

lopen op te sporen. Als „preventieve” maatregel zou men de behandeling van overigens gezonde patiënten met hyperlipoproteïnemie aan de huisarts kunnen toevertrouwen. De huisarts dient daartoe wel te kunnen beschikken over adequate laboratoriumfaciliteiten.

Enkele richtlijnen bij de diagnostiek zijn van belang. Zo is bepaling van het cholesterol alleen onvoldoende. De minste differentiatie welke ten aanzien van het totale serumlipidengehalte noodzakelijk is, omvat de bepaling van cholesterol en triglyceriden. Voor de bepaling van triglyceriden is benodigd 5 ml hemolysevrij serum, afgenomen na een periode van minstens 12.00-14.00 uur volstrekt vasten (voor de bepaling van alleen cholesterol is vasten niet noodzakelijk).

De meerderheid van de patiënten heeft een lichte hyperlipemie type II of IV. Deze vormen zijn globaal door de bepaling van het plasmatriglyceriden- en het plasmacholesterolgehalte te onderscheiden. Men kan in deze gevallen beginnen met een dieet. Meestal is het wenselijk

om twee bepalingen achtereenvolgend als uitgangspunt te nemen. Voortdurende gewichtscontrole en vier-wekelijkse laboratoriumbepalingen geven een indicatie omtrent het succes van de behandeling.

Frederickson onderstreept de wenselijkheid om eerst een normalisering te bereiken door dieet („houdt uw patiënt wel dieet?”). Medicamenteuze ondersteuning is slechts in tweede instantie aangewezen. Bij achterwege blijven van succes is verwijzing naar de internist in elk geval noodzakelijk.

Het is misschien een goede suggestie wanneer men toch een bezinking heeft uitstaan, als zeer globale screening bij bepaalde risico-patiënten, 24 uur later het plasma in de pipet op troebeling te onderzoeken. Troebeling noodzaakt alsdan tot verder onderzoek van de plasmalipiden. Omgekeerd betekent afwezigheid van troebeling echter niet dat het plasmalipidengehalte normaal is!

De vroege opsporing van hyperlipoproteïnemie als risicofactor voor ischemische hartziekte door de huisarts lijkt van groot belang, gezien de steeds toene-

mende morbiditeit en mortaliteit aan hart- en vaatlijden. Patiënten met een familiale dispositie zijn juist door de huisarts goed op te sporen. Daar hyperlipoproteïnemie tenslotte slechts één van de risicofactoren is, kan de begeleiding van dergelijke patiënten zich niet alleen tot controle van het serumvetgehalte beperken. Ook de andere genoemde risicofactoren moeten onder de aandacht blijven, inclusief de psychosociale aspecten. Daarom moet de huisarts, ook bij verwijzing naar een specialist, de begeleiding van dergelijke patiënten nooit geheel uit handen geven.

Arnal, J. en S. Garbarg. (1973) *Cah. Méd.* 14, 1037.

Dalderup, L. M. (1973) *Ned. T. Geneesk.* 117, 1064.

Editorial (1975) *Brit. med. J.* II, 103.

Frederickson, D. S. (1972) *Mod. Conc. cardiov. Dis.* 41, 7.

Miettinen, M. (1972) *Lancet* II, 835.

Nederlandse Hartstichting. *Het hartinfarct, risicofactoren en preventiemogelijkheden*, 1974.

Wijn, de J. F. Een voedingsadvies voor de gehele bevolking. (1973) *Ned. T. Geneesk.* 117, 1969.

Enkele opmerkingen over de opsporing en behandeling van hyperlipoproteïnemie in de huisartspraktijk

DOOR J. W. VAN REE, HUISARTS TE WYCHEN*

De preventie wordt een steeds belangrijker deel van de taak van de huisarts. „Anticiperende geneeskunde” vooronderstelt een attitude van de huisarts om op positieve wijze de gezondheid van zijn patiënten te bevorderen. Een van de belangrijke taken is de preventie van cardiovasculaire ziekten. Ongeveer 60 procent van alle sterfgevallen betreffen ziekten van het cardiovasculaire systeem. Hartinfarcten bij jonge mannen van 30 jaar zijn reeds sedert jaren geen uitzondering meer. Deze ziekte is in onze westerse wereld een ware „volksziekte” geworden.

Vele risicofactoren spelen bij het ont-

staan van hart- en vaatziekten een rol. Deze factoren zijn tot twee grote categorieën terug te voeren: exogene en endogene factoren, welke overigens invloed op elkaar uitoefenen. Exogene factoren zijn bijvoorbeeld: roken, gebrek aan lichaamsbeweging, overmatige voeding, regelmatig alcoholgebruik, luchtverontreiniging en psychosociale stress-situaties. In hoeverre endogene factoren echt „endogeen” zijn of door exogene factoren worden beïnvloed, is nog onduidelijk. Zogenaamde endogene risicofactoren kunnen ook als secundair symptoom worden beschouwd van onderliggende ziekten zoals: hyperthyroïdie, diabetes, nierziekten (nefrotisch syndroom) en obstructieve leverziekten. De belangrijkste endogene factoren zijn: hoog serumlipidengehalte, verminderde glucosetolerantie, hypertensie en overge-

wicht c.q. vetzucht. Al deze endogene en exogene risicofactoren beïnvloeden niet alleen elkaar in meer of mindere mate, maar hebben ook afzonderlijk invloed op het ontstaan van hart- en vaatziekten.

Hoe kan de huisarts op dit gebied preventief werkzaam zijn? Ten eerste door een positieve bevordering van de gezondheid (levensgewoonten) en vervolgens door de vroege opsporing en behandeling van beginnende afwijkingen (secundaire preventie). Tenslotte door het voorkómen van recidieven c.q. het voorkómen van verergering (tertiaire preventie). Naast het positief bevorderen van de gezondheid, overigens een moeilijke opgave, is met name de secundaire preventie een taak van de huisarts. Door de frequente contacten met zijn patiënten is de huisarts bij uitstek in staat om bestaande risicofactoren bij de patiënt te

* Huisarts, in associatie met P. de Winter, huisarts te Wychen; part-time medewerker (huisartsbegeleider) aan het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, hoofd: Prof. Dr. F. J. A. Huygen.

signaleren en heeft hij de mogelijkheid deze te beïnvloeden. Een van die factoren is het verhoogde vetgehalte van het bloed.

Om mij enigszins te verdiepen in de betekenis van een verhoogd serumlipidengehalte voor de patiënt maar ook voor de huisarts, besloot ik tot een prospectief onderzoek in de praktijk. In deze bijdrage wil ik enkele mededelingen doen, omtrent de eerste bevindingen bij deze „pilot-study”.

Een van de belangrijkste vragen was: welke patiënten komen voor een controle van de serumlipiden in aanmerking? De volgende selectiecriteria werden gekozen: adipositas, hypertensie, familiair voorkomen van cardio vasculaire aandoeningen en diabetes. Factoren als roken, luchtverontreiniging en de mate van lichaamsbeweging lieten wij bij de selectie om praktische redenen buiten beschouwing. Roken als risicofactor is moeilijk bruikbaar, omdat immers zeer veel mensen roken. Ook het verblijf in koolmonoxyde-rijke omgeving is moeilijk te objectiveren. De risicofactor „gebrek aan lichaamsbeweging” en de risicofactor „stress” bieden weer andere problemen. Wij beperkten ons derhalve tot de eerstgenoemde factoren.

- Adipositas (A): patiënt minstens 10 procent te zwaar. Als norm gebruikten wij een tabel waarbij het gewicht werd gerelateerd aan lengte, geslacht en lichaamsbouw.
- Hypertensie (H): bloeddruk meer dan 160/90 mm Hg. Dit is de W.H.O.-grens voor hypertensie. Er werd evenwel niet gerelateerd naar leeftijd en geslacht.
- Familiaire belasting (F): als de patiënt aangaf dat minstens één familielid lijdende was aan een cardio-vasculaire ziekte.
- Diabetes (D): bij één patiënt was manifeste glucosurie en een gestoorde orale glucosetolerantietest aanleiding tot het bepalen van het lipogram.

Samenvatting. In het kader van de preventieve mogelijkheden van de huisarts op het gebied van hart- en vaatziekten blijkt een anticiperende houding de mogelijkheid te scheppen bepaalde risicofactoren – met name hyperlipoproteïnemie – vroegtijdig op te sporen en de patiënt te behoeden voor extra risico's ten aanzien van latere ziekte.

De huisarts kan bij de patiënt het lipogram laten bepalen. Gemiddeld is dit bij 15-25 procent van de mensen afwijkend. Het is echter een ondoenlijke zaak dit bij allen te vervaardigen. De eerste selectie kan mensen betreffen bij wie reeds een of meer risicofactoren aanwezig zijn (adipositas, hypertensie, familiair belaste anamnese en diabetes). Bij aldus geselecteerde patiënten vonden wij tot dusverre in 50 procent een afwijkend lipogram. De consequenties hiervan liggen bij de patiënt en bij de arts. De patiënt zal een andere voedingsgewoonte moeten aannemen, de arts zal deze patiënt daarbij langdurig moeten begeleiden.

Aangezien bijna altijd sprake is van een hyperlipoproteïnemie van type II of type IV, hebben wij onze patiënten behandeld met in-

schakeling van een diëtiste of met een eenvoudig schriftelijk dieetadvies. Met beide methoden werd tot nu toe een bevredigend resultaat bereikt. Bij vier patiënten was mediceamenteuze ondersteuning nodig teneinde normalisering te bereiken, bij drie van deze patiënten bestond een type II hyperlipoproteïnemie.

Het is de vraag welke patiënten voor een controle van hun serumlipoproteïnen-profiel in aanmerking komen. Zekere criteria zijn te vinden in de aanwezigheid van factoren zoals adipositas, familiair voorkomen van hart- en vaatziekten, hypertensie en diabetes. Bij de interpretatie dient rekening te worden gehouden met leeftijd, geslacht en het al of niet aanwezig zijn van andere risicofactoren.

De huisarts heeft zeker een taak ten aanzien van de gerichte preventie van hart- en vaatlijden. Zijn „totale” behandeling van risicopatiënten – waarbij de behandeling van een gestoord lipoproteïnen-profiel slechts één aspect is – biedt zeker mogelijkheden bij de bestrijding van deze „volksziekte”.

Van 40 mannen en 10 vrouwen werd het lipogram bepaald. Van de 40 mannen hadden 21 een gestoord lipogram; van de 10 vrouwen hadden 3 een gestoord lipogram. In totaal had dus ongeveer 50 procent van de gescreende patiënten een gestoord lipogram (tabel 1). Het lijkt niet onjuist te verwachten dat bij systematisch onderzoek in de praktijk volgens deze selectie-criteria een groot aantal patiënten met een te hoog serumlipiden gehalte kan worden opgespoord. Immers, de prevalentie van een gestoord lipogram bedraagt in Nederland – afhankelijk van leeftijd en geslacht – ongeveer 15 à 25 procent (Van Buchem; De Wijn 1975).

Het gestoorde lipogram wijst op een „high-risk”-factor ten opzichte van het optreden van cardiovasculaire ziekten. De huisarts zal bij zijn patiënten met risicofactoren liefst een of meer van deze factoren willen beïnvloeden. Hij kan de patiënt minder roken adviseren, maar dat is niet zo eenvoudig opgevolgd. Ie-

dere huisarts weet de moeilijkheden die de adipositas-behandeling geeft. In het geheel geen invloed heeft hij op de familiaire belasting als risicofactor. Bij een gestoord lipogram kan hij streven naar verlaging van de serumlipiden. Alhoewel gunstige invloed van verlaging van de serumlipiden op zich, met name bij patiënten welke reeds enige aanduiding van een cardiovasculair lijden hebben, niet geheel duidelijk is (*Editorial*), dient er momenteel toch van te worden uitgegaan dat verlaging van de serumlipiden als preventieve maatregel zinvol is (*Tierney*). De huisarts heeft in principe de mogelijkheid om enkele risicofactoren die een rol spelen, te beïnvloeden: 1e. de patiënt moet het roken beperken en liefst staken; 2e. de patiënt moet meer lichaamsbeweging nemen; 3e. de patiënt moet zijn hypertensie laten behandelen; 4e. de patiënt moet kwantitatief en kwalitatief de juiste voeding gebruiken (lipiden-verlagend).

Bij onze 24 patiënten zijn wij begonnen de risicofactoren A, H en D en het roken te behandelen, met daarnaast een voedingsvoorschrift dat lipidenverlagend werkt. Wij pasten het dieet aan bij het type hyperlipemie dat werd gevonden. Bij 17 patiënten (alleen mannen) bleek type IV hyperlipoproteïnemie

Tabel 1. Uitkomsten lipogram bij 50 volgens de verschillende criteria of combinaties daarvan geselecteerde patiënten.

Bestaande risicofactoren	A	AH	AF	H	HF	F	AHF	AHD
Aantal patiënten (50)	11	11	2	13	3	7	2	1
Gestoord lipogram (24)	7	7	0	4	1	2	2	1

aanwezig te zijn, bij 3 patiënten type IIa (2 vrouwen en 1 man) en bij 4 patiënten type IIb (1 vrouw en 3 mannen) (tabel 2 en 3).

Het overwegen van type IV-hyperlipoproteïnemie in dit overzicht is mogelijk verklaarbaar vanuit de selectie-criteria die wij hebben gehanteerd. Immers, bij patiënten met hypertensie en adipositas wordt type IV relatief frequent gesignaleerd. Bij een selectie groep patiënten zal niet alleen het percentage afwijkende lipogrammen lager zijn (normaal voor type II en IV samen ongeveer 15-20 procent) maar ook de verdeling tussen de types zal anders liggen; de normale verhouding tussen type II en IV is ongeveer 1 : 1.

De behandeling met dieetmaatregelen geschiedde op twee manieren. In totaal zijn thans van 22 patiënten de gegevens bekend. Eén patiënt is in verband met manifeste glucosurie en gestoorde orale glucose tolerantietest naar een internist verwezen, die de behandeling heeft overgenomen, terwijl van een andere patiënt nog geen gegevens bekend zijn, omdat hij bij het schrijven van dit artikel pas enkele weken in het onderzoek was opgenomen.

Van de 22 patiënten zijn 8 patiënten naar een diëtiste verwezen en 14 zijn door de huisarts omtrent het dieet in detail geadviseerd (een dieetlijstje van Nutricia). De in totaal zeven patiënten met type II zijn behandeld met een cholesterol-arm dieet (hoog percentage onverzadigde vetzuren, Nutricialijstje nummer 10). De in totaal zeven patiënten met type IV werden behandeld met een vermageringsdieetlijstje en alcoholverbod (Nutricia lijstje nummer 1).

De diëtiste behandelde één patiënt met type II en zeven patiënten met type IV. De huisarts behandelde absoluut en relatief meer patiënten met type II.

Bij de meeste patiënten werd een positief resultaat bereikt met uitsluitend een dieetvoorschrift. Bij vier patiënten was medicatie met clofibrat nodig om normalisering van het serumlipidengehalte te bereiken. Dit betrof drie patiënten met type II en één patiënt met type IV. De diëtiste behandelde één patiënt met type IIb die ook clofibrat kreeg.

Tabel 2. Overzicht van de volgens de verschillende criteria of combinaties daarvan geselecteerde patiënten naar leeftijdsklassen en type hyperlipoproteïnemie.

Leeftijd in jaren	Type IIa	Type IIb	Type IV	Normaal	Totaal
20 - 29	—	—	2	3	5
30 - 39	1	1	6	12	20
40 - 49	1	1	6	6	14
50 - 59	—	1	3	4	8
60	1	1	—	—	2
Totaal	3	4	17	25	49

Tabel 3. Overzicht van de volgens de verschillende criteria of combinaties daarvan geselecteerde patiënten naar geslacht en type hyperlipoproteïnemie.

Geslacht	Type IIa	Type IIb	Type IV	Normaal	Totaal
vrouw	2	1	—	7	10
man	1	3	17	19	40
Totaal	3	4	17	26	50

Tabel 4. Overzicht van de resultaten van de behandeling door diëtiste of huisarts, gerangschikt naar de verschillende vormen hyperlipoproteïnemie.

Verwezen naar	Type IIa	Hyperlipoproteïnemie		Type IV	Totaal
		Type IIb			
Diëtiste	—	1		7	8
Resultaat	—	1 positief ⁽¹⁾	0 negatief	6 positief 1 negatief ⁽²⁾	7 positief 1 negatief
Huisarts	3	4		7	14
Resultaat	2 positief 1 negatief ⁽³⁾	4 positief	0 negatief	5 positief 2 negatief ⁽⁴⁾	11 positief 3 negatief
					18 positief 4 negatief

(1) Het resultaat van de behandeling wordt positief genoemd als de serumlipidenwaarden zich al of niet met behulp van medicatie hebben genormaliseerd.

(2) Patiënt bevond zich in een dusdanig gespannen sociale situatie dat hij niet de kracht kon opbrengen zich aan het dieet te houden. Hij was trouwens degene met de meest ernstige serologische afwijkingen.

(3) Deze patiënt was op het moment van schrijven van dit artikel pas twee maanden onder behandeling. Het resultaat was nog niet als positief te beoordelen.

(4) Deze patiënten hebben zich aan verdere behandeling onttrokken.

In totaal werd in 18 gevallen normalisering bereikt. In vier gevallen is de behandeling om diverse redenen niet geslaagd (tabel 4).

Bij tabel 4 is op te merken dat hieruit geen conclusies kunnen worden getrokken over verschillen in succes van de dieetbehandeling tussen patiënten die door de huisarts en patiënten die door de diëtiste werden behandeld. De huisarts lijkt meer missers te hebben ondanks zijn medicamenteuze ondersteuning bij drie patiënten. De huisarts behandelde evenwel zeven patiënten met type II. Dit type hyperlipoproteïnemie is in het algemeen, zelfs met medicamenteuze ondersteuning moeilijker behandelbaar dan type IV.

Onze voorlopige indruk is dan ook, hoewel het aantal patiënten beperkt is, dat zowel met een specifieke begeleiding door de diëtiste als met dieetlijstjes goede resultaten zijn te bereiken. Een essentiële

voorwaarde is de motivatie van de patiënt om een andere voedingsgewoonte aan te nemen. Voortgezet onderzoek zal moeten uitwijzen bij welke patiënten bij voorkeur een verwijzing naar de diëtiste is te overwegen.

Een bezwaar van de commerciële dieetlijsten blijft de reclame en het weinig individuele karakter ervan. Voordeel van advisering door de huisarts is het frequente contact met de patiënt. Bij moeilijkheden met het hanteren van het individuele dieetvoorschrift van de diëtiste zal de patiënt op de huisarts moeten terugvallen, omdat deze gemakkelijker bereikbaar is.

De keuze tussen diëtiste of standaardlijst lieten wij aan de patiënt over. Bij begeleiding door de diëtiste is het nodig de patiënt te verwijzen met een duidelijke „diagnose” en vraagstelling. Het regelmatig terugverwijzen door de diëtiste naar de huisarts is gewenst ter controle van het serumlipidengehalte.

Thans volgen enkele in grafiek gebrachte gegevens van patiënten die door de diëtiste of door de huisarts werden behandeld door middel van een aangepast dieet.

Patiënt I (*grafiek 1*) is een man van 42 jaar, die op ons spreekuur kwam in verband met vage klachten van moeheid en duizeligheid. Het was ons bekend dat hij ernstig overbelast was in zijn werksituatie. Aangezien bij hem een marginale hypertensie en duidelijke adipositas werd gevonden, werd het lipogram bepaald. Hierbij kwam een lichte vorm van type IV-hyperlipoproteïnemie (goed passend bij adipositas) aan het licht: verhoogd cholesterol en een licht verhoogd triglyceridengehalte (prebêta-lipoproteïnemie). Tijdens het overleg met patiënt werd afgesproken hem naar de diëtiste te verwijzen voor begeleiding met een aangepast dieet. Parallel met een gewichtsdeling werd binnen vier tot vijf maanden een normalisering van zijn serumlipoproteïnen bereikt.

Patiënt II (*grafiek 2*), een man van 25 jaar, kwam op het spreekuur om zijn oren te laten uitspuiten. Aangezien patiënt duidelijk te dik was, werd hij gewogen (81 kg, lengte 1.70 m) en werd zijn bloeddruk gemeten (160/110 mm Hg). Behalve adipositas was de bloeddruk duidelijk te hoog. Het lipogram toonde een type IV-hyperlipoproteïnemie: sterk verhoogd triglyceridengehalte (prebêta-lipoproteïnemie) en een licht verhoogd cholesterolgehalte. Door middel van een kooldraataarm vermageringsdieet (Nutricia lijstje nummer 1) en alcoholverbod werd er aanvankelijk een goede verbetering bereikt. Omdat hij moeite had dit regime te houden gingen de resultaten na enige maanden achter-

uit. Na een gesprek in februari 1975, waarbij zijn situatie nog eens rustig met hem werd doorgenomen bleek hij zijn motivatie om dieet te houden te hebben herwonnen. Een en ander werd bij de daaropvolgende controles van gewicht en serumlipoproteïnen duidelijk.

Patiënt III (*grafiek 3*), een 31 jarige, 1.90 m lange man kwam op ons spreekuur met klachten van duizeligheid en een gespannen gevoel op de borst. Bij onderzoek werd behalve een duidelijke hypertensie een hyperlipoproteïnemie type IV vastgesteld: verhoogd triglyceridengehalte (prebêta-lipoproteïnemie) en een licht verhoogd cholesterolgehalte. De diëtiste schreef hem een passend dieet voor, waardoor het triglyceridengehalte als het cholesterolgehalte zeer duidelijk daalden. Zijn bloeddruk bleef echter op een te hoog niveau zodat ook een medicamenteuze antihypertensieve therapie moest worden ingesteld.

Bij de beschreven voorbeelden ging het om patiënten die alleen met dieet werden behandeld. Dit bleek niet altijd voldoende. Bijvoorbeeld in het geval van een patiënt met type IIa hyperlipoproteïnemie, bij wie ondanks het feit dat hij het dieet nauwkeurig hield geen normalisering van het cholesterolgehalte werd bereikt. Tenslotte schreven wij hem in november 1974 clofibrat (Atromidine) als medicatie voor (*grafiek 4*).

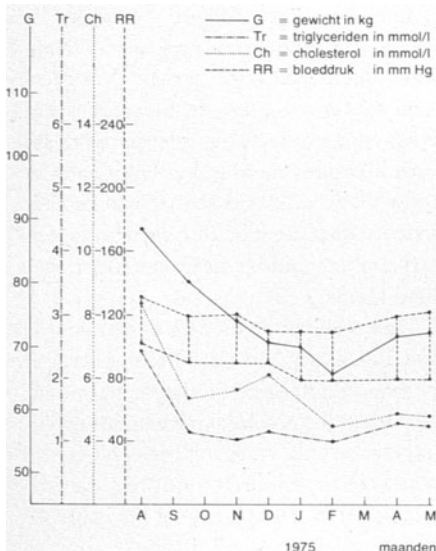
Patiënt IV (*grafiek 4*) – een veertig jarige man – kwam destijds op ons spreekuur om te overleggen over het al of niet laten doorgaan van een heupoperatie in verband met dysplastische heupkoppen. Hij was nogal gespannen. In de familie kwamen hart- en vaatafwijkingen voor. Hij kwam dus in aanmerking voor een bepaling van het lipogram. Hij bleek een type IIa hyperlipoproteïnemie (sterk ver-

hoogd cholesterol – en normaal triglyceriden – gehalte) te hebben. Patiënt kreeg een cholesterolarm dieet met een hoog percentage aan onverzadigde vetzuren (Nutricia lijstje nummer 10). Omdat na ongeveer een jaar geen volledige normalisering van het cholesterolgehalte werd bereikt, kreeg patiënt clofibrat (Atromidine), waarop een geleidelijke daling optrad. Wat betreft de daling in juni en juli 1974 is op te merken dat tijdens de zomermaanden het serumcholesterolgehalte van vele patiënten een spontane daling vertoont.

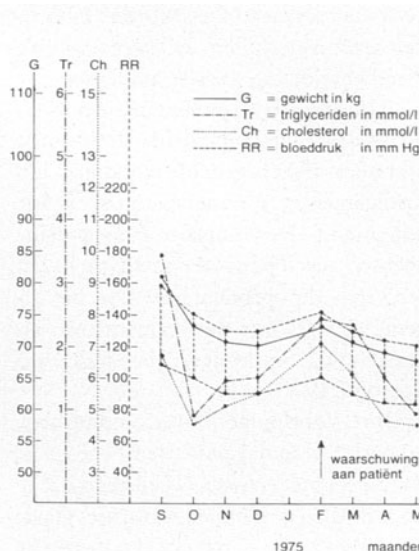
Wij zijn zowel bij ons onderzoek als bij onze behandeling van globale en in de aanvang zeker te hoge serumwaarden uitgegaan. Dikwijls zal men bij de beoordeling van de uitkomsten rekening moeten houden met leeftijd en met seizoenen.

In totaal hebben wij vier patiënten met clofibrat behandeld, omdat met uitsluitend dieetvoorschriften geen normalisering kon worden bereikt. Hierbij was in drie gevallen sprake van een type II hyperlipoproteïnemie. Dit sluit aan bij gegevens in de literatuur, waaruit blijkt dat bij type II moeilijker via uitsluitend dieet resultaat is te behalen en dikwijls medicamenteuze ondersteuning nodig is. Het is ook bekend dat type IV hyperlipoproteïnemie zich met een goed dieet relatief gemakkelijk laat corrigeren. Slechts één van onze patiënten met type IV hyperlipoproteïnemie kreeg als medicatie clofibrat. De andere patiën-

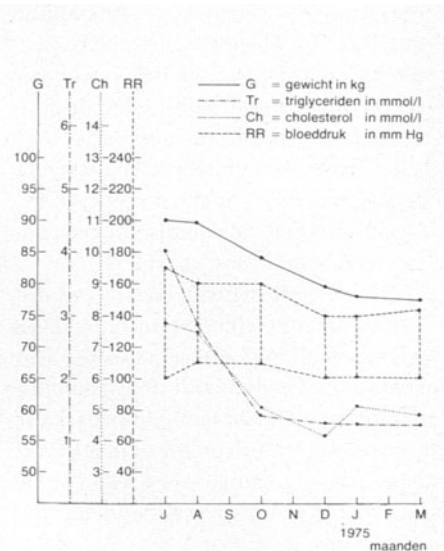
Grafiek 1. Verloop van gewicht, bloeddruk, serumtriglyceriden en serumcholesterol bij patiënt I gedurende augustus 1974 tot en met mei 1975.



Grafiek 2. Verloop van gewicht, bloeddruk, serumtriglyceriden en serumcholesterol bij patiënt II gedurende september 1974 tot en met mei 1975.



Grafiek 3. Verloop van gewicht, bloeddruk, serumtriglyceriden en serumcholesterol bij patiënt III gedurende juli 1974 tot en met maart 1975.



ten reageerden voldoende op uitsluitend dieetmaatregelen.

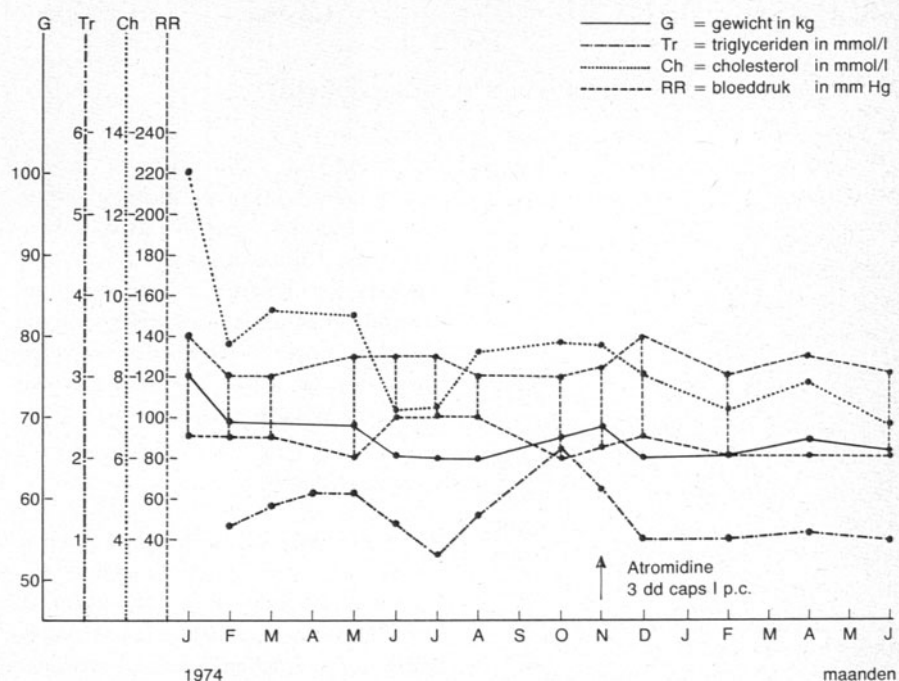
Aangezien de resultaten met clofibrat redelijk tot goed zijn, was er voor ons geen aanleiding om van medicatie te veranderen. Immers, voor type II wordt cholestyramine aanbevolen. Aangezien deze stof echter nogal wat bijwerkingen heeft en vaker klachten veroorzaakt, leek het ons redelijk, vooral in lichtere gevallen met clofibrat te beginnen waarna bij uitblijven van resultaat overgegaan zou kunnen worden op cholestyramine.

BESCHOUWING

De laatste jaren zijn steeds meer risicofactoren bekend geworden die een rol spelen bij het ontstaan van hart- en vaatziekten. Een van de risicofactoren is de hyperlipoproteïnemie. Uitgaande van de gedachte dat de huisarts op dit gebied bij uitstek zou kunnen werken, deden wij een „pilot study”. Het was de bedoeling enige duidelijkheid te krijgen omtrent de mogelijke consequenties voor het beleid, terzake van de vroege opsporing en behandeling van patiënten met een afwijkend serumlipiden-patroon.

De huisarts kan onmogelijk bij alle patiënten lipogrammen laten maken. Het is van belang te beschikken over selectiecriteria op grond waarvan bij bepaalde patiënten een onderzoek naar het serumlipiden-patroon is aangewezen. Na onze eerste bevindingen lijkt het ons zinvol om dit in eerste instantie te doen bij patiënten die op grond van andere bekende risicofactoren een verhoogde kans hebben op het ontstaan van hart- en vaatlijden. Het rendement van onze benadering lijkt hoog. Toch zal verder onderzoek moeten uitwijzen of de door ons voorlopig gekozen uitgangspunten juist zijn dan wel andere criteria bij de selectie overweging verdienen. Het vaststellen van een gestoord serumlipiden-profiel is pas zinvol indien hieraan therapeutische consequenties kunnen worden verbonden. Of normalisering van het lipoproteïnen-patroon effectief is met betrekking tot de preventie van hart- en vaatafwijkingen is nog niet te zeggen, maar het geheel van de behandeling van risico-patiënten – inclusief het adviseren betreffende levens- en voedingsgewoon-

Grafiek 4. Verloop van gewicht, bloeddruk, serumtriglyceriden en serumcholesterol bij patiënt IV gedurende januari 1974 tot en met juni 1975.



ten – lijkt wel degelijk zinvol.

Welke rol de huisarts bij de behandeling van dergelijke risico-patiënten zal spelen en in welke gevallen verwijzing naar een specialist, of bijvoorbeeld naar een diëtiste is te overwegen, zijn niet eenvoudig te beantwoorden vragen. Om tot een praktisch uitvoerbaar en adequaat beleidsplan te komen, dient het onderzoek te worden voortgezet.

Summary. Some notes on the detection and treatment of hyperlipoproteinaemia in general practice. In the context of the general practitioner's possible contribution to the prevention of cardiovascular disease, an anticipating attitude proves to create the possibility of early detection of certain risk factors – specifically hyperlipoproteinaemia – in order to protect the patient from extra risks with regard to subsequent illness.

The general practitioner can have the patient's lipogram determined. This is abnormal in an average of 15 to 25 per cent of the population. It is impossible, however, to ensure that lipograms be made available for the entire population. A first selection can be made on the basis of one or several risk factors already evident (obesity, hypertension, a tainted family history, and diabetes). An abnormal lipogram has been obtained in 50 per cent of the patients so far selected on this basis. This has implications for patient and general practitioner alike. The patient will have to change his diet, and the general practitioner will have to provide him with guidance for a longer period.

Since the hyperlipoproteinaemia found was nearly always of type II or type IV, we resorted to the assistance of a dietician or provided simple dietary advice in writing. Both methods have so far given satisfactory results. In four cases medication was required to ensure normalization; three of these patients showed type II hyperlipoproteinaemia.

A problem is the selection of patients for a follow-up on the serum lipoprotein profile. Some criteria can be found in the presence of such factors as obesity, family history of cardiovascular disease, hypertension and diabetes. Interpretation should account for age, sex and the presence or absence of other risk factors. The general practitioner has undoubtedly a task in focused prevention of cardiovascular disease. His „overall” treatment of high-risk patients (of which the treatment of a disturbed lipoprotein profile is only one feature) undoubtedly opens perspectives in the control of this „popular disease”.

- Buchem, F. S. P. van (1974) Ned. T. Geront. 5, 137.
- Dalderup, L. M. (1970) Ned. T. Geneesk. 114, 1346.
- Dalderup, L. M. (1973) Ned. T. Geneesk. 117, 1964.
- Doorenbos, H. (1974) Hartbulletin 5, 136.
- Editorial (1975) Brit. med. J. Vol. II, 103.
- Het Hartinfarct Uitgave Nederlandse Hartstichting en Voorlichtingsbureau voor voeding, 1974.
- Tierney, E. (1975) Practitioner 214, 393.
- Wijn, J. F. de (1973) Ned. T. Geneesk. 117, 1969.
- Wijn, J. F. de (1975) Ned. T. Geneesk. 119, 492.