

ESC klinische richtlijnen over
**Hart- en
vaataandoeningen en
zwangerschap:**
**Belangrijke informatie voor
patiënten**



Wat zijn klinische richtlijnen?

Klinische richtlijnen zijn documenten die opgesteld zijn door zorgverleners, wetenschappers en patiënten. Richtlijnen zijn in de eerste plaats bedoeld voor medisch en paramedisch personeel en bieden aanbevelingen voor de zorg die geleverd moet worden aan patiënten op basis van het best beschikbare medische en wetenschappelijke bewijs. Richtlijnen helpen ervoor te zorgen dat patiënten de best mogelijke zorg krijgen.

Hoe kan dit document mij helpen?

Dit document is gebaseerd op de **Richtlijnen voor het management van hart- en vaataandoeningen en zwangerschap** van de **Europese Vereniging voor Cardiologie (ESC)** en is specifiek ontwikkeld voor (jonge) vrouwen met hart- en vaataandoeningen.

Dit document bevat informatie over de zorg en adviezen over de periodes voorafgaand aan een zwangerschap, de zwangerschap zelf en andere onderwerpen zoals de bevalling, het geven van borstvoeding en de zorg op lange termijn na de bevalling.

Het document heeft als doel om jou vertrouwen te geven om samen met jouw zorgteam een weloverwogen beslissing te nemen wat betreft jouw zorg.



Waarom focus op de zwangerschap?

Tijdens een zwangerschap treden er veranderingen op in het hart- en bloedvatenstelsel om te voldoen aan de verhoogde behoeften van de moeder en de ongeboren baby. Deze veranderingen beginnen al in de eerste fase van de zwangerschap. Zo nemen bijvoorbeeld de hartslag van de moeder en de hoeveelheid bloed die het hart rondpompt al toe vanaf de zesde week van de zwangerschap. De bloeddruk en de belasting van het hart nemen tijdens de bevalling verder toe en dalen normaal gesproken snel na de geboorte.

Het is belangrijk om bij vrouwen met een **verhoogd zwangerschapsrisico** aandacht te hebben voor deze **extra belasting** van het hart tijdens de zwangerschap en bevalling (zie hieronder).

Daarnaast gaat zwangerschap gepaard met een verhoogd **risico op vorming van bloedstolsels**. Tevens hebben sommige hart- en vaataandoeningen mogelijk een **genetische oorzaak**. Dit betekent dat er een kans bestaat dat kinderen de aandoening erven.

Het is ook belangrijk om te weten dat sommige **geneesmiddelen** die voorgeschreven worden in de behandeling van hart- en vaataandoeningen niet mogen worden gebruikt tijdens de zwangerschap en de periode waarin borstvoeding wordt gegeven.

De beoordeling van het gezondheidsrisico voor de moeder

Hoewel veel vrouwen met hart- en vaataandoeningen een normale zwangerschap doormaken, is het belangrijk dat (jonge) vrouwen met hart- en vaataandoeningen een controle van het hart krijgen voorafgaand aan iedere zwangerschap. Zo kan worden nagegaan of een zwangerschap invloed kan hebben op hun eigen gezondheid of op de gezondheid van de baby.

Bij zo'n risico-inschatting wordt gekeken naar het type en de ernst van de aandoening, het vermogen van de vrouw om dagelijkse activiteiten uit te voeren en de medicatie die wordt gebruikt. Daarnaast wordt rekening gehouden met andere risicofactoren, zoals leeftijd, roken, overgewicht, andere aandoeningen en eventuele problemen die reeds optraden tijdens voorgaande zwangerschappen.

Op basis van de onderliggende hart- of vaataandoening, wordt het risico voor de gezondheid van de moeder door de behandelende arts ingeschat aan de hand van verschillende klassen (I–IV) volgens de mWHO (Modified World Health Organization) 2.0 classificatie:

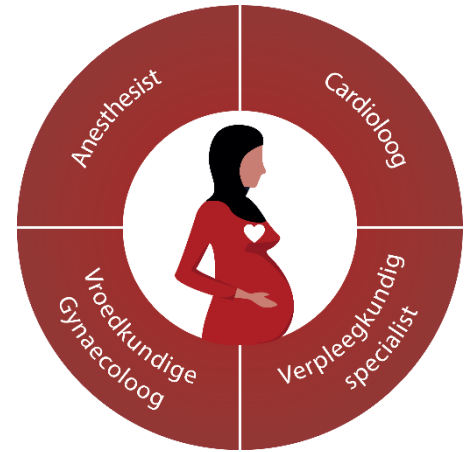
- Klasse I: Er is geen aantoonbaar verhoogd risico op overlijden, daarnaast is er geen of slechts een licht verhoogd gezondheidsrisico.
- Klasse II: Klein tot matig verhoogd gezondheidsrisico.
- Klasse II–III: Matig tot duidelijk verhoogd gezondheidsrisico.
- Klasse III: Duidelijk verhoogd gezondheidsrisico.
- Klasse IV: Zeer hoog risico op een ernstig gezondheidsrisico of overlijden.

Het wordt aanbevolen aan vrouwen met een hart- of vaataandoening met een risicoklasse II–III of hoger om geëvalueerd en begeleid te worden door een **gespecialiseerde zorgteam**, ook wel het **Pregnancy Heart Team** genoemd, vanaf het moment dat er een kinderwens is, tijdens de zwangerschap en bevalling, en tot minstens 6 weken na de geboorte van de baby.

Het Pregnancy Heart Team

Het gespecialiseerde zorgteam, ook wel **Pregnancy Heart Team** genoemd, bestaat meestal uit een cardioloog, anesthesist, vroedvrouw, gynaecoloog en een verpleegkundig specialist. De verantwoordelijkheden van dit team omvatten onder andere het inschatten van de risico's voor vrouw en baby, het opstellen van een gezamenlijk zorgplan en het opvolgen van de zwangerschap doorheen alle fasen.

Afhankelijk van het klinisch probleem kan het team worden uitgebreid met andere zorgverleners, zoals bijvoorbeeld een huisarts, chirurg, intensivist, psycholoog of een genetisch consulent.



Voor vrouwen met aandoeningen die gekenmerkt worden door een **zeer hoog risico op een ernstig gezondheidsprobleem** of overlijden (klasse IV) is het belangrijk om **uitvoerige gesprekken** te hebben met het Pregnancy Heart Team over de ernstige risico's die een zwangerschap kan meebrengen voor zowel de moeder als de baby. Samen met dit team worden alle mogelijkheden besproken, waaronder ook de optie van zwangerschapsafbreking. Op deze manier kan je (samen met jouw eventuele partner) een weloverwogen en geïnformeerde beslissing nemen. Emotionele en psychologische ondersteuning kunnen daarbij worden aangeboden. Daarnaast worden anticonceptiemogelijkheden besproken om je te helpen de toekomst op een veilige manier te plannen.

De voorkeuren en wensen van de moeder moeten grondig worden besproken als onderdeel van het gezamenlijke besluitvormingsproces.

Genetische counseling

Sommige hart- en vaatandoeningen hebben een genetische oorzaak. Wanneer er een kans bestaat dat de vrouw een erfelijke aandoening heeft, wordt aangeraden om vóór de zwangerschap **genetisch advies** te vragen en eventueel **genetisch onderzoek** te laten uitvoeren in een gespecialiseerd cardio-genetisch centrum.

Wanneer bij een ouder een gekende genetische afwijking aanwezig is, kan pre-implantatie genetische testing worden voorgesteld. Hierbij wordt gebruikgemaakt van *in vitro* fertilisatie (IVF) en genetisch onderzoek om na te gaan of het embryo de gekende genetische aandoening heeft. Deze behandeling is niet overal beschikbaar en is ook niet voor alle genetische aandoeningen mogelijk.

Een andere optie is om genetische testing te doen van het vruchtwater of de placenta tijdens de zwangerschap wanneer de baby nog in de baarmoeder zit. Dergelijke opties kosten vaak tijd, waardoor een vroege doorverwijzing belangrijk is.

Voorlichting (counseling) en psychologische ondersteuning zijn belangrijk voor jou en je partner om een weloverwogen keuze te kunnen maken binnen het geldende ethische en juridische kader en de keuze goed te begrijpen.

Anticonceptie

Alle meisjes en vrouwen met hart- en vaataandoeningen moeten informatie krijgen over anticonceptie, idealiter vanaf de eerste menstruatie om een ongeplande zwangerschap te voorkomen en de **meest veilige en meest geschikte anticonceptiemethode** te vinden.

Sommige methodes, zoals bijvoorbeeld de 'mini pil' die enkel progesteron bevat, een hormoonspiraal of (onderhuidse) anticonceptie-implantaten kunnen veiliger zijn voor vrouwen met een hoger risico op het ontwikkelen van bloedklonters. Daarnaast is het belangrijk om te weten wat je kan doen wanneer er noodanticonceptie noodzakelijk is.

Medicatie

Het is belangrijk om je arts voorafgaand aan iedere zwangerschap te raadplegen, zodat bepaald kan worden welke medicatie het meest geschikt is als onderdeel van de behandeling van je aandoening tijdens de zwangerschap, de bevalling en de borstvoedingsperiode.

Tijdens een zwangerschap kan de werking van medicatie veranderen. Daarnaast worden sommige geneesmiddelen bij voorkeur niet gebruikt tijdens de zwangerschap en/of borstvoedingsperiode omdat ze een schadelijk effect kunnen hebben op de gezondheid en ontwikkeling van de baby.

Zo kan het zijn, dat na overleg met de arts, medicatie verder kan worden ingenomen, dient te worden veranderd, dient te worden gestopt of opgestart te worden.

Het is belangrijk dat je medicatie NIET stopt zonder eerst je arts hierover te raadplegen.

De zwangerschap

De opvolging en behandeling die nodig is tijdens de zwangerschap is afhankelijk van het type en ernst van de hart- of vaataandoening, maar **extra controle(s)** van de **moeder** en de **baby** zijn voor iedereen belangrijk.

Hoewel de risico's voor vrouwen met hart- en vaataandoeningen hoger zijn, blijven de risico's voor de moeders en baby's in veel gevallen laag, vooral wanneer er een zorgvuldige opvolging is. Vrouwen met **ernstige** hart- en vaataandoeningen hebben een **grotere kans op problemen** tijdens de zwangerschap.

Mogelijke **risico's voor moeders** omwille van een zwangerschap zijn verergering van de aandoening, het ontstaan van hartfalen, hartritmestoornissen, hoge bloeddruk/zwangerschapsvergiftiging of bloedklontervorming in de benen en longen. **Risico's voor ongeboren baby's** kunnen onder andere bestaan uit een miskraam, stilgeboorte, vroeggeboorte of groeivertraging.

Tijdens de zwangerschap zal er samen met jou en je behandelteam een **gepersonaliseerd bevallingsplan** worden opgesteld, waarin zal beschreven worden of de arbeid dient te worden ingeleid, hoe de arbeid en bevalling begeleid moeten worden, en welke opvolging je nodig hebt na de bevalling.



De bevalling

Zwangere vrouwen met hart- en vaataandoeningen hebben meer kans om complicaties te ontwikkelen tijdens de bevalling dan vrouwen zonder hart- en vaataandoeningen. Om die reden hebben sommige vrouwen extra opvolging nodig en wordt de zorg dan idealiter begeleid door een gespecialiseerd Pregnancy Heart Team (aanbevolen voor vrouwen die door de arts worden ingedeeld in risicoklasse II–III of hoger). Desondanks kunnen vele andere vrouwen met hart- en vaataandoeningen bevallen in een lokaal ziekenhuis.

Inleiding van de arbeid voor 39 weken zwangerschap omwille van de hart- en/of vaataandoening wordt niet aangeraden voor de meeste vrouwen wanneer hun hart- en/of vaataandoening zich in een stabiele toestand bevindt. Daarnaast wordt de meeste vrouwen aangeraden om **vaginaal te bevallen**, omdat dit over het algemeen minder complicaties geeft. Vrouwen met hart- en vaataandoeningen kunnen ervoor kiezen om via een keizersnede te bevallen, maar dit moet altijd vooraf worden besproken met het obstetrisch team (gynaecoloog en vroedvrouw).

In bepaalde gevallen zal een keizersnede worden aangeraden. Dit geldt bijvoorbeeld voor vrouwen die anticoagulantia (**sterke bloedverdunners**) hebben gebruikt in de laatste 2 weken voor de bevalling. Het is erg belangrijk dat **de bevalling** voor deze groep vrouwen **goed gepland** wordt om de medicatie veilig en doeltreffend te kunnen regelen tijdens arbeid en bevalling. Andere redenen om een keizersnede uit te voeren zijn ernstige of onstabiele hart- en vaataandoeningen.

Borstvoeding

Borstvoeding stimuleert het lichaam van de moeder om te **herstellen** en terug te keren naar de toestand voor de zwangerschap. Onderzoek heeft ook aangetoond dat het geven van borstvoeding het risico op de ontwikkeling van nieuwe hart- en vaataandoeningen in de toekomst en sterfte kan doen verlagen. Het geven van borstvoeding kan het lichaamsgewicht en tevens ook de bloeddruk verlagen, maar ook de cholesterol- en bloedsuikerspiegels verbeteren op langere termijn.

Jouw zorgverleners zullen je adviseren over de combinatie van het geven van borstvoeding en **welke medicatie** je al dan niet kan en mag innemen tijdens deze periode.

Impact op lange termijn

Sommige **verwikkelingen tijdens de zwangerschap** kunnen **op termijn nadelig zijn voor de gezondheid**. Dergelijke problemen zijn:

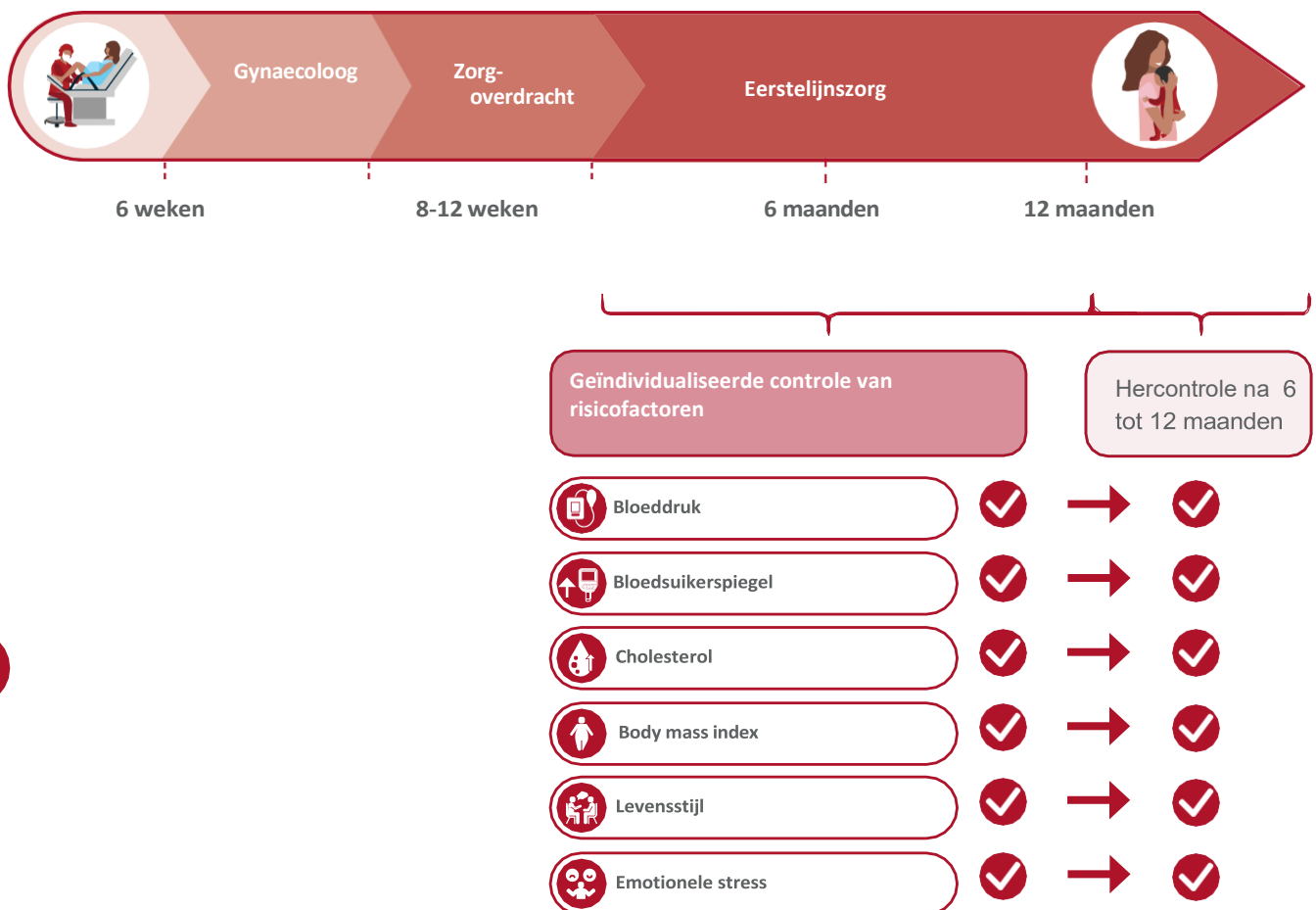
- **Hypertensie (hoge bloeddruk):**
 - Reeds bestaande hypertensie
 - Zwangerschapshypertensie: ontwikkelt zich na 20 weken zwangerschap en herstelt zich meestal binnen de 6 weken na de bevalling
 - Zwangerschapsvergiftiging (pre-eclampsie): uitgesproken zwangerschapshypertensie met eiwitten in de urine en/of orgaanfalen (zoals de nieren, lever of stollingscomplicaties)
- Zwangerschapsdiabetes
 - Een vorm van diabetes (suikerziekte) die zich voor het eerst uit tijdens de zwangerschap
- Vroegtijdige geboorte
 - Bevalling voor 37 weken zwangerschap
- Klein of groot gestalte voor de zwangerschapsduur
 - Wanneer de baby een laag of hoog geboortegewicht heeft in vergelijking met andere baby's geboren met eenzelfde zwangerschapsduur

Vrouwen die dergelijke zwangerschapsverwikkelingen hebben ervaren, hebben op lange termijn een grotere kans om (nieuwe) hart- en vaatandoeningen te ontwikkelen. Daarom wordt aangeraden dat deze vrouwen na de bevalling op regelmatige basis een **screening op hart- en vaatandoeningen laten uitvoeren**.

Aanvullende behandeling kan nodig zijn. Zo kunnen vrouwen die tijdens de zwangerschap een hoge bloeddruk hebben ontwikkeld bloeddrukverlagende medicatie nodig hebben (die bij borstvoeding genomen mag worden).

Daarnaast is het belangrijk dat vrouwen met nadelige zwangerschapscomplicaties preventief advies krijgen omtrent een gezonde levensstijl. Op die manier kunnen deze vrouwen zorg dragen voor hun gezondheid (op vlak van hart en bloedvaten) in de toekomst.

De bevalling



Mentale gezondheid

Het risico om een depressie te krijgen bij pasbevallen vrouwen in de algemene bevolking is ongeveer 10–20%. Dit risico neemt echter toe wanneer je een bijkomend gezondheidsprobleem hebt, zoals een hart- of vaatandoening. Het is belangrijk dat vrouwen met hart- en vaatandoeningen regelmatig een screening krijgen van hun **mentale gezondheid**, zodat eventuele problemen vroegtijdig kunnen worden opgespoord en gerichte psychologische ondersteuning kan worden geboden.

Als je je zorgen maakt of symptomen van depressie ervaart, bespreek dit dan met jouw zorgverlener. De patiëntengids van de ESC over mentale gezondheid en hart- en vaatziekten biedt ook informatie over mogelijke vormen van ondersteuning.

Belangrijkste punten

- Vrouwen met een gekende hart- of vaataandoening die zwanger willen worden, dienen vóór de zwangerschap een klinische evaluatie te ondergaan om de risico's in te schatten, de behandeling te optimaliseren en het risico op complicaties te verminderen.
- Vóór de zwangerschap zou het Pregnancy Heart Team betrokken moeten worden bij de risicobeoordeling, de counseling en de behandeling van vrouwen in risicoklasse II–III of hoger.
- De behandeling moet worden afgestemd op de individuele situatie en plaatsvinden via gezamenlijke besluitvorming, met respect voor de keuzes van de vrouw.
- Afhankelijk van het type en de ernst van de hart- of vaataandoening moeten vrouwen tijdens de zwangerschap worden opgevolgd en moet vooraf een gedetailleerd bevallingsplan worden opgesteld.
- Een vaginale bevalling is de eerste keuze voor de meerderheid van de vrouwen met hart- en vaataandoeningen.
- Vrouwen met zwangerschapscomplicaties moeten geïnformeerd worden over de langetermijn-risico's, evenals advies krijgen over een gezonde levensstijl, preventieve maatregelen en een passende opvolging op lange termijn.
- Het is belangrijk om je bezorgdheden te bespreken met je zorgverlener(s).



Dit document voor vrouwen met hart-en vaataandoeningen is een vereenvoudigde versie van de 2025 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease and pregnancy.

Auteurs

Michèle de Hosson, Cardiologie, Universitair Ziekenhuis Gent, Gent, België*

Eva Goossens, Centre for Research and Innovation in Care, Vakgroep Verpleegkunde en Vroedkunde, Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Universiteit Antwerpen, Antwerpen, België, en Department Patiëntenzorg, Universitair ziekenhuis Antwerpen, Antwerpen*

Françoise Steinbach, ESC Patiënten Forum, Sophia Antipolis, Frankrijk

Nina Eide Hasselberg, Department Cardiologie, Universitair Ziekenhuis Oslo, Rikshospitalet, Oslo, Noorwegen

Matthew Cauldwell, Departement Gynaecologie, St George's Hospital, Londen, Verenigd Koninkrijk

Julie De Backer, Cardiologie, Universitair ziekenhuis Gent, Gent, België, en Centrum voor Medische genetica, Universitair ziekenhuis Gent, Gent, België *

Kristina H. Haugaa, Department Cardiologie, Universitair Ziekenhuis Oslo, Rikshospitalet, Oslo, Noorwegen, en Instituut Klinische geneeskunde Medicine, Universiteit van Oslo, Oslo, Noorwegen

*vertalers

Disclaimer

Dit document is gebaseerd op de ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease and pregnancy (European Heart Journal 2025 - doi.org/10.1093/eurheartj/ehaf193) zoals gepubliceerd op 29 augustus 2025. Dit document werd met toestemming van het ESC vertaald naar het Nederlands en goedgekeurd door de Belgische Vereniging voor Cardiologie (BSC).

Copyright © European Society of Cardiology 2026 - Alle rechten voorbehouden.

Dit materiaal is uitsluitend gepubliceerd voor persoonlijk en educatief gebruik. Commercieel gebruik is niet toegestaan. Geen enkel deel van dit document mag worden vertaald of gereproduceerd in welke vorm dan ook zonder schriftelijke toestemming van de ESC. Toestemming kan worden verkregen door een schriftelijk verzoek in te dienen bij: ESC, Practice Guidelines Department, Les Templiers - 2035, Route des Colles - CS 80179 Biot - 06903 Sophia Antipolis Cedex - France. Email: guidelines@escardio.org

Dit materiaal is aangepast op basis van de ESC-richtlijnen als hulpmiddel voor patiënten en mantelzorgers. Het weerspiegelt de standpunten van de ESC en werd opgesteld na zorgvuldige overweging van de wetenschappelijke en medische kennis en het beschikbare bewijs op het moment van publicatie.

De ESC is niet verantwoordelijk in geval van enige tegenstrijdigheid, discrepantie en/of onduidelijkheid tussen de ESC-richtlijnen en andere officiële aanbevelingen of richtlijnen uitgevaardigd door de bevoegde volksgezondheidsautoriteiten, in het bijzonder met betrekking tot het juiste gebruik van gezondheidszorg of therapeutische strategieën.

Voor meer details over de rol van Clinical Practice Guidelines en de individuele verantwoordelijkheid van zorgprofessionals bij het nemen van beslissingen over de zorg voor patiënten, verwijzen wij naar de inleiding (preambule) van de oorspronkelijke richtlijnen.