14 Liao D, Cooper L, Cai J, Toole JF, Bryan NR, Hutchinson RG, et al. Presence and severity of cerebral white matter lesions and hypertension, its treatment, and its control. The ARIC Study. Atherosclerosis Risk in Communities Study. Stroke 1996;27:2262-70.
15 Leeuw FE de, Groot JC de, Oudkerk M, Witteman JCM, Hofman A, Gijn J van, et al. A follow-up study of blood pressure and cerebral white matter lesions. Ann Neurol 1999;46:827-33.
16 Swan GE, DeCarli C, Miller BL, Reed T, Wolf PA, Jack LM, et al. Association of midlife blood pressure to late-life cognitive decline and brain morphology. Neurology 1998;51:986-93.
17 Hofman A, Ott A, Breteler MMB, Bots ML, Slooter AJC, Harskamp F van, et al. Atherosclerosis, apolipoprotein E, and prevalence of dementia and Alzheimer's disease in the Rotterdam Study. Lancet 1997;349:151-4.
18 Bergh R van den, Eecken H van der. Anatomy and embryology of cerebral circulation. Prog Brain Res 1968:1-26.
19 Ott A, Breteler MMB, Bruyne MC de, Harskamp F van, Grobbee DE, Hofman A. Atrial fibrillation and dementia in a population-based study. The Rotterdam Study. Stroke 1997;28:316-21.
20 Dijk EJ van, Vermeer SE, Heijer T den, Oudkerk M, Hofman A, Koudstaal PJ, et al. Homocysteine and cerebral white matter lesions. The Rotterdam Scan Study [abstract]. Stroke 2001;32:321.
21 Heijer T den, Launer LJ, Groot JC de, Leeuw FE de, Oudkerk M, Gijn J van, et al. Serum carotenoids and cerebral white matter lesions. The Rotterdam Scan Study. J Am Geriatr Soc 2001;49:642-6.
22 Beekman AT, Copeland JR, Prince MJ. Review of community prevalence of depression in later life. Br J Psychiatry 1999;174:307-11.
23 Krishnan KR, Hays JC, Blazer DG. MRI-defined vascular depression. Am J Psychiatry 1997;154:497-501.
24 Wurff FB van der, Beekman AT, Veltman DJ, Hoogendijk WJ, Scheltens Ph, Weinstein HC. De invloed van wittestofafwijkingen op ouderdomsdepressies. Tijdschr Psychiatrie 2000;42:595-604.
25 Penninx BWJH, Beekman ATF, Honig A, Deeg DJH, Schroevers RA, Eijk JTM van, et al. Depression and cardiac mortality – Results from a community-based longitudinal study. Arch Gen Psychiatry 2001;58:221-7.
26 Musselman DL, Evans DL, Nemeroff CB. The relationship of depression to cardiovascular disease: epidemiology, biology, and treatment. Arch Gen Psychiatry 1998;55:580-92.
27 O'Brien J, Desmond P, Ames D, Schweitzer I, Harrigan S, Tress B. A magnetic resonance imaging study of white matter lesions in depression and Alzheimer's disease. Br J Psychiatry 1996;168:477-85.
28 Schmand B, Jonker C, Hooijer C, Lindeboom J. Subjective memory complaints may announce dementia. Neurology 1996;46:121-5.
29 Wolf H, Ecke GM, Bettin S, Dietrich J, Gertz HJ. Do white matter changes contribute to the subsequent development of dementia in patients with mild cognitive impairment? A longitudinal study. Int J Geriatr Psychiatry 2000;15:803-12.
30 Barber R, Scheltens P, Gholkar A, Ballard C, McKeith I, Ince P, et al. White matter lesions on magnetic resonance imaging in dementia with Lewy bodies, Alzheimer's disease, vascular dementia, and normal aging. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1999;67:66-72.
31 Groot JC de, Leeuw FE de, Oudkerk M, Hofman A, Jolles J, Breteler MMB. Cerebral white matter lesions and subjective cognitive dysfunction – The Rotterdam Scan Study. Neurology 2001;56:1539-45.
32 Groot JC de. Consequences of cerebral white matter lesions. A longitudinal population based MRI study [proefschrift]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam; 1999.
33 Erkinjuntti T, Ketonen L, Sulkava R, Sipponen J, Vuorialho M, Iivanainen M. Do white matter changes on MRI and CT differentiate vascular dementia from Alzheimer's disease? J Neurol Neurosurg Psychiatry 1987;50:37-42.
34 Aharon-Peretz J, Cummings JL, Hill MA. Vascular dementia and dementia of the Alzheimer type. Cognition, ventricular size, and leuko-araiosis. Arch Neurol 1988;45:719-21.
35 Erkinjuntti T, Ostbye T, Steenhuis R, Hachinski V. The effect of different diagnostic criteria on the prevalence of dementia. N Engl J Med 1997;337:1667-74.
36 Forette F, Seux ML, Staessen JA, Thijs L, Birkenhäger WH, Babarskiene MR, et al. Prevention of dementia in randomised double-blind placebo-controlled Systolic Hypertension in Europe (Syst-Eur) trial. Lancet 1998;352:1347-51.
37 Whitlock G, MacMahon S, Anderson C, Neal B, Rodgers A, Chalmers J. Blood pressure lowering for the prevention of cognitive decline in patients with cerebrovascular disease. PROGRESS Management Committee. Perindopril Protection Against Recurrent Stroke Study. Clin Exp Hypertens 1997;19:843-55.

Aanvaard op 6 augustus 2001

Voor de praktijk

CBO-richtlijn 'Hoge bloeddruk' (herziening)

D.E.GROBBEE, M.K.TUUT EN A.W.HOES*

Onlangs is bij het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg (CBO), in samenwerking met de Nederlandse Hartstichting (NHS), een herziening van de bloeddrukrichtlijn verschenen. Hiermee is de consensus uit 1990 komen te vervallen.[1] Deze nieuwe richtlijn bevat een samenvatting van de actuele wetenschappelijke stand van zaken voor wat betreft opsporing, diagnostiek en behandeling van verhoogde bloeddruk en de vertaling van deze informatie naar de praktijk. Het was nadrukkelijk het doel de standpunten uit de standaard 'Hypertensie' van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de mening van de specialisten op één lijn te krijgen. In dit artikel worden de belangrijkste aanbevelingen voor de praktijk besproken.

Bij het ontwikkelen van de richtlijn is zoveel mogelijk

Zie ook het artikel op bl. 2065.

Samenvatting: zie volgende bladzijde.

*Namens de leden van de werkgroep Herziening Consensus Hoge Bloeddruk, die aan het eind van dit artikel staan vermeld.

Universitair Medisch Centrum Utrecht, Julius Centrum voor Huisartsgeneeskunde en Patiëntgebonden Onderzoek, Utrecht.
Prof.dr.D.E.Grobbee en prof.dr.A.W.Hoes, artsen-klinisch epidemiologen.
Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Postbus 20.064, 3502 LB Utrecht.
Mw.drs.M.K.Tuut, epidemioloog.
Correspondentieadres: mw.drs.M.K.Tuut (mwr@cbo.nl).

SAMENVATTING
– In een herziene CBO-richtlijn 'Hoge bloeddruk' wordt de actuele wetenschappelijke stand van zaken gegeven van opsporing, diagnostiek en behandeling van verhoogde bloeddruk en de vertaling van deze informatie naar de praktijk.
– Bij toenemende bloeddruk, zowel systolisch als diastolisch, neemt de kans op cardiovasculaire ziekte en sterfte geleidelijk toe.
– De bloeddruk geldt als verhoogd, indien deze ⩾ 140 mmHg systolisch en/of 90 mmHg diastolisch is. Voor personen van 60 jaar en ouder die geen diabetes, familiaire hypercholesterolemie of manifeste hart- en vaatziekte hebben, geldt 160 mmHg als grens voor verhoogde systolische bloeddruk.
– Afhankelijk van de leeftijd van de patiënt of de hoogte van de bloeddruk wordt de diagnose 'verhoogde bloeddruk' gesteld na 3 of 5 metingen gedurende een periode van enkele weken (3 metingen) tot 6 maanden (5 metingen).
– Bij verhoogde bloeddruk overweegt men in eerste instantie leefstijladviezen en niet-medicamenteuze behandeling en bij uitblijven van voldoende resultaat medicamenteuze behandeling.
– Het indicatiegebied voor behandeling is gelegd bij verhoogde bloeddruk en een absoluut cardiovasculair risico van 20% per 10 jaar. Bij een absoluut cardiovasculair risico tussen de 10 en 20% per jaar kan behandeling worden overwogen.
– De streefwaarde bij behandeling is gelijk aan het criterium voor verhoogde bloeddruk.

een brug geslagen tussen epidemiologische en klinisch-wetenschappelijke waarnemingen enerzijds en de individuele afweging van behandelaar en patiënt, die uiteindelijk de praktijk van de bloeddrukbehandeling zal moeten kenmerken, anderzijds. Hiertoe is in 1996 een werkgroep geformeerd, bestaande uit vertegenwoordigers van de belangrijkste beroepsgroepen die betrokken zijn bij de diagnostiek en de behandeling van verhoogde bloeddruk: huisartsen en internisten. Door de aanvulling met epidemiologen, een cardioloog, een econoom, een vertegenwoordiger van de NHS en een adviseur van het CBO ontstond een werkgroep die zich gedurende ruim drie jaar heeft gebogen over de optimale diagnostiek en behandeling van verhoogde bloeddruk. Op onderdelen werd advies ingewonnen van andere deskundigen of beroepsverenigingen (waaronder die voor neurologie, geriatrie en gynaecologie). Waar mogelijk zijn de aanbevelingen gebaseerd op bewijs verkregen uit wetenschappelijke literatuur. Hierbij is gewerkt volgens de 'evidence-based' methode, zoals voorgestaan door het CBO.[2]

RISICO VAN VERHOOGDE BLOEDDRUK

Bij een toenemende hoogte van de bloeddruk, zowel systolisch als diastolisch, neemt de kans op cardiovasculaire ziekte en sterfte geleidelijk lineair tot zwak loglineair toe. Dit verband geldt voor personen mét alsook voor personen zónder reeds bekende hart- en vaatziekten. Er is geen duidelijke drempelwaarde waarboven of waaronder de relatie tussen bloeddruk en risico van sterfte verandert en bovendien is dit verband beschreven voor zowel mannen als vrouwen en over een breed leeftijdsbereik. Bij ouderen met een leeftijd boven de 60 jaar is gebleken dat een geïsoleerde systolische bloeddrukverhoging of een verhoging van de polsdruk eveneens een sterke risicofactor is voor cardiovasculaire ziekte en sterfte.

Bij zeer oude patiënten (⩾ 85 jaar) bij wie de bloeddruk door ziekte is gedaald blijkt een lage bloeddruk het risico op hart- en vaatziekten juist te verhogen. Dit verband is ook gevonden in een aantal onderzoeken onder jongere personen met reeds bekende hart- en vaatziekten, bij wie de kans op het krijgen van een cardiovasculaire ziekte hoger was bij een diastolische bloeddruk beneden de 70 à 80 mmHg. Verklaringen hiervoor zijn een verminderde coronaire doorbloeding, een verminderde ventrikelfunctie en een algeheel verminderde gezondheid.

WAT IS VERHOOGDE BLOEDDRUK?

De bloeddruk geldt als verhoogd indien deze hoger dan of gelijk is aan 140 mmHg systolisch en/of 90 mmHg diastolisch. Voor personen van 60 jaar en ouder zonder diabetes, familiaire hypercholesterolemie of manifeste hart- en vaatziekte geldt een systolische bloeddruk van tenminste 160 mmHg als verhoogd. Bij een verhoogde systolische en een normale diastolische bloeddruk wordt gesproken van 'geïsoleerde systolische hypertensie'.

De diagnose 'verhoogde bloeddruk' wordt gesteld als bij tenminste 5 consulten tijdens het spreekuur in een periode van 3-6 maanden de gemiddelde bloeddruk groter dan of gelijk is aan 140/90 of 160/90 (afhankelijk van leeftijd en comorbiditeit). Bij een gemiddelde bloeddruk ⩾ 160/100 (of ⩾ 180/100 bij personen ⩾ 60 jaar) zijn 3 metingen voldoende om de diagnose te stellen. Hierbij wordt als meetinstrument een conventionele bloeddrukmeter gehanteerd. In de toekomst zal deze geleidelijk worden vervangen door een aneroïde (membraan)manometer.

HET NUT VAN BLOEDDRUKVERLAGING

Het is bekend dat het verlagen van de bloeddruk de kans op cardiovasculaire complicaties reduceert. Echter, er zijn geen goede gegevens beschikbaar over dit effect bij behandeling boven het 80e levensjaar. Voor de ontwikkeling van deze richtlijn is een nieuwe meta-analyse uitgevoerd, waarin de recentste trialresultaten zijn verwerkt omtrent verschillende behandelmethoden. Behandeling met geneesmiddelen verlaagde het relatieve risico op sterfte met 11%, op coronaire hartziekte met 14%, op beroerte met 33% en op vasculaire ziekte (coronaire ziekte of beroerte) met 22%.

Alle bloeddrukverlagende geneesmiddelen blijken een vergelijkbare daling van de bloeddruk te bewerkstelligen. Het effect op de incidentie van hart- en vaatziekten is echter niet voor alle middelen in kwalitatief goed onderzoek vastgesteld. Voor diuretica en β-blokkers is deze relatie duidelijk aangetoond. Ook bij de calciumantagonist nitrendipine is een positief verband gevonden, maar het is de vraag of dit effect geëxtrapoleerd kan worden naar andere calciumantagonisten. Inmiddels is ook de eerste trial met een angiotensineconverterend-enzym(ACE)-remmer gepubliceerd, waarin gunstige effecten op cardiovasculaire onderzoeksuitkom-

sten werden gerapporteerd die in dezelfde orde van grootte lagen als voor diuretica en β-blokkers.

BEHANDELING VAN VERHOOGDE BLOEDDRUK

Niet-medicamenteuze behandeling. Bij iedere persoon met vastgestelde verhoogde bloeddruk dient behandeling door middel van leefstijladviezen en niet-medicamenteuze behandeling te worden overwogen. Een bijkomend voordeel van aanpassing van eet- en leefgewoonten is de gelijktijdige vermindering van andere risicofactoren. Vermindering van overgewicht, toename van lichamelijke activiteit, vermindering van overmatig alcoholgebruik, beperking van natrium- en verhoging van kaliuminname hebben alle een bloeddrukverlagend effect. Het stoppen met roken heeft niet direct een invloed op de bloeddruk, maar verlaagt wel de kans op hart- en vaatziekten en bovendien kan dit de werkzaamheid van sommige antihypertensiva gunstig beïnvloeden.

Medicamenteuze behandeling. Wanneer de niet-medicamenteuze aanpak de bloeddruk niet voldoende verlaagt, kan medicamenteuze behandeling worden overwogen. Hierbij dient een individuele afweging te worden gemaakt. Deze is onder meer gebaseerd op de te verwachten cardiovasculaire risicoreductie en de kosteneffectiviteit. Daarnaast worden uiteraard andere argumenten in deze keuze betrokken, zoals bezwaren van de patiënt tegen medicamenteuze behandeling en de kans op bijwerkingen. Het totale cardiovasculaire risico (dat is de kans op een fataal of niet-fataal hartinfarct of op beroerte) wordt niet alleen door de bloeddruk, maar ook door andere risicofactoren bepaald. Het voordeel van behandeling van de bloeddruk neemt toe, naarmate het totale cardiovasculaire risico hoger is. Bij personen met een totaal cardiovasculair risico van 2,5 per 1000 per jaar of hoger verlaagt medicamenteuze bloeddrukverlagende therapie de kans op hart- en vaatziekten aantoonbaar (95%-BI voor deze kans: 0,0-7,7).

Indicatiegebieden. Vermindering van het cardiovasculaire risico door middel van bloeddrukverlaging blijkt kosteneffectiever te zijn dan vermindering van dit risico door medicamenteuze verlaging van de plasmacholesterolconcentratie. Naast de lagere prijs van bloeddrukverlagende middelen speelt hierbij ook de invloed die deze middelen hebben op de kans op hartfalen en beroerte. In navolging van de CBO-richtlijn 'Cholesterol'[3] is het maatschappelijk aanvaardbare maximale bedrag per gewonnen levensjaar vastgesteld op *f* 40.000,–. De grens waarboven medicamenteuze behandeling wordt aanbevolen zou kunnen liggen bij een risico van 10 per 1000 personen per jaar, hetgeen overeenkomt met een 10-jaarsrisico op hart- en vaatziekten van 10%. Bij dit risico blijkt dit bedrag niet te worden overschreden. Vanaf dit risico spreekt de werkgroep bij verhoogde bloeddruk derhalve van 'het indicatiegebied'. De werkgroep heeft binnen dit indicatiegebied onderscheid gemaakt tussen een gebied waarbij behandeling 'overwogen' dient te worden en een gebied waarbij behandeling wordt 'aanbevolen'. Overwegingen hierbij zijn onder meer de variatie in te verwachten gezondheidswinst, angst voor medicalisering en de beperkte zorgcapaciteit en middelen geweest.

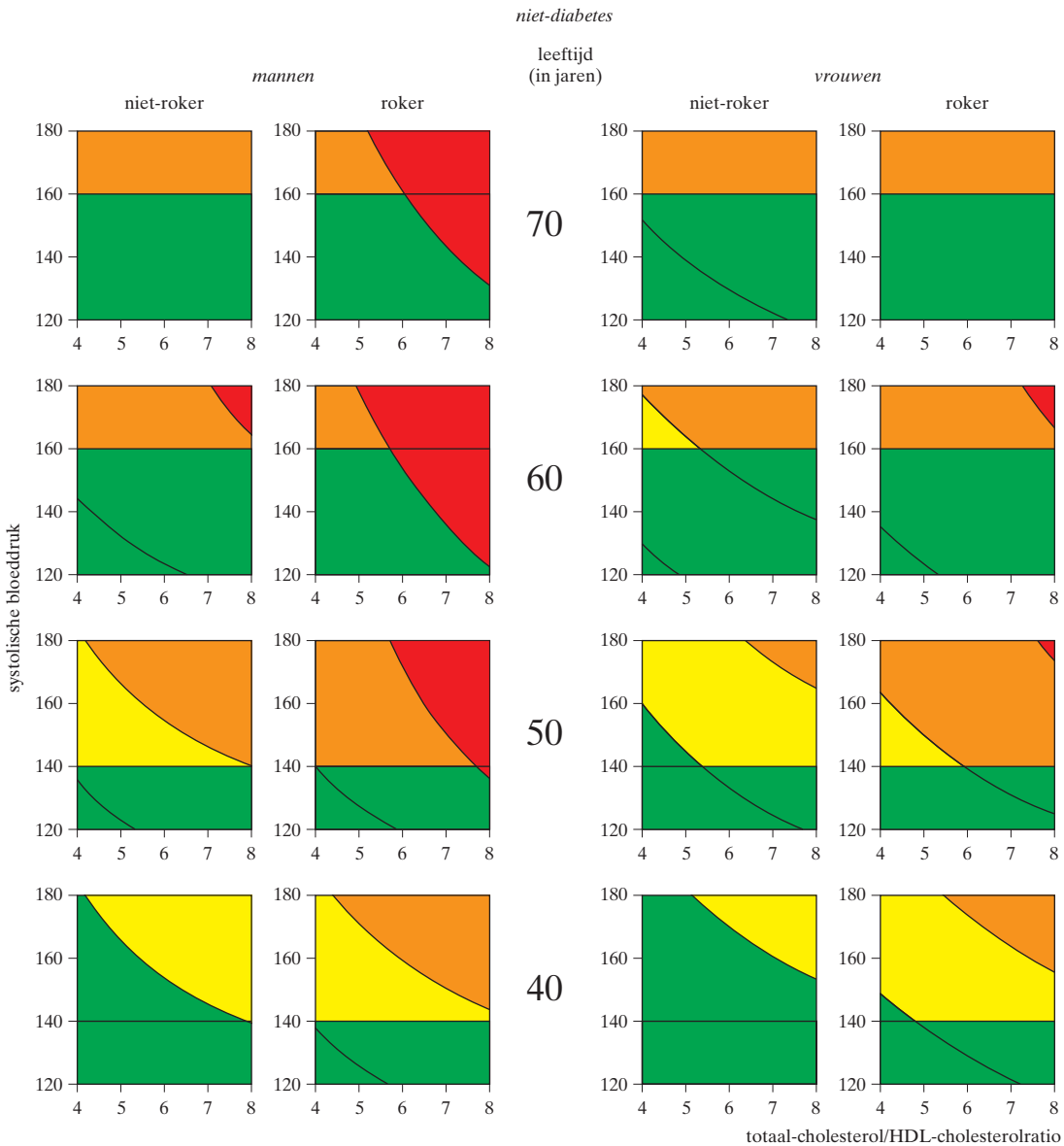
De werkgroep heeft de ondergrens van het indicatiegebied 'behandelen' gelegd bij een verhoogde bloeddruk en een absoluut cardiovasculair risico van 20% per 10 jaar. Wanneer het cardiovasculaire risico dus tussen 10% en 20% per 10 jaar ligt, valt men in het indicatiegebied 'behandeling overwegen'.

Voor het vaststellen van behandelindicaties voor individuele patiënten zonder 'orgaanschade' (dat wil zeggen hartinfarct, angina pectoris, beroerte of perifeer arterieel vaatlijden) kan gebruik worden gemaakt van de figuren 1 en 2. Hiermee kan op basis van het individuele risicoprofiel de indicatie voor zowel bloeddruk- als cholesterolverlaging conform de geldende richtlijnen worden bepaald. Bij personen met verhoogde bloeddruk én orgaanschade is het 10-jaars-cardiovasculaire risico > 20% en wordt geadviseerd de bloeddruk te behandelen. Het spreekt voor zich dat de figuren alleen een leidraad vormen; individuele overwegingen blijven mogelijk en dienen met de patiënt besproken te worden. In het algemeen geldt voor het gebruik van de figuren: (a) dat bij patiënten in het grensbereik van een behandeldrempel in de figuren een positieve familieanamnese (hartinfarct, hartdood of beroerte bij een eerstegraadsfamilielid (ouder, broer, zus) jonger dan 60 jaar) hen over die drempel brengt; (b) dat de indicaties bij personen met tussenliggende waarden wat betreft bloeddruk, leeftijd en cholesterolratio door extrapolatie worden geschat; en (c) dat met bloeddrukverlagende behandeling niet wordt begonnen bij personen > 80 jaar en met cholesterolverlagende behandeling niet bij een levensverwachting < 5 jaar of bij mannen > 70 en vrouwen > 75 jaar.

Geneesmiddelkeuze. Algemeen geldende regels voor de keuze van medicamenteuze behandeling zijn niet te geven. In principe komen alle bloeddrukverlagende middelen, behalve directe vaatverwijders, als monotherapeutica in aanmerking. Bij voorkeur wordt de behandeling gestart met een diureticum of een β-blokker. Voor specifieke groepen patiënten of patiënten met comorbiditeit kunnen er redenen zijn om bepaalde middelen wel of juist niet te gebruiken. Deze groepen worden in de richtlijn uitgebreid beschreven. Wel dient te worden opgemerkt dat de meeste opvattingen over de keuze voor specifieke geneesmiddelen ter behandeling van hoge bloeddruk bij de aanwezigheid van comorbiditeit op betrekkelijk schaarse gegevens uit deugdelijk gerandomiseerd onderzoek zijn gebaseerd.

AANVULLENDE DIAGNOSTIEK

Bij reeds vastgestelde verhoogde bloeddruk en een bekend risicoprofiel kan nadere diagnostiek worden verricht indien er aanwijzingen bestaan voor secundaire hypertensie. Hierbij moet worden opgemerkt dat hypertensie in de eerste lijn in meer dan 95%, in de tweede lijn bij ruim 85% en in de derde lijn bij ongeveer 70% van de patiënten een primaire idiopathisch verhoogde bloeddruk betreft. De meest voorkomende oorzaken van secundaire hypertensie zijn parenchymateuze nierziekten, nierarteriestenose en bijnieraandoeningen. De



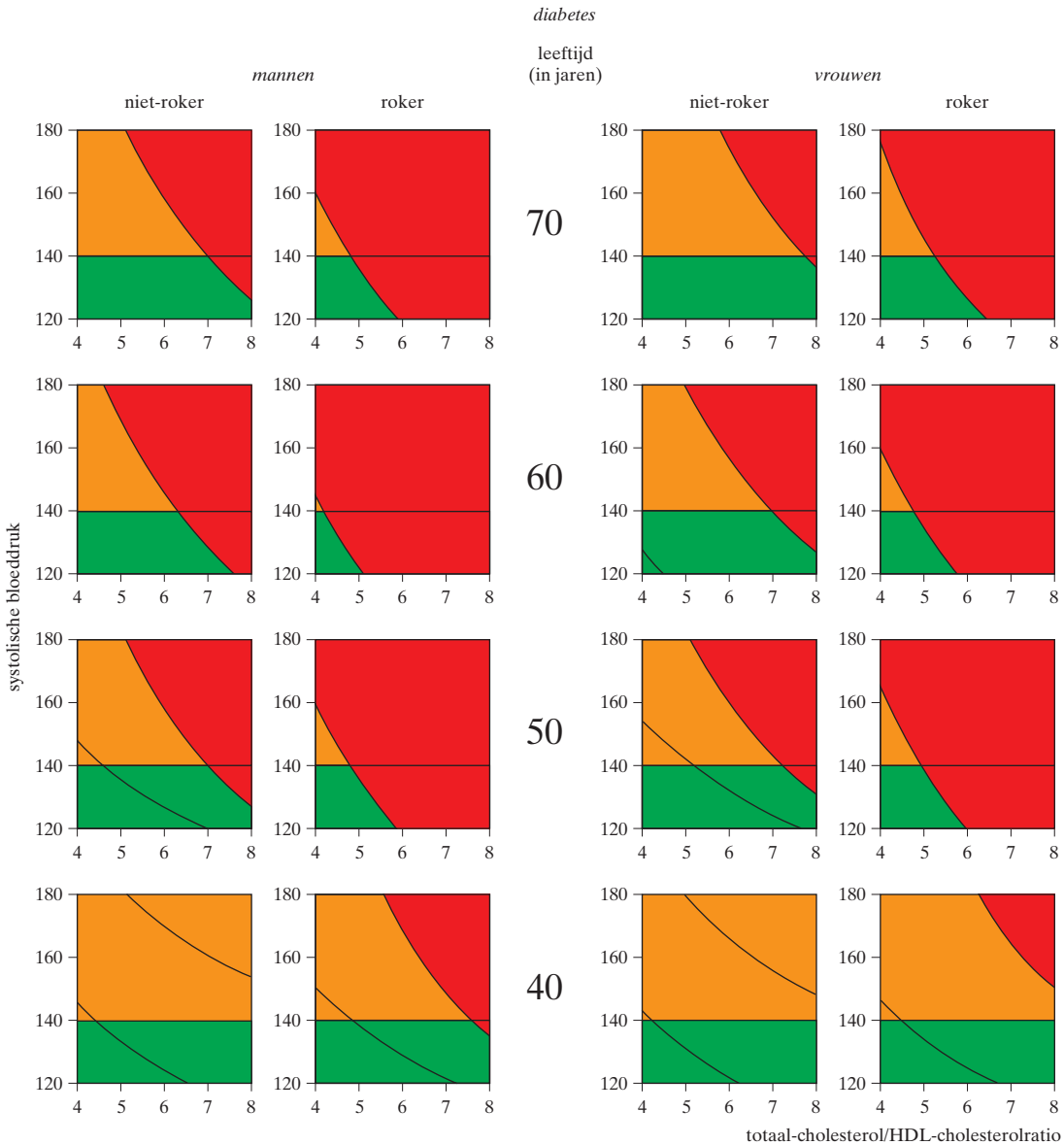
FIGUUR 1. Indicatiegebieden, bij *niet-diabetici*, voor bloeddruk- en cholesterolverlagende behandeling als primaire preventie, dat wil zeggen bij personen zonder bekende orgaanschade (hartinfarct, angina pectoris, beroerte, perifeer arterieel vaatlijden), gebaseerd op de CBO-richtlijn 'Hoge bloeddruk' en de door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) aangepaste Framingham-risicotabellen. Telkens is verticaal de systolische bloeddruk (in mmHg) uitgezet en horizontaal de ratio totaal cholesterol/'high-density'-lipoproteïne(HDL)-cholesterol; (■) = bloeddruk: niet behandelen, cholesterolniveau: niet behandelen; (■) = bloeddruk: behandeling overwegen, cholesterolniveau: niet behandelen; (■) = bloeddruk: behandelen, cholesterolniveau: niet behandelen; (■) = bloeddruk: behandelen (boven de horizontale drempelwaarde), cholesterolniveau: behandelen.

kans dat een dergelijke oorzaak aanwezig is neemt toe, naarmate de bloeddruk ernstiger verhoogd is, moeilijker te behandelen is, snel is ontstaan of indien het een jonge patiënt betreft, en de kans is vergroot bij ontsporing van de bloeddruk na een periode van goede instelling.

Bij het vermoeden van orgaanschade dient bij de anamnese en het lichamelijk onderzoek naar aanwijzingen hiervoor te worden gezocht. Hierbij wordt het onderzoek gericht op het hart, de carotiden, eventueel de nieren en pulsaties van alle perifere arteriën. Oogonderzoek kan informatief zijn indien men over ervaring beschikt; verwijzing naar een oogarts is echter niet nodig, tenzij men een hypertensieve crisis vermoedt.

STREEFWAARDE EN BELEID TIJDENS BEHANDELING

De streefwaarde bij behandeling is gelijk aan het criterium voor verhoogde bloeddruk. Diastolisch betekent dit dat gestreefd wordt naar een waarde die beneden de 90 mmHg moet liggen; systolisch gaat het om een waarde beneden de 140 mmHg (160 mmHg voor 60-plussers)



FIGUUR 2. Indicatiegebieden, bij *diabetici*, voor bloeddruk- en cholesterolverlagende behandeling als primaire preventie, dat wil zeggen bij personen zonder bekende orgaanschade (hartinfarct, angina pectoris, beroerte, perifeer arterieel vaatlijden), gebaseerd op de CBO-richtlijn 'Hoge bloeddruk' en de door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) aangepaste Framingham-risicotabellen. Telkens is verticaal de systolische bloeddruk (SBD; in mmHg) uitgezet en horizontaal de ratio totaal cholesterol/'high-density'-lipoproteïne(HDL)-cholesterol; (■) = bloeddruk: niet behandelen, cholesterolniveau: niet behandelen; (■) = bloeddruk: behandelen, cholesterolniveau: niet behandelen; (■) = bloeddruk: behandelen (boven de horizontale drempelwaarde), cholesterolniveau: behandelen.

voor patiënten zonder diabetes mellitus, nierziekten, familiaire hypercholesterolemie of manifeste hart- en vaatziekten. Echter, elke verlaging van de bloeddruk leidt tot risicoreductie, ook als de streefwaarde niet wordt bereikt. Daarom wordt aanbevolen in elk geval een verlaging van tenminste 10 mmHg voor de systolische en 5 mmHg voor de diastolische bloeddruk te bewerkstelligen.

Bij instelling van de therapie is, afhankelijk van de bloeddruk, controle om de 2 of 4 weken aangewezen. De instelling kan enkele maanden duren. Daarna is controle één of twee keer per jaar voldoende.

Wanneer de streefwaarde of de minimale aanbevolen daling niet wordt bereikt, zijn follow-up en een bewakingssysteem aangewezen. Hierbij kan bijvoorbeeld het moment van voorschrijven van geneesmiddelen samenvallen met een contact tussen arts en patiënt. Bij patiënten met een behandelde verhoogde bloeddruk wordt tenslotte aanbevolen jaarlijks de informatie van het cardiovasculaire risicoprofiel te actualiseren.

DETECTIE EN SCREENING

Jaarlijkse bloeddrukmeting wordt aanbevolen bij personen die geen verhoogde bloeddruk hebben, maar wel bekend zijn wegens symptomatische hart- en vaatziekten, diabetes mellitus of familiaire hypercholesterolemie, alsmede bij personen die in het verleden behandeld zijn voor verhoogde bloeddruk. Een controle eenmaal per 5 jaar is aangewezen bij alle personen van 60 jaar en ouder; personen met in het verleden een incidenteel verhoogde bloeddruk en personen met een anderszins aanzienlijk verhoogd cardiovasculair risico. Controle van de bloeddruk wordt tenslotte geadviseerd bij personen die bij het vaststellen van verhoogde bloeddruk in het indicatiegebied 'behandelen' zouden vallen indien de laatste bloeddrukmeting meer dan een jaar geleden heeft plaatsgevonden.

Actieve opsporing? Bij de vraag of actieve opsporing moet worden nagestreefd van personen met een verhoogde bloeddruk en een totaal cardiovasculair risico in het indicatiegebied 'behandelen', spelen onder meer organisatorische en economische overwegingen een rol. De werkgroep heeft ervoor gekozen screening en preventie te beginnen bij groepen waarin het verwachte totale cardiovasculaire risico het hoogst is. Het opsporen van verhoogde bloeddruk heeft daarom volgens de werkgroep geen zin bij personen die bij een eventuele verhoogde bloeddruk niet in het indicatiegebied 'behandelen' of 'behandelen overwegen' vallen. Dit heeft als gevolg dat personen zonder verhoogd cardiovasculair risico, maar met een verhoogde bloeddruk niet actief hoeven worden opgespoord. Wanneer bij deze personen toch – om een andere reden – een bloeddrukmeting wordt verricht, zal een individueel beleid bepaald moeten worden, waarbij behandeling met geneesmiddelen niet uitgesloten is. In ieder geval zal dan eenmaal per 5 jaar de bloeddruk moeten worden gecontroleerd en dient het cardiovasculaire risicoprofiel te worden bewaakt.

CARDIOVASCULAIR RISICOMANAGEMENT

Wanneer er geen risicofactoren bekend zijn en risicoprofilering overwogen wordt, is meting van de bloeddruk eerder aangewezen dan meting van de cholesterolconcentratie. De reden hiervoor is dat het indicatiegebied voor bloeddrukverlaging op basis van kosten bij een lager risico begint dan dat voor cholesterolverlaging.

In de nabije toekomst zal door het CBO in samenwerking met diverse medisch-wetenschappelijke verenigingen een richtlijn worden ontwikkeld voor cardiovasculair risicomanagement, waarin de richtlijnen voor verhoogde bloeddruk, verhoogde cholesterolwaarde, diabetes en beroerte worden geïntegreerd.

De werkgroep Herziening Richtlijn Hoge Bloeddruk bestond uit de volgende personen: prof.dr.D.E.Grobbee, klinisch epidemioloog, Julius Centrum voor Huisartsgeneeskunde en Patiëntgebonden Onderzoek, Universitair Medisch Centrum Utrecht (voorzitter); mw.drs.M.K.Tuut, epidemioloog, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (CBO), Utrecht (secretaris); mw.drs.J.van Drenth, arts, Nederlandse Hartstichting, Den Haag; dr.J.J.E.van Everdingen, dermatoloog, adjunct-directeur Medisch-Specialistische Kwaliteit, CBO, Utrecht; dr. J.A.E.van der Feen, huisarts in ruste, 's Heer Arendskerke; prof.dr.A.W.Hoes, klinisch epidemioloog, Julius Centrum voor Huisartsgeneeskunde en Patiëntgebonden Onderzoek, Universitair Medisch Centrum Utrecht; prof.dr.B.A.van Hout, econoom, Julius Centrum voor Huisartsgeneeskunde en Patiëntgebonden Onderzoek, Universitair Medisch Centrum Utrecht, tevens Institute for Medical Technology Assessment, Erasmus Universiteit Rotterdam; prof.dr.P.W.de Leeuw, internist, Academisch Ziekenhuis Maastricht; dr.H.R.Michels, cardioloog, Catharina Ziekenhuis, Eindhoven; dr.G.A.van Montfrans, internist, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam; dr.M.J.Nubé, internist, Medisch Centrum Alkmaar (thans: prof.dr.M.J.Nubé, Academisch Ziekenhuis Vrije Universiteit, Amsterdam); prof.dr.A.Prins, huisarts, Krimpen aan de IJssel; prof.dr.Th.Thien, internist, Universitair Medisch Centrum St Radboud, Nijmegen; prof.dr.S.Thomas, huisarts, Erasmus Universiteit Rotterdam; dr.E.P.Walma, huisarts, Schoonhoven.

De volledige CBO-richtlijn 'Hoge bloeddruk' is te bestellen bij Van Zuiden Communications, Postbus 2122, 2400 CC Alphen aan den Rijn, en is bovendien gepubliceerd op de website van het CBO: http://www.cbo.nl.

ABSTRACT

CBO guideline 'High blood pressure' (revised)

– The revised CBO guideline 'High blood pressure' details the present scientific knowledge about the detection, diagnosis and treatment of elevated blood pressure as well as the implementation of this knowledge in practice.

– For both systolic and diastolic increased blood pressure the risk of cardiovascular disease and mortality gradually increases.

– The blood pressure is considered to be elevated if the systolic pressure is ⩾ 140 mmHg and/or the diastolic pressure is > 90 mmHg. For individuals aged 60 years and over, without diabetes, familiary hypercholesterolaemia or overt cardiovascular disease, 160 mmHg is the cut-off value for elevated systolic pressure.

– Depending on age or blood pressure level, the diagnosis 'elevated blood pressure' is established after 3 or 5 measurements over a period of some weeks (3 measurements) to 6 months (5 measurements).

– Where elevated blood pressure is diagnosed, lifestyle recommendations should be considered first and only if these provide insufficient results should medicinal treatments be adopted.

– The indication area for treatment is laid down in the case of elevated blood pressure and an absolute cardiovascular risk of 20% per 10 years. When the absolute cardiovascular risk is between 10% and 20% per year, treatment may be considered.

– For treatment the target value is the same as the criterion for elevated blood pressure.

LITERATUUR

1 Struyvenberg A. Hypertensie-consensus in Nederland. Ned Tijdschr Geneeskd 1990;134:2086-93.

2 Everdingen JJE van. Van consensus naar CBO-richtlijn. Ned Tijdschr Geneeskd 1999;143:2086-9.

3 Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg (CBO). Consensus cholesterol, 2e herziening. Utrecht: CBO; 1998.

Aanvaard op 20 augustus 2001