

# Secundaire preventie van coronaire hartziekte

## RESULTATEN VAN EUROASPIRE IV

Marjolein Snaterse, Sharif Khatibi, Wilma J.M. Scholte op Reimer, Ron J.G. Peters, Yongzhao Feng en Jaap W. Deckers

- DOEL** Secundaire preventie is een belangrijk onderdeel van cardiovasculair risicomanagement. In het kader van European Action on Secondary Prevention by Intervention to Reduce Events (Euroaspire) worden sinds 1996 cardiovasculaire risicofactoren en hun behandeling periodiek geïnventariseerd bij patiënten met een coronaire hartziekte.
- OPZET** Retrospectief onderzoek van achtereenvolgens opgenomen patiënten met een coronaire hartziekte.
- METHODE** In de regio's Rijnmond en Amsterdam zijn in 2012-2013 de belangrijkste cardiovasculaire risicofactoren en hun behandeling op gestandaardiseerde wijze onderzocht bij patiënten die waren opgenomen na een eerste hartinfarct of instabiele coronaire revascularisatie. Het onderzoek werd gemiddeld 18 maanden na de opname verricht. Bij patiënten zonder bekende diabetes mellitus werd een orale glucosetolerantietest uitgevoerd.
- RESULTATEN** We onderzochten 498 patiënten. De gemiddelde BMI was 28 kg/m<sup>2</sup>, bijna 75% had een BMI ≥ 25 kg/m<sup>2</sup> en 29% had een BMI ≥ 30 kg/m<sup>2</sup>. Het gemiddelde van het totaal cholesterol was 4,4 mmol/l. Van de deelnemers rookte 16% en had 20% diabetes mellitus; de orale glucosetolerantietest leidde bij slechts 1% tot een nieuwe diagnose. Verreweg de meeste deelnemers (91%) gebruikten antihypertensiva, iets meer dan de helft gebruikte 2 of meer middelen. Desondanks had de helft van de patiënten hypertensie.
- CONCLUSIE** Van de cardiovasculaire risicofactoren bij hartpatiënten is het roken in de afgelopen 20 jaar gehalveerd. De secundair preventieve medicatie is in die periode gestegen tot een stabiel hoog niveau. Bloeddruk en overgewicht blijven echter serieuze aandachtspunten. Vooral de behandeling van hypertensie behoeft verbetering, bijvoorbeeld door dosisverhoging of combinatie van antihypertensiva. Routinematige orale glucosetolerantietests bij hartpatiënten zijn niet zinvol.

Nationale en internationale richtlijnen onderstrepen het grote belang van cardiovasculair risicomanagement. Secundaire preventie, in de vorm van medicatie en betere leefgewoonten, is een belangrijk element in dit risicomanagement. Anno 2017 komen ongeveer 600.000 Nederlanders in aanmerking voor secundaire preventie vanwege een klinisch manifeste coronaire hartziekte.<sup>1,2</sup> In het kader van het onderzoeksproject 'European action on secondary prevention by intervention to reduce events' (Euroaspire) wordt de behandeling van risicofactoren bij patiënten met een coronaire hartziekte periodiek geëvalueerd.<sup>3</sup> In Nederland werden 3 eerdere metingen uitgevoerd, in 1995-1996, 1999 en 2006-2007.<sup>4</sup> In dit artikel geven we een samenvatting van de bevindingen van Euroaspire IV uit 2012-2013, en vergelijken we deze met de eerder gerapporteerde uitkomsten.

### METHODE

Euroaspire IV omvatte in totaal 7998 patiënten uit 24 landen; de internationale opzet is elders in detail beschreven.<sup>3</sup> Het doel was, kort gezegd, de aanwezigheid en niveaus van de belangrijkste cardiovasculaire risicofactoren op een gestandaardiseerde manier vast te stellen ten minste 6 maanden na een eerste opname wegens

Hogeschool van Amsterdam, Amsterdam School of Health Professions.

M. Snaterse, MSc, en prof.dr. Wilma J.M. Scholte op Reimer, verpleegkundigen.

Amphia Ziekenhuis, afd. Cardiologie, Breda.

S. Khatibi, arts.

Academisch Medisch Centrum, afd. Cardiologie, Amsterdam.

Prof.dr. R.J.G. Peters, cardioloog.

Erasmus MC, afd. Cardiologie, Rotterdam.

Y. Feng, arts; prof.dr. Jaap W. Deckers, cardioloog.

Contactpersoon: prof.dr. J.W. Deckers (j.deckers@erasmusmc.nl).

**TABEL** Risicomanagement bij patiënten met een coronaire hartziekte  $\geq 6$  maanden na een eerste gebeurtenis of ingreep, zoals geïnventariseerd in het kader van Euroaspire I (1995-1996), Euroaspire II (1999), Euroaspire III (2006-2007) en Euroaspire IV (2012-2013)\*

| risicomanagement              | 1995-1996    |                | 1999         |                | 2006-2007    |                | 2012-2013    |                |
|-------------------------------|--------------|----------------|--------------|----------------|--------------|----------------|--------------|----------------|
|                               | NI           | Eu             | NI           | Eu             | NI           | Eu             | NI           | Eu             |
| risicofactor                  |              |                |              |                |              |                |              |                |
| roken                         | 123/387 (32) | 646/3180 (20)  | 101/357 (28) | 631/2971 (21)  | 28/185 (15)  | 434/2381 (18)  | 75/469 (16)  | 1280/7998 (16) |
| overgewicht                   | 273/387 (71) | 2439/3174 (77) | 278/354 (79) | 2368/2963 (80) | 146/185 (79) | 1965/2376 (83) | 380/494 (77) | 6558/7998 (82) |
| hypertensie                   | 218/387 (56) | 1847/3178 (58) | 202/355 (57) | 1730/2969 (58) | 116/183 (63) | 1452/2385 (61) | 257/492 (52) | 3439/7998 (43) |
| cholesterol $\geq 4,5$ mmol/l | 165/170 (97) | 2268/2399 (95) | 232/348 (82) | 2122/2766 (77) | 60/181 (33)  | 1049/2273 (46) | 178/431 (42) | 2959/7998 (37) |
| diabetes mellitus             | 40/387 (10)  | 552/3180 (17)  | 47/357 (13)  | 598/2970 (20)  | 38/184 (21)  | 664/2371 (28)  | 99/498 (20)  | 2159/7998 (27) |
| medicatie                     |              |                |              |                |              |                |              |                |
| antitrombotica                | 300/387 (78) | 2570/3180 (81) | 289/357 (81) | 2486/2973 (83) | 177/185 (96) | 2214/2376 (93) | 478/498 (96) | 7518/7998 (94) |
| antihypertensiva              | 275/387 (71) | 2687/3180 (85) | 278/357 (78) | 2694/2973 (91) | 174/185 (94) | 2301/2376 (97) | 451/498 (91) | 6113/7823 (78) |
| lipidverlagers                | 139/387 (36) | 1025/3180 (32) | 272/357 (76) | 1864/2973 (63) | 171/185 (92) | 2110/2376 (89) | 433/498 (87) | 6878/7998 (86) |

NI = Nederland; Eu = België, Bosnië-Herzegovina, Bulgarije, Cyprus, Duitsland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Groot-Brittannië, Ierland, Kroatië, Letland, Litouwen, Nederland, Oekraïne, Polen, Roemenië, Rusland, Servië, Slovenië, Spanje, Tsjechië, Turkije, Zweden.

\* Alle getallen zijn n/N (%).

hartinfarct, instabiele angina pectoris, coronairchirurgie of percutane coronaire interventie. Een belangrijk verschil tussen Euroaspire IV en de 3 voorgaande inventarisaties was dat patiënten tot de leeftijd van 80 jaar werden geïncludeerd (eerder was dat 70 jaar) en dat bij patiënten zonder bekende diabetes mellitus een orale glucosetolerantietest werd gedaan.

Wij beperken ons hier tot het onderzoek in Nederland. De voorgaande metingen vonden plaats in de regio Rijnmond; aan Euroaspire IV namen voor het eerst ook Amsterdamse centra deel. De deelnemende centra waren het Sint Franciscus Gasthuis, het Maasstad Ziekenhuis en het Erasmus MC in Rotterdam, en het AMC en Ziekenhuis Amstelland in Amsterdam. Patiënten die in de periode 1 januari-31 december 2011 achtereenvolgens waren opgenomen in deze ziekenhuizen en blijkens de gemeentelijke basisadministratie medio 2012 nog in leven waren, ontvingen een schriftelijke uitnodiging. Meer dan 70% ging akkoord en werd onderzocht. Niet-deelnemers en deelnemers waren gemiddeld even oud en hadden een vergelijkbare klinische cardiale manifestatie doorgemaakt.

De onderzochte risicofactoren waren overgewicht, gedefinieerd als een BMI  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>, ernstig overgewicht, gedefinieerd als een BMI  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>, en hypertensie, gedefinieerd als  $\geq 140/90$  mmHg. Voor de statistische analyse verwijzen we naar de internationale publicatie van dit onderzoek.<sup>3</sup>

De medisch-ethische toetsingscommissies van de deelnemende ziekenhuizen gaven toestemming voor het onderzoek.

## RESULTATEN

De risico-inventarisatie vond plaats bij 498 achtereenvolgens opgenomen patiënten, gemiddeld 18 maanden na hun opname. Bijna 50% van de deelnemers had een percutane coronaire interventie gehad en 24% had coronairchirurgie ondergaan. De gemiddelde leeftijd bij opname bedroeg 62 jaar, 79% was man. De mediane tijd tussen opname en risico-inventarisatie bedroeg 18 maanden.

Bijna 75% van de patiënten was te zwaar (BMI  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>), 29% had ernstig overgewicht (BMI  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>). Het gemiddelde gewicht van de vrouwen was 76 kg, dat van de mannen bijna 90 kg. Het aantal patiënten met diabetes mellitus bedroeg 20%. De orale glucosetolerantietest bij deelnemers zonder bekende diabetes mellitus leidde bij slechts 1% tot een nieuwe diagnose 'diabetes mellitus'. Het percentage deelnemers dat rookte, bedroeg bij opname nog 30% maar was bij de inventarisatie gedaald tot 16%. De gemiddelde cholesterolconcentratie was 4,4 mmol/l, het gemiddelde LDL was 2,4 mmol/l. Ruim de helft van de deelnemers had hypertensie (tabel).

De grote meerderheid (91%) van de deelnemers gebruikte bloeddrukverlagers in de vorm van diuretica (24%), bèta-

blokkers (76%), ACE-remmers of angiotensine II-antagonisten (68%) dan wel calciumantagonisten (22%). Iets meer dan de helft gebruikte 2 of meer antihypertensiva. We vonden geen statistisch significante of klinisch relevante verschillen in medicatie tussen beide deelnemende regio's, behalve voor ACE- of angiotensine II-remmers: deze werden in de Rijnmond gebruikt door 78% van de patiënten, in de regio Amsterdam door 67%. In de  $\chi^2$ -toets bleek het verschil marginaal significant ( $p = 0,05$ ).

Voor de deelnemers uit de regio Rijnmond zijn we de ontwikkeling nagegaan van het rookgedrag en het gebruik van preventieve medicatie in de afgelopen 20 jaar, zoals geregistreerd in Euroaspire I-IV (figuur). De figuur toont een grote toename van het preventieve medicatiegebruik en bijna een halvering van het aantal rokers ten opzichte van de eerste metingen.

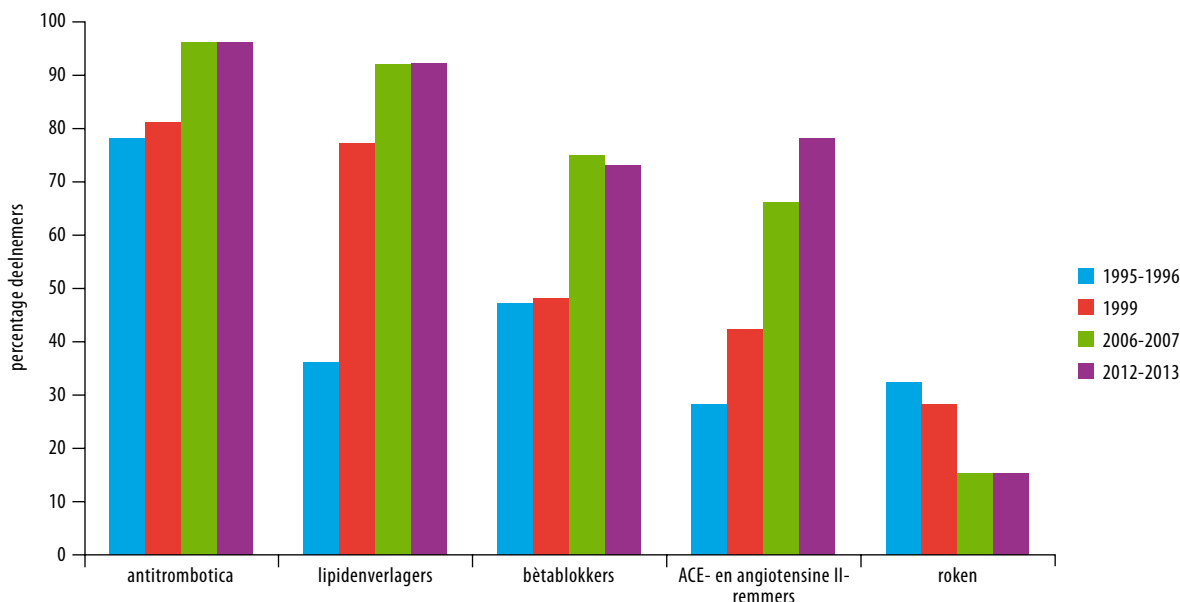
## BESCHOUWING

Onze recente registratie van het risicomangement bij patiënten die werden opgenomen vanwege een coronaire hartziekte illustreert dat de medicamenteuze preventie steeds intensiever is geworden. Vrijwel alle patiënten werden behandeld met antitrombotica, lipidenverlagers of antihypertensiva. Sinds de eerste metingen uit 1995-1996 is het medicatiegebruik ter secundaire preventie sterk toegenomen; na de eeuwwisseling lijkt het nieuwe, hoge niveau zich gestabiliseerd te hebben.<sup>4</sup>

Levensstijl is een belangrijke oorzaak van coronaire hartziekten; naast roken zijn lichamelijke inactiviteit en ongezonde voeding de bekendste factoren.<sup>5</sup> Overgewicht, diabetes en hypertensie zijn daarvan de meest in het oog springende gevolgen. In alle inventarisaties had driekwart van de patiënten overgewicht en was 29% obees. Het gemiddelde gewicht van Nederlandse hartpatiënten is voor mannen bijna 90 kg en voor vrouwen 76 kg, in beide gevallen ongeveer 5 kg hoger dan het algemene gemiddelde. De remedie tegen deze cardiovasculaire risicofactor is minder calorie-inname in combinatie met meer lichaamsbeweging, maar dat blijkt in de praktijk moeilijk haalbaar.<sup>6</sup>

Stoppen met roken lijkt voor veel patiënten echter wel te doen: bijna de helft van de betrokkenen is ertoe in staat gebleken. Daarbij moet worden opgemerkt dat bij de allereerste Euroaspire-metingen nog 30% van de deelnemers rookte en dat de sterke daling van het aantal rokende deelnemers ook kan samenhangen met de algemene afname van het aantal rokers in Nederland en met de inmiddels wat hogere gemiddelde leeftijd van 'de hartpatiënt'. Vergeleken met de internationale Euroaspire-cijfers zijn de cijfers voor Nederland in elk geval niet ongunstig. De aantallen rokers zijn vergelijkbaar, het aantal patiënten met overgewicht is lager (zie de tabel).<sup>3</sup> De Nederlandse patiënten blijken wat vaker lipidenverlagers te gebruiken.

De regio's in ons onderzoek zijn niet per definitie repre-



**FIGUUR** Medicijngebruik en rookgedrag van patiënten met een coronaire hartziekte, 6 maanden na de eerste gebeurtenis of ingreep, zoals geïnventariseerd in de regio Rijnmond in het kader van Euroaspire I (1995-1996), Euroaspire II (1999), Euroaspire III (2006-2007) en Euroaspire IV (2012-2013).

## LEERPUNTEN

- **Secundaire preventie, in de vorm van medicatie en betere leefgewoonten, is een belangrijk element in cardiovasculair risicomanagement.**
- **Het percentage rokers onder de patiënten met een coronaire hartziekte is de afgelopen 20 jaar gedaald.**
- **Overgewicht en hypertensie zijn op dit moment de meest prevalentie risicofactoren.**
- **Ondanks het intensieve gebruik van antihypertensiva zijn de bloeddrukwaarden bij de helft van de patiënten nog steeds te hoog.**
- **Het combineren van 2 of meer antihypertensiva is bij de meeste hartpatiënten aangewezen.**
- **Het standaard verrichten van een orale glucosetolerantietest is niet zinvol.**

sentatief voor heel Nederland, maar de bevindingen in beide onderzochte regio's waren goed vergelijkbaar, dus het is plausibel dat de bevindingen wel generaliseerbaar zijn. Ook de relatief kleine verschillen tussen de deelnemende landen wijzen in die richting.

Nieuw in de inventarisatie van 2012-2013 was de orale glucosetolerantietest bij deelnemers zonder bekende diabetes. Deze toevoeging leverde echter nauwelijks nieuwe diagnoses op; het routinematig uitvoeren van orale glucosetolerantietests bij patiënten met een coronaire hartziekte is dus waarschijnlijk niet zinvol.

Om de representativiteit van de uitkomsten te vergroten is de maximale leeftijd van de deelnemers aan Euroaspire IV verhoogd tot 80 jaar. Dat zou van invloed moeten zijn op bijvoorbeeld de gemiddelde bloeddruk, maar het aantal patiënten met een te hoge bloeddruk bleek toch iets lager dan in alle eerdere Euroaspire-metingen. Dat kan het gevolg zijn van het gestegen antihypertensivagebruik in de afgelopen twintig jaar. Dat nog steeds echter onge-

veer de helft van de hartpatiënten een te hoge bloeddruk heeft, wijst erop dat goede bloeddrukcontrole ook met medicatie moeilijk haalbaar is. Bij dit alles moet wel bedacht worden dat de in dit onderzoek beschreven prevalentie van hypertensie berust op slechts een enkele bloeddrukmeting en dus ongetwijfeld een overschatting is van de werkelijke prevalentie.

## CONCLUSIE

Onze recente inventarisatie van een relatief niet-geselecteerde groep patiënten met een coronaire hartziekte laat zien dat de preventieve medicatie bij de meeste patiënten uitgebreid en doorgaans adequaat is. Het niveau van de secundaire preventie is in medicamenteus opzicht min of meer gestabiliseerd ten opzichte van de eerdere metingen.

Het cardiovasculaire risicoprofiel van de patiënten is in de loop van de tijd gewijzigd, met minder rokers en meer mensen met diabetes. Het gegeven dat hartpatiënten tegenwoordig gemiddeld ouder zijn dan twintig jaar geleden speelt daarin zeker een rol. Dat de bloeddruk bij zeer veel patiënten nog te hoog is, ondanks het inmiddels algemeen geworden gebruik van antihypertensiva, hangt daar ook mee samen. Voor de praktijk betekent dit dat veel patiënten met een coronaire hartziekte baat kunnen hebben bij het combineren van verschillende antihypertensiva.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 23 november 2016

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2017;161:D643

 **KIJK OOK OP [WWW.NTVG.NL/D643](http://WWW.NTVG.NL/D643)**

## LITERATUUR

- 1 RIVM. Hart- en vaatziekten – Cijfers & Context – Incidentie en prevalentie. Volksgezondheidszorg.info, geraadpleegd op 1 november 2015.
- 2 Iestra JA, Kromhout D, van der Schouw YT, Grobbee DE, Boshuizen HC, van Staveren WA. Effect size estimates of lifestyle and dietary changes on all-cause mortality in coronary artery disease patients: a systematic review. *Circulation*. 2005;112:924-34.
- 3 Kotseva K, Wood D, De Bacquer D, et al. EUROASPIRE IV: A European Society of Cardiology survey on the lifestyle, risk factor and therapeutic management of coronary patients from 24 European countries. *Eur J Prev Cardiol*. 2016;23:636-48.
- 4 Deckers JW, Veerhoek RJ, Smits PC, Jansen CG. Trends in prevalentie en behandeling van risicofactoren van coronaire hartziekte: het Euroaspire-project. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2010;154:A1229.
- 5 Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*. 2004;364:937-52.
- 6 Chow CK, Jolly S, Rao-Melacini P, Fox KA, Anand SS, Yusuf S. Association of diet, exercise, and smoking modification with risk of early cardiovascular events after acute coronary syndromes. *Circulation*. 2010;121:750-8.