

Cholesterol verlagen: fire and forget

Marco Krukerink, Persijn Honkoop, Sjoerd Bruggink

De nieuwste herziening van de richtlijnen voor cardiovasculair risicomanagement heeft voor commotie gezorgd bij artsen en patiënten, omdat de LDL-streefwaarde is verlaagd naar 1,8 mmol/l. Wat zijn de consequenties in onze spreekkamer?

De onlangs herziene NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement heeft voor commotie gezorgd bij artsen en patiënten.¹ In *Medisch Contact* verscheen al forse kritiek en ook de uitzending van Radar op 13 mei 2019 heeft stof doen opwaaien.^{2,3} De schoen wringt bij de nieuwe LDL-streefwaarde van 1,8 mmol/l. Het advies voor patiënten met hart- en vaatziekten jonger dan 70 jaar is ongetwijfeld goed bedoeld, maar de nieuwe streefwaarde is niet fysiologisch en in de praktijk vaak onhaalbaar. Zo wordt de discussie met de patiënt in de spreekkamer wel erg moeilijk. In dit stuk verduidelijken we waar de streefwaarde vandaan komt en laten we zien dat het ook anders kan.

PERSOONSGERICHTE ZORG VERSUS GEZONDHEIDSPOLITIEK

De NHG-Standaard is opgesteld door een werkgroep van huisartsen, internisten, cardiologen, een neuroloog, een hart-vaatverpleegkundige en patiëntenvertegenwoordigers.¹ De herziening als geheel is een waardevolle aanvulling, met aangescherpte uitspraken over leefstijl en behandeling. Sterk punt is vooral de ruimte die de standaard biedt voor individuele overwegingen, en dus voor persoonsgerichte zorg. Deze adviezen zijn veelal in lijn met de beste bewijsvoering voor bepaalde groepen, of zoals bij ouderen, juist het gebrek hieraan. Maar *the devil is in the detail*. Deze veelal afgewogen en



Start een statine, verlaag bij bijwerkingen tot een aanvaardbare dosis en vergeet de andere cholesterolverlagers.

Foto: Shutterstock

persoonsgerichte adviezen contrasteren met de weinig onderbouwde en opvallend forse verlaging van de LDL-streefwaarde naar 1,8 mmol/l voor patiënten jonger dan 70 jaar die een hart- en vaatziekte hebben. De samenstellers lijken hier vooral te willen aansluiten bij cardiologische en Europese richtlijnen, en dat prevaleert boven een inhoudelijke argumentatie.

Frekwente LDL-controle zou de moeite waard zijn als de streefwaarde bewezen effectief was, maar nu leidt het tot cijferfetisjisme en tijdverspilling

Bewezen is namelijk wel dat statines het risico op hart- en vaatziekten en op overlijden daaraan verlagen, maar niet dat daarvoor een specifieke streefwaarde geldt. Meer statines verlagen het risico op een hart- en vaatziekte wel iets verder, maar de sterfte niet, en ze hebben veel bijwerkingen. Bovendien is al het onderzoek hierover gesponsord door fabrikanten, dus het effect kan zijn overschat.¹ De nieuwere cholesterolverlagers zoals ezetimib verlagen het cholesterol, maar niet het risico op of de sterfte door hart- en vaatziekten.⁵ Ook van de nieuwe, dure PCSK9-remmers is dit effect nog niet duidelijk.⁶ De lage streefwaarde die in de praktijk moeilijk haalbaar is, in combinatie met de plek die de richtlijn inruimt voor de nieuwere, duurere cholesterolverlagers, maakt de vooruitzichten vooral voor de fabrikant gunstig.

DE SPREEKKAMER

Het schijnbaar mooie streven naar een LDL onder de 1,8 mmol/l werkt in de spreekkamer als een Trojaans paard. Het leidt tot een moeilijk gesprek met de patiënt:

- Huisarts: 'U heeft een hartaanval achter de rug, hoe is het nu met u?'
- Patiënt: 'Ja, dat hartinfarct was wel even schrikken. En ik heb me toch een stapel pillen gekregen. Werken die wel voldoende, want mijn LDL is 2,2, dat is ondanks mijn statine toch te hoog?'
- Huisarts: 'Volgens de richtlijn wel.'
- Patiënt: 'Kunnen we daar wat aan doen?'
- Huisarts: 'Jawel, maar daar leef je volgens diezelfde richtlijn niet langer of gezonder van.'
- Patiënt: 'Waarom zou ik het dan doen?'
- Huisarts: '...'
- Patiënt: 'Wat zou u zelf doen?'

Dat de richtlijn geen goede argumenten levert, ondermijnt het vertrouwen van de patiënt. Bovendien komt deze discussie over streefwaarden boven op het al langer bestaande maar veelvoorkomende vraagstuk over het voorkomen van of de mogelijkheid op bijwerkingen van statines, zeker bij hogere doseringen. Wij vinden zo'n discussie overigens meer waard dan de verwachtingsvolle, kritiekloze houding van een patiënt

die ervan uitgaat dat er nu een pil is die alle risico uitbant. Naast deze inhoudelijke discussie kleven er ook negatieve psychologische effecten aan een streefwaarde. Als de streefwaarde niet wordt gehaald, leidt dat tot onrust bij dokter en/of patiënt, wordt zij wel gehaald dan leidt dat tot valse geruststelling en 'achterover leunen'. Een strenge streefwaarde brengt ook frequente LDL-controle met zich mee. Dat zou de moeite waard zijn als de streefwaarde bewezen effectief was, maar nu leidt het tot cijferfetisjisme en tijdverspilling.

HET ALTERNATIEF

Waarom starten we niet met een statine, vergeten we de frequente cholesterolcontroles en passen we alleen bij klachten de dosis aan?

- Huisarts: 'U heeft een hartaanval achter de rug, hoe is het nu met u?'
- Patiënt: 'Ja, dat hartinfarct was wel even schrikken. En ik heb me toch een stapel pillen gekregen. Moet ik die nou blijven slikken?'
- Huisarts: 'Niemand wil onnodig pillen slikken, maar omdat u een hartaanval heeft gehad, heeft u helaas een hogere kans om nog een keer een hartaanval te krijgen. Daarom krijgt u alleen pillen waarvan we zeker weten dat ze die kans zo laag mogelijk maken. Maar pillen geven wel een kans op bijwerkingen. Wat vindt u zelf belangrijk?'
- Patiënt: 'Ik wil natuurlijk niet opnieuw een hartaanval, maar ik wil ook zo weinig mogelijk pillen slikken. Ik heb sinds dat infarct wel regelmatig spierpijn'
- Huisarts: 'Die bijwerking wordt inderdaad weleens vaker gemeld bij het gebruik van uw cholesterolpil'
- Patiënt: 'Zal ik daar dan maar mee stoppen?'
- Huisarts: 'Dat kan, maar dat betekent wel een wat hoger risico op een nieuw hartinfarct. We kunnen eventueel een andere statine proberen of het proberen met een lagere dosis.'
- Patiënt: 'Wat zou u zelf doen?'

Ook in dit gesprek moet de patiënt kiezen tussen kwaden. Toch is er een wezenlijk verschil. Het gaat over de afwegingen die er voor de patiënt in kwestie toe doen en over de keuzes die daaruit volgen. Dit maakt het gesprek niet ineens makkelijk, maar wel precies het soort gesprek waar huisartsen en praktijkondersteuners goed in zijn.

CONCLUSIE

Laten we het beschikbare bewijs over cholesterol op waarde schatten, zoals de rest van de herziene NHG-Standaard dat voor de overige aspecten ook heeft gedaan. Verlaat de onbewezen afkapwaarden en frequente cholesterolcontroles. Start een statine, verlaag bij bijwerkingen tot een aanvaardbare dosis en vergeet de andere cholesterolverlagers. *Fire and forget* in plaats van *the lower the better*: het risico op hart- en vaatziekten en bijwerkingen is verminderd, er is tijd en ruimte gewonnen voor de wensen van de patiënt en het wordt gesteund door het best beschikbare bewijs. Wat zou u zelf doen? ■

LITERATUUR

1. NHG-werkgroep Cardiovasculair risicomanagement. NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement (CVRM) (derde herziening). Utrecht: NHG, 2019. www.nhg.org.
2. Luijendijk D, De Haas E. Onderbouwing cholesterolstreefwaarden rammelt. Med Contact 2019;25:18-20.
3. Cholesterol: hoe lager, hoe beter? Radar, 13 mei 2019.
4. Taylor F, Huffman MD, Macedo AF, Moore TH, Burke M, Davey Smith G, et al. Statins for the primary prevention of cardiovascular disease. Cochrane Database Syst Rev 2013;1:CD004816.
5. Zhan S, Tang M, Liu F, Xia P, Shu M, Wu X. Ezetimibe for the prevention of cardiovascular disease and all-cause mortality events. Cochrane Database Syst Rev 2018;11:CD012502.
6. Schmidt AF, Pearce LS, Wilkins JT, Overington JP, Hingorani AD, Casas JP. PCSK9 monoclonal antibodies for the primary and secondary prevention of cardiovascular disease. Cochrane Database Syst Rev 2017;4:CD011748.

Krukerink M, Honkoop PJ, Bruggink SC. Cholesterol verlagen: fire and forget. Huisarts Wet 2019;62:DOI:10.1007/s12445-019-0264-y. Huisartsenpraktijk Krukerink en De Wolde, Borne: M. Krukerink, huisarts: krukerink@hotmail.com. Leids Universitair Medisch Centrum, afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde: dr. P.J. Honkoop, huisarts-onderzoeker. Huisartsenpraktijk Nieuw Rapenburg, Rijnsburg: dr. S.C. Bruggink, huisarts. • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.