokkenheid van RV (ST-elevatie V1) → maak rechts ECG (V3R en V4R)	

DIRECTE ACTIES	
1.	Beoordeel aanwezigheid ademhaling en/of pulsaties → Indien afwezig: start BLS en zet reanimatiesein uit via 350
2.	Geef zo nodig O ₂ , streefsaturatie 90%
3.	Zet diagnostiek in: ECG, lab, X-thorax, POCUS, evt. CT-a bij verdenking LE / dissectie
4.	Plaats 2 (grote) infusen
5.	Sluit patiënt aan op 12-leads ECG en defipads, vervolg met seriële ECG's
6.	Geef medicatie: <ul style="list-style-type: none">- Heparine 5.000 IE IV- Ticagrelor (brilique) 180 mg po of indien reeds DOAC-gebruik: clopidogrel 300 mg po- Aspegic 500 mg IV of carbasalaatcalciumpoeder 300 mg po- Zo nodig NTG-spray sublinguaal (= 0,4 mg per spray) OF NTG-perfusor → 1 mg/uur, op geleide van bloeddruk en pijn (stop bij SBP < 90 mmHg) ophogen met stappen van 0,5-5 mg/uur- Zo nodig bètablokker (metoprolol 5 mg langzaam IV) (indien SBP>120 mmHg, HF>60 en geen acuut hartfalen)- Zo nodig pijnstilling (paracetamol of fentanyl, NSAIDs zijn gecontra-indiceerd)
7.	Overleg met PCI-centrum door cardioloog voor directe overplaatsing indien AP-klachten < 12u

INDIEN ONVOLDOENDE EFFECT	
Ernstig hartfalen met hypotensie (SBP <90)	Dobutamine 2– 20 mcg/kg/min
Indien cardiogene shock	Noradrenaline 0.01-2 mcg/kg/min
Indien tachycardie (VT/AF) <i>Denk aan en corrigeer elektrolytstoornissen</i>	Metoprolol 5 mg iv in 2min of Amiodaron 5 mg/kg iv in 15 min of Cardioversie (bij hemodynamisch instabiliteit) (Defibrillator op synchroon, check of op R top gesensd, eerste maal 50J daarna indien nodig 150-200J)

<p>Indien (sinus)bradycardie en/of hooggradig AV-blok met hemodynamische instabiliteit (shock, syncope, cardiale ischemie, hartfalen)</p>	<p>Atropine 0.5 mg IV, iedere 2-5 min herhalen tot 3 mg of Isoprenaline bolus 5 mcg IV gevolgd door continue infusie: 0.02-2 mcg/kg/min of Adrenaline bolus 10-100 mcg IV gevolgd door continue infusie 0.02-2 mcg/kg/min of Extern pacen (Defibrillator op pace-modus 70/min, voltage 70mA. Indien nodig verhogen per 10 mA tot capture. Voel naar pulsaties en afbouwen indien mogelijk tot 10 mA boven de capture drempel)</p>
<p>Indien respiratoire distress zonder hypotensie (AH > 25, sat < 90%)</p>	<p>Overweeg NIV of overweeg intubatie voor overplaatsing PCI Zie kaart 3: RSI</p>
<p>Overweeg alternatieve / bijkomende diagnose: Aorta-dissectie, longembolie, ritme-/geleidingsstoornissen, tamponade, decompensatio cordis, bloeding als gevolg van ACS-medicatie, mechanische complicaties zoals ventrikel septum ruptuur, vrije wand ruptuur en chordaruptuur, nabloeding na interventie</p>	

ZWANGERSCHAP

De diagnostiek van STEMI is bij zwangerschap hetzelfde, PCI is geïndiceerd voor hoog-risico patiënten. Let op left-lateral tilt indien sprake van shock/reanimatie setting.

Denk ook aan SCAD (spontaneous coronary artery dissection); met name elevaties in V1 t/m V3.

Met betrekking tot medicatie:

- Aspirine, nitraten en bètablokkers kunnen veilig worden gegeven
- Heparine passeert placenta niet en is dus veilig voor de foetus. Wel is er een verhoogd risico op bloedingen in het geval van bv. een dreigende miskraam, placenta previa, abruptio placenta, of rondom de partus
- De veiligheid van clopidogrel en ticagrelor is niet goed vastgesteld
- Statines, ACE-remmers en vasopressie zijn gecontraïndiceerd

Overleg met de gynaecoloog [via 9](#)