

STAND VAN ZAKEN

Cardiovasculaire risico's bij mensen met een verstandelijke beperking

OORZAKEN EN INTERVENTIES

Channa F. de Winter en Heleen M. Evenhuis

Hart- en vaatziekten komen bij ouderen met een verstandelijke beperking even vaak voor als in de algemene populatie. Er zijn echter aanwijzingen voor onderdiagnostiek van het myocardinfarct. Atypische klachten of het niet uiten van klachten kunnen hierbij een rol spelen.

Obesitas, diabetes mellitus en perifeer arterieel vaatlijden komen in deze groep vaker voor dan in de algemene populatie; hypertensie, metabool syndroom en nierfunctiestoornissen komen even vaak voor en hypercholesterolemie minder vaak.

Er is sprake van onderdiagnostiek van cardiovasculaire risicofactoren bij mensen met een verstandelijke beperking. Educatie van begeleiders en systematische screening op risicofactoren door de huisarts kunnen dit verminderen.

Bij de behandeling van patiënten met opgespoorde cardiovasculaire risicofactoren of hart- en vaatziekten dient men de gebruikelijke richtlijnen te volgen.

Interventies op het gebied van leefstijl en van specifieke oorzakelijke factoren, zoals gebruik van psychofarmaca en chronische verstoring van het circadiane ritme, vereisen een specialistische aanpak.

Het merendeel van de mensen met een verstandelijke beperking is voor het cardiovasculair risicomanagement aangewezen op de reguliere eerste- en tweedelijnszorg. Voor het grootste gedeelte gaat het om relatief gezonde, licht verstandelijk gehandicapten die van jongs af aan door leefstijlfactoren een risico op atherosclerotische hart- en vaatziekten ontwikkelen.¹ Mensen in deze groep kunnen specifieke problemen hebben waarvan niet elke arts die met hen te maken krijgt, zich bewust is.

MORBIDITEIT

Hoewel hart- en vaatziekten op de eerste of tweede plaats staan in studies naar doodsoorzaken van mensen met een verstandelijke beperking,² ontbreekt valide epidemiologisch onderzoek. Volgens de enige 2 gepubliceerde studies, beide uit Nederland, zijn de prevalentie en incidentie van hart- en vaatziekten in deze groep vergelijkbaar met die in de algemene populatie. Beide onderzoeken waren gebaseerd op dossieronderzoek en waren beperkt tot cliënten uit de gespecialiseerde zorg.^{3,4} Bij patiënten van een huisartspraktijk, die beschouwd werden als algemene populatie, kwamen myocardinfarcten vaker voor dan cerebrovasculaire accidenten, terwijl dat

Reinaerde, den Dolder.

Dr. C.F. de Winter, arts voor verstandelijk gehandicapten
(tevens: Erasmus MC, Rotterdam).

Erasmus MC, afd. Huisartsgeneeskunde en Geneeskunde voor
Verstandelijk Gehandicapten, Rotterdam.

Prof.dr. H.M. Evenhuis, arts voor verstandelijk gehandicapten.

Contactpersoon: dr. C.F. de Winter
(channadewinter@hotmail.com).

in de verstandelijk gehandicapte studiepopulatie omgekeerd was.³

Dit suggereert dat er onderdiagnostiek van myocardin-farcten is, mogelijk door communicatiebeperking. Mensen met een verstandelijke beperking, zeker de ernstigere vormen daarvan, zullen geen klachten van pijn op de borst of uitstraling aangeven. Wel kunnen zij reageren met veranderd gedrag of een delier ontwikkelen. De oplettende arts zal echter wel op basis van vitale kenmerken aanwijzingen zien voor een infarct. Op dit moment zijn er geen valide aanwijzingen dat hart- en vaatziekten vaker voorkomen bij mensen met een verstandelijke beperking dan in de algemene bevolking.

PREVALENTIE VAN CARDIOVASCULAIRE RISICOFACTOREN

Bij jongeren en volwassenen met een verstandelijke beperking is vooral onderzoek gedaan naar overgewicht en obesitas, die bij hen vaker voorkomen dan bij leeftijds-genoten zonder verstandelijke beperking.¹ Obesitas, diabetes mellitus en perifere arterieel vaatlijden komen bij de 50-plussers in deze groep vaker voor dan in een vergelijkbare algemene populatie (tabel).^{5,6} Hoewel mensen met een verstandelijke handicap niet vaker roken,⁷ komt perifere arterieel vaatlijden bij de veertigers onder hen al even vaak voor als bij de vijftigers, terwijl dit in de algemene populatie pas later begint.⁸

Een verklarende factor zou de hoge mate van inactiviteit kunnen zijn.^{6,15} Mensen met een verstandelijke beperking hebben vaak een inactieve leefstijl, en 39% van de 50-plussers heeft zelfs een sedentaire leefstijl.^{16,17} Hypertensie, metabool syndroom en chronische nierziekte komen echter even vaak voor als in de algemene bevolking,^{5,9,10} terwijl hypercholesterolemie minder vaak wordt gezien.⁵ Vooral de mensen met een verstandelijke beperking die zelfstandiger wonen en die zelf keuzes kunnen maken over hun leefstijl, lopen risico op het metabool syndroom of componenten daarvan.^{5,6,11}

Mensen met Down-syndroom hebben door hun genetische predispositie minder kans op het ontwikkelen van het metabool syndroom en atherosclerose, hoewel door het toenemen van hun levensverwachting ook bij hen tegenwoordig soms atherosclerose wordt vastgesteld.^{5,18} Zij hebben echter een sterk verhoogd risico op nierfunctiestoornissen, waarmee rekening gehouden moet worden bij medicamenteuze behandeling.¹⁰

TWEE SPECIFIEKE ASPECTEN ALS VERKLARING

Er zijn 2 speciale aspecten aan hart- en vaatziekten bij mensen met verstandelijke beperkingen die in de algemene populatie een ondergeschikte rol spelen, maar die bij de preventie wel van belang kunnen zijn: een moge-

TABEL Prevalentie van cardiovasculaire risicofactoren in een groep 50-70-jarigen met een verstandelijke beperking (de GOUD-populatie) vergeleken met de algemene populatie^{5,6,10,11}

cardiovasculaire risicofactor	ouderen met een verstandelijke beperking			algemene populatie*		
	totaal; N	aantal met risicofactor	prevalentie; % (95%-BI)	totaal; N	aantal met risicofactor	prevalentie; % (95%-BI)†
overgewicht (BMI 25-29,9 kg/m ²)	761		37,8 (34,4-41,3)	2263		43,0 (41,0-45,1)
obesitas (BMI ≥ 30 kg/m ²)	761		24,4 (21,4-27,5)	2263		15,8 (14,3-17,3)
obesitas, gemeten met middelomtrek	767		43,7 (40,2-47,2)	2266		43,9 (41,9-46,0)
hypertensie	685		49,3 (45,6-53,1)	2264		49,4 (47,3-51,4)
diabetes	611		12,6 (10,0-15,2)	2173		9,1 (7,9-10,3)
hypercholesterolemie	611		21,9 (18,7-25,2)	2218		38,3 (36,3-40,3)
metabool syndroom‡	492		36,0 (31,7-40,2)	2186		40,6 (38,6-42,7)
perifere arterieel vaatlijden	562		17,4 (14,3-20,6)	917		8,1 (6,3- 9,8)
chronische nierziekte	635		10,7 (8,3-13,1)	5933		12,2 (11,4-13,5)

* Voor obesitas, hypertensie, diabetes, hypercholesterolemie en metabool syndroom werden de 50-70-jarige deelnemers van de GOUD-studie vergeleken met de deelnemers van de RIVM-studie 'Nederland de maat genomen' (50-70 jaar).¹² Voor perifere arterieel vaatlijden werden de deelnemers (50 jaar en ouder) vergeleken met de resultaten van Nederlandse deelnemers aan de Pandora-studie, een Europese studie naar perifere arterieel vaatlijden.¹³ Voor chronische nierziekte werd de GOUD-populatie vergeleken met gepubliceerde data van de Rotterdamse ERGO-studie.¹⁴

† Prevalenties die significant verschillen tussen de populatie met een verstandelijke beperking en de algemene populatie zijn rood en vet afgedrukt.

‡ Metabool syndroom gedefinieerd volgens de 'Joint interim statement criteria, 2009'.⁹

lijke verandering in het circadiane ritme en het antipsychoticagebruik van mensen met een verstandelijke beperking.

CIRCADIAAN RITME

Elders in dit nummer worden de resultaten van het onderzoek 'Gezond ouder met een verstandelijke beperking' (de GOUD-studie) besproken. In dat onderzoek werd aangetoond dat het slaap-waakritme van ouderen met een verstandelijke beperking minder stabiel en meer gefragmenteerd is dan dat van leeftijdsgenoten zonder verstandelijke beperking.¹⁹ Dat vinden ze niet alleen zelf, maar ook met actigrafie werden aanzienlijk meer slaapstoornissen vastgesteld dan met de anamnese of hetero-anamnese. Verder is de melatonineproductie vaak verstoord bij mensen met een verstandelijke beperking.²⁰

De nucleus suprachiasmaticus stelt het slaap-waak ritme in als reactie op daglicht, maar degenereert met het verouderen. Dit is een van de oorzaken van slaapstoornissen bij ouderen. Chronische verstoring van het slaap-waakritme kan via verstoringen van hypofyse-gereguleerde hormonen, het autonome zenuwstelsel en de melatonine-stofwisseling leiden tot metabole ontregeling, obesitas en diabetes mellitus.²¹ Daarom is het van belang om in de anamnese alert te zijn op slaapproblemen en behandelbare oorzaken daarvan. Bij de behandeling kan de huisarts adviseren volgens de NHG-standaard 'Slaapproblemen en slaappmiddelen', met inachtneming van oorzaken die specifiek zijn voor mensen met een verstandelijke beperking, zoals epilepsie en pijn bij zuurbranden.

ANTIPSYCHOTICAGEBRUIK

Sinds de jaren 90 weten we dat patiënten met schizofrenie die antipsychotica gebruiken, een sterk verhoogd risico hebben op diabetes mellitus en obesitas. Omdat deze middelen bij deze patiënten niet zomaar gestaakt kunnen worden, wordt in de psychiatrie toenemend aandacht besteed aan preventie door gerichte leefstijlinterventies.

Het duurt lang voordat deze kennis doordringt tot de verstandelijk-gehandicaptenzorg, waar ongeveer een derde van de cliënten antipsychotica gebruikt.²² Omdat ongeveer 80% van de voorschriften niet is gebaseerd op psychotische verschijnselen, maar op ernstige agressie, zelfbeschadigend gedrag en andere gedragsproblemen, is er alle reden om het gebruik te gaan beperken.²² Want juist de moderne antipsychotica die deze bijwerkingen het sterkst hebben, zoals olanzapine en risperidon, worden ingezet bij gedragsproblemen vanwege hun sedatieve eigenschappen.^{7,22} In recent Nederlands onderzoek is aangetoond dat het staken of een dosisvermindering vaak mogelijk is, waarna relatief snel herstel van metabole parameters en gemiddeld een verbetering van het gedrag optreedt.²³

ONDERDIAGNOSTIEK

In de algemene populatie blijven veel cardiovasculaire risicofactoren ongediagnostiseerd,¹² maar bij mensen met een verstandelijke beperking is dit 2 keer zo vaak het geval.⁵ In deze groep was 50% van de mensen met hypertensie en 45% van de mensen met hypercholesterolemie en diabetes mellitus nog niet gediagnosticeerd voordat zij deelnamen aan de GOUD-studie. Verder was bij 97% van de mensen met perifeer arterieel vaatlijden de diagnose nog niet eerder gesteld voorafgaande aan het onderzoek.⁶ Bij het 'Preventie-onderzoek', een onderzoek naar prevalentie van etalagebenen onder 40-60-jarigen met een verstandelijke beperking, was perifeer arterieel vaatlijden nog bij niemand gediagnosticeerd,⁸ terwijl in de algemene populatie 6-9% van de mensen met een lage enkel-armindex claudicatio intermittens heeft. Waarschijnlijk komt dit niet alleen door atypische of ontbrekende klachten, maar ook doordat mensen met een verstandelijke beperking zich minder zorgen maken over lange-termijnconsequenties van risicofactoren, of juist bang zijn voor ziekten en daardoor vermijdingsgedrag vertonen.

Er is geen gecontroleerd longitudinaal onderzoek gedaan naar onderdiagnostiek bij mensen met een verstandelijke beperking en de manieren waarop zijn hun klachten uit. Voor woonbegeleiders is het ingewikkeld om symptomen van cardiovasculaire aandoeningen te herkennen. Zij zijn vaak niet of nauwelijks medisch geschoold. Om deze reden werkt het Trimbos Instituut in opdracht van de beroepsvereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland aan de richtlijn 'Signalering van lichamelijke problemen bij mensen met een verstandelijk beperking', die later dit jaar beschikbaar komt (www.trimbos.nl). Op dit moment is er nog geen systematische screening op risicofactoren voor hart- en vaatziekten.

ADVIEZEN

De huisarts kan bij deze groep patiënten niet volstaan met een simpel leefstijladvies. Een interventie moet zowel de leefstijl verbeteren en geïntegreerd zijn in het dagelijks leven, alsook educatief en motivationeel bijdragen.⁷ Er zijn wetenschappelijk onderbouwde leefstijlprogramma's die vanuit verschillende zorgorganisaties worden aangeboden.⁷

Gedegen onderzoek naar stoppen met roken bij deze doelgroep ontbreekt nog. Dit betekent dat de huisarts moet samenwerken met de begeleiders en de familie, en dat verwezen moet worden naar een diëtist of bewegingsagoog. Indien gewenst kan de huisarts voor de coördinatie verwijzen naar een arts voor verstandelijk

LEERPUNTEN

- Er zijn aanwijzingen dat myocardinfarct bij mensen met een verstandelijke beperking niet altijd wordt gediagnosticeerd.
- Risicofactoren voor hart- en vaatziekten worden bij mensen met een verstandelijke beperking lang niet altijd onderkend.
- Mensen met een verstandelijke beperking zouden al op relatief jonge leeftijd een preventief consult van de huisarts moeten krijgen om cardiovasculaire risicofactoren op te sporen.
- Als bij het preventief consult cardiovasculaire risicofactoren zijn vastgesteld, kan de huisarts te werk gaan volgens de NHG-standaard 'Cardiovasculair risicomanagement'.
- Het terugdringen van antipsychoticagebruik kan bijdragen aan de preventie van hart- en vaatziekten bij mensen met een verstandelijke beperking.

gehandicapten (AVG). Ook voor een systematische medicatiereview, afbouw van antipsychotica of andere psychofarmaca, behandeling van stemmingsstoornissen en onderzoek van het slaappatroon kan men cliënten zo nodig verwijzen naar een gespecialiseerde AVG-polikliniek.

Zoals gezegd is er nog geen systematische screening op cardiovasculaire risicofactoren. Het actief aanbieden van een preventieconsult door de huisarts, gericht op cardiovasculair risico – zoals omschreven in de NHG-standaard 'Het preventieconsult' – kan een goed middel zijn. Omdat leefstijl- en risicofactoren bij mensen met een verstandelijke beperking al op vroege leeftijd voorkomen, pleiten wij ervoor zo'n consult al op relatief jonge leeftijd aan te bieden.

Als in het preventieconsult een of meer risicofactoren

worden gesignaleerd, wordt vervolgens een compleet cardiovasculair risicoprofiel opgesteld, zoals beschreven in de NHG-standaard 'Cardiovasculair risicomanagement'. Aanvullend hieraan kan de enkel-armindex gemeenten worden om de inschatting van het risico op atherosclerose elders in het lichaam te completeren. Hoewel de meningen uiteenlopen over de toegevoegde waarde van de enkel-armindex bovenop de Framingham-risicoscore, kan het bepalen van de index bij deze patiëntengroep helpen om die patiënten te identificeren die op symptomen van atherosclerose in de benen alleen reageren met het nog verder verminderen van hun fysieke activiteit.^{24,25} De indeling van mensen met een verstandelijke beperking in groepen met een hoog en een laag risico is gelijk aan de wijze waarop dit in de algemene populatie gebeurt. De opgespoorde risicofactoren kunnen vervolgens gewoon volgens de bestaande richtlijnen behandeld worden.

Ook voor de tweede lijn geldt dat de behandeling van hart- en vaatziekten bij mensen met een verstandelijke beperking op zichzelf niet anders is dan bij leeftijdsgenoten in de algemene populatie. Toch blijkt dat invasieve methodes als dotteren en coronaire bypasschirurgie tot nu toe niet of nauwelijks worden toegepast bij deze populatie.³ Mogelijk wordt verondersteld dat deze methodes niet toepasbaar zijn bij mensen met een verstandelijke beperking. Of dat echt zo is, is zeer de vraag. Onderzoek daarnaar is nooit gedaan.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 15 oktober 2014

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2014;158:A8002

 **KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/A8002**

LITERATUUR

- 1 Bhaumik S, Watson JM, Thorp CE, Tyrer F, McGrother CW. Body mass index in adults with intellectual disability: distribution, associations and service implications: a population-based prevalence study. *J Intellect Disabil Res.* 2008;52:287-98.
- 2 Tyrer F, McGrother C. Cause-specific mortality and death certificate reporting in adults with moderate to profound intellectual disability. *J Intellect Disabil Res.* 2009;53:898-904.
- 3 Jansen J, Rozeboom W, Penning C, Evenhuis HM. Prevalence and incidence of myocardial infarction and cerebrovascular accident in ageing persons with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res.* 2013;57:681-5.
- 4 Van den Akker M, Maaskant MA, van der Meijden RJ. Cardiac diseases in people with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res.* 2006;50:515-22.
- 5 De Winter CF, Bastiaanse LP, Hilgenkamp TI, Evenhuis HM, Ehteld MA. Cardiovascular risk factors (diabetes, hypertension, hypercholesterolemia and metabolic syndrome) in older people with intellectual disability: results of the HA-ID study. *Res Dev Disabil.* 2012;33:1722-31.
- 6 De Winter CF, Bastiaanse LP, Kranendonk SE, Hilgenkamp TI, Evenhuis HM, Ehteld MA. Peripheral arterial disease in older people with intellectual disability in The Netherlands using the ankle-brachial index: results of the HA-ID study. *Res Dev Disabil.* 2013;34:1663-8.
- 7 Evenhuis HM. Gezond Ouder met een Verstandelijke Beperking. Resultaten van de GOUD-studie 2008-2013. Wetenschappelijk rapport. 2014.
- 8 Zaal-Schuller IH, Goorhuis AEM, Sinot A, Claassen IHM, Ehteld MA, Evenhuis HM. The prevalence of peripheral arterial disease in middle-aged people with intellectual disabilities. *Res Dev Disabil.* 2014 [ter perse].

- 9 Alberti KG, Eckel RH, Grundy SM, et al. Harmonizing the metabolic syndrome: a joint interim statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity. *Circulation*. 2009;120:1640-5.
- 10 De Winter CF, Echteld MA, Evenhuis HM. Chronic kidney disease in older people with intellectual disability: results of the HA-ID study. *Res Dev Disabil*. 2014;35:726-32.
- 11 De Winter CF, Bastiaanse LP, Hilgenkamp TI, Evenhuis HM, Echteld MA. Overweight and obesity in older people with intellectual disability. *Res Dev Disabil*. 2012;33:398-405.
- 12 Nederland de maat genomen. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2011.
- 13 Cimminiello C, Kownator S, Wautrecht JC, et al; PANDORA Study Investigators. The PANDORA study: peripheral arterial disease in patients with non-high cardiovascular risk. *Intern Emerg Med*. 2011;6:509-19.
- 14 Kavousi M, Elias-Smale S, Rutten JH, et al. Evaluation of newer risk markers for coronary heart disease risk classification: a cohort study. *Ann Intern Med*. 2012;156:438-44.
- 15 McDermott MM, Fried L, Simonsick E, Ling S, Guralnik JM. Asymptomatic peripheral arterial disease is independently associated with impaired lower extremity functioning: the women's health and aging study. *Circulation*. 2000;101:1007-12.
- 16 Temple VA, Frey GC, Stanish HI. Physical activity of adults with mental retardation: review and research needs. *Am J Health Promot*. 2006;21:2-12.
- 17 Hilgenkamp TI, Reis D, van Wijck R, Evenhuis HM. Physical activity levels in older adults with intellectual disabilities are extremely low. *Res Dev Disabil*. 2012;33:477-83.
- 18 Englund A, Jonsson B, Zander CS, Gustafsson J, Annerén G. Changes in mortality and causes of death in the Swedish Down syndrome population. *Am J Med Genet A*. 2013;161A:642-9.
- 19 Maaskant M, van de Wouw E, van Wijck R, Evenhuis HM, Echteld MA. Circadian sleep-wake rhythm of older adults with intellectual disabilities. *Res Dev Disabil*. 2013;34:1144-51.
- 20 Braam W, Smits MG, Didden R, Korzilius H, Van Geijlswijk IM, Curfs LM. Exogenous melatonin for sleep problems in individuals with intellectual disability: a meta-analysis. *Dev Med Child Neurol*. 2009;51:340-9.
- 21 Marcheva B, Ramsey KM, Buhr ED, et al. Disruption of the clock components CLOCK and BMAL1 leads to hypoinsulinaemia and diabetes. *Nature*. 2010;466:627-31.
- 22 De Kuijper G, Hoekstra P, Visser F, Scholte FA, Penning C, Evenhuis H. Use of antipsychotic drugs in individuals with intellectual disability (ID) in the Netherlands: prevalence and reasons for prescription. *J Intellect Disabil Res*. 2010;54:659-67.
- 23 De Kuijper G, Mulder H, Evenhuis H, Visser F, Hoekstra PJ. Effects of controlled discontinuation of long-term used antipsychotics on weight and metabolic parameters in individuals with intellectual disability. *J Clin Psychopharmacol*. 2013;33:520-4.
- 24 Murphy TP, Dhangana R, Pencina MJ, D'Agostino RB Sr. Ankle-brachial index and cardiovascular risk prediction: an analysis of 11,594 individuals with 10-year follow-up. *Atherosclerosis*. 2012;220:160-7.
- 25 Fowkes FG, Murray GD, Butcher I, et al; Ankle Brachial Index Collaboration. Development and validation of an ankle brachial index risk model for the prediction of cardiovascular events. *Eur J Prev Cardiol*. 2014;21:310-20.