

Hypertensie en bejaarden: in de schaduw van een beslisboom

DR. C. VAN WEEL

Hypertensie komt veel voor onder bejaarden en iedere huisarts wordt geconfronteerd met de vraag wat hij daaraan moet of kan doen. Over de momenten waarop dergelijke beslissingen moeten worden genomen, bestaat een redelijke consensus, maar dat geldt bepaald niet ten aanzien van wát er dan beslist moet worden.

Inleiding

Oorspronkelijk zou dit artikel verslag moeten doen van de constructie van een beslisboom of, zo men wil, een protocol voor de behandeling van hypertensie bij bejaarden. Uit literatuuronderzoek bleek echter al spoedig dat het niet zo moeilijk is de vinger te leggen op een aantal beslis momenten, maar dat consensus ten aanzien van de te nemen beslissingen meestal ver te zoeken is. Resultaten van interventie-onderzoek zijn op dit moment bovendien niet beschikbaar.

Dat betekent dat beslissingen ten aanzien van de therapie van hoge bloeddruk bij bejaarden genomen moeten worden op basis van lacunaire inzichten en gegevens. Om die reden heb ik uiteindelijk gekozen voor een andere opzet. Uitgangspunt vormen de beslis momenten, zoals die zijn ontsproten aan het (gezonde?) verstand van de auteur, en dus niet aan een hypertensie-algoritme. Op grond van de geraadpleegde literatuur is het in de *figuur* weergegeven beslisschema geconstrueerd; de zeven daarin aangegeven stappen zullen in dit artikel van commentaar worden voorzien.

De zeven stappen

Bejaard

De grondslag van het hele schema wordt gevormd door het begrip bejaard. In het spraakgebruik is dit een betrekkelijk eenduidige omschrijving, waarmee doorgaans 65 jaar en ouder wordt bedoeld. De literatuur over hypertensie bij bejaarden richt zich echter soms ook op andere leeftijdsgroepen, variërend van 55 jaar en ouder tot specifiek de hoogbejaarden (74 jaar en ouder).^{1 2}

Boven de 65 jaar neemt de prevalentie van hypertensie duidelijk toe: ongeveer 50 procent van de bejaarden zou hypertensie hebben, terwijl – mede daardoor – de incidentie van cardiovasculaire complicaties eveneens hoog is in deze leeftijdsgroep.³

Hypertensie bekend/behandeld

Indien de patiënt al werd behandeld voor hypertensie, is het bereiken van de 65-jarige leeftijd op zichzelf geen reden daarmee te stoppen (al kunnen andere overwegingen daartoe toch aanleiding geven). Algemeen wordt gewezen op de goede behandelbaarheid van ouderen.^{3 4}

Als de verhoogde bloeddruk pas na het 65e levensjaar wordt ontdekt, rijst allereerst de vraag of het gaat om een recent ontstane of een reeds langer bestaande hypertensie; een langdurig bestaande onbehandelde hypertensie betekent immers altijd een kans op schade aan het cardiovasculaire apparaat. Het beschikbaar zijn van een eerdere bloeddrukwaarde lijkt dan ook van belang, maar in de literatuur is daar niets over terug te vinden.

Indien bij een bejaarde een verhoogde bloeddruk wordt vastgesteld, zonder dat op grond van eerdere metingen kan worden vastgesteld of het hier om een recent ontstane dan wel reeds langer bestaande hypertensie gaat, bevinden we ons in ieder geval in een duidelijk dilemma.

Diagnose lege artis

De logische volgende stap is, vast te stellen of het werkelijk om hypertensie gaat. Zo zou bij bejaarden nogal eens sprake zijn van pseudo-hypertensie, aangezien een indirecte bloeddrukmeting, als gevolg van sclerose van de vaatwand, tot te hoge en dus onbetrouwbare uitkomsten zou leiden.^{3 5} Volgens anderen zou de omvang van dit probleem blijken mee te vallen; wanneer „ijkking” door middel van intraarteriële meting plaatsvindt.⁴

Bij het stellen van de diagnose hypertensie gaat het bij bejaarden vooral om de volgende vier punten:

- De bloeddruk van bejaarden is nogal

eens wisselend, als gevolg waarvan verschillende metingen noodzakelijk zijn.³

- De criteria voor hypertensie vormen vermoedelijk het meest controversiële punt in de literatuur: bij welke bloeddrukwaarde spreekt men van hypertensie? Sommige onderzoekers bepleiten bovendien afzonderlijke criteria voor bejaarden (alleen behandelen bij een diastolische bloeddruk van meer dan 120 mm Hg)⁶, anderen zijn geneigd vast te houden aan de strenge criteria voor jongere mensen (95 of 100 mm Hg diastolisch).⁴ Het enige waarover consensus lijkt te bestaan, is de opvatting dat van behandeling van een diastolische bloeddruk van 100 mm Hg of lager geen baat valt te verwachten.⁶ Er is dus een gebied van twijfel in de *range* 100-119 mm Hg diastolisch, dat voorlopig tot de realiteit van de praktijk zal behoren.⁷

- Tot nog toe is uitsluitend over diastolische bloeddrukwaarden gesproken. De systolische waarde is echter eveneens een indicatie voor het risico van cardiovasculaire complicaties.¹ Niettemin wordt geadviseerd zich vooral op de diastolische waarde te richten en bij de behandeling van geïsoleerde systolische hypertensie uiterst terughoudend te zijn.³

- Behalve de wisselende bloeddruk doet zich bij bejaarden het probleem van de orthostase voor. De gerapporteerde iatrogene effecten van de hypertensiebehandeling bij bejaarden⁸ zijn vermoedelijk terug te voeren tot onzorgvuldige diagnostiek ten aanzien van dit aspect. Als gevolg van de invloed van de zwaartekracht is het essentieel de diagnose vast te stellen nadat meting heeft plaatsgevonden in zittende én staande toestand.^{3 4}

Bijkomende cardiovasculaire pathologie

De kans op multipathologie is groot bij bejaarden; er moet rekening mee worden gehouden dat er ook andere cardiovasculaire afwijkingen zijn. Reeds opgetreden orgaanbeschadiging als gevolg van hypertensie, angina pectoris of decompensatio cordis maken behandeling van de hypertensie wenselijk.⁶ In deze gevallen gaat het echter niet zozeer om het behandelen van hypertensie als risicofactor, als wel om een „curatieve” behandeling van de betreffende aandoening. Op grond daarvan valt de beslissing tot het instellen van een behandeling buiten het strikte kader van de hypertensiebehandeling en derhalve buiten het kader van dit beslisschema.

Andere ziekten

Ook moet rekening worden gehouden

met de mogelijkheden van andere, niet-cardiovasculaire ziekten, vooral aandoeningen die de levensverwachting en/of de kwaliteit van het leven ernstig beïnvloeden. Onder die omstandigheden kan de behandeling van hypertensie als risicofactor op de langere termijn van weinig betekenis zijn.

De kwaliteit van het leven

Onze selectie heeft ons tenslotte gebracht bij een bejaarde bij wie tevoren nimmer een hypertensie is vastgesteld en bij wie thans bij herhaling, zowel zittend als staand, een diastolische bloeddruk boven de 100 mm Hg is vastgesteld. Er is geen sprake van manifeste

cardiovasculaire aandoeningen en evenmin van andere ernstige ingrijpende pathologie. De vraag luidt: dient de gevonden hypertensie te worden geattaqueerd? Anders geformuleerd: wat heeft deze bejaarde te winnen en te verliezen bij een behandeling?

Op 65-jarige leeftijd bedraagt de levensverwachting voor mannen 12 jaar en voor vrouwen 16 jaar. Onbehandelde hypertensie zou op deze prognose een invloed hebben van ongeveer zeven jaar.⁹ Vooral de cerebrale circulatie heeft van de verhoogde bloeddruk te lijden.¹⁰

Het veel gehanteerde begrip *quality of life* is ten behoeve van de hier te bespreken besluitvorming als volgt geoperationaliseerd:

- te verwachten levensduur;
- te verwachten cardiovasculaire incidenten;
- te verwachten bijwerkingen van de hypotensieve medicatie.

- *Levensduur.* Voor zover interventieonderzoek gegevens levert ten aanzien van de te verwachten levensduur, zijn de gegevens tegenstrijdig.^{11 12}

- *Cardiovasculaire incidenten.* Ook over het voorkomen van ernstige incidenten levert de literatuur tegenstrijdige berichten;^{2 11-13}

- *Bijwerking medicatie.* Orthostatische hypertensie vormt de belangrijkste bijwerking van de medicamenteuze behandeling van hypertensie bij bejaarden, terwijl er eveneens een slechte tolerantie bestaat voor een snelle daling van de bloeddruk onder invloed van medicamenten.⁴ Indien echter adequaat op deze gevaren wordt ingespeeld (*gentle seduction*), wordt de behandeling doorgaans goed verdragen. Er bestaat voor bejaarden ook geen behoefte aan een specifiek farmacotherapeutisch regime.¹⁴ Daarbij komt dat de compliantie van bejaarden in het algemeen goed is.

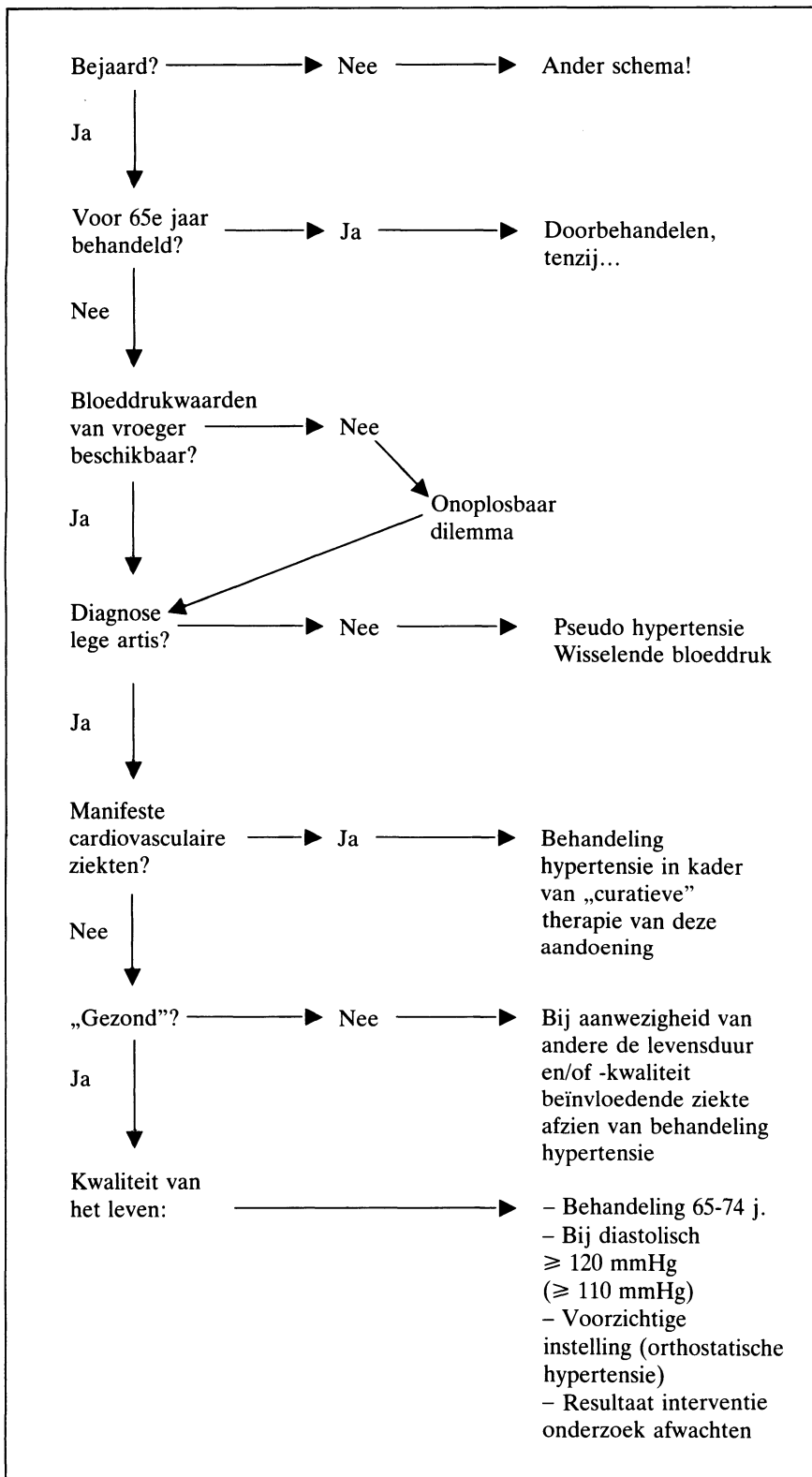
Tenslotte

Het einde van de beslisboom betekent nog niet dat nu ook alle vraagpunten zijn opgelost; met name de meest belangwekkende vragen zijn juist onbeantwoord gebleven.

Aangenomen dat de hier voorgestelde selectie relevant is, welk beleid moet dan worden gevolgd bij de bejaarden die aldus zijn geselecteerd? Gelet op alle twijfels die zijn blijven bestaan, lijkt het mij zinnig daartoe een laatste selectie aan te brengen:

- begin een behandeling uitsluitend bij „jonge” bejaarden (65-74 jaar) en laat

Figuur. *Het beslisschema.*



voorlopig de oudere leeftijdsgroep buiten beschouwing;
– behandel in ieder geval de ouderen met een diastolische bloeddruk van 120 mm Hg en hoger en ook – zij het iets minder hartstochtelijk – de groep met een bloeddruk van 110-119 mm Hg; vooralsnog lijkt het mij verstandig de groep met een bloeddruk van minder dan 110 mm Hg onbehandeld te laten.

- ¹ Kannel WB, Dawber TR, McGee DL. Perspectives on systolic hypertension. *Circulation* 1980; 61: 1179-82.
- ² Sprackling ME, Mitchell JRA, Short AH, Watt G. Bloodpressure reduction in the elderly: a randomised controlled trial of methyl dopa. *Br Med J* 1981; 283: 1151-3.
- ³ Franklin SS. Geriatric hypertension. *Med Clin North Am* 1983; 67: 395-416.
- ⁴ Birkenhäger WH, De Leeuw PW. Hypertensie. In: Schouten J, Leering C, Bender J, red. *Het leerboek geriatrie*. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1985. Leerboek geriatrie. Plaats: uitgever, publicatie in voorbereiding.
- ⁵ Simon AC, Safar MA, Levenson JA, Kheider AM, Levy BI. Systolic hypertension. *Am J Cardiol* 1979; 44: 505-11.
- ⁶ Amery A, Hansson L, Andrén L, Gudbrandson T, Sivertsson R, Svensson A. Hypertension in the elderly. *Acta Med Scand* 1981; 210: 221-9.
- ⁷ Bannon LT, Beevers DG, Wright N. A.B.C. of bloodpressure reduction. *Br Med J* 1980; 281: 1120-2.
- ⁸ Jackson G, Pierscianowski TA, Mahon W, Cordon J. Inappropriate antihypertensive therapy in the elderly. *Lancet* 1976; ii: 1317-8.
- ⁹ Anonymous. Hypertension in the elderly [Editorial]. *Lancet* 1977; i: 684-5.
- ¹⁰ Jones JV, Graham DI. Hypertension and the cerebral circulation – its relevance to the elderly. *Am Heart J* 1978; 96: 270-1.
- ¹¹ Trafford JAP, Horn CR, O'Neal H, McGonigle R, Halford-Maw L, Evans R. Five year follow up of effects of treatment of mild and moderate hypertension. *Br Med J* 1981; 282: 1111-3.
- ¹² Hypertension detection and follow up programme cooperative study. Five year findings of the hypertension detection and follow up programme I. Reduction in mortality of persons with high bloodpressure including mild hypertension. *J Am Med Ass* 1979; 242: 2562-71.
- ¹³ Veterans Administration Cooperative Study Group Anti Hypertensive Agents. Effects of treatment on morbidity in hypertension III. Influence of age, diastolic pressure and prior cardiovascular disease. *Circulation* 1972; 45: 991-1004.
- ¹⁴ Birkenhäger WH, De Leeuw PW. Therapeutic approach to hypertension in the elderly. In: Onesti G, Kim KE, eds. *Hypertension in the young and old*. New York: Grune and Stratton, 1981.

Hij is gestorven
nu is zij het die zwaait
wanneer ik wegrijd.

Ik zag haar komen
en haar gekwebbel vrezend
schoot ik de lift in.

Adem heeft ze niet
maar nog steeds staat ze er op
me uit te laten.

Triomfantelijk
stropelt hij voort tussen
twee jonge zusters.

De kleinkinderen
na het afscheid loopt hij
heel langzaam terug.

