

Secundaire preventie na een TIA of herseninfarct

Besteed aandacht aan de volgende risicofactoren: roken, lichamelijke inactiviteit, overgewicht en overmatige alcoholconsumptie.

Behandel, in principe levenslang, met de volgende medicatie:

- trombocytenaggregatieremmers:
clopidogrel 1 dd 75 mg óf
acetylsalicylzuur 1 dd 80 mg in combinatie met dipyridamol 2 dd 200 mg (eerste 2 weken 1 dd 200 mg);
- cholesterolverlagende medicatie: zie NHG-Standaard CVRM;
- antihypertensieve medicatie: volgens stappenplan, zie NHG-Standaard CVRM; behandel ook bij een systolische bloeddruk ≤ 140 mmHg, indien dit verdragen wordt. Let op interacties en bijwerkingen. Behandel bij onbehandelde hooggradige ($\geq 70\%$) carotisstenose(n) minder intensief (streefwaarde systolische bloeddruk bij unilaterale stenose ≥ 130 mmHg, bij bilaterale stenose ≥ 150 mmHg).

Na een TIA of herseninfarct als gevolg van atriumfibrilleren of een andere cardiale emboliebron: behandel met een cumarinederivaat of een DOAC (zie NHG-Standaard Atriumfibrilleren).

Secundaire preventie na een hartinfarct

Is de patiënt ingesteld op orale medicatie en door de cardioloog terugverwezen voor controle door de huisarts, dan ligt de nadruk op voortzetting van het cardiovasculair risicomanagement. De controles bij een stabiele patiënt die alleen een myocardinfaarct doormaakte en geen andere risicofactoren heeft die controle behoeven, vinden jaarlijks plaats. Bij postinfarctpatiënten met risicofactoren bepalen deze de controlefrequentie.

Bij de controles inventariseert de huisarts klachten die wijzen op angina pectoris of hartfalen en besteedt aandacht aan psychosociaal welbevinden (angst, depressieve klachten en de gevolgen hiervan voor het dagelijks functioneren), leefstijl, therapietrouw en medicatie (gebruik, problemen met gebruik en mogelijke bijwerkingen). Dit geldt in het bijzonder voor de P2Y12-remmers.

Medicamenteuze behandeling bestaat in de regel uit (zie voor meer informatie en het beleid op de lange termijn de NHG-Standaard CVRM):

- acetylsalicylzuur 1 maal daags 80 mg;
- simvastatine 1 maal daags 40 mg;
- een lipofiele selectieve bètablokker, bijvoorbeeld 1 maal daags 100 tot 200 mg metoprolol met vertraagde afgifte (bij bijwerkingen eventueel 1 maal daags 50 mg);
- een ACE-remmer (gestart ter voorkoming van uitbreiding van het infarct en verwijding van de linkerventrikel (remodelling)). Continueer deze bij hartfalen, (a)symptomatisch verminderde linkerventrikelfunctie of hypertensie, bijvoorbeeld:
lisinopril 1 maal daags 10 tot 20 mg (ouderen of bij hypotensie 1 maal daags 2,5 tot 5 mg); of
enalapril 1 tot 2 maal daags 2,5 tot 20 mg (maximaal 40 mg per dag);
- bij intolerantie voor ACE-remmers wordt een AII-antagonist voorgeschreven, bijvoorbeeld:
losartan 1 maal daags 50 tot 100 mg; of
valsartan 2 maal daags 80 tot 160 mg;

- een P2Y12-remmer,²⁴ zoals clopidogrel 1 maal daags 75 mg, prasugrel 1 maal daags 10 mg (ouderen 1 maal daags 5 mg) of ticagrelor 2 maal daags 90 mg, gedurende 12 maanden na het ACS. Twaalf maanden na het ACS kan de P2Y12-remmer in de regel worden gestopt. De huisarts, apotheker en cardioloog dienen hierover duidelijke afspraken te maken.
- Overweeg bij gebruik van acetylsalicylzuur, al dan niet in combinatie met andere trombocytenaggregatieremmers (P2Y12-remmers), maagbescherming (zie de NHG-Standaard Maagklachten).

Als er redenen zijn om gebruik van acetylsalicylzuur/P2Y12-remmer binnen 12 maanden na het ACS tijdelijk te stoppen (alleen bij operaties of tandheelkundige ingrepen die beslist niet kunnen worden uitgesteld), wordt tevoren altijd overleg gepleegd met de cardioloog.

Voorts palpeert de huisarts de pols (let op ritme en frequentie), meet hij de bloeddruk en bepaalt hij het lichaamsgewicht. Bij anamnestiche aanwijzingen voor hartfalen wordt het lichamelijk onderzoek in die richting uitgebreid (zie de NHG-Standaard Hartfalen).

De huisarts bepaalt het serumcreatinine met (via de MDRD-formule) geschatte glomerulaire filtratiesnelheid (eGFR) en kalium (bij diuretica- en ACE-remmergebruik), en glucose en lipiden conform de desbetreffende standaarden (CVRM en DM). Daarnaast krijgt de patiënt voorlichting wat te doen bij het opnieuw optreden van pijn op de borst: wanneer de patiënt (met spoed) contact op moet nemen met de huisarts of '112' zal bellen. Deze instructie dient regelmatig te worden herhaald.

Controles bij claudicatio intermittens nadat de diagnose is gesteld

Aanbevolen wordt na het stellen van de diagnose claudicatio intermittens de eerste drie maanden maandelijks de progressie (ook in het niet-aangedane been) te controleren en vervolgens driemaandelijks gedurende het eerste jaar. Bij het evalueren van functionele achteruitgang of verbetering na behandeling is het klinisch beeld (en niet de enkel-armindex) leidend.

Bij de controles wordt aandacht besteed aan:

- het beloop van de klachten, de ondervonden last in werk en vrije tijd, de mate van (im)mobiliteit en sociale belemmeringen;
- zelfmanagement;
- de mate waarin de adviezen over stoppen met roken en looptraining zijn opgevolgd en de moeilijkheden die daarbij zijn ondervonden;
- de regulatie van cardiovasculaire risicofactoren zoals vastgelegd in het individueel behandelplan.

Zo nodig vindt overleg plaats met de fysiotherapeut die de patiënt ziet in het kader van gesuperviseerde looptraining.

Extra oplettendheid is geboden bij patiënten die door andere aandoeningen (zoals COPD, hartfalen, artrose of reuma) beperkt mobiel zijn, omdat dit kan leiden tot onderschatting van de ernst van de vaatobstructie.

Vervolgens wordt lichamelijk onderzoek verricht. Let daarbij vooral op (dreigende) huiddefecten, in het bijzonder van de drukpunten aan de voeten door het schoeisel. Vooral bij vaatpatiënten met diabetes mellitus is alertheid geboden.

Afhankelijk van de bevindingen wordt de behandeling ongewijzigd voortgezet of bijgesteld. Als de klachten stabiel blijven en de risicofactoren voor hart- en vaatziekten adequaat zijn behandeld, vindt

jaarlijkse controle plaats in het kader van cardiovasculair risicomanagement (zie de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement).

Controle bij een patiënt met AAA

Bij de conservatieve behandeling van een AAA hoort het behandelen van hypertensie en dient het roken te worden ontraden.