

Hypertensief spoedgeval

Joris van Driel, Jelmer Alsmas

Een sterk verhoogde bloeddruk (in de regel > 180/110 mmHg) kan gepaard gaan met orgaanschade. Bij acute orgaanschade moet de patiënt met spoed naar het ziekenhuis, dus het is zaak dit systematisch na te gaan. Acueel ontstane pijn op de borst (acueel coronair syndroom, aortadissectie), kortademigheid (acueel hartfalen), neurologische uitval (CVA of hypertensieve encefalopathie) en hoofdpijn of wazig zien (retinopathie) kunnen indicaties zijn voor een spoedverwijzing. Patiënten met ernstige hypertensie zonder klachten kunnen veilig verder worden onderzocht en behandeld conform de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement.

CASUS: DE HEER ADEMA

De heer Adema, 67 jaar, bezoekt de praktijkondersteuner (POH) voor een routinecontrole in het kader van cardiovasculair risicomanagement [CVRM]. Patiënt is door de internist ingesteld op 4 antihypertensiva en daarna terugverwezen. De heer Adema heeft diabetes mellitus type 2, waarvoor hij metformine gebruikt, en verhoogd cholesterol waarvoor hij een statine gebruikt. De POH meet bij herhaling aan beide armen een verhoogde bloeddruk van 230/110 mmHg. Patiënt heeft hierbij geen klachten.

CASUS: MEVROUW BROUWER

Mevrouw Brouwer, 62 jaar, wordt door haar man naar de huisartsenpost [HAP] gebracht. Ze heeft gedurende de dag geklaagd over hoofdpijn en misselijkheid, en ze heeft gebraakt. Daarbij vindt hij haar suf. Mevrouw Brouwer gebruikt 2 middelen voor haar hypertensie, die daarmee goed gereguleerd is. Verder heeft ze last van artrose van de knie. Bij onderzoek ziet u een zieke vrouw met een bloeddruk van 185/105 mmHg. U vindt geen neurologische uitval, maar wel is haar bewustzijn verminderd [E3M6V4].

Hypertensie (een bij herhaling gemeten systolische bloeddruk ≥ 140 mmHg en/of diastolische bloeddruk ≥ 90 mmHg) is een veelvoorkomend probleem.¹ Ongeveer 2,8 miljoen Nederlanders (dat is 15% van de bevolking > 12 jaar) zijn bij hun huisarts bekend met een verhoogde bloeddruk en naar schatting is dat slechts de helft van alle Nederlanders met een verhoogde bloeddruk.^{2,3} Hypertensie is de meest voorkomende reden om contact te hebben met de huisarts.⁴ Ook in het ziekenhuis en op de spoedeisende hulp (SEH) hebben patiënten vaak een verhoogde bloeddruk, maar meestal komt dat door pijn, stress en angst, en daalt de bloeddruk na verloop van tijd weer.⁵⁻⁷ Overigens is de hypertensie bij slechts 5-15% van de patiënten het gevolg van een onderliggende medische aandoening



Een hypertensief spoedgeval vereist onmiddellijk onderzoek en behandeling.

Foto: Shutterstock

(secundaire hypertensie). De overige 85-95% heeft primaire hypertensie.¹

Wanneer, en met hoeveel spoed, moet je een patiënt verwijzen die in de spreekkamer een sterk verhoogde bloeddruk blijkt te hebben? In dit artikel geven we een overzicht van het probleem en enkele praktische handvatten voor de vraag: 'Insturen of niet?' Dat doen we op basis van de in 2021 verschenen *Richtlijn Hypertensief spoedgeval* van de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV).⁸

WAT IS EEN HYPERTENSIEF SPOEDGEVAL?

De nieuwe NIV-richtlijn omschrijft, in aansluiting bij de in 2019 verschenen richtlijn van de European Society of Cardiology (ESC), een hypertensief spoedgeval als 'ernstige hypertensie die gecompliceerd wordt door acute hypertensie-gemedieerde orgaanschade'.⁹ Een hypertensief spoedgeval vereist onmiddellijk onderzoek en behandeling (zie voor de symptomen van orgaanschade [tabel 1]). Aanwijzingen voor een hypertensief spoedgeval zijn:

- hypertensie (meestal > 180/110 mmHg) in combinatie met acute cardiopulmonale klachten of acute neurologische symptomen
- hypertensie > 200/120 mmHg (of recente sterke stijging van de bloeddruk) in combinatie met hoofdpijn, misselijkheid, braken of visusstoornissen

Wanneer bij een patiënt met een sterk verhoogde bloeddruk géén acute eindorgaanschade wordt gevonden, spreekt men

DE KERN

- Een hypertensief spoedgeval is ernstige hypertensie (> 180/110 mmHg) met acute hypertensiegemedieerde orgaanschade.
- Een hypertensief spoedgeval moet met A1-urgentie worden ingestuurd; exploreer daarom eerst – stapsgewijs – eventuele schade aan vaten, hart, hersenen, ogen en nieren.
- Als een patiënt ernstige hypertensie heeft, maar geen klachten, ga dan de mogelijke oorzaak na [middelengebruik, feochromocytoom, zwangerschap].
- Patiënten zonder secundaire hypertensie of orgaanschade kunnen worden behandeld volgens de NHG-Standaard CVRM.

van 'ernstige hypertensie' en niet van een hypertensief spoedgeval, of de patiënt nu klachten heeft of niet.

INSTUREN OF NIET?

Patiënten met een ernstig verhoogde bloeddruk en cardiopulmonale klachten of acute neurologische symptomen worden in de regel wel herkend en acuut verwezen naar de SEH.⁸ Maar wat te doen bij hypertensie zonder duidelijke klachten? Beoordeel allereerst de ABCDE-parameters.¹⁰ Een patiënt die ABCDE-instabiel is, heeft onmiddellijk behandeling nodig met bijvoorbeeld zuurstof, een intraveneuze toegang of een (traag lopend) infuus, en een ambulance met A1-indicatie. Als de patiënt ABCDE-stabiel is, kan het onderzoek beginnen. Let bij de anamnese op subjectieve klachten en objectieve symptomen die passen bij acute orgaanschade, en vraag ook naar een eventueel luxerend moment of (secundaire) oorzaak.

Loop stapsgewijs de symptomen na die passen bij acute orgaanschade en combineer uw vragen waar nodig met lichamelijk of aanvullend onderzoek.⁸

Een korte samenvatting van alle stappen staat in [tabel 2].

Stap 1: actuele pijn op de borst

Vraag als eerste naar actuele, acuut ontstane pijn op de borst. Een acuut ontstane, scheurende pijn tussen de schouderbladen die doortrekt naar beneden past meer bij een aortadissectie; een beklemmende pijn met uitstraling naar de linkerschouder of -kaak, al dan niet met vegetatieve verschijnselen, past meer bij een acuut coronair syndroom (ACS).

Een bloeddrukverschil > 20 mmHg tussen linker- en rechterarm, een S3-galopritme of aanwijzingen voor een aortaklepinsufficiëntie (vroegdiastolisch geruis bij auscultatie van het hart) kunnen wijzen op een aortadissectie. Aanvullend kunt u – als dat haalbaar en mogelijk is – een ecg maken. Vermoedt u een aortadissectie of ACS, handel dan conform de NHG-Standaard Acuut coronair syndroom en vraag direct een ambulance aan (naar de vaatchirurg of cardioloog).¹¹ U kunt alvast starten met nitroglycerine en een traaglopend infuus.

Stap 2: acute kortademigheid

Als tweede is het zaak om acuut pulmonaal oedeem, met of zonder ACS, uit te sluiten. Kenmerken hiervan zijn acuut ontstane dyspneu met orthopneu, bibasaal crepiteren over de longen en (meestal) een verhoogde centraalveneuze druk (CVD). Ook kan er sprake zijn van enkeloedeem. Ook deze patiënten krijgen een spoedverwijzing (naar de cardioloog).

Stap 3: neurologische uitval of verminderd bewustzijn

Als de patiënt niet kortademig is, onderzoekt u of er neurolo-

Tabel 1

Symptomen van acute hypertensiegemedieerde orgaanschade

Orgaan	Orgaanschade	Kenmerkende klachten	Aanvullend onderzoek
Aorta	Acute aortadissectie	Scheurende pijn tussen de schouderbladen	CT-angiografie van de thorax
Hart	Acuut coronair syndroom [inclusief een acuut myocardinfarct]	Beklemmende pijn met uitstraling naar linkerschouder of -kaak, al dan niet met vegetatieve verschijnselen	Hartenzymen [troponine en creatinekinase] Echocardiografie
	Acuut hartfalen met longoedeem	Acuut ontstane dyspneu met orthopneu	Echografie van long, hart en vena cava inferior Hartenzymen, NT-proBNP
Hersenen	Ischemisch of hemorragisch cerebrovasculair accident [CVA]	Uitval met lateralisatie	CT-hersenen
	Hypertensieve encefalopathie	Insulten, veranderd gedrag, verminderd bewustzijn, corticale blindheid en coma	Eventueel MRI-hersenen
Retina	Vlamvormige bloedingen, <i>cotton wool spots</i> , papiloedeem	Hoofdpijn of wazig zien	Fundoscopie
Nieren	Acute nierinsufficiëntie of nierfalen, al dan niet in combinatie met trombotische microangiopathie [TMA]	Hoofdpijn of wazig zien	Echo nieren Directe antiglobulinetest [DAT] Hemolyseparameters

gische uitval is dan wel een verminderd of veranderd bewustzijn. Deze kunnen zijn veroorzaakt door een ischemisch of hemorragisch cerebrovasculair accident (CVA) of door hypertensieve encefalopathie.¹² De *Face-Arm-Speech-Time*-test (FAST-test) kan een snelle indicatie geven voor de aanwezigheid van een CVA.

Een verminderd of veranderd bewustzijn kan het gevolg zijn van hypertensieve encefalopathie. Dit is ernstige hypertensie met een of meer van de volgende symptomen, waarvoor geen alternatieve verklaring is: tonisch-klonische insulten, corticale blindheid (bilaterale complete hemianopsie zonder fundusafwijkingen met normale pupilreacties), gedragsveranderingen, delier, verminderd bewustzijn en/of coma. Ook deze patiënten moeten met spoed verwezen worden (naar de neuroloog).

Stap 4: hoofdpijn en/of wazig zien

Nadat u een CVA of hypertensieve encefalopathie heeft uitgesloten, is uw volgende vraag of er sprake is van hoofdpijn of wazig zien. Wazig zien kan duiden op een spoedeisende hypertensieve retinopathie. De hoofdpijn kan worden veroorzaakt door een verhoogde hersendruk, waardoor ook misselijkheid en braken kunnen optreden. In dat geval moet de patiënt op de SEH onderzocht worden. Een kwart van de patiënten met spoedeisende hypertensieve retinopathie heeft bij presentatie een trombotische microangiopathie (TMA) en meer dan de helft heeft een matige tot ernstige nierfunctiestoornis.¹³

Hypertensie zonder klachten

Als de patiënt geen pijn op de borst heeft, niet kortademig is, geen neurologische uitval of verminderd bewustzijn heeft en geen hoofdpijn heeft of wazig ziet, is een verwijzing niet nodig. Men spreekt dan van 'ernstige hypertensie zonder acute orgaanschade'. Er zijn echter uitzonderingen op deze regel, en dat zijn de patiënten met ernstige secundaire hypertensie. Ernstige secundaire hypertensie kan optreden in het kader van middelengebruik (cocaïne, amfetamine of xtc) of een feochromocytoom. Een feochromocytoom is een hormoonproducerende bijniertumor die naast ernstige hypertensie ook aanvallen van hoofdpijn, hartkloppingen, angst, bleekheid en zweten kan veroorzaken.¹⁴ Ook wanneer deze patiënten geen orgaanschade hebben, kan een bloeddrukverlagende behandeling geïndiceerd zijn. Ze moeten daarom laagdrempelig verwezen worden.

Ernstige secundaire hypertensie kan ook optreden bij zwangere vrouwen. Er kan dan sprake zijn van hemolyse, gestoorde leverfunctie en trombocytopenie (HELLP) of van pre-eclampsie. Beide zijn een indicatie voor laagdrempelige verwijzing naar de gynaecoloog.¹⁵

OP DE SEH EN DAARNA

Een kwart van de patiënten op de SEH heeft een verhoogde bloeddruk, maar slechts bij 1 op de 200 rijst het vermoeden van een hypertensief spoedgeval en slechts bij ongeveer een

Tabel 2

Welke patiënten met ernstige hypertensie moeten worden ingestuurd?

Hypertensie met klachten	Hypertensie zonder klachten
Pijn op de borst	Bekend feochromocytoom
Acute kortademigheid	Gebruik van stimulantia (cocaïne, amfetamine, xtc)
Neurologische uitval of verminderd bewustzijn	Zwangerschap
Hoofdpijn en/of wazig zien	

kwart van die patiënten vindt men acute hypertensiegemedieerde orgaanschade. Van de patiënten met een hypertensief spoedgeval is meer dan de helft al bekend met hoge bloeddruk en tot ongeveer 15% heeft secundaire hypertensie.¹⁶ Hypertensieve spoedgevallen komen daarnaast voor bij patiënten die nog niet eerder behandeld waren voor hypertensie of die met hun bloeddrukverlagende medicatie gestopt zijn.

Onderzoek

Bij een vermoeden van een hypertensief spoedgeval wordt op de SEH aanvullend onderzoek gedaan. Dat omvat in ieder geval bloedonderzoek (bloedbeeld met Hb, trombocyten, reticulocyten en fragmentocyten, ureum, kreatinine en eGFR, kalium, LDH, haptoglobine en glucose), urineonderzoek (sedimentafwijkingen, albuminurie) en een ecg. Op geleide van de differentiaaldiagnose kan extra aanvullend onderzoek verricht worden [tabel 1].

Behandeling

De voornaamste behandeling van een hypertensief spoedgeval is het verlagen van de bloeddruk met intraveneuze medicijnen op een bewaakte afdeling. De medicatie, de streefbloeddruk en de duur van de behandeling hangen af van het soort orgaanschade en staan onder regie van de betreffende specialist; bij patiënten met alleen retinopathie is de internist hoofdbehandelaar.⁸

Na ontslag uit het ziekenhuis

Als tijdens de ziekenhuisopname of bij de eerste controle na ontslag de bloeddruk met 3 orale antihypertensiva onvoldoende gereguleerd is, zal een internist de behandeling optimaliseren en secundaire oorzaken uitsluiten.¹⁷ Patiënten met ernstige hypertensie zonder orgaanschade krijgen het advies om de volgende werkdag een afspraak bij de huisarts te maken voor verder cardiovasculair risicomanagement en behandeling van de bloeddruk. Een goede overdracht is daarbij essentieel.⁸

BELEID BIJ PATIËNTEN MET ERNSTIGE HYPERTENSIE

Patiënten met een sterk verhoogde bloeddruk, maar zonder klachten die passen bij acute hypertensiegemedieerde

orgaanschade, kunnen in de huisartsenpraktijk veilig worden behandeld volgens de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomangement.¹ Meestal zakt de bloeddruk spontaan na 30 minuten rust. Bij een aanhoudend verhoogde bloeddruk (>180/110 mmHg) kan de huisarts eenmalig een snelwerkend oraal antihypertensivum geven, al is daar formeel geen reden voor. Het best onderzocht voor deze situatie zijn nifedipine retard 20 mg (T-max 0,5-2 uur), captopril 25 mg (T-max 1-1,5 uur) en labetalol 200 mg (T-max 1-2 uur), zonder voorkeur voor een bepaald middel.⁸

Vervolgens is het zaak om op zoek te gaan naar een onderliggende oorzaak, zoals het gebruik van zout, drop of zoethout-thee, medicatie (NSAID's, orale anticonceptiva) of drugs (xtc, amfetamine, cocaïne). Ook kan men zoeken naar aanwijzingen voor een onderliggende oorzaak (bijvoorbeeld slaapapneusyndroom of feochromocytoom).

Bij een vermoeden van secundaire hypertensie, ook als die met 1-2 middelen goed gereguleerd is, kan laagdrempelig naar de internist worden verwezen.^{1,17} Daarnaast is het belangrijk om de therapietrouw te bespreken. Het is bekend dat na 1 jaar behandeling meer dan de helft van de patiënten gestopt is met de medicatie.¹⁸ Ander onderzoek toonde aan dat ruim 30% van patiënten die met een hypertensief spoedgeval op de SEH kwamen medicatieontrouw was.⁷ Het is daarom wenselijk om bij patiënten bij wie op de SEH een sterk verhoogde bloeddruk wordt gevonden, de bloeddruk op korte termijn te vervolgen en niet meteen medicatie te verhogen of extra bij te starten. ■

DE HEER ADEMA (VERVOLG)

De heer Adema heeft een hoge bloeddruk zonder tekenen van acute hypertensiegemedieerde orgaanschade. Bij verdere navraag blijkt dat hij op eigen initiatief gestaakt is met zijn medicijnen omdat hij had begrepen dat zijn bloeddruk goed was. Na het herstarten van de antihypertensiva, en uitleg over het belang van therapietrouw, is zijn bloeddruk weer goed.

MEVROUW BROUWER (VERVOLG)

Op de HAP wordt voor mevrouw Brouwer een A1-ambulance opgeroepen. In het ziekenhuis stelt de neuroloog een hypertensieve encefalopathie vast. Na 3 dagen intraveneuze therapie op de intensive care verlaat de patiënte het ziekenhuis in goede toestand. Achteraf bleek het uitlokkende moment het starten van naproxen in verband met toename van haar knieklachten.

LITERATUUR

1. NHG-werkgroep Cardiovasculair risicomangement. NHG-Standaard Cardiovasculair risicomangement. Richtlijnen.nhg.org. Utrecht: NHG, 2019.
2. RIVM. Bloeddruk. <https://www.vzinfo.nl/bloeddruk>, geraadpleegd juli 2023.
3. Nivel. Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn. <https://www.nivel.nl/nl/nivel-zorgregistraties-eerste-lijn>, geraadpleegd juli 2023.
4. Nielen M, Hek K, Weesie Y, Davids R, Korevaar J. Hoe vaak hebben Nederlanders contact met de huisartsenpraktijk? Zorggebruik in de huisartsenpraktijk in 2019. Utrecht: Nivel, 2020.
5. Axon RN, Cousineau L, Egan BM. Prevalence and management of hypertension in the inpatient setting: a systematic review. *J Hosp Med* 2011;6:417-22.
6. Miller J, McNaughton C, Joyce K, Binz S, Levy P. Hypertension management in emergency departments. *Am J Hypertens* 2020;33:927-34.
7. Overgaauw N, Alisma J, Brink A, Hameli E, Bahmany S, Peeters LEJ, et al. Drug nonadherence is a common but often overlooked cause of hypertensive urgency and emergency at the emergency department. *J Hypertens* 2019;37:1048-57.
8. NIV. Richtlijn Hypertensief spoedgeval. Utrecht: NIV, 2021.
9. Van den Born BH, Lip GY, Brguljan-Hitij J, Cremer A, Segura J, Morales E, et al. ESC Council on hypertension position document on the management of hypertensive emergencies. *Eur Heart J Cardiovasc Pharmacother* 2019;5:37-46.
10. ABCDE-kaart. Utrecht: NHG, 2021.
11. Auwerda A, Bouma M, Bruins Slot M, Cohen M, Damman P, de Roy van Zuidewijn F, et al. NHG-Standaard Acut coronair syndroom. Richtlijnen.nhg.org. Utrecht: NHG, 2022.
12. Dolmans LS, Hegeman LF, Tjon-A-Tsien MRS, Van den Donk M, Van Noortwijk-Bonga HGC, Verburg-Oorthuizen AFE, et al. NHG-Standaard Beroerte. Richtlijnen.nhg.org. Utrecht: NHG, 2022.
13. Van den Born BJ, Honnebier UP, Koopmans RP, Van Montfrans GA. Microangiopathic hemolysis and renal failure in malignant hypertension. *Hypertension* 2005;45:246-51.
14. Van der Kleij-Corssmit EP, Havekes B, Vriends AH, Jansen JC, Romijn JA. Feochromocytomen en paragangliomen: implicaties van nieuwe inzichten voor diagnostiek en behandeling. *Ned Tijdschr Geneesk* 2008;152:489-93.
15. NVOG. Richtlijn Hypertensieve aandoeningen in de zwangerschap. Utrecht: NVOG, 2023
16. Borgel J, Springer S, Ghafoor J, Arndt D, Duchna HW, Barthel A, et al. Unrecognized secondary causes of hypertension in patients with hypertensive urgency/emergency: prevalence and co-prevalence. *Clin Res Cardiol* 2010;99:499-506.
17. NIV. Diagnostiek secundaire hypertensie. https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/hypertensie_in_de_tweede_en_derde_lijn/diagnostiek_secundaire_hypertensie.html, geraadpleegd juli 2023.
18. Burnier M, Egan BM. Adherence in hypertension. *Circ Res* 2019;124:1124-40.

Van Driel J, Alisma J. Hypertensief spoedgeval. *Huisarts Wet* 2023;66:DOI: 10.1007/s12445-023-2397-2.
Huisartsenpraktijk Benthuizen: J. van Driel, huisarts. Erasmus MC, Rotterdam: dr. J. Alisma, internist acute geneeskunde: j.alsma@erasmusmc.nl.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.