

Herziening van de MDR CVRM na een reproductieve aandoening

Hedwig Vos

Vrouwen die tijdens hun zwangerschap een hoge bloeddruk of pre-eclampsie hadden, blijken later in hun leven vaker cardiovasculaire aandoeningen te krijgen dan vrouwen met een ongecompliceerde zwangerschap. De multidisciplinaire richtlijn Cardiovasculair risicomanagement beveelt aan om periodieke screening van deze groep vrouwen te 'overwegen'. Die vrijblijvendheid is er bij de herziening van de richtlijn CVRM na een reproductieve aandoening uit: 'Stel voor alle vrouwen met een hypertensieve aandoening tijdens de zwangerschap een cardiovasculair risicoprofiel op en bied deze vrouwen een systematische follow-up om premature hypertensie op te sporen.' Het is tijd voor een proactieve aanpak.

Op initiatief van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) is de multidisciplinaire richtlijn Cardiovasculair risicomanagement na een reproductieve aandoening herzien.¹ Deze richtlijn is opgesteld en goedge-

keurd door een multidisciplinaire commissie met vertegenwoordigers vanuit de NVOG, de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie, de Nederlandse Internisten Vereniging, het Nederlands Huisartsen Genootschap, de Nederlandse Vereniging voor Radiologie en de HELLP Stichting. Daarmee geldt de richtlijn ook voor de huisarts.

Aanleiding voor de herziening is dat de huidige algemene richtlijn CVRM aanbeveelt om 'periodieke screening op hypertensie en diabetes te overwegen bij vrouwen met in de voorgeschiedenis pre-eclampsie en/of zwangerschapshypertensie'.² Dit is een vrijblijvende en niet erg concrete aanbeveling. Bovendien is het 10-jaarsrisico op cardiovasculaire sterfte (of ziekte en sterfte) volgens de SCORE-tabel per definitie laag bij vrouwen jonger dan 50 jaar, en kan deze tabel pas worden gebruikt vanaf 40 jaar. Daarbij luidt het advies ook om een schatting van het risico op hart- en vaatziekten pas te overwegen bij postmenopauzale vrouwen of vrouwen ≥ 50 jaar.



Vrouwen die tijdens hun zwangerschap een hoge bloeddruk of pre-eclampsie hadden, hebben een verhoogd risico op hart- en vaatziekten later in het leven.

Foto: Shutterstock

RISICO OP HYPERTENSIE EN HART- EN VAATZIEKTEN

Vrouwen die een zwangerschap doormaken die wordt gecompliceerd door een hypertensieve aandoening hebben een verhoogd risico op hart- en vaatziekten (HVZ) later in het leven. Zo ontwikkelen vrouwen die zwangerschapshypertensie of pre-eclampsie hadden vaker klassieke cardiovasculaire risicofactoren en aandoeningen (hypertensie, dyslipidemie, overgewicht, gestoorde glucosetolerantie, diabetes mellitus) dan vrouwen die een ongecompliceerde zwangerschap hebben doorgemaakt.³ Een deel van deze nog relatief jonge vrouwen heeft een verhoogd 10-jaars- en/of 'life-time'-risico op het krijgen van een HVZ of op het overlijden aan een HVZ.^{4,5} Vooral het risico op het ontwikkelen van premature chronische hypertensie is sterk verhoogd. In het eerste jaar na de bevalling hebben vrouwen na een hypertensieve aandoening in de zwangerschap (HAZ) tussen 1 en 10 jaar postpartum een 3 tot 10 keer zo hoog risico op hypertensie dan vrouwen met een normale bloeddruk tijdens de zwangerschap. Dit risico blijft 2 keer zo hoog tot ≥ 20 jaar postpartum.⁶

FOLLOW-UP

Vanwege het hoge risico op het ontwikkelen van HVZ op latere leeftijd adviseert de herziene richtlijn systematische follow-up bij vrouwen die een HAZ hebben doorgemaakt om premature hypertensie en andere risicofactoren voor HVZ op te sporen. Het advies betreft een follow-up gedurende een periode van 20-30 jaar na de laatste zwangerschap met een HAZ. Het interval waarin deze follow-up moet plaatsvinden is voor de eerste 5 jaar jaarlijks en daarna eens per 3 jaar. Dat is vergelijkbaar met de controlefrequentie die in de NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 is afgesproken voor vrouwen met diabetes gravidarum.⁷

De herziene richtlijn beveelt gynaecologen en huisartsen aan om het cardiovasculair risico in kaart te brengen en goed transmuraal samen te werken. In de praktijk betekent dit het volgende:

- Bij het obstetrisch ontslaggesprek moet de patiënt voor CVRM een expliciete doorverwijzing krijgen naar de huisarts. Dit moet duidelijk in de ontslagbrief vermeld staan.
- Secundaire preventie van CVRM: controle vindt plaats bij de huisarts/praktijkondersteuner, de eerste 5 jaar jaarlijks en daarna eens per 3 jaar tot het vijftigste levensjaar, tot de menopauze als deze eerder valt, of totdat er een indicatie is voor frequentere controles.
- Zorg indien aangewezen voor leefstijlbegeleiding via de praktijkondersteuner of een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI), bijvoorbeeld bij een BMI > 30 of een BMI > 25 met aanvullende risicofactoren.⁸ Wanneer de leefstijlaanpassing alleen onvoldoende verbetering geeft, krijgt de patiënt naast de leefstijlbegeleiding op indicatie medicamenteuze behandeling.⁸
- Enkele klinieken beschikken over een gestructureerd nazorgprogramma. Wanneer de patiënt daarvoor in aanmerking komt, moet ze daarover bij ontslag duidelijke informatie krijgen.

- Adviseer de patiënt om eens per kwartaal met een eigen bloeddrukmeter de bloeddruk te meten en de uitslagen te bespreken tijdens het jaarlijkse bezoek aan de huisarts/praktijkondersteuner.

IMPACT

De commissie realiseert zich dat een systematische follow-up een behoorlijke impact heeft op de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven van patiënten. Zo zullen ze moeten (leren) aanvaarden dat ze een hoger cardiovasculair risico hebben, en dat er af en toe laboratoriumonderzoek dient te worden gedaan en hun bloeddruk gemeten zal moeten worden. Ook zullen deze vrouwen gedurende een lange tijd worden gevolgd, wat betekent dat ze geregeld naar een zorgprofessional toe moeten voor evaluatie. Het voorkomen van eindorgaanschade is echter essentieel – daar draait de hypertensiebehandeling om.

Hoewel er bij jonge mensen geen trials zijn gedaan naar hypertensiebehandeling weten we uit observationele onderzoeken wel dat er een relatie bestaat tussen hoge bloeddruk op jonge leeftijd en eindorgaanschade.^{9,10} Omdat trials bij oudere mensen laten zien dat hypertensiebehandeling eindorgaanschade kan voorkomen, adviseert de laatste ESH-richtlijn om jonge mensen met graad 1 hypertensie te behandelen.¹¹ Onderzoek toont aan dat vrouwen na een HAZ een sterke behoefte hebben aan langdurige nazorg, met regelmatige controles en inclusief leefstijladviezen.¹² Vanuit het patiëntperspectief kan monitoring op afstand een uitkomst bieden. Daarbij geeft de zorgprofessional de patiënt instructies om de bloeddruk zelf te meten.

HAALBAARHEID

De richtlijn adviseert om de vrouwen na een HAZ met de eerdergenoemde frequentie te screenen. Ze doet echter geen uitspraak over de vraag of huisartsen deze vrouwen actief dienen op te roepen of dat de vrouwen zelf een afspraak moeten maken. Alle vrouwen zou nazorg moeten worden aangeboden. Omdat vrouwen met veel gezondheidsachterstand een hoger risico hebben op HVZ, is het van belang om ze goed in beeld te hebben en houden.¹³ Daarom is een proactieve benadering vanuit de praktijk gewenst. Deze zorg is in principe standaard verzekerde zorg. Deze vrouwen vallen in de meeste gevallen echter niet in de doelgroep die in het kader van de programmatische ketenzorg al een oproep krijgt voor CVRM-controles. Buiten de ketenzorg om is er momenteel geen vergoeding voor het selecteren en proactief benaderen van de vrouwen. In veel gevallen kan deze groep niet eens in het keteninformatiesysteem (KIS) worden opgenomen. Omdat patiënten zelf aangeven dat ze behoefte hebben aan nazorg, zullen ze deze maatregelen waarschijnlijk makkelijk accepteren. Hooguit zal een groep vrouwen vanwege financiële problemen onderdelen afwijzen die onder het verplichte eigen risico vallen, zoals het eventuele laboratoriumonderzoek. ■

LITERATUUR

1. NVOG. CVRM na een reproductieve aandoening. 2014. Beschikbaar via: https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/cvrm_na_een_reproductieve_aandoening/cvrm_na_reproductieve_aandoening_-_startpagina.html. Geraadpleegd op 7 juli 2023.
2. NHG, NIV, NVvC. Multidisciplinaire richtlijn Cardiovasculair risicomanagement. richtlijnen.nhg.org. Utrecht: NHG, 2018. Geraadpleegd op 7 juli 2023.
3. Heida KY, Bots ML, De Groot CJ, Van Dunné FM, Hamoud NM, Hoek A, et al. Cardiovascular risk management after reproductive and pregnancy-related disorders: a Dutch multidisciplinary evidence-based guideline. *Eur J Prev Cardiol* 2016;23:1863-79.
4. Brouwers L, Van der Meiden-van Roest AJ, Savelkoul C, Vogelvang TE, Lely AT, Franx A, et al. Recurrence of pre-eclampsia and the risk of future hypertension and cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis. *BJOG* 2018;125:1642-54.
5. Bellamy L, Casas JP, Hingorani AD, Williams DJ. Pre-eclampsia and risk of cardiovascular disease and cancer in later life: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2007 10;335:974.
6. Behrens I, Basit S, Melbye M, Lykke JA, Wohlfahrt J, Bundgaard H, et al. Risk of post-pregnancy hypertension in women with a history of hypertensive disorders of pregnancy: nationwide cohort study. *BMJ* 2017;358:j3078.
7. Dollee J, Bonten T, Painter R, Eekhof J. Diabetes gravidarum. *Huisarts Wet* 2020;63:51-3.
8. Zorginstituut Nederland. Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI) (Zvw). Beschikbaar via: <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/gecombineerde-leefstijlinterventie-gli-zvw>. Geraadpleegd op 7 juli 2023.
9. Jones DW, Clark DC 3rd. Hypertension (blood pressure) and lifetime risk of target organ damage. *Curr Hypertens Rep* 2020;22:75.
10. Shin D, Choi J, Lee HY. Suboptimal control status of young hypertensive population. *Clin Hypertens* 2023;29:13.
11. Williams B, Mancia G, Spiering W, Rosei EA, Azizi M, Burnier M, et al.; ESC Scientific Document Group. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J* 2018;39:3021-3104.
12. Dijkhuis TE, Bloem F, Kusters LAJ, Roos SM, Gordijn SJ, Holvast F, et al. Investigating the current knowledge and needs concerning a follow-up for long-term cardiovascular risks in Dutch women with a preeclampsia history: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2020;20:486.
13. Kist JM, Smit GWG, Mairuhu ATA, Struijs JN, Vos RC, Van Peet PG, et al. Large health disparities in cardiovascular death in men and women, by ethnicity and socioeconomic status in an urban based population cohort. *EclinicalMedicine* 2021;40:101120.

Raadpleeg de volledige versie van deze multidisciplinaire richtlijn op de richtlijndatabase. Zie: <https://richtlijndatabase.nl> en zoek op 'CVRM na een reproductieve aandoening'.

Vos HMM. Herziening MDR CVRM na een hypertensieve aandoening in de zwangerschap. *Huisarts Wet* 2023;66:DOI:10.1007/s12445-023-2334-4.
LUMC, afdeling Public health en Eerstelijns geneeskunde, Leiden:
H.M.M. Vos, huisarts, hoofd huisartsopleiding, universitair hoofddocent,
h.m.m.vos@lumc.nl.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.