

De opdoemende contouren van de te hoge bloeddruk

Tussen het zwart van de hypertensie en het wit van de „normale” bloeddruk bevindt zich een gebied van grijs; een grensgebied waarbinnen de waarde van de bloeddruk wel gekoppeld is aan een verhoogde kans op cardiovasculaire ziekten, maar waar (nog) niet is aangetoond dat interventie effect heeft. In dit nummer van *huisarts en wetenschap* wordt in twee artikelen aandacht gevraagd voor hypertensie. *Van Veen* geeft een kritische bespreking van *The Australian therapeutic trial in mild hypertension* en van de resultaten van de *Hypertension detection and follow-up programmes (Five-year findings)*. Het gaat hier om interventie-onderzoeken die meer duidelijkheid hebben gecreëerd op het gebied van de lichte hypertensie, al geven zij geen aanleiding thans de grens tussen normale en te hoge bloeddruk te beschouwen als een lijn tussen puur wit en diep zwart.

Een van de problemen die zich vooral voordoen bij bloeddrukwaarden juist boven de norm, is regressie naar het gemiddelde. Zo vermelden *Hofman en Valkenburg* een regressie tot onder de grenswaarde bij 73 procent van degenen die in eerste instantie een te hoge bloeddruk hadden. Hoe zit het in dit opzicht met het effect van de behandeling door de huisarts? Met dit onderwerp hebben *Bekker en Prins* zich beziggehouden. Zij concluderen dat er een effect valt aan te tonen dat verder gaat dan de spontane bloeddrukdaling en dat overeenstemt met het effect dat onder meer in hypertensiepoliklinieken wordt bereikt. Dit is natuurlijk verheugend en belangwekkend.

Maar er is meer over te zeggen. Aan het eind van de vervolperiode bleek dat een groot deel van de patiënten bij wie in eerste instantie een te hoge bloeddruk was vastgesteld, een bloeddruk onder de aangehouden grenswaarde had: dit gold zowel voor de niet behandelde patiënten (27 procent), als voor de patiënten met onvoldoende controlebereidheid (42 procent) als ook voor de patiënten met een voldoende controlebereidheid (51 procent). Achteraf moet dus worden aangenomen

dat een aantal patiënten onnodig is behandeld, ondanks het aantoonbare therapeutisch effect. Dat het praktisch te realiseren is om via gerichte therapie de bloeddruk substantieel te verlagen, is een belangrijke zaak. Daarnaast mag niet uit het oog worden verloren dat medicamenteuze behandeling voor een belangrijke groep niet aangewezen is. Het selecteren van deze groep lijkt nog moeilijker dan het succesvol instellen van een medicamenteuze behandeling.

Bekker en Prins zijn vooral geïnteresseerd in het interventie-effect. In hun onderzoek komen echter nog meer belangrijke punten naar voren, waarop ik wil ingaan. Bij hun vervolgonderzoek zijn zij gestuit op een groep patiënten die bij een bevolkingsonderzoek als hypertensief zijn geselecteerd, terwijl de huisarts deze diagnose niet kan bevestigen. Gezien de frequentie van screeningsonderzoek waarbij de bloeddruk gemeten wordt, zal dit probleem wel niet beperkt zijn tot de huisartsen in Krimpen aan den IJssel.

Wie bepaalt er nu of er sprake is van hypertensie? Is de huisarts het verlengstuk van de opsporende instantie – wie dat dan ook moge zijn – en heeft hij maar op „verwijzing” te behandelen? Dit lijkt mij ten zeerste onjuist. De diagnose hypertensie vergt een aantal bloeddrukmetingen, geïnterpreteerd door een medisch deskundige. Dat is dan ook wat de huisarts te doen staat in die situatie: bepalen of er sprake is van hypertensie of niet, en of er een reden is voor interventie of geïntensiverde surveillance. In hoeverre daartoe de door de auteurs bepleite jaarlijkse controle dan wel een andere aanpak wordt gehanteerd, is dan secundair. Behalve door de regressie naar het gemiddelde wordt het verschil in interpretatie tussen huisarts en opsporingsinstantie veroorzaakt door „interobservator”-verschillen. Dit is een gevolg van het uitbesteden van de opsporing en dit probleem wordt omzeild wanneer de huisarts ook het opsporen van hypertensie ter hand neemt. Het is verleidelijk hieraan toe te voegen

dat dan ook het aantal patiënten dat zich onttrekt aan verdere controle – in het Krimpense onderzoek ruim 12 procent – verder beperkt wordt. Een ander punt wordt gevormd door de gescreende personen bij wie in eerste instantie een normale bloeddruk was vastgesteld. Ook bij deze groep is één bloeddrukwaarde uit de individuele spreiding gerelateerd aan een grenswaarde. Bij herhaling van het onderzoek zal een aantal individuen blijken toch een te hoge bloeddruk te hebben. Hoewel het zinnig is ook deze groep met enige regelmaat opnieuw te onderzoeken, blijkt de omvang van dit probleem niet zo groot: *Bekker en Prins* vonden bij 2 procent van de hermetingen in deze groep een waarde boven hun grenswaarde.

De weg van opsporen van hypertensie tot en met het selecteren van individuele patiënten voor behandeling is lang. Daarbij betekent behandeling dat slechts bij een deel van de behandelde groep complicaties worden voorkomen, die anders zouden optreden. *Van der Does* heeft op heldere wijze aangegeven hoe de patiënt kan worden betrokken bij dit probleem.

Voordat het echter zover is, zal de medicus practicus voor zichzelf overtuigd moeten zijn geraakt dat het gerechtvaardigd is hieraan te beginnen.

Vooraf bij licht verhoogde bloeddruk bestaat het „handelen” vaak uit een afwachtend steeds opnieuw vastleggen van de bloeddruk en het pogen de patiënt steeds opnieuw te overtuigen van het belang van deze controles.

Er is nog altijd een grijs gebied tussen te hoge en normale bloeddruk. Mogelijk zullen toekomstige publikaties meer informatie brengen, waardoor het behandelingsbeleid eenduidiger kan worden. Het is echter hoe dan ook de taak van de huisarts de uiteindelijke beslissing te nemen, of een patiënt wiens bloeddruk zich tijdelijk of blijvend in dit grensgebied bevindt, wel of niet behandeld dient te worden.

Chris van Weel

- Australian therapeutic trial in mild hypertension. (1980) *Lancet* **I**, 1261-1267.
- Bekker, J. P. en A. Prins. Bloeddrukdaling na interventie door de huisarts. (1981) *huisarts en wetenschap* **24**, 174-180.
- Does, E. van der. De arts als gezondheidsvoorlichter. (1981) *Medisch Contact* **36**, 239-242.
- Five-years findings of the hypertension detection and follow-up program I. (1979) *J. Amer. med. Ass.* **242**, 2562-2571.
- Hofman, A. en H. A. Valkenburg. Een epidemiologisch onderzoek naar risicofactoren voor hart-vaatziekten (EPOZ) II. (1981) *Ned. T. Geneesk.* **124**, 189.
- Veen, W. van. Lichte hypertensie. (1981) *huisarts en wetenschap* **24**, 181-183.