

## De protocollaire strijd tegen een nieuwe vijand: de LDL-binnenvetter

Onlangs had onze hagro een FTO aan de hand van de nieuwe NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement van januari 2006. Wij hebben aandacht besteed aan de nieuwe criteria voor cholesterolverlagende middelen. Volgens de standaard zijn deze criteria aanzienlijk verscherpt: het gaat om alle patiënten met een doorgemaakte hart- en vaatziekte, en alle diabetespatiënten boven de 50 jaar. Er is geen leeftijdslimiet meer; de drempels en streefwaarden zijn verlaagd en de standaarddosering van de statines is verhoogd. Vele huisartsen uit onze hagro voelen een uitdrukkelijke weerstand deze standaard in zijn volle omvang te volgen. Ondanks de wetenschappelijke basis, voelt het alsof de standaard als een onweerlegbaar protocol erdoorheen gedrukt wordt: het keurslijf van de statine! Moeten wij deze ontwikkeling willen en ons aan dit protocol overgeven?

Wij vragen ons af of van deze standaard geen medicaliserend effect uitgaat. De meeste standaarden relativeren het toenemend gebruik van medicatie en gaan zo medicalisering tegen. Bij deze standaard is er, indien precies nagevolgd, een geheel ander effect: het voorschrijven van statines zal er enorm door gaan toenemen.

Ook hebben wij twijfels over de grote waarde die de standaard aan sterftereductie hecht. De onderzoeken waarop de standaard is gebaseerd, hebben vooral gekeken naar sterftereductie en niet zozeer naar reductie van morbiditeit of van kwaliteit van leven. Ook wij zijn onder de indruk van de uitslag van deze onderzoeken en begrijpen dat sterfterisicoreductie een belangrijke keuze kan zijn bij de behandeling van onze patiënten.

Maar de geneeskunde ontwikkelt zich hiermee wel in een erg protocollaire richting, waarbij de keuze in behandeling zich vernauwt. Als huisartsen de standaard volgen, moeten ze nu aan een zeer grote en toenemende groep patiënten statines gaan voorschrijven.

Uit deze ontwikkeling rijzen vele vragen en wij maken ons als huisartsengroep zorgen. Komt dit nieuwe credo: 'alle harten vaatziekten de wereld uit' uit de koker van de wetenschappers? Waar is de benadering van de individuele patiënt? Wat is het effect van statines op lange termijn? Zijn de conclusies niet te snel getrokken? We weten nog zo weinig over de precieze rol van cholesterol. Ooit gehoord van het fenomeen syndroomverschuiving: waar de ene ziekte wordt weggedrukt, komt er een andere (ergere) voor in de plaats? Hoe groot is het belang van de farmaceutische industrie en zorgverzekeraars? Wij vragen in het bijzonder aan het NHG hoe het aankijkt tegen de weerstand die velen van ons voelen tegen deze standaard? Zijn er geen overhaaste conclusies getrokken? Zijn er misschien nog andere manieren om het binnenvetten tegen te gaan? Is deze standaard daarom wel uit te voeren en dus van praktische betekenis? Hoe denkt u ons ervan te overtuigen dat patiënten erbij gebaat zijn als wij toch de standaard precies volgen? Of gaat er ook een gematigde standaard uitkomen?

*Jeroen van Berckel Smit, huisarts, namens de hagro Amsterdam Zuid-Rivierenbuurt: W. Avenarius, J. Bonnema, N. van Doornik, B. van Duijn, P. Elders, G. Hagenbeek, M. Kolthof, H. Land, W. Maschhaupt, H. Munnik, W. van Oyen, P. Postema*

### Antwoord

Van Berckel Smit en zijn collega's plaatsen een aantal vraagtekens bij de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement,

in het bijzonder bij de ruimere indicaties voor cholesterolverlagende middelen.

Het is inderdaad juist dat de risicogrens voor gebruik van deze middelen bij mensen zonder hart- en vaatziekten in de voorgeschiedenis is verlaagd en gelijkgetrokken met de grens die al jaren gebruikt wordt voor behandeling met antihypertensiva. De afweging hiervoor was dat een tienjaarsrisico op sterfte aan hart- en vaatziekten van 10% in grote lijnen correspondeert met een tienjaarsrisico op ziekte of sterfte aan HVZ van 20%. Bovendien is de leeftijdsgrens voor het starten met deze middelen vervallen, omdat er inmiddels bewijs is gekomen dat statines ook bij ouderen effectief zijn; absoluut gezien zijn de baten van statines bij ouderen – vanwege het hoge uitgangsrisico – zelfs het grootst. Een andere wijziging is dat alle patiënten met hart- en vaatziekten en vrijwel alle patiënten met diabetes mellitus type 2 in aanmerking komen voor een statine, tenzij hun LDL-cholesterol zonder behandeling al minder dan 2,5 mmol/l bedraagt. Naast het eerdergenoemde hoge uitgangsrisico van deze patiënten liggen onderzoeksresultaten aan deze wijziging ten grondslag waaruit blijkt dat statines zelfs bij wat lagere cholesterolwaarden zinvol zijn en – enigszins verrassend – net zo effectief.<sup>1</sup> De dalende prijzen van de statines zijn hierbij een bijkomend argument.

We willen benadrukken dat er in de nieuwe richtlijn veel ruimte wordt overgelaten aan het overleg tussen huisarts en patiënt. Dat is heel bewust gedaan om aan de bezwaren tegemoet te komen die Van Berckel Smit en collega's aanvoeren en die wij ook voelen. Er staat nergens 'moeten' of 'geïndiceerd', maar alleen 'kan worden overwogen' of 'wordt geadviseerd'. De risicotabellen zijn een instrument voor de huisarts om de betekenis van het risico en de risicoreductie van bij-

voorbeeld dubbelmedicatie (50%; de helft van het risico is dus niet weg te nemen) aan de patiënt uit te kunnen leggen. In gezamenlijk overleg kunnen huisarts en patiënt het besluit nemen of behandeling wel of niet de moeite waard is. Zo kan men bij ouderen, die voornamelijk op grond van hun gevorderde leeftijd een risico boven de behandelgrens hebben, ervoor kiezen geen medicatie te geven.

## POEM

### Psoriasis en hartinfarct

#### Vraagstelling

*Wat is het risico van een myocardinfarct bij psoriasispatiënten?*

#### Betekenis voor huisarts en patiënt

Dit prospectieve cohortonderzoek laat zien dat psoriasis een onafhankelijke risicofactor is voor het myocardinfarct. Het lijkt van belang cardiovasculaire risicofactoren bij psoriasispatiënten in een vroeg stadium vast te stellen en te behandelen.

#### Korte beschrijving

**Inleiding** Over de etiologie en pathogenese van psoriasis bestaat nog veel onduidelijkheid. De veronderstelling dat het om een T-cel-immuungemedieerde aandoening gaat, wint steeds meer terrein. Uit meerdere onderzoeken blijkt dat er een relatie tussen hart- en vaatziekten (HVZ) en psoriasis bestaat. In die onderzoeken werd echter niet gecorrigeerd voor andere risicofactoren voor HVZ. Dit cohortonderzoek dat is verricht in de huisartsenpraktijk, corrigeert voor de belangrijkste risicofactoren voor HVZ.<sup>1</sup>

Daarnaast geeft de SCORE-risicofunctie ook na omrekening naar de combinatie van mortaliteit en morbiditeit lagere tienjaarsrisico's dan we tot dusverre op basis van Framingham gewend waren, waardoor vooral jongeren minder snel voor behandeling in aanmerking komen. Ten slotte moeten we ook niet vergeten dat de richtlijnen uit de oude NHG-Standaard Cholesterol allang door de feitelijke praktijk

**Onderzoeksopzet** Prospectief cohortonderzoek verricht in Groot-Brittannië van 1987 tot en met 2002. De gegevens werden verkregen uit het elektronisch dossier van 1500 huisartsen, de General Practice Research Database (GPRD).

**Patiëntenpopulatie** Patiënten met psoriasis tussen de 20 en 90 jaar werden geselecteerd met een mediane follow-up van 5,4 jaar. Elke psoriasispatiënt werd gekoppeld aan 5 controlepatiënten, zonder psoriasis. De onderzoekers definiëerden psoriasis als ernstig indien er systemische behandeling nodig was; de overige psoriasispatiënten vielen in de 'milde' groep. De controlegroep bestond uit 556.995 patiënten. De patiëntengroep met ernstige psoriasis betrof 3837 patiënten, die met milde psoriasis 127.139 patiënten. Van psoriasispatiënten en controlepatiënten werden eveneens de risicofactoren voor cardiovasculaire aandoeningen genoteerd: hypertensie, diabetes mellitus, voorgeschiedenis met myocardinfarct, hyperlipidemie, leeftijd, geslacht, roken en BMI. In de analyse werd voor deze risicofactoren gecorrigeerd.

**Primaire uitkomstmaat** De kans op het krijgen van een hartinfarct bij psoria-

zijn achterhaald. Op de keper beschouwd zijn de veranderingen dus veel minder schokkend dan ze wellicht lijken.

Tj. Wiersma, S. Thomas, W. Stalman

Heart Protection Study Collaborative Group (HPS). MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol lowering with simvastatin in 20,536 high-risk individuals: a randomised placebo-controlled trial. *Lancet* 2002;360:7-22.

sispatiënten uitgedrukt in het relatieve risico (RR).

**Resultaten** Het hoogste RR hadden jonge psoriasispatiënten met ernstige psoriasis. Zo had een 30-jarige patiënt vergeleken met een controlepatiënt een RR van 3,10 (95%-BI 1,98-4,86). Bij milde psoriasis was de RR 1,29 (95%-BI 1,14-1,46). Op de leeftijd van 60 jaar was het risico verminderd; bij ernstige patiënten was het RR 1,36 (95%-BI 1,13-1,64), bij milde psoriasis was dit 1,08 (95%-BI 1,03-1,13).

**Conclusie van de onderzoekers** Het onderzoek suggereert dat psoriasis een onafhankelijke risicofactor is voor cardiovasculaire aandoeningen.

**Bewijskracht** Prospectief cohortonderzoek (2b).<sup>2</sup>

Janneke van der Kaay en  
Arie Knuistingh Neven

1 Gelfand JM, Neimann AL, Shin DB, Wang X, Margolis DJ, Troxel AB. Risk of myocardial infarction in patients with psoriasis. *JAMA* 2006;296:1735-41.

2 [www.info poems.com/levels.html](http://www.info poems.com/levels.html)