

Zakkaartje Perifeer arterieel vaatlijden

Conform NHG-Standaard Perifeer arterieel vaatlijden

1. Onderscheid: 2 ziektebeelden Acute ischemie = spoed. Been binnen uren - dagen bedreigd → direct verwijzen. Chronisch obstructief arterieel vaatlijden (COAV) = geleidelijk, 2 vormen: Claudicatio intermittens: pijn bij lopen, weg in rust (<10 min). Kritieke ischemie: rust-/nachtpijn en/of trofische stoornissen; enkeldruk <50 mmHg. PAV = gegeneraliseerde atherosclerose → altijd CVRM en trombocytenaggregatieremmer.	2. SPOED - Acute ischemie (5 P's) Pain = pijn in rust Pulseless = geen voetpulsaties of dopplersignaal Pallor = bleek, veranderde kleur/temperatuur Paresthesia – doof gevoel Paralysis – spierzwakte (intrinsieke voetspieren) Ontbrekende pulsaties + neurologische uitval → direct (spoed) naar vaatchirurg voor ontstolling (iv heparine) en zo nodig revascularisatie. Advies: been eerder laag dan hoog; zo nodig pijnstilling.	3. Anamnese Duur en (snelle) progressie van klachten. Claudicatio: pijn/moe/kramp in bil, dij of kuit bij lopen; weg in rust; erger bij sneller lopen of heuvel op. Kritieke ischemie: rust-/nachtpijn (voorvoet, tenen), minder bij afhangen been; wondjes/zweertjes. Loopafstand (≤100 m?); invloed op kwaliteit van leven, werk, seksualiteit. Medicatie: vaatvernauwers (bètablokker, ergotamine). Risicofactoren HVZ: leeftijd ≥50 jr, roken, DM, familieanamnese <65 jr, RA. Extra voor PAV: donkere huidskleur.
4. Lichamelijk onderzoek Let op links-rechtsverschil; meet de bloeddruk. Palpeer pulsaties: a. tibialis posterior, a. dorsalis pedis, a. femoralis (evt. a. poplitea). Ausculteer a. femoralis (souffle). Voel huidtemperatuur (handrug); let op kleur/bleekheid. Trofische stoornissen: huid (tenen, wondjes), nagels, beharing. Beide voetarteriën goed palpabel + atypische klachten → PAV vrijwel uitgesloten, geen EAI nodig.	5. Enkel-armindex (EAI): meten Bepaal bij: claudicatio, 1 voet kouder, afwijkende pulsaties 1 zijde, souffle a. femoralis. Voorbereiding: 5–10 min rust liggen (19–22°C), niet roken ≤2 u vooraf; rugligging. Meting: doppler 8–10 MHz; manchet 2 cm boven malleoli. Systolische druk beide armen (a. brachialis) + beide enkels (a. dorsalis pedis én a. tibialis posterior). EAI per been = hoogste enkeldruk ÷ hoogste armdruk; elk been apart. Delegeer aan getrainde POH/assistente (±20 min).	6. EAI: interpreteren < 0,8 (1×) of < 0,9 (gem. 3×) → PAV vrijwel zeker (>95%). 0,9–1,0 → onzeker: weeg risicofactoren, overweeg andere diagnose of verwijs bij aanhoudend vermoeden. > 1,1 (1×) of > 1,0 (gem. 3×) → PAV vrijwel uitgesloten. Bij 0,8–1,0 bij 1e meting: herhaal 2× binnen 1–2 wkn, neem gemiddelde. DM / nierschade: stugge vaten → fout-hoge EAI (>1,1) mogelijk. Blijf alert, verwijs zo nodig ook bij hoge EAI. Let op: EAI steunt de diagnose, maar is géén maat voor ernst/beloop – klachten zijn leidend.
7. Beleid bij ELKE patiënt (COAV) Stoppen met roken – essentieel; remt progressie, minder HVZ. Motivatie inschatten en vergroten. CVRM conform NHG-Standaard CVRM: antihypertensiva + LDL-verlager. Trombocytenaggregatieremmer (bijv. acetylsalicylzuur) is geïndiceerd. Geén doorbloedingsbevorderende medicatie i.p.v. looptraining/stoppen roken; anticoagulantia geen plaats. Individueel zorgplan + zelfmanagement. Leg uit: chronisch, geleidelijk progressief.	8. Claudicatio intermittens Gesuperviseerde looptraining (fysiotherapeut, bijv. ClaudicatioNet): - Effectiever dan alleen loopadvies (+231% vs +154% max. loopafstand). ≥3×/week, ≥30 min, ≥6 mnd; follow-up tot 12 mnd. Voetverzorging: eelt/drukplekken → pedicure/podotherapeut; ulcus → voetenteam. Ook zinvol na een chirurgische interventie.	9. Kritieke ischemie Herken: rust-/nachtpijn en/of trofische stoornissen (ulcus, (dreigende) necrose/gangreen); enkeldruk <50 mmHg. Verwijs naar vaatchirurg voor aanvullend onderzoek (CTA/MRA) + behandelplan (evt. revascularisatie) om amputatie te voorkomen. Pijnstilling zo nodig (paracetamol of opiaat).
10. Differentiaaldiagnose Neurologisch: spinale stenose (pijn bij lopen níet fietsen), ischialgie/HNP, perifere neuropathie (DM). Gewricht: artrose heup/knie (start-/ochtendpijn, ook in rust). Veneus: chronische veneuze insufficiëntie (varices, zwaar gevoel, minder bij hoogleggen); nachtelijke kuitkrampen. Arterieel (jong): tromboangiitis obliterans, poplitea-entrapment. Overig: restless legs.	11. Controles (claudicatio) Frequentie: 1e 3 mnd maandelijks, daarna elke 3 mnd in het 1e jaar. Beoordeel op klinisch beeld (niet de EAI): beloop klachten, mobiliteit, werk/sociaal. Check: stoppen roken + looptraining opgevolgd; CVRM. Let op (dreigende) huiddefecten (vooral bij DM); onderschatting bij COPD/hartfalen/artrose. Stabiel + risicofactoren goed → jaarlijkse controle binnen CVRM.	12. Verwijzen & patiëntinstructie Verwijs (COAV) bij: - EAI niet in eigen beheer, of EAI 0,9–1,0 met twijfel. - DM + vermoeden PAV. - Snelle progressie, of blijvende klachten/invalidering ondanks looptraining na 6 mnd. Instrueer patiënt: eerder terug bij snelle progressie, rustpijn of snelle verkleuring voet/tenen. Voorlichting: thuisarts.nl, Harteraad, Hartstichting.

Kernboodschap: onderscheid acute ischemie (spoed) van chronisch obstructief vaatlijden. Bevestig de diagnose met de enkel-armindex. Behandel COAV altijd met CVRM, trombocytenaggregatieremmer en stoppen met roken; bij claudicatio: gesuperviseerde looptraining.