

Screening op verhoogd cardiovasculair risico

Uitgangsvraag

Wat dient tijdens counseling te worden besproken over screening op cardiovasculair risico?

Aanbeveling Met betrekking tot het verhoogd risico op hart- en vaatziekten geldt dat na een vervroegde menopauze er 15 jaar moet worden opgeteld bij de huidige leeftijd, om het risicoprofiel van een patiënte te bepalen. Van die 'leeftijd' wordt vervolgens uitgegaan in de screeningsadviezen in de huisartsenstandaard [Cardiovasculair Risico Management](#).

Literatuurbespreking:

HVZ is de belangrijkste doodsoorzaak voor vrouwen in de algemene Nederlandse populatie

(<http://www.cbs.nl/>). Momenteel is er in toenemende mate draagvlak om bij vrouwen uit te gaan van het "life-time" risico op CVZ in plaats van te blijven focussen op het 10-jaars risico op ischemische hartziekten alleen. Het risico op CVA en hartfalen is bij vrouwen op middelbare en oudere leeftijd groter dan het risico op myocardinfarct. De in 2012 gepubliceerde ESC richtlijnen "CV preventie in de praktijk" benadrukken eveneens het belang van een goede preventie bij vrouwen, omdat de gemiddeld 10 jaar latere manifestatie van CVZ ten opzichte van mannen zeer misleidend kan zijn en vaak leidt tot een onderschatting van het risico bij vrouwen [Perk 2012¹⁹⁶]. Cardiovasculaire screening in een gezonde populatie vrouwen is zinvol rond de leeftijd van 50 jaar, omdat het aantal aanwezige risicofactoren op die leeftijd een belangrijke voorspeller is voor het latere risico op HVZ [Lloyd Jones 2006¹⁵¹]. In de [NHS standaard Cardiovasculair Risico Management](#) wordt aanbevolen om bij patiënten met doorgemaakte HVZ, diabetes mellitus (DM), reumatoïde artritis (RA) of chronische nierschade een risicoprofiel op te stellen. In de richtlijn wordt het risico bij patiënten met DM of RA geschat door bij de actuele leeftijd 15 jaar op te tellen. De werkgroep meent dat ditzelfde zou moeten gelden voor vrouwen die vóór de natuurlijke menopauze een RRSO ondergaan, ongeacht het gebruik van HST, ook al zijn er geen studies naar RRSO en het effect van screening, of preventie van verhoogd cardiovasculair risico.

Door de RRSO-geïnduceerde hormonale veranderingen worden de waarden van lipiden hoger en kan de bloeddruk eerder stijgen dan normaal het geval is. Hoge bloeddruk kan een scala aan klachten geven, sterk overeenkomend met symptomen geassocieerd met de menopauze, en behandeling van de bloeddruk doet deze klachten verminderen [Ikeda 2006¹¹²].

Vrouwen die in de late postmenopauze persisterende klachten hebben van opvliegers en nachtzweeten blijken een hoger cardiovasculair risicoprofiel te hebben dan vrouwen zonder deze klachten [Szmilowicz 2011²⁴⁵]. In hoeverre dit ook geldt voor vrouwen na een RRSO is echter onbekend.

Vrouwen met HVZ vallen buiten deze richtlijn en dienen conform richtlijnen secundaire preventie te worden behandeld [Multidisciplinaire [richtlijn Cardiovasculair risicomangement](#) CBO 2011].

Vrouwen die een RRSO voor de natuurlijke menopauze ondergaan wordt geadviseerd om conform de NHG standaard te screenen, een half jaar na de RRSO. Bij de risico bepaling wordt 15 jaar bij de actuele ("kalender")leeftijd opgeteld, zoals dat ook gebeurt bij vrouwen met diabetes mellitus, vrouwen met reumatoïde artritis of chronische nierschade.