

Zakkaartje CVRM

Conform NHG-Standaard

Wat is CVRM?	Bij wie een risicoprofiel?	Risicoprofiel: wat bepaal je?
CVRM = opsporen, behandelen en vervolgen van risicofactoren voor hart- en vaatziekten (HVZ). - Doel: risico op (nieuwe) HVZ verlagen. - Twee pijlers: leefstijl + zo nodig medicatie. - Werk samen: HA, POH, doktersassistent en apotheek. <i>HVZ = o.a. hartinfarct, angina pectoris, beroerte/TIA, perifere arterieel vaatlijden, aneurysma aorta.</i>	Altijd (zeer hoog / hoog risico): - Doorgemaakte HVZ / Diabetes mellitus - Chronische nierschade (eGFR < 60 / ACR ≥ 3) - Reumatoïde artritis Overweeg bij risicofactoren: - Roken; belaste familie (HVZ < 65 jr) - Hoge bloeddruk of hoog cholesterol (Buik)overgewicht; (post)menopauze <i>Niet routinematig de hele bevolking screenen.</i>	Anamnese - Leeftijd, geslacht, roken - Familie, voeding, beweging, alcohol Meten & lab Bloeddruk (systolisch) Non-HDL-cholesterol (TC - HDL), mag niet-nuchter - BMI + buikomvang - eGFR + albuminurie (ACR); glucose

Van risico naar drempel — leeftijdsspecifieke risicodrempels (tabel S3). Gebaseerd op SCORE2/SCORE2-OP.

Risicocategorie	< 50 jaar	50 - 69 jaar	≥ 70 jaar
Laag	< 2,5%	< 5%	n.v.t.
Matig verhoogd	2,5 – 7,5%	5 – 10%	< 15%
Hoog	≥ 7,5%	≥ 10%	≥ 15%
Zeer hoog	Groepen met zeer hoog risico vallen buiten deze tabel → zie tabel 1 (o.a. doorgemaakte HVZ, DM met orgaanschade of ≥ 3 risicofactoren, ernstige chronische nierschade).		

Van risico naar beleid - Bepaal het beleid samen met de patiënt (leeftijd, kwetsbaarheid, comorbiditeit, motivatie).

- Laag:** leefstijladvies; medicatie doorgaans niet nodig.
- Matig verhoogd:** leefstijl; medicatie meestal niet. Bij jonge mensen extra aandacht (lifetimerisico).
- Hoog:** overweeg medicatie náást leefstijl.
- Zeer hoog:** medicatie aanbevolen + leefstijl.

Leefstijl (grootste winst)	Bloeddruk verlagen	Cholesterol verlagen
Stoppen met roken — grootste effect. - Gezonde voeding (Schijf van Vijf); zout < 6 g/dag. - Bewegen: ≥ 150 min/week matig intensief. - Gezond gewicht; buikomvang omlaag. - Alcohol beperken (≤ 1 glas/dag). <i>Verwijs zo nodig: stoppen-met-roken, diëtist, GLI, beweegprogramma.</i>	Streef SBD < 140 mmHg: ≥ 70 jr < 150 mmHg mag. Individualiseer. Stappenplan (figuur 1): 1a: monotherapie bij SBD < 150 en/of ouder/kwetsbaar. 1b: 2 middelen: ACE-remmer/ARB + calciumantagonist/diureticum (overweeg combinatiepil). 2: 3 middelen: ACE-remmer/ARB + calciumantagonist + diureticum. 3: resistent → spironolacton 25–50 mg (amiloride als alternatief); overweeg verwijzen.	Start een statine (bijv. atorva-/rosuvastatine) bij hoog/zeer hoog risico. Streefwaarden LDL - Algemeen: LDL < 2,6 mmol/L. HVZ én < 70 jr: streef LDL < 1,8 mmol/L. Onvoldoende effect? - Ophogen dosis → zo nodig ezetimib toevoegen. - Controleer LDL ~3 maanden na (wijziging).

Voorkeursmiddel bij comorbiditeit	Controle & vervolg	Verwijzen & ouderen
Na hartinfarct: bètablokker, ACE-remmer/ARB. Angina pectoris: bètablokker, calciumantagonist. Hartfalen: ACE-remmer/ARB, bètablokker, (lis-/thiazide)diureticum, MRA. Atriumfibrilleren: bètablokker, non-dihydropyridine-CA, ACE-remmer/ARB, MRA.	- Ingesteld op medicatie: jaarlijks risicoprofiel. - Controleer bloeddruk, LDL, therapietrouw, leefstijl. Bij RAS-remmer/diureticum: nierfunctie (eGFR) + kalium controleren. - Stabiel én op streefwaarde → minder vaak controleren. - Sluit aan bij DM-/CNS-controles; overweeg medicatiebeoordeling.	Verwijs bij: - Resistente hypertensie (≥ 3 middelen) of vermoeden secundaire hypertensie. - eGFR < 30 of ernstige nierschade. (Vermoeden) familiale hypercholesterolemie; jonge patiënt, sterk verhoogd risico. - Statine-intolerantie / LDL niet haalbaar. <i>Ouderen/kwetsbaar: weeg levensverwachting, time-to-benefit, bijwerkingen en wensen. Shared decision making.</i>

Zeer hoog risico = tabel 1	Antitrombotisch (bij HVZ)	Let op: bijwerkingen & ziektedagen
- Doorgemaakte HVZ (infarct, angina, TIA/beroerte, PAV, aorta-aneurysma). - DM met orgaanschade of ≥ 3 risicofactoren; DM type 1 > 20 jaar. - Ernstige nierschade: eGFR < 30 of ACR > 30. - Sterk verhoogde enkele factor (o.a. TC > 8, SBD ≥ 180, familiale hypercholesterolemie). <i>Bij deze groepen: medicatie aanbevolen; SCORE2 is niet nodig.</i>	Secundaire preventie: een trombocytenaggregatiemmer. - Meestal acetylsalicylzuur 80 mg; clopidogrel 75 mg bij intolerantie/indicatie. Atriumfibrilleren: antistolling (DOAC/VKA) volgens CHA₂DS₂-VASc — niet standaard óók een plaatjesremmer. - Weeg altijd het bleedingsrisico mee.	Statine-klachten (spierpijn): navragen; andere statine of lagere dosis. ACE-remmer → prikkelhoest: wissel naar een ARB. RAS-remmer + diureticum: check kalium (K⁺) en eGFR (hyperkaliëmie / nierfunctiedaling). Ziektedagen (koorts/braken/diarree): staak tijdelijk RAS-remmer + diureticum