

Regionale Transmurale Afspraken

Hart voor vrouwen – regio Haaglanden



Versie: 1.1

Datum: 16 maart 2021

Inleiding

Er zijn verschillen tussen mannen en vrouwen in het ontstaan van hart- en vaatziekten. Een van de mogelijke oorzaken betreft schommelingen in de hormoonhuishouding tijdens zwangerschap. In de zwangerschap wordt bijvoorbeeld de werking van insuline deels geblokkeerd door hormonen die geproduceerd worden door de placenta, zoals progesteron, cortisol en humaan placentair lactogeen. Hierdoor ontstaat een relatieve insulinedeficiëntie met als gevolg een risico op het krijgen van zwangerschapsdiabetes¹. Daarnaast ontwikkelen sommige vrouwen een hypertensieve aandoening zoals pre-eclampsie of het HELLP-syndroom. Als vrouwen deze aandoeningen hebben gehad, dan is het lifetime risico op hart- en vaatziekten hoger. Vrouwen met deze (doorgemaakte) problemen, moeten daarom goed gecontroleerd worden.

Hypertensie, (pre-)eclampsie, (zwangerschaps)diabetes en hart- en vaatziekten

Hypertensieve aandoeningen in de zwangerschap komen voor bij 10 tot 15% van alle zwangerschappen. Het risico op latere HVZ is verhoogd (RR 1,9 – 2,5)². Ook het risico op blijvende hypertensie of hypertensie in de toekomst is verhoogd³. Mogelijk is na een hypertensieve aandoening in de zwangerschap ook het risico op diabetes mellitus type II (DMII) verhoogd.

Pre-eclampsie komt voor als zwangerschapscomplicatie bij ongeveer 5-8% van alle zwangerschappen en is wereldwijd de belangrijkste oorzaak voor maternale mortaliteit⁴. Vrouwen die tijdens hun zwangerschap pre-eclampsie hebben gehad, hebben op lange termijn een twee keer verhoogd risico op hart- en vaatziekten (HVZ) (RR 2.16 95%C.I. 1.86-2.52)⁵. Het risico op hart- en vaatziekten is zelfs nog hoger in subgroepen met ernstige pre-eclampsie (RR 2.86 95%CI 2.25-3.65) of pre-eclampsie <37 weken (RR 7,71, 95%CI 4.4-13.52).

De prevalentie van diabetes gravidarum in Nederland wordt geschat op 2 tot 5%. De toename van het aantal zwangerschappen dat gecompliceerd wordt door diabetes gravidarum wordt onder andere veroorzaakt door veranderingen in levensstijl en de daarmee gepaard gaande toename in de prevalentie van overgewicht en obesitas. Diabetes gravidarum en mildere vormen van hyperglykemie in de zwangerschap leiden tot een verhoogde kans op complicaties in de zwangerschap. Vrouwen met diabetes gravidarum hebben een verhoogd risico op het ontwikkelen van DMII in de toekomst. Dit risico is ongeveer 20% kans in 10 jaar en dat stijgt iedere 10 jaar met 10%.¹

In de herziene multidisciplinaire richtlijn Cardiovasculair risicomanagement wordt gesteld dat omdat risicofactoren voor HVZ, bij vrouwen met de genoemde obstetrische aandoeningen, meer voorkomen, er goede redenen zijn om deze vrouwen te screenen op hypertensie en DMII. Aanbevolen wordt dan ook om te overwegen om vrouwen met diabetes gravidarum in de

¹ Zhuyu, J Diabetes Res. 2020

² Lykke, Paediatr Perinat Epidemiol 2010

³ Wilson, BMJ 2003

⁴ Steegers, Lancet 2010

⁵ Bellamy, BMJ 2007

voorgeschiedenis periodiek te screenen op DMII en om vrouwen met hypertensieve aandoeningen in de zwangerschap in de voorgeschiedenis periodiek te screenen op hypertensie en DMII⁶.

Doel van de Regionale Transmurale Afspraken

Het doel is om bij vrouwen die hypertensieve aandoeningen in de zwangerschap en/of zwangerschapsdiabetes hebben doorgemaakt via regionale afspraken de preventieve cardiovasculaire zorg te verbeteren en vorm te geven in de regio Haaglanden.

Patiëntenpopulatie

Vrouwen die ooit hypertensieve aandoeningen in de zwangerschap en/of diabetes gravidarum hebben doorgemaakt. Ernstige pre-eclampsie wordt gedefinieerd volgens de ACOG criteria (zie hieronder)

Zwangerschapshypertensie:

Systolische bloeddruk van > 140 mmHg en/of diastolische bloeddruk > 90 mmHg na 20 weken zwangerschap, minimaal 2 maal gemeten bij een voorheen normotensieve vrouw.

Pre-eclampsie⁷:

Combinatie van zwangerschapshypertensie, gepaard met een of meer van de volgende aspecten, optredend \geq 20 weken zwangerschap:

- Proteïnurie (eiwit/kreatinine ratio van \geq 30 mg/mmol);
- Andere maternale orgaandysfunctie, zoals hematologische complicaties (trombocytopenie, diffuse intravasale stolling en hemolyse), acute nierinsufficiëntie (kreatinine \geq 90 mmol/l), betrokkenheid van leverfunctie (verhoogde transaminasen met of zonder pijn in de bovenbuik), neurologische complicaties (eclampsie, veranderde mentale status, blindheid, persisterende visuele scotomen, herseninfarct, clonus, ernstige hoofdpijn);
- Uteroplacentaire disfunctie, zoals foetale groeirestrictie.

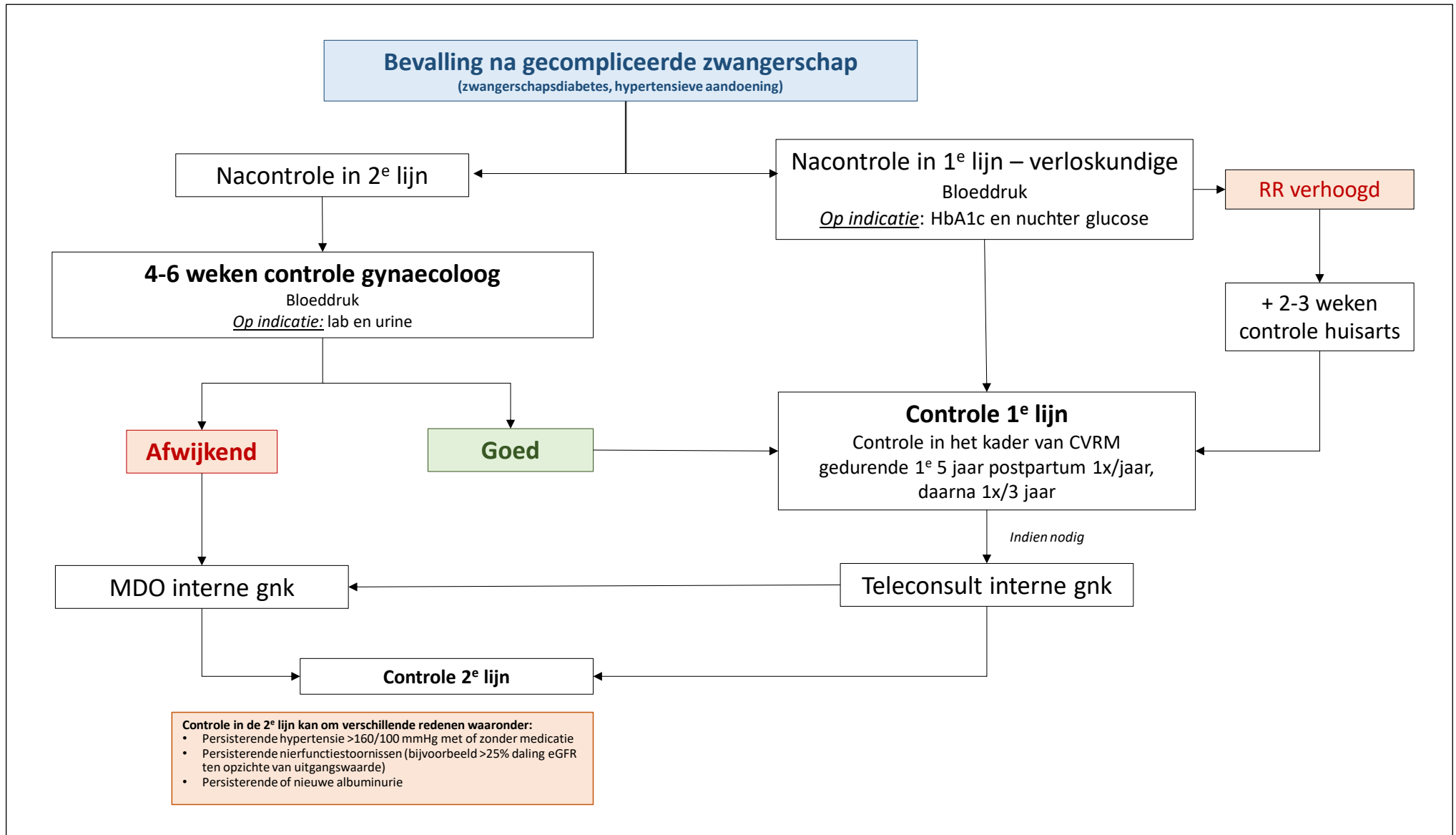
Follow up

Afhankelijk van de ernst van hypertensieve aandoening en/of zwangerschapsdiabetes worden patiënten op de polikliniek gynaecologie of door de huisarts teruggezien:

Zie schema op p.4

⁶ Multidisciplinaire richtlijn Cardiovasculair risicomanagement (MDR CVRM 2019)

⁷ Pregnancy Hypertension 13 (2018) 291-310



Uitgangspunten voor de behandeling in de tweede lijn

- Aanvullende onderzoeken om cardiovasculair risico in kaart te brengen. Zo nodig aanvullende diagnostiek.
- Optimalisatie van de behandeling. Onder andere door aanpassing van de medicamenteuze en niet medicamenteuze therapie.

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

- De gynaecoloog of internist verwijst terug naar de huisarts en instrueert de patiënt een controle afspraak bij de huisarts te maken.
- Risicofactoren zijn adequaat behandeld (of geen beter resultaat kan bereikt worden).
- Een stabiele situatie is bereikt.

Informatieoverdracht bij verwijzing van de tweede naar de eerste lijn

- De huisarts ontvangt binnen 4 weken na het laatste polibezoek een brief met de diagnose, alle diagnostische bevindingen en therapeutische interventies.
- In de ontslagbrief staan in ieder geval de volgende punten:
 - Patiënt heeft een verhoogd cardiovasculair risico.
 - Welke waarden/functies moeten in de gaten gehouden worden, wat zijn de streefwaarden?
 - Bij gebruik medicatie; levenslang? Of mag het t.z.t. stoppen, wanneer dan?
 - Indien nieuwe kindwens dan in ieder geval pre-conceptioneel advies bij gynaecoloog bij patiënten met (ernstige/vroege) PE in voorgeschiedenis.

Bijlage 1 Samenstelling werkgroep

De volgende deelnemers (in alfabetische volgorde) uit de werkgroep hebben de RTA tot stand gebracht:

1. Wietske Hermes (gynaecoloog, HMC)
2. Marion van Hoorn (gynaecoloog, HagaZiekenhuis)
3. Janet Kist (huisarts)
4. Marga Kortekaas (verloskundige)
5. Debby Lappenschaar (beleidsadviseur Hadoks)
6. Ronne Mairuhu (Internist vasculair geneeskundige, HagaZiekenhuis)
7. Els Olde Bijvank (cardioloog, HMC)
8. Eline Renkema (POH Arts en Zorg)
9. Barbara Veen (huisarts en kaderhuisarts HVZ)
10. Hedwig Vos (huisarts, hoofd huisartsopleiding LUMC)
11. Rimke Vos (assistent professor en projectmanager onderzoek LUMC)

Bijlage 2 Versiebeheer

Versie	Wijzigingen	Datum geaccordeerd in werkgroep
1.0		17 november 2020
1.1	Pagina 2: Risico op DMII is aangepast: "Dit risico kan oplopen tot ongeveer 50% in de eerste vijf jaar na de zwangerschap" naar "Dit risico is ongeveer 20% kans in 10 jaar en dat stijgt iedere 10 jaar met 10%."	