

Behalen streefwaarden bij CVRM is geen verplichting

Tjerk Wiersma

Aan de samenvatting van de herziene NHG-Standaard en multidisciplinaire richtlijn CVRM is een passage toegevoegd over het omgaan met streefwaarden. Dit naar aanleiding van het vorig jaar ontstane tumult over de streefwaarde van 1,8 mmol/l voor LDL-cholesterol. De passage benadrukt dat het bij CVRM gaat om maatwerk en niet om het slaafs volgen van protocollen waarop men kan worden afgerekend.

Vorig jaar verscheen een nieuwe versie van de NHG-Standaard, tevens multidisciplinaire richtlijn, CVRM. Een in het oog springende wijziging betrof de introductie van de streefwaarde van 1,8 mmol/l voor het LDL-cholesterol bij mensen onder de 70 jaar die bekend zijn met een hart- of vaatziekte. Die leverde veel kritiek op, die onder andere terug te vinden is in het septembernummer van H&W.¹ Zo zou de streefwaarde onhaalbaar zijn, tenzij er wordt overgegaan tot grootschalige inzet van dure PCSK9-remmers. Ook zou het behalen van de streefwaarde gepaard gaan met onacceptabel veel bijwerkingen. In hetzelfde nummer van H&W verscheen een reactie van de werkgroep CVRM, waarin zij ingaat op deze kritiek.

DWINGENDER KARAKTER DOOR BEKNOPTHEID

In veel van de reacties lijkt men impliciet aan te nemen dat een streefwaarde een waarde is die koste wat kost gerealiseerd moet worden. Dit wordt in de hand gewerkt doordat streefwaarden vaak puntsgewijs en beknopt worden weergegeven in aanbevelingen, samenvattingen, tabellen en stappenplannen in formulieren. Daarin is weinig ruimte voor nuance, wat wel het geval is in de volledige richtlijntekst en bijbehorende noten, waarin alle overwegingen in extenso beschreven staan. Uit de volledige richtlijntekst blijkt dat er veel ruimte is voor persoonsgerichte zorg en individuele aanpassing van het beleid. Ook blijkt dat een streefwaarde een ideale waarde betreft, die in samenspraak met de patiënt kan worden benaderd en bijgesteld. Dit is afhankelijk van diens motivatie, comorbiditeit en bijbehorende comedicatie zonder dat er hinderlijke bijwerkingen ontstaan.

In meta-regressieanalyses van trials met cholesterolverlagende middelen wordt berekend dat de kans op majeure cardiovasculaire events ongeveer 23% afneemt per mmol/l LDL-cholesteroldaling.¹ Dit betekent dat de verlaging van de streefwaarde van 2,5 mmol/l naar 1,8 mmol/l leidt tot zo'n 15% extra relatieve risicoreductie. De absolute risicoreductie is afhankelijk van het uitgangsrisko van de patiënt en is bijvoorbeeld bij iemand met een tienjaarsrisico van 20% zo'n 3%. Dat betekent dat er circa 30 mensen gedurende 10 jaar intensiever behandeld moeten worden om één geval van cardiovasculaire ziekte of sterfte te voorkomen.

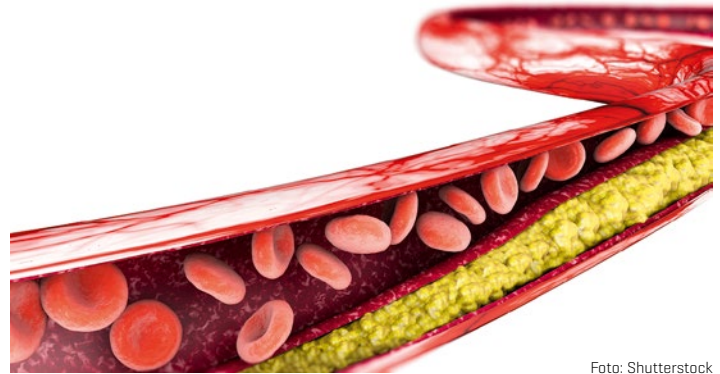


Foto: Shutterstock

STUREND MAAR NIET BINDEND

De richtlijntekst beschrijft expliciet dat de risicocategorieën (zeer hoog, hoog en laag tot matig verhoogd risico) sturend maar niet bindend zijn voor het verdere beleid zoals het voorschrijven van medicatie. In algemene zin is bij een zeer hoog risico volgens de tekst medicatie *meestal* aangewezen en bij een hoog risico kan medicatie worden *overwogen*. Daarnaast benadrukt de richtlijn op diverse plaatsen dat van geval tot geval een afweging moet worden gemaakt, waarbij het vermijden van polyfarmacie en de wens van de patiënt belangrijke componenten zijn. Het gaat immers op preventieve medicatie, waarbij de kans dat de patiënt er baat bij heeft betrekkelijk gering is (zie [kader]).

INLEIDENDE PASSAGE TOEGEVOEGD

Om verdere verwarring over het gewicht van streefwaarden te voorkomen is aan de samenvatting van de richtlijntekst de volgende inleidende passage toegevoegd. Ook de tekst over de inzet van cholesterolverlagende middelen in de Praktische handleiding CVRM is in overeenkomstige zin aangepast. *Bedenk dat het behalen van de streefwaarden voor LDL-cholesterol en systolische bloeddruk vaak aanzienlijke inspanning vergt van patiënt en behandelaar en dat er kans is dat ze alleen gerealiseerd kunnen worden met hinderlijke bijwerkingen. Omdat het gaat om preventieve behandelingen waarbij de winst voor de individuele patiënt onzeker is, heeft het in voorkomen de gevallen de voorkeur een hogere LDL-cholesterolwaarde of bloeddrukwaarde te accepteren. Het behalen van de streefwaarden is met andere woorden geen must. Streefwaarden zijn bedoeld als waarden die men zo goed mogelijk kan trachten te benaderen door stapsgewijze ophoging van medicatie, waarbij afhankelijk van de mate waarin die verdragen wordt, vaak pas gaandeweg samen met de patiënt het therapiedoel kan worden vastgesteld.* ■

LITERATUUR

1. De Kleijn L, et al. LDL naar 1,8: geen evidence, wel bijwerkingen en belangen. Huisarts Wet 2019;62(9):30-33.
2. Silverman MG, et al. Association between lowering LDL-C and cardiovascular risk reduction among different therapeutic interventions. A systematic review and meta-analysis. JAMA 2016;316(12):1289-97.

Wiersma Tj. Behalen streefwaarden bij CVRM is geen verplichting. Huisarts Wet 2020;63:D0I:10.1007/s12445-020-0560-6. Nederlands Huisartsen Genootschap, afdeling richtlijnontwikkeling en wetenschap: dr. Tj. Wiersma, senior wetenschappelijk medewerker, t.wiersma@nhg.org. Belangenverstrengeling: niet gemeld.