

PRO-CONTRA

Bepalen cardiovasculair risico bij reumapatiënten: resultaten uit trials niet afwachten

Mike T. Nurmohamed

Gerelateerd artikel: Ned Tijdschr Geneesk. 2011;155:A3563

Hart- en vaatziekten zijn een belangrijke doodsoorzaak bij reumatoïde artritis (RA) en de kans op sterfte aan een dergelijke aandoening is bij RA-patiënten groter dan in de algemene populatie. Ook de kans op niet-fatale hart- en vaatziekten is onder RA-patiënten groter. Recent prospectief Nederlands onderzoek liet een verdubbeling zien van de incidentie van hart- en vaatziekten bij RA-patiënten.¹ Dit verhoogde cardiovasculaire risico was vergelijkbaar met dat van diabetes.

De oorzaak is tweeledig: allereerst komen bekende risicofactoren zoals hypertensie vaker voor bij patiënten met RA. Daarnaast leidt de chronische inflammatie bij RA tot versnelde atherosclerose; atherosclerose is immers een ontstekingsproces, zoals we tegenwoordig weten. Behandeling met de meest krachtige anti-inflammatoire therapie, te weten biologicals zoals tumornecrosisfactor (TNF)- α -remmers, geeft dan ook een belangrijke afname van dit verhoogde cardiovasculaire risico, namelijk van 50%. Dit betekent ook dat wanneer de inflammatoire component bij RA behandeld wordt er nog altijd een verhoging van het cardiovasculaire risico overblijft van 50% ten opzichte van de algemene bevolking. Dit is conform de bevindingen uit een grootschalig prospectief Amerikaans onderzoek bij 11.000 RA-patiënten waar het toegenomen cardiovasculaire risico bij RA in gelijke mate verklaard werd door traditionele risicofactoren en door specifieke inflammatiefactoren die bij RA horen.²

RISICOMANAGEMENT

Uit bovenstaande blijkt dat cardiovasculair risicomanagement bij RA anno 2011 dan ook onontbeerlijk is. Studie naar het effect van statines en antihypertensiva met als eindpunt een cardiovasculaire aandoening zijn bij RA echter nog niet gepubliceerd. Het is echter onwaarschijnlijk dat statines en antihypertensiva minder effectief zouden zijn bij patiënten mét dan bij patiënten zonder RA.

Een dubbelblinde studie met atorvastatine bij patiënten met RA liet een vermindering zien van de ziekteactiviteit van RA en tevens een significante reductie van de ldl-cholesterolconcentratie. Deze reductie was in dezelfde orde van grootte als bij patiënten zonder RA.³ Een daling van de ldl-cholesterolconcentratie is een goede voorspeller voor de reductie van hart- en vaatziekten. Het is aanmerkelijk dat dit ook geldt bij patiënten met RA.

Voorts was er geen verschil tussen RA- en niet-RA-patiënten in een subgroepanalyse van de 'Incremental decrease in events through aggressive lipid lowering'(IDEAL)-studie, een prospectieve studie naar secundaire cardiovasculaire preventie met atorvastatine bij 9.000 deelnemers.⁴ Wat antihypertensiva betreft zijn er ook geen redenen om aan te nemen dat deze minder effectief zouden zijn bij patiënten met RA. Als behandeling met antihypertensiva noodzakelijk is, dan gaat de voorkeur overigens uit naar ACE-remmers en angiotensine II-receptorantagonisten, omdat deze ook anti-inflammatoire eigenschappen hebben.

AFWACHTEN IS ONVERANTWOORD

Vanuit een puristisch oogpunt zou men kunnen stellen dat de resultaten van grootschalige trials met statines en antihypertensiva eerst afgewacht moeten worden voordat besloten wordt tot cardiovasculair risicomanagement bij patiënten met RA. Het moge duidelijk zijn dat dit niet noodzakelijk is en zelfs onverantwoord. Daarom heeft de European League Against Rheumatism (EULAR) het advies gegeven om bij elke patiënt met RA cardiovasculair risicomanagement toe te passen.⁵ Tegelijkertijd ontslaat ons dit natuurlijk niet van de plicht na te gaan of dit inderdaad leidt tot vermindering van het cardiovasculaire risico.

Belangenconflict: dr. M.T. Nurmohamed kreeg vergoeding voor consultancy, het geven van lezingen en congresbezoek van Roche, Schering-Plough, BMS, UCB, Wyeth, Pfizer, MSD and Abbott. Zijn instituut ontving beurzen van Roche, Abbott, Pfizer and UCB. Financiële ondersteuning voor dit artikel: geen gemeld.

Aanvaard op 5 mei 2011

Citeer als: Ned Tijdschr Geneesk. 2011;155:A3485

[Meer op www.ntvg.nl/opinie](http://www.ntvg.nl/opinie)

VU medisch centrum,

afd. Interne Geneeskunde, Amsterdam.

Dr. M.T. Nurmohamed, reumatoloog (tevens:

Jan van Breemen Research Institute | Reade,

Amsterdam) (mt.nurmohamed@planet.nl).

LITERATUUR

- 1 Peters MJ, van Halm VP, Voskuyl AE, Boers M, Lems WF, Visser M et al. Rheumatoid arthritis as important independent risk factor for incident cardiovascular disease. *ArthritisRheum.* 2009;58:691-6.
- 2 Solomon DH, Kremer J, Curtis JR, Hochberg MC, Reed G, Tsao P, Farkouh ME, Setoguchi S, Greenberg JD. Explaining the cardiovascular risk associated with rheumatoid arthritis: traditional risk factors versus markers of rheumatoid arthritis severity. *Ann Rheum Dis.* 2010;69:1920-5.
- 3 McCarey DW, McInnes IB, Madhok R, Hampson R, Scherbakov O, Ford I, Capell HA, Sattar N. Trial of Atorvastatin in Rheumatoid Arthritis (TARA): double-blind, randomised placebo-controlled trial. *Lancet.* 2004;363:2015-21.
- 4 Semb AG, Holme I, Kvien TK, Pedersen TR. Intensive lipid lowering in patients with rheumatoid arthritis and previous myocardial infarction: an explorative analysis from the incremental decrease in endpoints through aggressive lipid lowering (IDEAL) trial. *Rheumatology.* 2011;50:324-9.
- 5 Peters MJ, Symmons DP, McCarey D, Dijkmans BA, Nicola P, Kvien TK, et al. EULAR evidence-based recommendations for cardiovascular risk management in patients with rheumatoid arthritis and other forms of inflammatory arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2010;69:325-31.