

## COMMENTAAR

# Richtlijn cardiovasculair risicomanagement: een poldermodel

A.A. (Bram) Kroon

Gerelateerd artikel: Ned Tijdschr Geneeskd. 2012;156:A5104 en A5197

Recent is de nieuwe richtlijn 'Cardiovasculair Risicomanagement' (CVRM), herziening 2011 verschenen. De richtlijn is een lijvige en over het algemeen wetenschappelijk verantwoorde herziening van de richtlijn uit 2006 geworden. Helaas is zij op een aantal punten ook duidelijk het resultaat van polderen geworden.

## LEEFTIJD EN HYPERTENSIE

Een belangrijke wijziging is dat het risico op ziekte en sterfte door hart- en vaatziekten (HVZ) in 10 jaar is uitgebreid met cijfers voor patiënten tot 70-jarigen en dat de risicoschatting bij jongeren (< 50 jaar) nader beschreven wordt.

**Ouder dan 70 jaar** De risicotabel is niet van toepassing voor mensen ouder dan 70 jaar. Uit diverse studies is gebleken dat behandeling van hoge bloeddruk bij 70-plussers de kans op het optreden van CVA's, coronairlijden en hartfalen vermindert. De richtlijn adviseert om bij hen te beginnen met leefstijlmaatregelen en, als die onvoldoende effectief zijn, behandeling met antihypertensiva toe te voegen bij een drempelwaarde van de systolische bloeddruk van > 140 mmHg. In verschillende studies heeft men ook oudere personen tot een gemiddelde leeftijd van 83 jaar onderzocht. De richtlijn geeft voor 80-plussers in feite hetzelfde advies als voor 70-plussers, met dien verstande dat een arbitraire, hogere grenswaarde van de systolische bloeddruk (> 160 mmHg) is overeengekomen. Oudere mensen hebben op grond van hun leeftijd vrijwel altijd een risico op ziekte en sterfte door HVZ van 20% of meer. In meta-analyses naar het effect van behandeling met antihypertensiva bij 80-plussers werden significante effecten gevonden op het aantal opgetreden CVA's (relatieve risicoreductie (RRR): circa 35%), HVZ (RRR: circa 25%) en hartfalen (RRR: circa 39-50%).<sup>1,2</sup> Bovendien bleek dat de reductie in risico vooral optreedt bij lichte daling van de systolische bloeddruk en dat dit effect al binnen een korte behandelingsduur van 12 maanden zichtbaar is.<sup>3</sup> Er is

duis alle redenen om de risicotabel ook van toepassing te verklaren bij gezonde ouderen, zelfs boven 80 jaar.

**Jonger dan 50 jaar** Er zijn ook geen risicotabellen voor personen jonger dan 40 jaar. Zelfs bij personen jonger dan 50 jaar wordt de risicodrempel van 10% in de komende 10 jaar maar zelden bereikt. Over het algemeen geeft men in deze categorie enkel leefstijladviezen. Alleen als ondanks leefstijlaanpassing clustering van risicoverhogende factoren en een systolische bloeddruk van > 160 mmHg persisteren, kan volgens de richtlijn worden overwogen om na verloop van tijd al op jongere leeftijd te beginnen met medicamenteuze behandeling.

Dit advies had wel wat sterker geformuleerd mogen worden. Bij onzorgvuldige lezing zou men de richtlijn kunnen interpreteren als dat jonge mensen zonder belangrijke risicoverhogende factoren pas medicamenteus behandeld dienen te worden indien ze een systolische bloeddruk van > 180 mmHg of renale schade of eindorgaanschade ontwikkeld hebben. Dit is contraproductief. Vandaar dat het advies, overgenomen van richtlijnen van de European Society of Hypertension, om medicamenteus te gaan behandelen wanneer de bloeddruk bij herhaling > 160 mmHg blijft, heel belangrijk is.<sup>4</sup>

In dit verband is het interessant dat men zich realiseert dat de berekening van de risico's is gedaan met een horizon van slechts 10 jaar. Recent onderzoek naar het risico op cardiovasculaire aandoeningen geldend voor het hele leven, 'The cardiovasculair lifetime risk pooling project', laat zien dat jonge mensen met 1 of 2 niet-behandelde risicofactoren, zoals roken, een onbehandelde bloeddruk > 160/100 mmHg of een waarde van het totaalcholesterol > 6,2 mmol/l, een aanzienlijk hoger risico hebben op een event gedurende hun leven dan personen met een optimaal risicoprofiel.<sup>5</sup> Het moge duidelijk zijn dat dit soort getallen nog niet beschikbaar zijn voor de SCORE-ricicotabel, maar het geeft wel aan dat met een horizon van slechts 10 jaar het risico van jonge mensen, ongeacht hun geslacht, in de huidige tabel onderschat wordt en dat het advies om te behandelen bij een bloeddruk > 160 mmHg zeer serieus dient te worden genomen.

## RISICO BIJ HYPERLIPIDEMIE

Recent is ook een nieuwe Europese richtlijn voor de behandeling van dyslipidemieën gepubliceerd door de

Maastricht Universitair Medisch Centrum,  
afdeling Interne Geneeskunde, Maastricht.

Dr. A.A. Kroon, internist-vasculair geneeskundige  
(aa.kroon@mumc.nl).

European Society of Cardiology (ESC) en de European Atherosclerosis Society (EAS).<sup>6</sup> Opvallend is dat er tussen deze en de CVRM-richtlijn belangrijke verschillen bestaan.

**Bepaling lipoproteïnepartikels** In de CVRM-richtlijn wordt bij het vaststellen van een hyperlipidemie de ratio totaalcholesterol/hdl-cholesterol gebruikt en wordt een ldl-cholesterolwaarde < 2,5 mmol/l aanbevolen als primair behandeldoel. Helaas wordt er op deze manier geen rekening gehouden met het afwijkende lipidenprofiel, zoals bij overgewicht en diabetes mellitus type 2. Hierbij is vaak sprake van een verlaagde concentratie van hdl-cholesterol en verhoogde concentratie triglyceriden bij een matig tot niet verhoogde ldl-cholesterolwaarde. Een aanvullend advies, zoals in de Europese richtlijnen, om bij deze comorbiditeiten de waarden van het apolipoproteïne B of van het non-hdl-cholesterol te bepalen, ontbreekt in de CVRM-richtlijn. Er is inmiddels voldoende bewijs dat deze bepalingen van atherogene lipoproteïne-partikels een betere risicoschatting geven dan ldl-cholesterolwaarden.<sup>7</sup> Dit is met name relevant als het risico in de SCORE-tabel intermediair (10-20%) is, zoals bij patiënten bij wie meer 'small dense'-ldl aanwezig is.

**Verschillende streefwaarden** In de richtlijn is een ldl-cholesterolwaarde van < 2,5 mmol/l het enige behandeldoel voor alle patiënten. Dit is een simplificatie van de werkelijkheid. In de ESC/EAS-richtlijnen worden ver-

schillende streefwaarden gehanteerd voor verschillende risicocategorieën: voor patiënten met een hoog risico wordt een ldl-cholesterolwaarde van < 2,5 mmol/l gehanteerd en bij een zeer hoog risico een waarde van < 1,8 mmol/l. Patiënten met HVZ, diabetes met eindorgaanschade zoals chronische nierinsufficiëntie, of een 10-jaarsrisico voor fatale HVZ van 10% of meer hebben daarom een ldl-cholesterolstreefwaarde van < 1,8 mmol/l. Toegegeven, het risico voor diabetes wordt in de CVRM-richtlijn aangepast door 15 jaar bij de actuele leeftijd op te tellen, en chronische nierinsufficiëntie wordt bij een intermediair risico beschouwd als een risicoverhogende factor, maar er is geen wetenschappelijke bewijsvoering voor het gebruik van 1 streefwaarde voor ldl-cholesterol van < 2,5 mmol/l.<sup>8</sup> De keuze voor een simpele streefwaarde voor iedereen en de discrepantie met de Europese richtlijn zou zomaar kunnen resulteren in verschillen in handelwijze tussen de eerste en de tweede lijn.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 19 juni 201

Citeer als: Ned Tijdschr Geneesk. 2012;156:A5196

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

## LITERATUUR

- Gueyffier F, Bulpitt C, Boissel JP, et al. Antihypertensive drugs in very old people: a subgroup meta-analysis of randomised controlled trials. *Lancet*. 1999;353:793-6.
- Bejan-Angoulvant T, Saadatian-Elahi M, Wright JM, et al. Treatment of hypertension in patients 80 years and older: the lower the better? A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Hypertens*. 2010;28:1366-72.
- Beckett N, Peters R, Tuomilehto J, et al. Immediate and late benefits of treating very elderly people with hypertension: results from active treatment extension to Hypertension in the Very Elderly randomised controlled trial. *BMJ*. 2011;344:d7541.
- Mancia G, Laurent S, Agabiti-Rosei E, et al. Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document. *J Hypertens*. 2009;27:2121-58.
- Berry JD, Dyer A, Cai X, et al. Lifetime risks of cardiovascular disease. *N Engl J Med*. 2012;366:321-9.
- Reiner Z, Catapano AL, De Backer G, et al. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidemias: the Task Force for the management of dyslipidemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS). *Eur Heart J*. 2011;32:1769-818.
- Langsted A, Freiberg JJ, Nordestgaard BG. Fasting and nonfasting lipid levels: influence of normal food intake on lipids, lipoprotein, apolipoproteins, and cardiovascular risk prediction. *Circulation*. 2008;118:2047-56.
- Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaboration. Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL cholesterol: a meta-analysis of data from 170000 participants in 26 randomised trials. *Lancet*. 2010;376:1670-81.