

CVRM na hypertensieve aandoeningen tijdens de zwangerschap

Regionale Transmurale Afspraak Zuidoost Brabant

Aanleiding

De laatste decennia is duidelijk geworden dat vrouwen die een zwangerschap doormaakten, gecompliceerd door een hypertensieve aandoening, een verhoogd risico hebben op hart- en vaatziekten (HVZ) later in het leven. Een toenemend aantal onderzoeken laat zien dat vrouwen die zwangerschapshypertensie of pre-eclampsie hadden tijdens hun zwangerschap vaker klassieke cardiovasculaire risicofactoren (hypertensie, dyslipidemie, overgewicht, gestoorde glucosetolerantie, diabetes mellitus) ontwikkelen dan vrouwen, die een ongecompliceerde zwangerschap hebben doorgemaakt.

(https://richtlijnendatabase.nl/uploaded/images/CVRM_na_HAZ_fig_1.png)

Bovendien is in een aantal cohortonderzoeken vastgesteld dat een deel van deze nog relatief jonge vrouwen een verhoogd 10-jaars en/of 'life-time' risico heeft op het krijgen van een hart- en vaatziekte of op het overlijden aan een HVZ.

In augustus 2022 verscheen - op initiatief van de NVOG en in samenwerking met de Nederlandse Verenigingen voor huisartsen, internisten en cardiologen - een richtlijnmodule CVRM na hypertensieve aandoening tijdens de zwangerschap (HAZ), denk aan pregnancy induced hypertension (PIH) en HELLP.

In deze module wordt sterk geadviseerd om bij vrouwen met een HAZ tot gedurende 5 jaar daarna jaarlijks en daarna elke 3 jaar een cardiovasculaire screening uit te voeren, net als bij controles na zwangerschapsdiabetes. Het advies was bovendien om op lokaal niveau afspraken te maken over de organisatie van deze zorg, waarbij in de regio besloten is om te richten op hypertensieve aandoeningen rondom de zwangerschap.

Doelstelling

- Het bereiken van uniformiteit in de behandeling en follow up van vrouwen na een HAZ tijdens de zwangerschap,
- Verdeling van de taken en bevorderen van uniforme communicatie en behandeling post partum tussen verschillende betrokken zorgverleners.

Monitoring/opvolging van patiënt postpartum

Onderstaande geldt voor patiënten die tijdens de zwangerschap een hypertensieve aandoening ontwikkelden. Vrouwen met een pre-existente hypertensie of andere comorbiditeit worden terugverwezen naar de eerdere behandelaar.

Rol patiënt

Laat de patiënt, bij voorkeur, een geprotocolleerde thuismeting (zie bijlage 1 of bijlage 2 (engels)) uitvoeren. Geef patiënt, evt. indien mogelijk, een bloeddrukmeter te leen en laat de bloeddruk (digitaal) doorgeven. Indien een geprotocolleerde thuismeting niet mogelijk is, vindt bloeddrukmeting door de verloskundige plaats.

Rol verloskundige

De verloskundige voert bij ieder huisbezoek een controle van bloeddruk uit. Zodra de bloeddruk rondom de grenswaarde is stemt de verloskundige hierover af met de gynaecoloog.

Rol huisarts

Bij een stabiele bloeddruk, na het afsluiten van de zorg door de verloskundige, wordt patiënt geadviseerd zelf een afspraak bij de huisarts te maken. De huisarts is vanaf het einde van de kraamperiode verantwoordelijk voor de controles en verdere opvolging.

Rol gynaecoloog

Vrouwen die al behandeld worden in verband met hypertensie krijgen preconceptioneel een verwijzing van de huisarts (evt. op verzoek van de verloskundige) naar de gynaecoloog. Op basis van de resultaten kan counseling en evt. begeleiding tijdens de zwangerschap plaatsvinden door een gynaecoloog, tenzij behandeling complex is, dan wordt door de gynaecoloog naar een internist verwezen.

Postpartum draagt de gynaecoloog na de kraamperiode, de verantwoordelijkheid voor de monitoring over aan de huisarts middels een brief (zie bijlage 3 en conform onderstaand schema).

Schema controle postpartum, na HAZ

24-48 uur	Klinische observatie in ziekenhuis
Week 1	Bloeddrukcontrole via verloskundige in 1 ^e lijn (Overleg met 2 ^e lijn indien bij herhaling RR > 140/90)
Vanaf week 2	Bloeddrukcontrole via huisarts, bij medicatiegebruik Zo nodig follow up onder regie van huisarts voor afbouw medicatie, hierbij kan een meekijkconsult overwogen worden. Bij gebruik van 3 of meer middelen na zwangerschap is controle bij een internist aan te raden
Week 6	Nacontrole gynaecoloog conform NVOG richtlijn , waarbij onder meer RR, counseling volgende zwangerschap en risico hart/vaatziekten aan de orde komen.
Maand 6	Consult cardiovasculair risicomanagement via huisarts
Follow up	Huisarts
Behandeling hypertensie post partum De streefwaarde postpartum is $\leq 140/90$. RR <130/80 = medicatie afbouwen of stoppen RR 130/80 tot 140/90 = medicatie handhaven RR >140/90 (bij herhaling) = medicatie ophogen	
Behandelschema bij borstvoeding , dosering conform farmacotherapeutisch kompas • start met labetalol • 2^e medicament erbij: nifedipine MGA • indien onvoldoende effect, overweeg consult internist. Start evt. enalapril, let op: dit mag niet in de zwangerschap gebruikt worden! • bij niet eerder behandelde hypertensie postpartum is enalapril eerste keus voor behandeling. Voor meer informatie over overige middelen, zie richtlijnen van Lareb .	
Behandeling bij flesvoeding Bij flesvoeding kan de medicatie van voor de zwangerschap hervat worden.	

Patiëntenvoorlichting

Patiënten ontvangen een afschrift van een brief na de zwangerschap (bijlage 3), die aan de huisarts wordt verstrekt, deze bevat een voorstel voor een afbouwschema (conform bovenstaande tabel).

Daarnaast is landelijke informatie beschikbaar:

[Ik ben zwanger en mijn bloeddruk is te hoog | Thuisarts.nl](#)
[Ik heb zwangerschapsvergiftiging \(pre-eclampsie\) | Thuisarts.nl](#)

Ook op de gynaecoloog.nl verwijzen we naar de thuisartspagina's: [Ik ben zwanger en mijn bloeddruk is te hoog | De Gynaecoloog](#), [Ik heb zwangerschapsvergiftiging \(pre-eclampsie\) | De Gynaecoloog](#). Op die pagina's staat dezelfde informatie als op www.thuisarts.nl

Behandeling

In overleg met de patiënt wordt een controleprogramma opgezet. De patiënt heeft, op initiatief van de patiënt, twee weken postpartum contact met de huisarts. Tijdens deze afspraak wordt informatie gegeven en wordt bepaald welk vervolg bij deze vrouw past. Indien mogelijk wordt de patiënt zelf de regie gegeven in het afbouwen van medicatie, middels een afbouwschema, en met behulp van het monitoren van de bloeddruk. De huisarts stemt de mate waarin dit met zelfregie kan af met de patiënt, gebaseerd op de mogelijkheden van de patiënt.

Het afbouwen van antihypertensiva kan het best via dit schema plaatsvinden:

1. Eerst afbouwen methyldopa met 250-500 mg per gift
2. Vervolgens afbouwen labetalol met 100 mg per gift
3. Vervolgens afbouwen nifedipine oros met 30 mg per gift
4. Vervolgens afbouwen enalapril met 5 mg per gift.

Verwijzing

Afbouw van medicatie is veelal geïndiceerd na de bevalling.

De gynaecoloog draagt de behandeling en eventuele afbouw van medicatie over aan de huisarts. Op dat moment wordt patiënt geïnformeerd zelf contact te leggen met de huisarts en wordt voor beperkte periode recept meegegeven.

Tijdens de nacontrole van vrouwen met HAZ bij de gynaecoloog, wordt de bloeddruk besproken en vindt counseling plaats over de gevolgen voor een volgende zwangerschap en de lange-termijn gezondheid. De patiënt ontvangt evt. een recept voor de medicatie en wordt (opnieuw) geïnformeerd zelf contact te leggen met de huisarts.

Geadviseerd wordt een eenmalig consult bij de huisarts 6 maanden postpartum om het cardiovasculair risicoprofiel van patiënte in kaart te brengen conform de NHG standaard 'cardiovasculair risicomanagement'. Bij noodzaak tot continueren van antihypertensieve behandeling valt op termijn aan te raden om te converteren naar middelen die 1dd gedoseerd kunnen worden. Houd bij de medicatiekeuze rekening met een eventuele toekomstige zwangerschapswens (RAAS blokkers zijn gecontra-indiceerd bij conceptie en zwangerschap).

Het advies is om de vrouwen de eerste 5 jaar jaarlijks te controleren en daarna 1 keer per 3 jaar.

Berichtgeving

- Communicatie tussen de verschillende behandelaars verloopt bij voorkeur via Edifact/Zorgmail.
- Brief (bijlage 3: brief na zwangerschap) voor huisarts.

Bronnen

Bij het opstellen van deze RTA is gebruik gemaakt van de volgende richtlijnen:

[Antihypertensiva postpartum - welk middel - Richtlijn - Richtlijnendatabase \(2023\)](#)

[Cardiovasculair risicomanagement | NHG-Richtlijnen](#) (2024)

[CVRM NA EEN HYPERTENSIEVE AANDOENING TIJDENS DE ZWANGERSCHAP \(2023\), onderdeel van de richtlijn CVRM na een reproductieve aandoening.](#)

[Hypertension in pregnancy: Diagnosis and management. NICE guideline, 2023.](#)

Bijlagen

Bijlage 1: Je bloeddruk thuis bijhouden (Post-Z)

Bijlage 2: Monitor your blood pressure and pulse at home (Post-Z)

Bijlage 3: Brief voor huisarts, in te zien door patiënt

Namens regionale huisartsen

Liedewei van Waes

Namens regionale verloskundigen

Calice van den Donk (Physician Assistant
Klinische Verloskunde, Anna Ziekenhuis)
Lara Kooijman

Namens vasculair geneeskundigen/internisten

Louis Lieverse (Máxima MC)
Eveline Besselaar (CZE)
Alexander Stork (Anna Ziekenhuis)
Marion Knippels (Elkerliek Ziekenhuis)

Namens gynaecologen

Ruben Engels (Anna Ziekenhuis)
Loes Monen (MMC, voorzitter werkgroep)
Michelle Westerhuis (CZE)
Joep Kortekaas (Elkerliek Ziekenhuis)

Referenten: ACM (Anna Catharina Máxima)

Namens de transmurale centra HaCa, THEMA, Transmurale Zorg Elkerliek Ziekenhuis en TransMáx:

Yvonne van Oosterhout, medisch coördinator transmurale zorg HaCa

Deze regionale transmurale afspraak is ontwikkeld in samenwerking met de transmurale organisaties HaCa, THEMA, TransMáx, Transmurale Zorg Elkerliek ziekenhuis en huisartsen zorggroepen Pozob en Stroomz. Voor deze samenwerkingsafpraak is uitgegaan van in de RTA genoemde bronnen. Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze RTA mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt zonder voorafgaande schriftelijke toestemming en bronvermelding van HaCa.

© 2026, Yvonne van Oosterhout, HaCa

Deze RTA is goedgekeurd door de commissie RTA's en zorgpaden in februari 2026.