



Radboudumc

Aneurysma Aortae Abdominalis (AAA)

Werkafspraken zorgpad AAA
Meer in de eerste lijn en optimalisatie in de tweede lijn

Juli 2026



Inhoudsopgave

1.	Algemene informatie	3
1.1	Aanleiding	3
1.2	Belangrijke telefoonnummers	3
2.	Stroomschema zorgpad AAA	4
3.	Werkwijze en transmurale afspraken	5
3.1	Diagnostiek	5
3.2	Behandeling in de eerste lijn	5
3.3	Teleconsultatie	6
3.4	Verwijzing naar de tweede lijn	6
4.	Achtergrondinformatie	7
5.	Contactpersonen	8

1. Algemene informatie

1.1 Aanleiding

In regio Nijmegen worden jaarlijks ongeveer 300 patiënten met (een verdenking op) een aneurysma van de abdominale aorta (AAA) verwezen naar het CWZ of Radboudumc. Diagnostiek geschiedt door het meten van de diameter van de aorta bij beeldvormend onderzoek, waarbij de afkapwaarden voor diagnose en follow-up staan beschreven in de vigerende richtlijnen. De huidige manier van follow-up bij patiënten met een AAA wordt veelal vertraagd door wachttijden in het ziekenhuis. Daarnaast krijgen patiënten met een AAA op dit moment geen zorg m.b.t. het verhoogde cardiovasculaire risico (CVRM) binnen de huisartsenpraktijk. Of zij krijgen deze zorg wel, maar dan wordt deze zorg niet vergoed door de zorgverzekeraar. Dit komt doordat bij verwijzing naar de 2^e lijn in hetzelfde kalenderjaar de medisch specialist de hoofdbehandelaar wordt, waardoor CVRM-declaraties uit de 1^e lijn bij de zorgverzekeraar uitvallen.

Bovenstaande was voor de vaatchirurgen en huisartsen reden om kritisch te kijken naar de zorg voor patiënten met (verdenking) AAA: hoe kan het proces efficiënter en patiëntvriendelijker worden waarbij we de kwaliteit van zorg behouden/verbeteren?

Dit heeft geresulteerd in het onderstaande zorgpad, te weten:

“Aneurysma Aortae Abdominalis (AAA): meer in de eerste lijn en optimalisatie in de tweede lijn”

Dit document beschrijft de transmurale afspraken van het proces voor diagnose en follow-up van een AAA, waarbij de mogelijkheid bestaat om de follow-up in de 1^e lijn te houden en duidelijk wordt wie wat doet en wanneer.

Voor deze werkafspraken tussen huisartsen, CWZ en Radboudumc geldt:

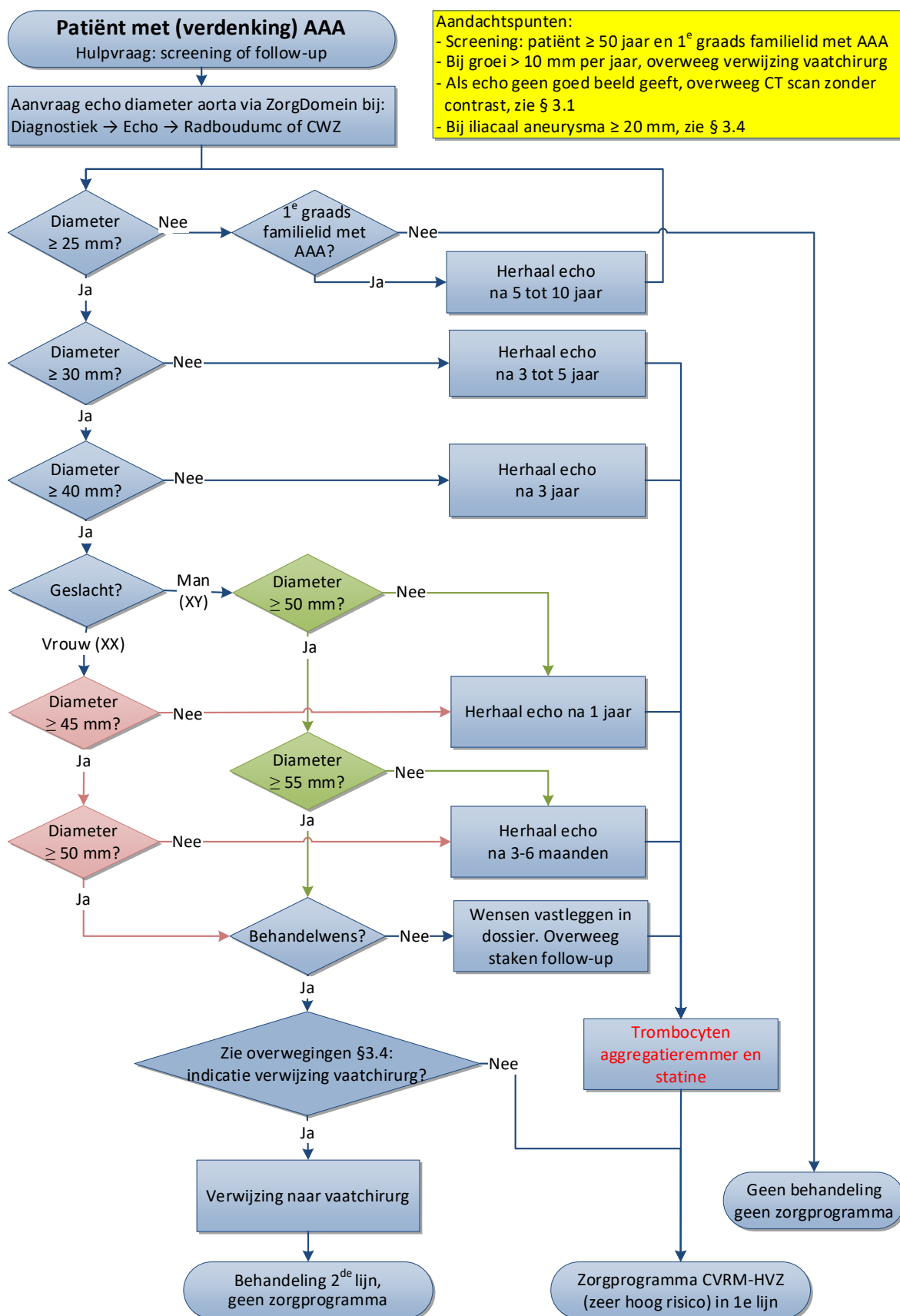
- De afspraken bij een AAA komen overeen met de NHG-richtlijn ‘Radiologische Diagnostiek’, waarbij regionale afspraken zijn geformuleerd die het standaard advies m.b.t. verwijzing naar een vaatchirurg vervangen.
- De afspraken betreffen:
 - 1) Screening bij verdenking op een AAA;
 - 2) Follow-up van patiënten met een AAA die nog niet voor (chirurgische) behandeling in aanmerking komen.
- Op basis van consensus wordt, in tegenstelling tot huidige NHG-richtlijn ‘Radiologische diagnostiek’, onderscheid gemaakt tussen de follow-up bij vrouwen en mannen (en hun respectievelijke aortale diameter).

Samen met de zorgverzekeraars heeft NEO Huisartsenzorg afspraken gemaakt om de zorgplafonds van het aantal te includeren patiënten in de CVRM-zorg te verhogen. Dit betekent dat huisartsen die deze zorg overnemen en deze patiënten includeren in de CVRM-zorg, ook een vergoeding ontvangen voor de geleverde CVRM-zorg.

1.2 Belangrijke telefoonnummers

In deze online versie zijn de directe telefoonnummers verwijderd. Voor overleg met de radioloog of vaatchirurg kunt u naar de centrale van het CWZ of het Radboudumc bellen, zij kunnen u dan doorverbinden met de gewenste specialist.

2. Stroomschema zorgpad AAA



3. Werkwijze en transmurale afspraken

3.1 Diagnostiek

De huisarts of praktijkondersteuner (POH) vraagt bij verdenking of follow-up van een AAA een echo aan om de diameters van de abdominale aorta en beide iliacale arteriën op te meten. Op de aanvraag staat bijvoorbeeld: 'Graag meten diameter aorta en iliacale vaten. Indien mogelijk vergelijking met eerder.'

Indien een eerdere echo in een ander ziekenhuis is vervaardigd, noteer dan de laatst bekende diameter en datum op de aanvraag (bijvoorbeeld 'AAA 34 mm d.d. 25-2-2022').

Beslisregels voor de follow-up bij een AAA (zie ook het stroomschema):

- Diameter ≥ 25 mm en < 30 mm: herhaal echo na 3 tot 5 jaar
- Diameter ≥ 30 mm en < 40 mm: herhaal echo na 3 jaar
- Man en/of genotype XY, diameter ≥ 40 mm:
 - Man: diameter ≥ 40 mm en < 50 mm: herhaal echo na 1 jaar
 - Man: diameter ≥ 50 mm en < 55 mm: herhaal echo na 3-6 maanden
 - Man: diameter ≥ 55 mm: behandelwens? → Zo ja, zie contra-indicaties (paragraaf 3.4) en verwijs op indicatie (eventueel teleconsult)
- Vrouw en/of genotype XX, diameter ≥ 40 mm:
 - Vrouw: diameter ≥ 40 mm en < 45 mm: herhaal echo na 1 jaar
 - Vrouw: diameter ≥ 45 mm en < 50 mm: herhaal echo na 3-6 maanden
 - Vrouw: diameter ≥ 50 mm: behandelwens? → Zo ja, zie contra-indicaties (paragraaf 3.4) en verwijs op indicatie (eventueel teleconsult)

Screening van patiënten met familiale belasting

Bij een persoon met één of meer eerstegraads familieleden met een AAA wordt geadviseerd om vanaf de leeftijd van 50 jaar te screenen op een AAA. Indien de aorta niet verwijd is, wordt geadviseerd de meting na 5-10 jaar te herhalen (ook wanneer de diameter bij herhaling < 25 mm is). Bij een diameter ≥ 25 mm wordt het stroomschema gevolgd.

Echografisch onvoldoende beeld

Bij 1-2% van de patiënten kan de aorta voor meting echografisch niet goed in beeld worden gebracht. Afhankelijk van de oorzaak, geldt het volgende advies:

- Bij veel lucht in de darmen: herhaal de echo op een later moment, bij voorkeur in de ochtend.
- Bij calcificaties in of rond de vaatwand, adipositas en/of indien 2x onvoldoende beeld bij echo: vraag een CT-scan zonder contrast aan.

3.2 Behandeling in de eerste lijn

Bij een vastgesteld AAA (diameter ≥ 30 mm) is sprake van een hart- en vaatziekte. Gezien het zeer hoge cardiovasculaire risico komt de patiënt in aanmerking voor CVRM (keten HVZ). Indien patiënten nog geen statine gebruiken, wordt -ongeacht de hoogte van het cholesterol- gestart met een statine. Daarnaast wordt gestart, of doorgegaan, met een trombocyten aggregatieremmer (acetylsalicylzuur of carbasalaatcalcium).

3.3 Teleconsultatie

Bij vragen of onduidelijkheden m.b.t. de interpretatie van de uitslag (bijvoorbeeld bij een sterk afwijkende diameter ten opzichte van eerdere metingen) of andere vragen (bijvoorbeeld over eventuele chirurgische interventie) kan teleconsultatie worden overwogen (beschikbaar in CWZ, volgt in Radboudumc).

3.4 Verwijzing naar CWZ / Radboudumc

Indicaties en overwegingen voor chirurgische behandeling van een AAA

Als de diameter van het AAA met meer dan 10 mm per jaar toeneemt en/of dichtbij de drempel komt waarbij interventie overwogen wordt, zijn de volgende aspecten van belang:

1. Comorbiditeit van de patiënt versus het operatierisico (en of dit risico door maatregelen gereduceerd kan worden);
2. Levensverwachting en kwaliteit van het leven van de patiënt (bijvoorbeeld oncologische ziekte, cognitieve achteruitgang, progressie van hart-, long- of nierfalen);
3. Draagkracht en motivatie van de patiënt voor een preventieve interventie.

Wanneer de patiënt gemotiveerd is, de levensverwachting ten minste 2-5 jaar is en de operatierisico's acceptabel zijn, is het te overwegen om de patiënt kort voor het bereiken van de drempelwaarde voor chirurgische interventie naar de vaatchirurg te verwijzen (bij mannen vanaf 50 mm en bij vrouwen vanaf 45 mm, arbitrair). Zo kunnen de patiënt en de vaatchirurg tijdig bovengenoemde overwegingen en mogelijke behandelopties bespreken.

NB Verwijzen voor een AAA kan zowel naar het CWZ als naar het Radboudumc.

Indicaties voor chirurgische behandeling bij een aneurysma van de iliacale arteriën

Bij dilatatie van een iliacale arterie vanaf 20 mm is follow-up geïndiceerd: tussen 20-29 mm elke 3 jaar, vanaf 30 mm elk jaar. De drempelwaarde voor een chirurgische interventie is een diameter vanaf 40 mm. Bij een diameter vanaf 35 mm kan een verwijzing worden overwogen.

4. Achtergrondinformatie

Een aneurysma (verwijding) van een arterie betekent dat de diameter > 50% is toegenomen ten opzichte van de normale (oorspronkelijke) diameter. Aneurysmata in grote holten zoals thorax en abdomen hebben als belangrijkste complicatie het optreden van een ruptuur, vooral bij grotere diameters. Buiten deze grote holten geven aneurysmata met name trombo-embolische complicaties. Aneurysmata worden vaak per toeval bij beeldvorming gevonden.

Een AAA komt veel vaker voor dan andere aneurysmata. De groeisnelheid van een AAA is procentueel gemiddeld 2-4% per jaar, maar met een ruime spreiding. Uit de literatuur blijkt dat de groeisnelheid van het AAA afneemt bij groepen die stoppen met roken en/of een statine gebruiken. Naast het verlagen van het cardiovasculaire risico door de statine, remt een statine de progressie van het AAA ([Salata et al \(2018\) - Statins Reduce Abdominal Aortic Aneurysm Growth, Rupture, and Perioperative Mortality, JAMA](#)).

De follow-up bij AAA is bedoeld om patiënten te monitoren totdat het risico op sterfte door een ruptuur groter is dan het risico van de preventieve chirurgische behandeling. Bij een diameter tussen de 25-29 mm is er geen aneurysma, maar is de kans op het ontwikkelen hiervan verhoogd. Hoe hoger de diameter, hoe eerder de follow-up. Om AAA's die sneller groeien ook tijdig te ontdekken, zijn de intervallen hierop afgestemd en zijn deze aan de veilige kant: tussen 30-39 mm 1x per 3 jaar, bij mannen tussen 40-49 mm 1x per jaar, bij vrouwen tussen de 40-45 mm 1x per jaar, en wanneer de drempel voor chirurgische interventie benaderd wordt 1x per 3-6 maanden.

Echografie voor meten van diameter

De abdominale aorta heeft bij jong volwassenen een diameter < 20 mm. Toename van de diameter van < 20 mm naar 30 mm is meestal een geleidelijk proces van vele jaren. Eerste keus voor diagnostiek is echografie. Dit is weinig belastend en hiermee kan nauwkeurig de diameter worden bepaald.

Overwegingen bij chirurgische interventie

Om te bepalen of een chirurgische interventie wenselijk is, wordt ten eerste het diameter criterium (=drempelwaarde voor chirurgische interventie) gehanteerd. Op basis van gerandomiseerd onderzoek is goed onderbouwd om bij mannen geen interventie te overwegen bij diameter < 55 mm, omdat het risico op ruptuur dan lager is dan het risico van de behandeling. Bij vrouwen is dit minder goed onderzocht. Er zijn aanwijzingen dat bij vrouwen het risico van een ruptuur al verhoogd is vanaf 45 mm, maar het risico van de behandeling is ook groter bij vrouwen. Daarom is het advies in de huidige richtlijnen om behandeling te overwegen bij vrouwen met een AAA vanaf 50 mm.

Ook patiënt-specifieke factoren zijn relevant bij de afweging of een interventie zinvol is. Bij patiënten met een beperkte levensverwachting van goede kwaliteit en/of een duidelijk verhoogd operatierisico kan de bewuste afweging gemaakt worden om -ondanks het diameter criterium- af te zien van verwijzing voor chirurgische interventie. Deze redenen kunnen ook eerder aanleiding zijn om de follow-up te stoppen, zodat onnodige belasting van patiënten en de gezondheidszorg wordt voorkomen. Wanneer onduidelijkheid bestaat of chirurgische interventie nog aan de orde is, kan de patiënt naar een vaatchirurg worden verwezen om dit aspect vanuit hun expertise mee te nemen in de afweging (veelal in een Multi Disciplinair Overleg).

Dilatatie van de iliacale arteriën

Eén of dubbelzijdige dilatatie van de iliacale arteriën (distaal van de aortabifurcatie) komt soms geïsoleerd en soms gelijktijdig met een AAA voor. Omdat de oorspronkelijke diameter van de iliacale arteriën ongeveer de helft kleiner is dan de aorta, is de follow-up en de diameter grens enigszins vergelijkbaar (maar niet met een factor 0,5). Ruptuur van een iliaaal aneurysma treedt zelden op bij diameters < 40 mm.

5. Contactpersonen

Bianca Bendermacher, vaatchirurg CWZ

Michiel Warlé, vaatchirurg Radboudumc

Sabine Käyser, kaderhuisarts hart- en vaatziekten NEO Huisartsenzorg

Bij vragen/opmerkingen/verbeteringen kunt u per mail contact opnemen met NEO dagzorg,
dagzorg@neohuisartsenzorg.nl