

COMMENTAAR

Richtlijn 'Cardiovasculair risicomanagement' bij ouderen ongenuanceerd

Wouter de Ruijter en Jacobijn Gussekloo

Gerelateerd artikel: Ned Tijdschr Geneeskd. 2012;156:A5104 en A5196

In de NHG-Standaard en de multidisciplinaire richtlijn 'Cardiovasculair risicomanagement' (CVRM), herziening 2011, is onder meer een leeftijdscategorie van 70-jarigen aan de risicotabel toegevoegd.¹ Dat doet recht aan het groeiend aantal 70-plussers in de bevolking. Velen van hen hebben op die leeftijd gelukkig nog geen manifest vaatlijden en komen dus in aanmerking voor 'primaire preventie'.

Eenheidsworst In de nieuwe richtlijn zijn 70-plussers en '40-minners' groepen die bijzondere aandacht verdienen. De reden hiervoor is dat de risicotabel, die absolute 10-jaarsrisico's op ziekte of sterfte aan hart- en vaatziekten weergeeft, voor mensen van middelbare leeftijd (50-65 jaar) weliswaar goed gedifferentieerde risicocategorieën bevat ('groen-geel-rood'), maar voor ouderen en jongeren eenheidsworst biedt: ofwel 'allemaal groen' (jongeren), ofwel 'allemaal rood' (ouderen).

Een te zware, stilzittende, rokende man van 40 jaar met een systolische bloeddruk van 180 mmHg, een ratio totaalcholesterol/hdl-cholesterol van 6, en bovendien met een familie waarin het ritselt van de hart- en vaatziekten, komt aldus in een groen vakje terecht op basis van een absoluut 10-jaarsrisico van 'maar' 8%. Maar weinig artsen zullen bij uitblijven van leefstijlveranderingen de neiging kunnen onderdrukken om bij deze patiënt medicamenteus aan de slag te gaan. En terecht: ten opzichte van een niet-rokende 40-jarige man met niet-afwijkende bloeddruk- en lipidenwaarden is zijn risico namelijk 4-8 maal verhoogd.

Voor 70-plussers geldt dat nagenoeg iedereen, ongeacht geslacht, bloeddruk, lipidenwaarden of rookgedrag, een absoluut 10-jaarsrisico van 20% of meer heeft op ziekte of sterfte door HVZ, en dus in een rood vakje terecht komt. In beginsel is dan medicamenteuze behandeling geïndiceerd als ondanks leefstijladvisering de systolische bloed-

druk boven de 140 mmHg of de ldl-cholesterolwaarde boven de 2,5 mmol/l blijft, wat in deze leeftijdscategorie meer regel dan uitzondering is.

KANTTEKENINGEN

Graag plaatsen wij een aantal kanttekeningen bij deze benadering van het cardiovasculair risicomanagement van 70-plussers.

Leeftijdscategorie Allereerst wordt verdere leeftijdsdifferentiatie node gemist. Als er iets duidelijk is geworden uit het omvangrijke onderzoek onder ouderen en zeer ouderen, dan is het wel dat er niet simpelweg geëxtrapoleerd kan worden vanaf jongere leeftijden. Wat op middelbare leeftijd een risicofactor is, kan op zeer hoge leeftijd prognostisch juist gunstig zijn: bij 85-plussers sterven degenen met de lagere bloeddrukken eerder dan ouderen met hogere bloeddrukken; hetzelfde geldt voor de cholesterolwaarde.^{2,3} Verder is de relatie tussen BMI en sterfte ook omgekeerd: allemaal voorbeelden van 'reversed epidemiology' (het fenomeen waarbij klassieke relaties tussen risicofactoren en uitkomsten van richting veranderen). Het verbaast dan ook niet dat het cardiovasculair risicoprofiel, opgemaakt uit klassieke risicofactoren, op 85-jarige leeftijd geen enkele voorspellende waarde meer heeft ten aanzien van de cardiovasculaire sterfte.⁴ Kortom: zeker vanaf het 85e jaar zijn de klassieke cardiovasculaire risicofactoren niet meer geschikt om het risico in te schatten. Waar tussen 70 en 85 jaar het omslagpunt ligt, is nog onvoldoende bekend.

Even oud maar toch anders Een tweede kanttekening betreft het gebrek aan onderscheid tussen ouderen van dezelfde leeftijd. Het behoeft geen betoog dat de ene 75-jarige de andere niet is: waar de één zonder een enkele pil op zak nog wereldreizen maakt en hole-in-ones slaat, is de andere 75-jarige sterk beperkt in zelfredzaamheid door onder meer multimorbiditeit, met bijbehorende polyfarmacie. Alhoewel dit aspect door de richtlijnwerkgroep wel belicht wordt, straalt de richtlijn, en zeker de risicotabel sec, nog te veel uit dat medicamenteuze behandeling nodig is bij alle 70-plussers. Ter onderbouwing wordt onder andere verwezen naar gunstige effecten van medicamenteuze verlaging van bloeddruk- en cholesterolwaarden bij ouderen in diverse klinische trials (noot 24). Helaas zijn de belangrijkste 2 onderzoeken

Leids Universitair Medisch Centrum, afd. Public Health en Eerstelijns geneeskunde, Leiden.

Dr. W. de Ruijter, huisarts en epidemioloog;
prof.dr. J. Gussekloo, huisarts.

Contactpersoon: dr. W. de Ruijter
(w.de_ruijter@lumc.nl).

ofwel beperkt generaliseerbaar,⁵ ofwel ze hebben voornamelijk patiënten met eerdere hart- en vaatziekten ingesloten.⁶ Het bewijs voor het nut van primaire preventie bij ouderen uit de algemene populatie met antihypertensiva en statines is flinterdun, en wordt nog dunner bij 80-plussers.

Polypilconcept Onze laatste kanttekening is meer principiële van aard. De richtlijn drijft met de aanwijzingen voor 70-plussers richting een polypilconcept: op de 70e verjaardag ‘komt de Rijksapothek voorrijden’ met voor iedereen een combinatiepil van aspirine, statine en 1 of 2 bloeddrukverlagers. Levenslang 1 dd 1. Wij vinden dit geen wenselijke ontwikkeling. Eerder werd daarover in het *Tijdschrift* al gedebatteerd.^{7,8} Samenvattend menen wij dat doorvoeren van dit concept bij alle 70-plussers leidt tot ongewenste medicalisering van een groot deel van de bevolking, waarbij overbehandeling van de ‘overbezorgde en goed geïnformeerde’ ouderen zal plaatsvinden en onderbehandeling van ‘onbereikbare’ ouderen met de werkelijke hoge risico’s. Het optreden van ongewenste gevolgen, zoals toename van interacties en bijwerkingen en daaraan gerelateerde ziekenhuisopnames, is te voorzien.

NUANCERING

De rode balk bovenin de risicotabel vraagt om nuancering. Een mogelijkheid zou zijn om de grenswaarden van risico’s voor ‘groene, gele en rode vakjes’ leeftijdsafhankelijk te maken. Dan is bij toenemende leeftijd een hoger absoluut risico nodig om in een geel, respectievelijk rood vakje te belanden. In Noorwegen heeft deze methodiek inmiddels breed ingang gevonden.⁹

Een andere mogelijkheid sluit nog meer aan bij de praktijk: waarom geen *relatieve* risico’s gebruiken op hoge –

en wellicht ook jonge – leeftijd? De 75-jarige is in de praktijk meestal niet onder de indruk van de mededeling dat hij een 10-jaarsrisico op HVZ van $\geq 20\%$ heeft, omdat hij nu eenmaal 75 jaar is. Hij wil wél weten of zijn risico groter of kleiner is dan het risico van zijn buurman die ook 75 jaar is. Kortom: hoe verhoudt mijn risico zich tot het risico van een even oude patiënt van gelijk geslacht? Doorvoeren van dergelijk relatieve risicotabellen per leeftijdscategorie zou een belangrijke stap naar betere risicostratificatie zijn.

Ten slotte: het is belangrijk om bij ouderen en zeer ouderen niet krampachtig vast te houden aan de klassieke risicofactoren als voorspellers van hart- en vaatziekten: die zijn niet meer adequaat. Misschien moeten we wel heel andere risicofactoren (beter: ‘risicomarkers’) bepalen bij ouderen, zoals bijvoorbeeld het N-terminaal pro-breinnatriuretisch peptide (NT-proBNP) of homocysteïne.^{4,10}

CONCLUSIE

Hoezeer het ook toe te juichen is dat er in de revisie van de richtlijn ‘Cardiovasculair risicomanagement’ meer aandacht aan ouderen is besteed, deze gestaag groeiende groep patiënten verdient bij een volgende revisie een genuanceerdere benadering.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 19 juni 2012

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2012;156:A5197

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

LITERATUUR

- NHG-Standaard cardiovasculair risicomanagement (eerste herziening). Huisarts Wet 2012;55:14-8.
- Molander L, Lövheim H, Norman T, Nordström P, Gustafson Y. Lower systolic blood pressure is associated with greater mortality in people aged 85 and older. J Am Geriatr Soc 2008;56:1853-9.
- Weverling-Rijsburger AW, Blauw GJ, Lagaay AM, Knook DL, Meinders AE, Westendorp RGJ. Total cholesterol and risk of mortality in the oldest old. Lancet 1997;350:1119-23.
- De Ruijter W, Westendorp RGJ, Assendelft WJJ, Den Elzen WPJ, de Craen AJM, le Cessie S et al. Use of Framingham risk score and new biomarkers to predict cardiovascular mortality in older people: population based observational study. BMJ 2009;338:a3083.
- Beckett NS, Peters R, Fletcher AE, Staessen JA, Liu L, Dumitrascu D et al. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. N Engl J Med 2008;358:1887-98.
- Sheperd J, Blauw GJ, Murphy MB, Bollen ELEM, Buckley BM, Cobbe SM et al. Pravastatin in elderly individuals at risk of vascular disease (PROSPER): a randomised controlled trial. Lancet 2002;360:1623-30.
- Nathoe HM, Doevendans PAFM. De ‘polypil’: de beste strategie tegen hart- en vaatziekten. Ned Tijdschr Geneeskd 2005;149:1740.
- Westerweel PE, Van Wijk JPH, Verhaar MC. De ‘polypil’: geen effectieve strategie tegen hart- en vaatziekten. Ned Tijdschr Geneeskd 2005;149:1741.
- Norheim OF, Gjelsvik B, Klemsdal TO, Madsen S, Meland E, Narvesen S et al. Norway’s new principles for primary prevention of cardiovascular disease: age differentiated risk thresholds. BMJ 2011;342:d3626.
- Vaes B, De Ruijter W, Degryse J, Westendorp RGJ, Gussekloo J. Clinical relevance of a raised plasma NT-proBNP level in a population-based cohort of nonagenarians. J Am Geriatr Soc 2009;57:823-9.