

Deze regionale transmurale afspraak is gebaseerd op de multidisciplinaire richtlijn CVRM van 2019 en is tot stand gekomen na overleg tussen de maatschappen interne geneeskunde en cardiologie van het ziekenhuis Bernhoven en de werkgroep CVRM van zorggroep Synchron. Zij is bestemd voor huisartsen en specialisten werkzaam in het adherentie gebied van ziekenhuis Bernhoven en zorggroep Synchron.

Doelstelling

Afstemming van het beleid rond identificatie, diagnostiek en behandeling van patiënten met een verhoogd cardiovasculair risico in de 1e en 2e lijn.

Beleid in de 1e lijn

Indicatie opstellen CVRP

De volgende personen hebben een indicatie voor het opstellen van een CVRP:

- Personen met een doorgemaakte HVZ (MI, AP, CVA, TIA, PAV, AAA)
- DM, RA, COPD, chronische nierschade
- Bekende risicofactoren: verhoogde bloeddruk of cholesterol, roken, BMI >30
- Belaste familie anamnese: 1e graads mannelijke fam lid <55 jaar, vrouwelijk fam lid <65 jaar
- Verdenking erfelijke dyslipidemie

Bij de volgende personen wordt overwogen een risicoprofiel op te stellen

- Personen met artritis psoriatica, ankyloserende spondylitis, OSAS, jicht, HIV, IBD, kanker in het verleden
- Personen met een Turkse, Afrikaanse (sub-Sahara), Hindoestaanse, Aziatisch-Surinaamse of Caribische achtergrond
- Overgewicht: 70 jaar en een BMI 25, >70 jaar en een BMI 28

Bij de volgende personen > 45 jaar wordt 5 jaarlijkse screening bloeddruk en glucose overwogen:

- Doorgemaakte pre-eclampsie
- Doorgemaakte zwangerschapshypertensie
- Doorgemaakte Diabetes Gravidarum
- PCOS

Inhoud risicoprofiel

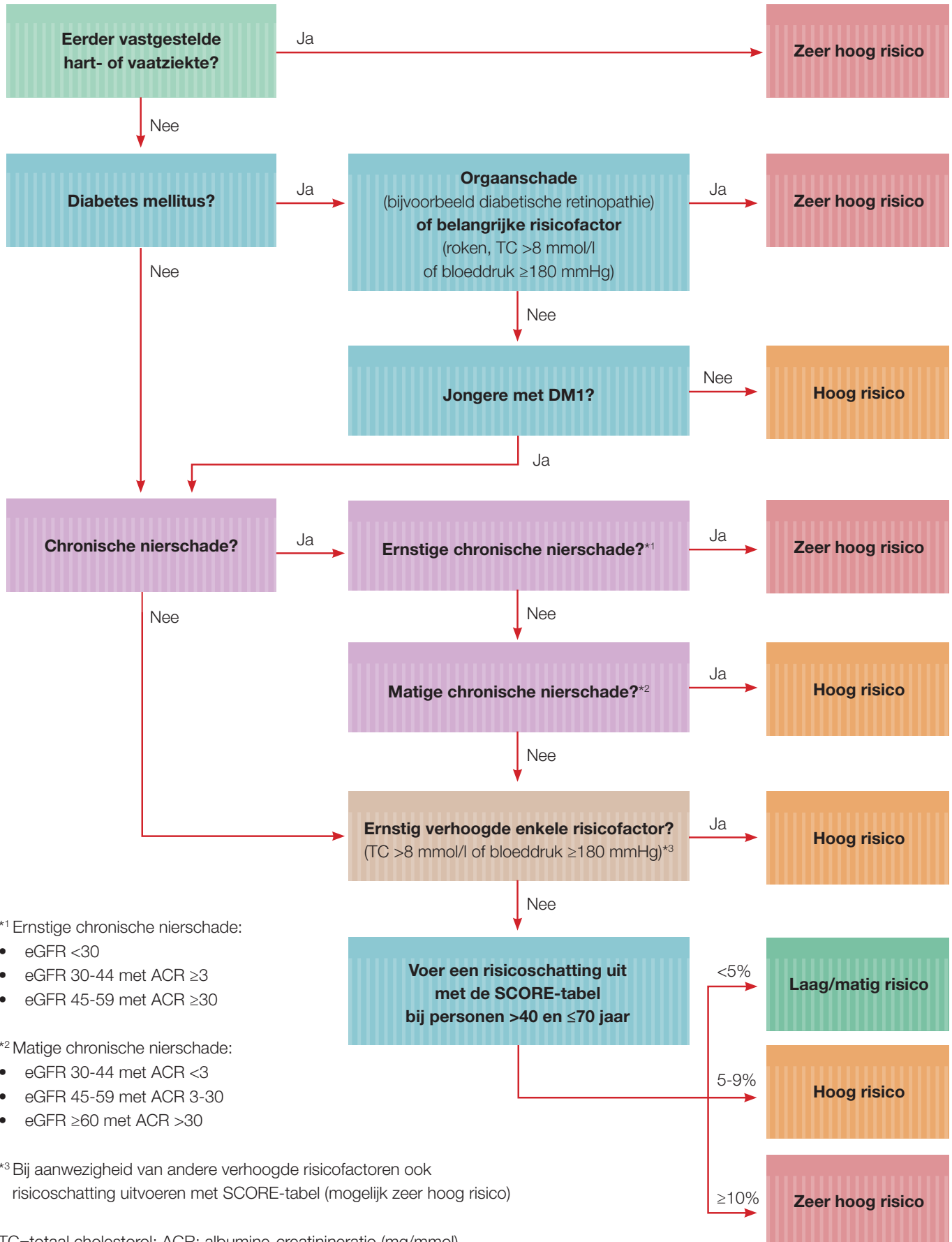
Anamnese: Leeftijd, geslacht, roken, familie anamnese, medische voorgeschiedenis, voeding, alcohol, lichamelijke activiteit, medicatie gebruik (o.a. NSAIDs), drop, drugs, stress

Lichamelijk onderzoek:

- Bloeddruk, pols, gewicht, BMI
- Indien er sprake is van mogelijke behandelindicatie: 24-uurs RR meting, geprotocolleerde thuismeting of ½ uurs RR meting

Aanvullend onderzoek: Lipidenspectrum, glucose, Kreatinine, eGFR, Na/K, albumine/kreatinine ratio urine

Risicoschatting



*1 Ernstige chronische nierschade:

- eGFR <30
- eGFR 30-44 met ACR ≥3
- eGFR 45-59 met ACR ≥30

*2 Matige chronische nierschade:

- eGFR 30-44 met ACR <3
- eGFR 45-59 met ACR 3-30
- eGFR ≥60 met ACR >30

*3 Bij aanwezigheid van andere verhoogde risicofactoren ook risicoschatting uitvoeren met SCORE-tabel (mogelijk zeer hoog risico)

TC=totaal cholesterol; ACR: albumine-creatinineratio (mg/mmol)

Aanvullende risicomodificatoren

- Positieve familie anamnese HVZ: mannen <55 jaar, vrouwen <65 jaar
- Psychosociale factoren
- Calciumscore coronairen (indien bekend)

Behandeling

Personen met een zeer hoog en hoog cardio vasculair risico die medicamenteus behandeld worden komen in aanmerking voor geprotocolleerde ketenzorg en worden geïnccludeerd in het ketenzorg programma CVRM van zorggroep Synchron.

Voor exclusiecriteria: zie zorgprogramma CVRM

Medicamenteus: zie pagina 7

Leefstijlbegeleiding: gezonde voeding, optimaal bewegen, stoppen met roken, streven naar gezond gewicht, stress voorkomen, alcoholbeperking

Controles

Bloeddruk controle 1-2 x per jaar of vaker indien de instelling of leefstijlbegeleiding dit vereist.

Jaarlijks lab: nuchter glucose, Kreat, eGFR, Na/K, lipidspectrum, ACR

Verwijzing naar de vasculair internist

- Aanwijzingen voor secundaire hypertensie: leeftijd <30 jaar, in korte tijd ontstaan, aanvalsgewijs, therapieresistent, hypokaliemie, nierinsufficiëntie bij aanvang, macro-albuminurie, erythrocyturie
- Aanwijzingen voor hypertensieve crisis: RR> 200 mg, visusklachten, hoofdpijn, misselijkheid, kortademigheid
- Therapie resistente hypertensie: ondanks 3 middelen en evt toevoegen spironolacton en uitsluiten secundaire oorzaken alsmede witte jassen hypertensie en onvoldoende therapietrouw
- eGFR <30 ml/min/1,73m²: internist-nefroloog
- Aanwijzingen voor familiale hypercholesterolemie, als de huisarts diagnostiek niet in eigen beheer uitvoert
- Niet behalen LDL streefwaarde bij zeer hoog risico patiënten <70 jaar bij wie de huisarts dit opportuun acht, ter beoordeling behandeling met PCSK-9 remmer.

Beleid in de 2e lijn

Na verwijzing door de huisarts

- Screening d.m.v. anamnese en lichamelijk onderzoek
- Aanvullende diagnostiek op indicatie. Onderzoek dat eerder is verricht op aanvraag van de huisarts hoeft niet opnieuw
- Vervolg consult voor bespreken van de uitslag

Na ziekenhuisopname vanwege een CV event

Patiënten worden binnen 2 weken na een CV event door de behandelend specialist voor het CVRM doorverwezen indien deze specialist dit zelf niet verricht:

<50 jaar naar de vasculair internist

- Het beleid wordt daarbij zoveel mogelijk afgestemd op het beleid dat reeds in de 1e lijn werd gevoerd
- Volledige risico inventarisatie, tenzij dit onlangs is gebeurd
- Leefstijladviezen, instelling medicatie en 1e controle op effect gevolgd door terug verwijzing naar de 1e lijn

>50 jaar de huisartspraktijk

- Opname in ketenzorgprogramma CVRM-HVZ, indien er geen exclusie redenen zijn.
- (Her)evaluatie van het CVRM beleid

Verwijzen naar specialismen onderling

- Verwijzing tussen specialismen onderling dient alleen te geschieden indien dit op medische redenen noodzakelijk is en de gevraagde zorg niet in de huisartsenpraktijk voorhanden is.
- Uitgangspunt is dat de huisarts het meeste overzicht heeft welke zorg wanneer geïndiceerd is. Daartegenover staat dat medisch noodzakelijke zorg door terugverwijzing naar de huisarts niet vertraagd mag worden.
- Indien onderlinge verwijzing direct noodzakelijk wordt geacht wordt de huisarts hiervan op de hoogte gebracht

Terugverwijzing

Terugverwijzing

- Binnen 3 maanden na screening op de CVR poli na een CV event
- Na verwijzing door de huisarts: na het 2e consult door de internist
- Bij gecompliceerde patiënten oordeelt de specialist over het tijdstip van terugverwijzing.

Blijvend in controle in de 2e lijn

- Ernstige co morbiditeit zoals ernstige nierinsufficiëntie, moeilijk instelbare DM.
- Behandeling met PCSK-9 remmers, zolang dit niet in de huisartspraktijk wordt voorgeschreven.

Bij gemeenschappelijke behandeling

De huisarts is de centrale zorgverlener m.b.t. het CVRM beleid die in samenspraak met de patiënt een individueel zorgplan opstelt en bijstelt. Dit eventueel met advies van, of in samenspraak met, de desbetreffende specialist uit de tweede lijn.

Bijlage: streefwaarden

■ Zeer hoog risico
 ■ Hoog risico
 ■ Laag tot matig verhoogd risico

	Streefwaarde LDL-cholesterol (mmol/l)			Streefwaarde systolische bloeddruk (mmHg)			Beleid
	≤70 jaar	>70 jaar		≤70 jaar	>70 jaar		
		Niet kwetsbaar	Kwetsbaar		Niet kwetsbaar	Kwetsbaar	
Eerder vastgestelde hart- of vaatziekte (onder andere acuut coronair syndroom, angina pectoris, coronaire revascularisatie, TIA of beroerte, aorta-iliofemorale atherosclerose, aorta-aneurysma, claudicatio intermittens of perifere revascularisatie). Bij beeldvorming aangetoonde atherosclerotische stenose of ischemie.	<1,8	<2,6	Indien medicatie wordt gegeven bij voldoende levensverwachting <2,6	<140 (eventueel <130*)	<150 (eventueel <140*)	<150 en ≥70 diastolisch	Leefstijladvies Medicamenteuze therapie meestal aangewezen
Diabetes mellitus met orgaanschade , zoals proteïnurie, of met een belangrijke risicofactor , zoals roken of ernstige hypercholesterolemie (TC >8 mmol/l) of ernstig verhoogde bloeddruk (≥180 mmHg)	<2,6	<2,6 (Overweeg medicatie bij voldoende levensverwachting)	Geen medicatie starten of stop lipidenverlagende medicatie	<140 (eventueel <130*)	<150 (eventueel <140*)	<150 en ≥70 diastolisch	
Ernstige chronische nierschade: eGFR <30 of 30-44 met ACR 3-30; eGFR 45-59 met ACR >30							
Een berekenend tienjaarsrisico op HVZ met SCORE ≥10%							

eGFR: estimated Glomerular Filtration Rate/geschatte nierfunctie

ACR: albumine-creatinineratio (mg/mmol)

SCORE: Systematic Coronary Risk Evaluation

TC: totaal cholesterol

*Indien medicatie om dit te bereiken verdragen wordt.

■ Zeer hoog risico
 ■ Hoog risico
 ■ Laag tot matig verhoogd risico

	Streefwaarde LDL-cholesterol (mmol/l)			Streefwaarde systolische bloeddruk (mmHg)			Beleid
	≤70 jaar	>70 jaar		≤70 jaar	>70 jaar		
		Niet kwetsbaar	Kwetsbaar		Niet kwetsbaar	Kwetsbaar	
<p>Matige chronische nierschade: eGFR 30-44 met ACR <3; eGFR 45-59 met ACR 3-30; eGFR ≥60 met ACR 30</p> <p>De meeste andere personen met diabetes mellitus die geen zeer hoog risico hebben</p> <p>Ernstig verhoogde risicofactor; bijvoorbeeld TC >8 mmol/l of bloeddruk 180 mmHg</p> <p>Tienjaarsrisico op HVZ met SCORE ≥5% en <10%</p>	<2,6	<2,6 (Overweeg medicatie bij voldoende levensverwachting)	Geen medicatie starten of stop lipidenverlagende medicatie	<140 (eventueel <130*)	<150 (eventueel <140*)	<150 en ≥70 diastolisch	<p>Leefstijladvies</p> <p>Overweeg medicamenteuze behandeling</p>
<p>Tienjaarsrisico op HVZ met SCORE <5%. Veel personen van middelbare leeftijd vallen in deze categorie.</p> <p>Jongeren met DM type 1 zonder klassieke risicofactoren</p>	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	<p>Leefstijladvies aanbevolen</p> <p>Medicamenteuze therapie zelden aangewezen</p>

eGFR: estimated Glomerular Filtration Rate/geschatte nierfunctie

ACR: albumine-creatinineratio (mg/mmol)

SCORE: Systematic Coronary Risk Evaluation

TC: totaal cholesterol

*Indien medicatie om dit te bereiken verdragen wordt.

Bijlage: medicatie

Anti-hypertensiva

Bij de keuze van medicament is er een voorkeur voor middelen die gecombineerd kunnen worden in 1 tablet.

Patiëntenkenmerk	Geneesmiddel
Asymptomatische orgaanschade	
Albuminurie	ACE-remmer, ARB
Eerder myocard infarct	β -blokkers, ACE-remmer, ARB
Angina pectoris	β -blokkers, calciumantagonist
Hartfalen	ACE-I, ARB, β -blokkers, diuretica, mineralocorticoïdereceptorantagonist
Atriumfibrilleren	β -blokkers, non-dihydropyridine-calciumkanaalblokkeerders, ACE-remmer, ARB, mineralocorticoïdereceptorantagonist
Perifeer arterieel vaatlijden	ACE-remmer
Overig	
Diabetes mellitus	ACE-remmer, ARB
Zwangerschap	Methyldopa, β -blokkers, calciumantagonist
Zwarte personen	Diuretica en calciumantagonisten

Lipiden medicatie

Maak een keuze op basis van gewenste daling LDL cholesterol

LDL-streefwaarde	Onbehandelde LDL-cholesterol (mmol/l)	
<1,8 mmol/l	1,8 - 2,8	>2,9
<2,6 mmol/l	2,6 - 4,1	\geq 4,2
LDL-daling	<40%	\geq 40%

Gewenste daling >40%:

Geef een potent statine: atorvastatine 40 mg of rosuvastatine 20 mg, pravastatine 40 mg bij interactie op CYP3A4.

Als na 3 maanden streefwaarde niet is bereikt: verhoog naar atorvastatine 80 mg of rosuvastatine 40 mg.

Overweeg toevoegen ezetimibe bij patiënten met HVZ.

Gewenste daling <40 %:

Start met simvastatine 40 mg, atorvastatine 10 of rosuvastatine 5 mg, pravastatine 40 mg bij interactie op CYP3A4.

Als na 3 maanden streefwaarde niet is bereikt: verhoog dosering.

Overweeg toevoegen ezetimibe bij patiënten met HVZ.