

Zakkaartje Aneurysma Abdominalis (AAA)

1. Wat is een AAA? Aneurysma abdominale aorta: lokale verwijding van de buikslagader, diameter $\geq 3,0$ cm. - De aorta loopt van het hart via de buik naar de benen; verwijding zit meestal infrarenaal. - Meestal asymptomatisch, vaak toevallsbevinding op echo/CT. Gevaar: bij groei kan de wand scheuren (ruptuur) $\rightarrow$ massale, vaak dodelijke bloeding.	2. Risicofactoren & risicogroep Sterkste factoren: roken (ex-roken telt mee), man, hogere leeftijd. - Hypertensie, atherosclerose / bekende hart- en vaatziekten. Familie: eerstegraads familielid met AAA $\rightarrow$ hoger risico, snellere groei, ruptuur bij kleinere diameter. Perifeer aneurysma (popliteaal, femoraal, iliacaal) $\rightarrow$ verhoogde kans op AAA. - AAA komt bij mannen $\sim 4\times$ vaker voor dan bij vrouwen.	3. Presentatie: Denk eraan - Meestal géén klachten. - Pulserende, expansieve zwelling in de (boven)buik. - Soms vage buik-, flank- of rugpijn, of een 'kloppend' gevoel. Alarm: nieuw ontstane hevige pijn = mogelijk (dreigende) ruptuur $\rightarrow$ zie blok 11. Kernboodschap: actief eraan denken bij de risicogroep.
4. Anamnese - Aard, locatie, duur en beloop van eventuele pijn. Risicofactoren: roken (pack years), leeftijd, hypertensie, HVZ, hypercholesterolemie. Familie: eerstegraads familielid met AAA of vaatziekte? Voorgeschiedenis: HVZ, perifeer aneurysma, eerdere (endovasculaire) vaatoperaties. - Medicatie (o.a. antistolling, statine, antihypertensiva).	5. Lichamelijk onderzoek - Palpeer boven de navel: pulserende, expansieve massa? - Bloeddruk (beide armen) en pols; teken van shock? - Let op perifere pulsaties en tekenen van perifeer vaatlijden. Belangrijke valkuil: LO is onvoldoende betrouwbaar om een AAA aan te tonen of uit te sluiten — beeldvorming blijft nodig.	6. Differentiaaldiagnose Bij buik-/rugpijn: nierkoliek, pyelonefritis, diverticulitis, wervelpathologie, pancreatitis. Acuut & bedreigd: aortadissectie (zie blok 12), gastro-intestinale bloeding. - Musculoskeletale rugpijn (diagnose per exclusionem). Let op: bij twijfel en risicoprofiel eerst AAA/ruptuur uitsluiten.
7. Screening - In NL géén bevolkingsonderzoek naar AAA (advies Gezondheidsraad). Overweeg eenmalig echo bij man/vrouw ≥ 50 jaar met eerstegraads familielid met AAA (interval ~ 10 jaar). Overweeg echo bij patiënt met perifeer arterieel aneurysma (interval 5–10 jaar). Géén routine-screening bij vrouwen zonder risicofactoren.	8. Wanneer echo aanvragen? - Bij vermoeden van AAA, bijv. pulserende zwelling in de buik. - Bij patiënt > 50 jaar met broer/zus met AAA. NIET bij acute ruptuurverdenking $\rightarrow$ direct spoed naar vaatchirurg (blok 11). Controle bekend AAA: in principe bij de vaatchirurg. Echo is 1e keuze: goedkoop, snel, geen straling, toont AAA in $\sim 98,5\%$.	9. Echo-aanvraag: wat meegeven Reden: vermoeden/uitsluiten AAA. - Bevindingen bij lichamelijk onderzoek. - Eerstegraads familieleden met AAA? Voorgeschiedenis: HVZ, endovasculaire vaatoperaties. Praktisch: patiënt hoeft niet nuchter te zijn. - Radioloog beoordeelt aorta, iliacaalvaten en beide nieren.
10. Echoverslag — aandachtspunten Aorta: voor-achterwaartse diameter, gemeten in het sagittale vlak. Aspect verwijding: fusiform of sacculair (sacculair: drempel al ~ 45 mm). Iliacaalvaten: maximale diameter. Beide nieren: grootte en aspect. - Meet consistent binnen de kliniek; leg meetmethode vast.	11. SPOED — verdenking ruptuur - Acute, hevige buik-, flank- of rugpijn. - Pulserende massa + hypotensie / collaps / (pre)shock. Handel direct: GEÉEN echo, GEÉEN vertraging $\rightarrow$ bel ambulance (A1) + spoedconsult vaatchirurg. - Grote infuusnaald, monitoring; vermijd overvulling. Ruptuur = levensbedreigend: hoge mortaliteit, tijd is cruciaal.	12. DD: aortadissectie Pijn: plots, scheurend/stekend, borst $\rightarrow$ rug/buik. Alarm: bloeddrukverschil L/R, polsdeficit, nieuw diastolisch soufflé, neurologische uitval. Risico: hypertensie, bindweefselziekte (Marfan), bekende aortapathologie. Beleid: spoed $\rightarrow$ ambulance/vaatchirurg; 2e lijn: strakke bloeddrukcontrole + pijnstilling.
13. Beleid na diagnose Asymptomatisch AAA: verwijs naar de vaatchirurg (tenzij regionale afspraken). Symptomatisch / dreigende ruptuur: met spoed naar vaatchirurg. Snelle groei (≥ 1 cm/jaar): met voorrang verwijzen; overweeg hermeting binnen 2 weken. - Follow-up en surveillance verlopen via de vaatchirurg.	14. Follow-up & surveillance Surveillance-echo (via vaatchirurg), interval naar diameter: 3,0 - 3,9 cm: elke 3 jaar 4,0–4,9 cm: jaarlijks $\geq 5,0$ cm: elke 3–6 maanden Bij 2,5–2,9 cm (borderline): overweeg herhaling na 5–10 jaar.	15. Behandeldrempel operatie Man: electieve behandeling bij diameter $\geq 5,5$ cm. Vrouw: overweeg vanaf $\geq 5,0$ cm (bij acceptabel operatierisico). Ook opereren bij: snelle groei ≥ 1 cm/jaar of symptomen. - Keuze open vs. EVAR $>$ vaatchirurg.
16. CVRM — medicamenteus (huisarts) Statine: conform CVRM; vertraagt mogelijk de groei van het AAA. - Bespreek myalgie; overweeg 4 weken proefbehandeling. Antihypertensiva: behandel bloeddruk conform CVRM-richtlijn. Plaatjesremmer: overwegen bij bewezen hart- en vaatziekten. - Behandel het volledige cardiovasculaire risicoprofiel.	17. Leefstijl - stoppen met roken Stoppen met roken is de belangrijkste maatregel: - verlaagt de groeisnelheid ($\sim 20\%$) - halveert de kans op ruptuur - Slagingskans het hoogst met medicatie + begeleiding; verwijs zo nodig. - Adviseer voldoende beweging en een gezond dieet.	18. Voorlichting & besluitvorming - Uitleg: verwijde buikslagader, meestal geen klachten, wordt gecontroleerd. - Bespreek risico's van roken en het belang van stoppen. Betrek de patiënt in beslissingen (surveillance vs. behandeling). Direct contact bij: acute hevige buik-/rugpijn of collaps. Info: huisarts.nl $\rightarrow$ 'verwijde buikslagader'.