



PERIFEER ARTERIEE



2014

HAAGSEVATEN

Aanbevelingen huisartsenpraktijk: Diagnostiek

De diagnose kan in de eerste lijn meestal worden gesteld aan de hand van:

Anamnese

Maak hierbij onderscheid tussen acute ischaemie en chronisch obstructief arterieel vaatlijden:

- Duur en langzame of juist snelle progressie van de klachten
- Klachten die wijzen op acute ischaemie: rustpijn, snel progressieve gevoelsstoornissen van het been, spierzwakte van been/voet, bleekheid
- Klachten die wijzen op claudicatio intermittens: pijn en vervelende sensaties (moe, stijf, krampen, temperatuurverschillen) in het been of de bilregio bij inspanning die verminderen in rust
- Klachten die wijzen op kritieke ischaemie: rustpijn en/of nachtelijke pijn (vooral in voorvoet of tenen), die afneemt als de patiënt opstaat of het aangedane been laat hangen
- Beperkingen bij lichamelijke activiteiten, werk of dagelijkse bezigheden, maximale loopafstand
- Medicatie
- RF HVZ
- Voedingpatroon, alcohol gebruik, lichamelijke activiteit

Lichamelijk onderzoek

Let op links-rechts verschillen, meet de bloeddruk

- Beoordeel tekenen die wijzen op acute ischaemie van het been:
ontbrekende pulsaties a. tibialis posterior, a. dorsalis pedis en/of a. femoralis, souffle over a. femoralis, lagere huidtemperatuur van voet en onderbeen, bleekheid van het been, neurologisch: gevoelsstoornissen van het been, spierzwakte been/voet
- Beoordeel tekenen die wijzen op chronisch obstructief arterieel vaatlijden:
verzwakte pulsaties van a. tibialis posterior, a. dorsalis pedis en/of a. femoralis, souffle over a. femoralis, lagere huidtemperatuur voet en onderbeen, trofische stoornissen (wondjes aan tenen, voet en enkel, verminderde beharing, nagelafwijkingen, pigmentatie, evt aangevuld met de blanching and depending rubor -test en de enkel-arm index.

De "Blanching & Depending Rubor" test

- o Patiënt ligt horizontaal
- o Til beide enkels circa 50cm op
- o Wacht 1-2 minuten - > Blanching
- o Laat patiënt op de rand van de onderzoeksbank zitten
- o Afhangende benen - > Depending Rubor

Op grond van anamnese en lichamelijk onderzoek is het mogelijk het vaatlijden in te delen in de stadia volgens Fontaine.

Indeling volgens Fontaine	
Stadium I	Asymptomatisch. Typische klachten van Claudicatio Intermittens ontbreken
Stadium IIa	Claudicatio Intermittens, pijnvrije (door patiënt geschatte) loopafstand > 100m
Stadium IIb	Claudicatio Intermittens, pijnvrije (door patiënt geschatte) loopafstand < 100m
Stadium III	Rustpijn. Ischemische klachten aan voet of been in rust en/of trofische stoornissen
Stadium IV	Ulcera, dreigende necrose, gangreen aan de voet

Aanvullende diagnostiek in de vorm van de enkel-arm index kan helpen om vaatlijden als oorzaak van de klachten meer of minder waarschijnlijk te maken. Let wel: De **EAI** is **onbetrouwbaar bij diabetes** en moet bij deze groep niet verricht worden.

Methodiek meten van de enkel-arm index
Meet de systolische bloeddruk aan de rechter bovenarm (arteria brachialis)
Meet de systolische bloeddruk aan de linker bovenarm (arteria brachialis)
Meet de systolische bloeddruk bij de arteria dorsalis pedis van de rechter voet
Meet de systolische bloeddruk bij de arteria tibialis posterior van de rechterenkel
Meet de systolische bloeddruk bij de arteria dorsalis pedis van de linker voet
Meet de systolische bloeddruk bij de arteria tibialis posterior van de linker enkel.
Enkel/arm index rechts
Neem de hoogst gemeten systolische druk van de beide armen (= A)
Neem de hoogst gemeten systolische druk van de rechervoet en rechter enkel (= B).
Deel B door A = enkel/arm index rechts.
Enkel-arm index links
Neem de hoogst gemeten systolische druk van de beide armen (= A).
Neem de hoogst gemeten systolische druk van de linkervoet en linker enkel (= B).
Deel B door A = enkel-arm index links.
<i>Voor een betrouwbaarder meting en interpretatie van de waarden, evt. drie maal meten. Neem het gemiddelde van deze metingen als waarde.</i>

Evaluatie

Acute ischaemie: 5P's (Pain, Pulseless, Parlor, Paresthesieen, Paralyse)

Enkel arm index

- EAI <0,8 of bij een gemiddelde van 3 EAI-bepalingen <0,9 -> *Chronisch obstructief arterieel vaatlijden* is vrijwel zeker
- EAI >1,1 of bij een gemiddelde van 3 EAI-bepalingen >1 -> *Chronisch obstructief arterieel vaatlijden* is vrijwel uitgesloten. NB: behalve bij patiënten met DM die kunnen door stuggere vaatwanden bij hogere EAI toch chronisch obstructief vaatlijden hebben

Er is sprake van *claudicatio intermittens* bij pijn en vervelende sensaties (moe, stijf, krampen, temperatuurverschillen) in het been of de bilregio bij inspanning, welke verminderen in rust. Zie bovengenoemde afwijkingen bij dopplersonderzoek.

Er is sprake van *kritieke ischaemie* bij pijnklachten aan voet of been in rust en/of trofische stoornissen aan voet of been (wondjes, verminderde beharing, nagelafwijkingen). Hierbij dient de met een dopplersonderzoek gemeten enkeldruk lager dan 50 mmHg te zijn.

Aanbevelingen huisartsenpraktijk: behandeling en follow-up

Inventarisatie en behandeling risicofactoren.

Screening cardiovasculaire risicofactoren		
Anamnese/vragenlijst	Lichaamsbeweging	
	Voeding	
	Verslaving	Roken, alcohol, overige
	Familie	Prematuur vaatlijden, familiale hypercholesterolemie, etc.
Lichamelijk onderzoek	BMI, buikontrek	
	Bloeddruk, pols	
Laboratorium onderzoek (bij voorkeur nuchter afnemen)	Hematologie	Hemoglobine, Leukocyten + differentiatie, trombocyten
	Lipidenprofiel	Totaal cholesterol, triglyceriden, HDL cholesterol, LDL cholesterol
	Diabetes	Nuchter of willekeurige glucose, HbA1c
	Nierfunctie	Kreatine/eGFR, Natrium, Kalium Urine: sediment, microalb/kreat
	Overige	TSH, CK, ALAT

Aandachtspunten bij de follow-up voor deze patiëntengroep:

- Patiënten met PAV dienen bij een LDL cholesterol > 2.5 mmol/L een cholesterolverlagend middel te worden voorgeschreven. In uitzonderlijke gevallen zal overwogen moeten worden een lager LDL cholesterol (< 1.8 mmol/L) na te streven. Bijvoorbeeld bij patiënten met recidiverende cardiovasculaire events en/of bij patiënten met een hoog life time risico op cardiovasculaire events (jonge patiënten).
- B-tablokker relatief gecontraïndiceerd? Omstreden: klachten kunnen iets verslechteren maar, indien patiënt echt niet zonder kan voor bloeddrukregulatie dan 'mag' het. Vaatverwijdende beta-blokkers gelieve dan waarschijnlijk de voorkeur (carvedilol, nebivolol, etc).
- Verwijzing naar door fysiotherapie gesuperviseerde looptraining, gedurende minstens 6 maanden 2-3 x/week. Na 6 maanden evaluatie van het effect.
- Voor verdere secundaire preventie: zie verder protocol.

Verwijsindicaties naar de tweede lijn

In de volgende situaties verwijst de huisarts voor nadere diagnostiek en/of behandeling naar een vaatchirurg:

- Als een bepaling van de enkelarm-index nodig is die niet in eigen beheer kan worden uitgevoerd (diagnostiek).
- Bij persisterende verdenking gezien anamnese en normale enkelarm-index (ter analyse) aanbieden.
- Bij een gemiddelde enkelarm-index van 0,9 tot en met 1,0 en twijfel over de diagnose (diagnostiek).
- Bij patiënten met diabetes mellitus en een vermoeden van perifeer arterieel vaatlijden (diagnostiek, EAI niet betrouwbaar).
- Perifeer arterieel vaatlijden stadium 2 met snelle progressie van de klachten
- Perifeer arterieel vaatlijden stadium 2 met blijvende klachten of duidelijke subjectieve invalidering ondanks looptraining na 6 maanden (behandelopties evalueren). Bij blijvende verdenking en onduidelijke diagnostiek dient men altijd te verwijzen.
- Bij wond o.b.v. necrose (graag alvast kweek afnemen in de thuissituatie).
- Bij positieve blanching/depending rubor test: verwijzing binnen enkele dagen.

Indicaties voor acute verwijzing naar de vaatchirurg:

- Bij kritieke ischemie: perifeer arterieel vaatlijden stadium 3 en 4 of een enkeldruk < 50 mmHg (behandelopties evalueren).
- Vermoeden van trombose of embolie (behandeling).

Informatieoverdracht van huisarts naar specialist

- Anamnese: ontwikkeling van de klachten.
- Bevindingen lichamelijk onderzoek.
- Voorgeschiedenis en eventuele andere beperkingen in mobiliteit die van invloed kunnen zijn op de afweging tot operatief (bijv. ernstig COPD, hartfalen, artrose).
- Risicofactoren: compliance en effect van medicamenteuze en niet-medicamenteuze behandeling. Diabetes al dan niet goed ingesteld.
- Actuele medicatie.
- Vermelding bereikbaarheid huisarts; 06-nummer, intercollegiaal nummer.

Uitgangspunten voor de behandeling in de tweede lijn

- Alle claudicatio patiënten krijgen in principe gesuperviseerde looptraining tenzij verwacht wordt dat het effect te gering is. Patiënten gaan hiervoor 3 maanden 2-3 per week naar de fysiotherapeut en komen daarna terug bij specialist. Bij onvoldoende verbetering of verslechtering (volgens patiënt en behandelaar) volgt verder onderzoek.
- Bij voldoende verbetering: minimaal nog 3 maanden doortrainen. Dan nog 1x terug bij de vaatchirurg, waarna verwijzing naar de eerste lijn volgt.
- Besluit tot ingreep en welke ingreep wordt op de specifieke situatie van de patiënt toegesneden. Waar mogelijk is dotterbehandeling eerste keus. Dat doet de interventieradioloog. De vaatchirurg start altijd met Statine en Ascal (op indicatie Plavix)
- Alle nieuwe vaatchirurgische patiënten worden besproken in een Multi Disciplinair Overleg met de internist-vasculair geneeskundige. Voor elke afzonderlijke patiënt zal een advies gegeven worden waarbij aangegeven wordt wie de zorg in het kader van secundaire preventie ter hand zal nemen. In principe worden alle patiënten voor secundaire preventie weer terugverwezen naar de huisarts tenzij er voldaan wordt aan één van de criteria voor verwijzing naar de vasculaire polikliniek.

Verwijscriteria naar Vasculaire Polikliniek voor patiënten met perifeer vaatlijden

Criteria	Definitie
Diabetes Mellitus	Bekende onvoldoende ingestelde Diabetes Mellitus, HbA1c > 53 mmol/mol
	De novo Diabetes Mellitus: glucose > 11.0 mmol/L, of > 7.0 mmol/L (nuchter), of HbA1Cc > 48mmol/mol
Hypertensie	Therapie resistente hypertensie: RR > 140/90 mmHg ondanks 3 antihypertensiva waaronder 1 diureticum
	Vermoeden of uitsluiten secundaire hypertensie
	Hypertensie bij jonge patiënt (<40 jaar)
	(verdenking) hypertensieve crisis (RR> 200/120mmHg)= SPOED consultatie
Dyslipidemie	Therapieresistente te hoge LDL>2,5 waarde
	Verdenking familiale dyslipidemie (bijv. FH)
	Onacceptabele bijwerkingen van statines
Prematuur vaatlijden	Patiënten < 55 jaar
Chronische niersinsufficiëntie	Verwijscriteria zijn beschreven in het protocol "Screening Nierschade" beschikbaar op de website www.haagsnieren.nl
Overige	Afwijkende hematologie [#] of vaatlijden zonder risicofactoren

#Onder afwijkende hematologie wordt verstaan Ht >0.50%, trombocyten >450*10⁹/L, leukocyten >15*10⁹/L met afwijkende leukodiff

Uitgangspunten voor terugverwijzen naar en follow-up in de eerste lijn

Doorgaans verwijst de vaatchirurg patiënten terug naar de eerste lijn:

- Na geslaagde dotter direct, of bij voldoende effect van fysiotherapie na 3-6 maanden.
- Wanneer vaatlijden is uitgesloten. Bij verdenking neurogene claudicatio wordt binnenshuis doorverwezen naar de neuroloog. In overige situaties gaat de patiënt in principe retour naar de huisarts voor verdere analyse / begeleiding.
- Bij heel perifeer gelegen vaatvernauwingen (kunnen niet verholpen worden).
- In geval van chronische ischaemie type Fontaine II, een EAI tussen de 0,9 en 1,0 en indien er sprake is van een niet acuut niet vitaal bedreigde situatie en patiënt en vaatchirurg een ingreep niet gedicteerd vinden.
- In geval operatief ingrijpen niet tot een te verwachte verhoging van de kwaliteit van leven zal leiden (bijv. bij andere ernstige mobiliteit beperkende factoren).

Informatieoverdracht bij verwijzing van de tweede naar de eerste lijn

De vaatchirurg schrijft binnen twee weken na ontslag een brief met

- De uitgevoerde diagnostiek en de diagnose.
- Eventuele operatie of dotterbehandeling.
- Overige (niet-)medicamenteuze behandeling (bijv. loopadvies).
- Naam en bereikbaarheid behandelend specialist.

Uitgangspunten bij de follow-up in de eerste lijn

Na ontvangst van de ontslagbrief roept de huisarts de patiënt op voor controle volgens het protocol "Secundaire preventie bij de cardiovasculaire patiënt". Het doel van het optimaliseren van de risicofactoren en het instellen op medicatie is niet het verbeteren van het vastgestelde perifere vaatlijden, maar het voorkomen van andere complicaties als myocardinfarct, TIA, nierinsufficiëntie

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/ of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm, of welke andere wijze ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van HaagseVaten

Contact:

www.haagsevaten.nl