

Riva Rocci of Riva del Garda

Het dilemma van hypertensiebehandelen op 'reguliere' of 'alternatieve' manier

J. W. VAN REE EN Th. THIEN

Voordat er sprake kan zijn van behandeling van hypertensie moet eerst de diagnose nauwkeurig worden gesteld. Vaak is het nodig de praktijkassistent hierbij in te schakelen; daarnaast kan zelfmeting door de patiënt de diagnose zekerder maken. De huisarts heeft een actieve rol in het bewaken van dit diagnostische proces. In de beslissing tot behandelen spelen – zeker bij een geringe bloeddrukstijging – ook andere risicofactoren en eventuele orgaanschade een rol. Als tenslotte wordt besloten tot behandeling, kan worden begonnen met algemene maatregelen. Als deze niet leiden tot een voldoende grote bloeddrukdaling, zal gekozen moeten worden voor een specifieke, gerichte behandeling. Van de reguliere behandeling is veel bekend: de nadelige effecten en de beperkingen, én de positieve effecten op morbiditeit en mortaliteit. Van de alternatieve behandelingen lijkt alleen (spier)relaxatie, eventueel in combinatie met transcendente meditatie, enig perspectief te bieden.

Inleiding

Hypertensie is geen ziekte. Verhoogde bloeddruk geeft wél een verhoogde kans op het ontstaan van cardio- en cerebrovasculaire ziekten en wordt daarom een 'risicofactor' genoemd. Naast hypertensie zijn er nog andere risicofactoren, zoals hypercholesterolemie, roken, adipositas en het familiair voorkomen van hart- en vaatziekten. Deze factoren beïnvloeden, meer of minder onafhankelijk van elkaar, de kans op ziekte. Hypertensie is een onafhankelijke risicofactor; het nadelig effect is dus onafhankelijk van de andere risicofactoren.

Door gelijktijdige aanwezigheid met een of meer andere risicofactoren wordt het nadelig effect van hypertensie verhoogd.¹ Ook neemt het risico bij een stijgend niveau van de bloeddruk toe. Bij het vervolgen van grote groepen mensen over langere tijd is vastgesteld dat reeds een relatief geringe stijging leidt tot statistische toename van het risico.² Uit risico-oogpunt is het dus goed om een lage bloeddruk te hebben.

Dit concept heeft er in de zestiger/zeventiger jaren toe geleid dat begonnen is met het bestrijden van 'verhoogde bloeddruk'. Uit onderzoek (bijvoorbeeld de Veterans Administration Studies) bleek namelijk dat behandeling van ernstige hypertensie zeer effectief is ter voorkoming van cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit.

Twintig jaar later bleek echter (onder meer uit de MRC-trial) dat de effecten van therapie bij geringe bloeddrukstijging beperkt zijn en dat de nadelige effecten van medicamenteuze behandeling de positieve effecten soms zelfs overtreffen. De vraag is op dit moment dan ook tot welk punt medicamenteuze behandeling niet zinvol is, en waar precies de balans doorslaat naar de andere kant.

Oorzaken van hypertensie

Het overgrote deel van de hypertensiepatiënten heeft een 'essentiële' vorm van hypertensie; wij kunnen met onze onderzoeksmethoden geen lichamelijke oorzaak vinden. In minder dan 10 procent van de gevallen is de hypertensie secundair, dat wil zeggen dat de lichamelijke oorzaak te traceren is. Meestal is er dan sprake van een nierparenchymziekte, bijvoorbeeld een zich ontwikkelende nierinsufficiëntie.

Slechts een kleine minderheid van de oorzaken is therapeutisch benaderbaar, bijvoorbeeld de nierarteriestenose of de zeldzame bijniertumor met hyperaldosteronisme. We kunnen het er dus op houden dat de meeste hypertensiepatiënten in onze huisartspraktijk een essentiële vorm van hypertensie hebben.

De belangrijkste oorzaken die aan de basis van de essentiële vorm van hypertensie zouden liggen, zijn een familiaire

belasting – die vooral genetisch wordt bepaald – en het hebben van een bepaalde karakterstructuur. Het zogenaamde type-A gedrag, de uiting van een bepaalde karakterstructuur, zou makkelijk tot hypertensie leiden. De vraag is echter in hoeverre het type-A gedrag een zelfstandige, onafhankelijke entiteit is en beschouwd kan worden als een geheel onafhankelijke risicofactor. Deze vraag is nog steeds een onderwerp van discussie: het karakter wordt immers gedeeltelijk genetisch bepaald en gedeeltelijk aangeleerd. Tenslotte zou ook een bepaalde 'gevoeligheid' voor zout (natrium) ook tot bloeddrukstijging kunnen leiden.

Al met al is dit gebied nog tamelijk onduidelijk. Waarschijnlijk gaat het bij een hypertensiepatiënt om een complex van genetische predispositie, gemodificeerd of versterkt door een bepaalde karakterstructuur en door individuele, subjectieve omstandigheden die uiteindelijk tot hypertensie leiden.

De diagnose hypertensie

De diagnose hypertensie is niet gemakkelijk te stellen, dit in tegenstelling tot wat wel wordt gesuggereerd. Juist in het gebied van bloeddrukverhoging waarmee de huisarts via zijn patiëntenpopulatie meestal te maken krijgt, is nauwkeurige diagnostiek van het allergrootste belang.

Het overgrote deel van de hypertensiepopulatie in de huisartspraktijk heeft een 'milde' hypertensie: een diastolisch bloeddruk boven 90 mm Hg (fase 5), maar niet hoger dan 100 mm Hg. De Gezondheidsraad noemt dit 'lichte' hypertensie (tabel 1).

Karakteristiek voor deze groep is, dat het risico slechts weinig verhoogd is. Door de grote aantallen nemen deze patiënten op bevolkingsniveau echter het grootste deel van de totale sterfte voor hun rekening. Behandeling van individuele patiënten uit deze groep zal in veel gevallen geen effect hebben. Voorlopig is het zo dat medicamenteuze behandeling geïndiceerd is als het niveau van de bloeddruk over langere tijd boven de 100 mmHg blijft, ondanks andere maatregelen, zoals zoutbeper-

Tabel 1 Advies inzake hypertensie behandeling Gezondheidsraad.

Benaming	Hoogste diastolische bloeddruk (mm Hg)	Advies voor behandeling
'Lichte' hypertensie	90 – 100	Controle; eventueel leefregels
'Belangrijke' hypertensie	100 – 115	Leefregels; eventueel geneesmiddelen
'Ernstige' hypertensie	≥ 115	Geneesmiddelen en leefregels

king.³ Tussen 90 en 100 mm Hg blijft het dus een wiken en wegen, gebaseerd op een zorgvuldige analyse van de situatie.

Voor een juist oordeel over het werkelijke niveau van de bloeddruk moet de huisarts zich bewust zijn van enkele factoren:

Allereerst moet hij zich vergewissen van de betrouwbaarheid van de meting zelf. Sluiten cerumenproppen de gehoorgang af? Is het gehoor verslechterd? Staat de kwikkolom bij de sphygmanometer vóór het oppompen van de manchet werkelijk op nul? Bij gebruik van de zogenaamde digitale bloeddrukmeters zijn er minstens evenveel storingen mogelijk.

Andere fenomenen die door de huisarts 'gecontroleerd' moeten worden, wil hij tot een juist oordeel komen, zijn van een andere orde. Dit zijn het 'pressor effect', de 'cuff-respons' en de 'natuurlijke variatie' van het bloeddruk-niveau.⁴ Deze worden voornamelijk bepaald door eigenschappen van de patiënt zelf. Sommige patiënten hebben, door bijvoorbeeld emotionele omstandigheden, slechts een tijdelijke bloeddrukstijging en hebben geen hypertensie. Dat is alleen vast te stellen door hen langere tijd te vervolgen. Sommige patiënten reageren op het meten van de bloeddruk met een stijging; sommigen reageren op de dokter. Zo is bekend dat een bloeddrukmeting in het ziekenhuis of op de polikliniek vaak hoger uitvalt dan in de vertrouwde huisartspraktijk. Ook is het algemeen bekend dat de assistente meestal een lagere bloeddruk meet dan de huisarts. Opvallend is dat sommige patiënten nooit wennen aan de bloeddrukmeting ('cuff-responders'). Zelfmeting is dan nodig voor een goed beeld van de werkelijke bloeddruk.

De invloed van deze factoren kan alleen worden beheerst door herhaling van metingen over langere tijd en door het toepassen van zelfmetingen door de patiënt of door het inschakelen van de praktijkassistente bij herhaalmetingen. Zeker op dit bloeddruk-niveau is te vroeg starten met behandelen niet in het belang van de patiënt. Als de huisarts zich hiervan bewust is, zal hij met de patiënt een plan afspreken om tot een nauwkeurige diagnose te komen: hij zal de bloeddruk van de patiënt voor langere tijd moeten 'monitoren'; hij zal de patiënt moeten surveilleren.

Surveillance

Veel huisartsen zijn zich nog niet voldoende bewust van het belang van sur-

veillance voor een goed diagnostisch proces. Surveillance vraagt om een soort attitude die in de huisartspraktijk nog nauwelijks is ontwikkeld. In dit geval moet de huisarts namelijk zelf initiatieven ontplooiën, zelf maatregelen nemen en afspraken met de patiënt maken om zijn doel te bereiken. Hij zal dit proces ook planmatig moeten bewaken ('monitoring').⁵

De basis hiervoor moet worden gelegd op het niveau van de praktijkorganisatie: een afspraak voor een herhaalconsult wordt direct na het consult gemaakt en vastgelegd in het afsprakenboek, en vervolgens wordt gecontroleerd of de afspraak wordt nagekomen. Bij niet nakomen wordt nieuwe afspraak gemaakt. De doktersassistente heeft hierin een belangrijke management-taak.

In feite bewaakt de huisarts op deze wijze de kwaliteit van het diagnostisch proces. Bij een geringe bloeddrukverhoging mag dat proces overigens wel een jaar duren zonder dat de patiënt te kort wordt gedaan. Deze fase kan worden gebruikt voor het verzamelen van meer informatie: hoe gaat het met de patiënt, zijn er verklaringen voor de bloeddrukverhoging? Naast de bloeddruk moet nu ook de mens met de bloeddruk onderwerp van gesprek zijn tussen huisarts en patiënt.

Starten van behandeling

Behandeling mag pas starten als de diagnose 'zeker' is. Hoe hoger de bloeddruk is, des te korter de diagnostische fase zal zijn.

Een diastolische bloeddruk beneden 105 mm Hg kan aanvankelijk met algemene adviezen worden benaderd: de patiënt kan minder zout gebruiken, meer sporten of de fiets eens vaker pakken, en zo nodig vermageren. Door eventueel te stoppen met roken wordt al

een belangrijke bijdrage geleverd aan het verlagen van het risico.

Bij een blijvende diastolische bloeddrukstijging boven de 100 mm Hg moet echter worden gestart met een specifieke behandeling. Uit interventiestudies blijkt dat behandeling van patiënten met een diastolische bloeddruk boven 100 mm Hg positieve effecten heeft op morbiditeit en mortaliteit. Ook beneden het niveau van 100 mm Hg kan soms tot behandeling worden besloten. In sommige gevallen – bij patiënten met ook andere belastende risicofactoren – kan de balans naar behandelen doorslaan.

Goed hanteerbare toepassingsregels van dit principe van multifactoriële risicobenadering, gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek, zijn er voor de huisarts niet. Samen met de afdeling Interne Geneeskunde van het St. Radboud Ziekenhuis ontwikkelden wij daarom een praktisch bruikbaar schema (tabel 2), waardoor de beslissing om al of niet te gaan behandelen redelijk verantwoord kan worden genomen.

Het schema is gebaseerd op gegevens uit buitenlandse epidemiologische studies. Hierin zijn 'risicoscores' vastgesteld, die een kans op ziekte-ontwikkeling weergeven.¹ Deze scores zijn niet zonder meer toepasbaar voor de Nederlandse situatie. Wij gebruiken hier een methode waarbij de erkende risicoverhogende factoren worden opgeteld. Als een bepaald aantal risicopunten samen gaat met een minder of meer verhoogde bloeddruk, wordt iemand in de hoogste risicogroep ingedeeld. Het zal duidelijk zijn dat de aandacht in deze gevallen eerder gericht moet zijn op de beïnvloedbare additionele factoren dan op specifieke behandeling van de bloeddruk.

Een belangrijke reden om ook bij een geringe bloeddrukverhoging te gaan behandelen, is de aanwezigheid van scha-

Tabel 2 Puntensysteem bij patiënten met een lichte (essentiële) hypertensie (een gemiddeld diastolische bloeddruk tussen de 90-100 mm Hg, gedurende ten minste drie consulten).

Risicofactor	Score
Systolische bloeddruk boven 165 mm Hg	1
Diastolische bloeddruk boven 95 mm Hg	1
Mannelijk geslacht	1
Leeftijd tot 45 jaar	1
Familiaire belasting	1
Roken	2
Overgewicht van meer dan 10%	1
Cholesterol verhoogd	1
Diabetes mellitus	1
Orgaanschade (bv. linkerventrikelhypertrofie)	2

Behandelen bij score 5 + diastolische bloeddruk 90-94 mm Hg, of bij score 4 + diastolische bloeddruk 95-99 mm Hg.

de aan hart en nieren.⁶ Juist bij deze patiënten is een positief behandelingseffect te verwachten. Op latere leeftijd is bloeddrukverlaging meestal risicovol en moet een eventuele hypertensiebehandeling met grote omzichtigheid gebeuren. Een beslissing daartoe kan bijvoorbeeld gerechtvaardigd zijn bij een 70-jarige hypertensiepatiënt met decompensatio cordis. Bij afwezigheid van dergelijke verschijnselen is het nut van behandeling op deze leeftijd twijfelachtig.

Doel van de behandeling

Het uiteindelijke doel van hypertensiebehandeling is het zoveel mogelijk 'normaliseren' van het cardiovasculaire risico van de patiënt; dat wil zeggen dat het individuele risico zoveel mogelijk in overeenstemming komt met het risico van de (fictieve) gemiddelde persoon van gelijke leeftijd en geslacht die deze extra risicofactoren niet heeft.³ We denken dit te kunnen bereiken door een min of meer permanente verlaging van de bloeddruk.

In hoeverre dit ook opgaat voor de grote groep 'lichte' hypertensiepatiënten, is echter niet duidelijk. Vast staat in ieder geval, dat een medicamenteuze behandeling bij patiënten met een lichte bloeddrukverhoging die niet leidt tot een daling van de diastolische bloeddruk onder de 90 mm Hg, niet of nauwelijks zin heeft.⁷ Een eventuele geringe winst op cardiovasculair gebied gaat verloren door de negatieve bijwerkingen van behandeling.

De gewenste bloeddrukdaling hoeft niet van vandaag op morgen te worden behaald. Dit doel moet worden bereikt door de patiënt systematisch te volgen, eventueel gedurende maanden. En soms lukt het ook dan niet om het gewenste niveau te bereiken.

Tijdens de herhaalde contacten zal niet alleen de bloeddruk aan de orde moeten komen, maar ook hoe de patiënt zich voelt, waar er problemen zijn, bijvoorbeeld wat betreft het volgen van de adviezen, enz. Dus ook hier weer het tweesporenbeleid.

Algemene adviezen

De basis van iedere behandeling wordt gevormd door zogenaamde algemene adviezen: gebruik minder zout, neem meer lichaamsbeweging, ga zo nodig vermageren. Gebruik géén drop. En stop met roken.

Als waarschijnlijk is dat 'stress' een rol speelt bij de bloeddrukstijging, dan

moet voorlopig met deze adviezen worden volstaan, mits de bloeddruk nauwkeurig wordt gecontroleerd. Ook tijdens deze afwachtende fase kan de huisarts van zijn specifieke mogelijkheid gebruik maken om de mens achter de bloeddruk te ontdekken. In deze fase vallen alle door de patiënt te nemen gezondheidsbevorderende maatregelen: zo mogelijk de stress verminderen, zo nodig een vakantie aan het Gardameer. In deze fase vallen ook de keuzen die de patiënt moet maken om zijn gezondheid te bevorderen. Voor deze keuzen moet de huisarts hem stellen.

Al deze maatregelen kunnen vaak niet voorkomen dat uiteindelijk toch met een specifieke behandeling moet worden gestart. De vraag is dan: welke behandeling? Grofweg kunnen we twee soorten behandeling onderscheiden die we voor het gemak de 'reguliere' en de 'alternatieve' behandeling zullen noemen.

'Reguliere' behandeling

Van de specifieke reguliere behandeling is ons het meeste bekend. Meestal wordt hiermee een medicamenteuze behandeling bedoeld. Afhankelijk van de hoogte van de bloeddruk en het bereikte resultaat bestaat deze uit het dagelijks volgens voorschrift innemen van een of meer bloeddrukverlagende medicamenten.

Het op dit moment geldende regime voor een adequate medicamenteuze behandeling bestaat uit een stapsgewijze opbouw, waarbij begonnen wordt met een lage dosering van een medicament. Bij uitblijven van resultaat moet allereerst in alle openheid worden besproken in hoeverre de patiënt in staat is de medicamenten volgens voorschrift in te nemen, voordat aan verhoging van de dosis of uitbreiding van de medicatie wordt begonnen. Gestreefd moet worden naar de laagste dosering die nog effectief is, omdat de bijwerkingen duidelijk dosis-gerelateerd zijn. Voor iedere patiënt moet een optimale medicatie worden gezocht. Combineren met anders werkende medicamenten is soms nodig. Meteen voorschrijven van een combinatiepreparaat moet worden ontreden, omdat de manoeuvreerbaarheid bij het instellen van de behandeling wordt beperkt. Op de volgende pagina wordt een bruikbaar behandelingsschema gepresenteerd. Een dergelijke behandeling, mits goed uitgevoerd en voldoende lang volgehouden, levert positieve resultaten op.³

Bekend is dat een dergelijke behandeling bijwerkingen heeft, die voor de betrokkene zeer vervelend kunnen zijn en aanleiding kunnen geven tot het afbreken van de behandeling.⁸ Ook wordt als nadeel van de reguliere behandelingswijze de passieve rol van de patiënt genoemd; hij hoeft alleen maar wat te slikken. In ieder geval zijn er blijkbaar voldoende redenen voor veel patiënten en artsen om te kiezen voor een andersoortige behandeling waarbij de bijwerkingen afwezig (zouden) zijn en de patiënt actief bij de behandeling betrokken is: de alternatieve methoden.

'Alternatieve' behandeling

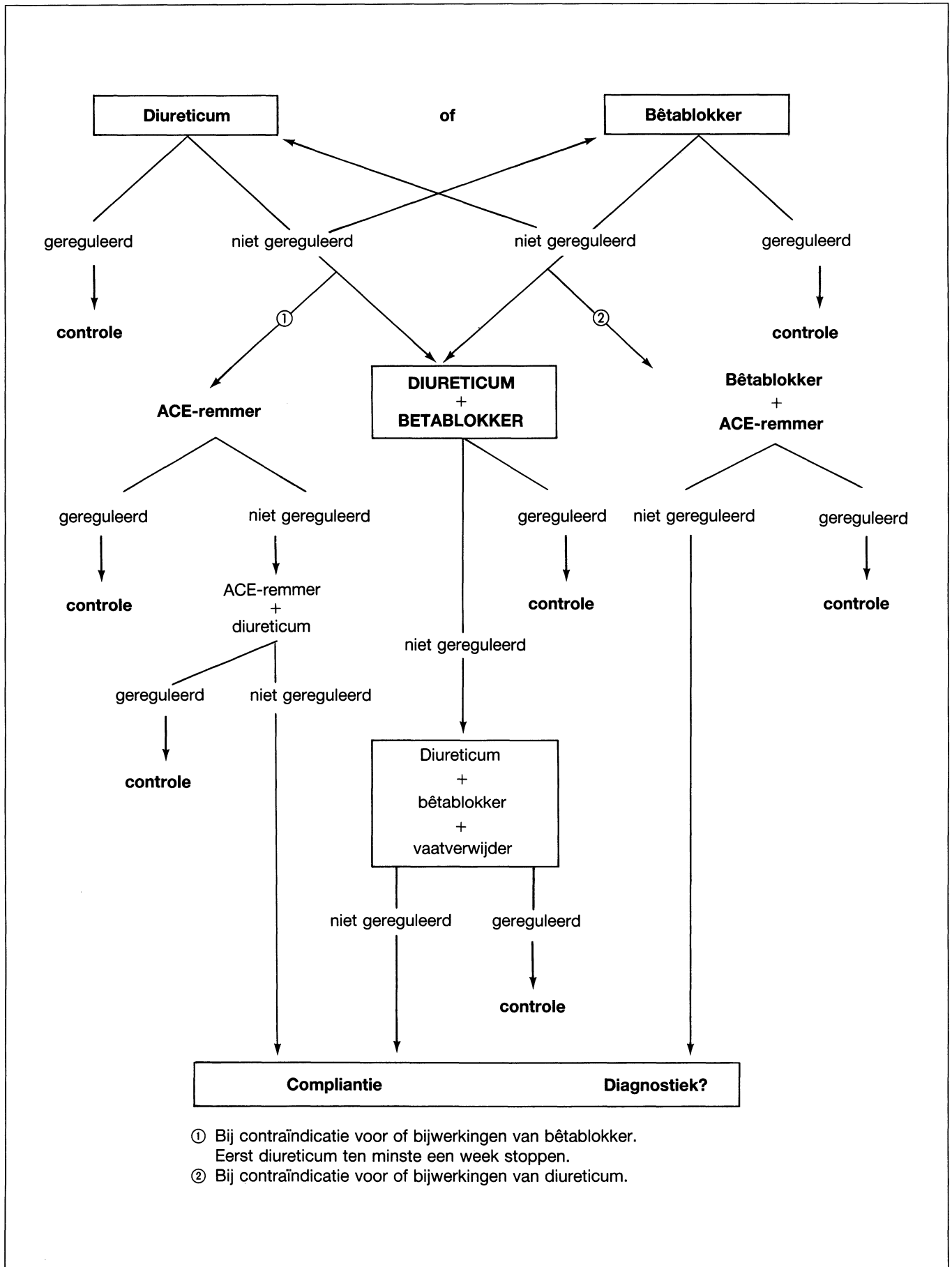
Een oordeel geven over de alternatieve methoden is niet zo gemakkelijk. Na deel van deze methoden is dat ze vaak onduidelijk gedefinieerd zijn en dat er weinig betrouwbare gegevens bekend zijn over het uiteindelijke effect op de bloeddruk, laat staan over het uiteindelijke effect op de morbiditeit en mortaliteit.⁹ Het aantal methoden is legio en het aangrijpingspunt van de behandeling ligt op verschillende gebieden: van minder (of meer) elektrolytengebruik (K⁺, CA²⁺, Mg²⁺) tot een op 'ontspanning' gerichte aanpak via een combinatie van een aantal relaxatietechnieken inclusief yoga en transcendente meditatie. Voor zover er al verantwoord wetenschappelijk onderzoek is verricht, is een observatieperiode van meer dan 12 maanden zeer zeldzaam.¹⁰

Relaxatie schijnt te kunnen leiden tot een daling van de bloeddruk: zo is hiermee een daling van de diastolische bloeddruk van 5 mm Hg beschreven; meestal is de bereikte daling echter veel geringer. Een combinatie van relaxatie met methoden als transcendente meditatie of yoga geniet de voorkeur: bij een 'basket approach' is meer effect te verwachten dan bij een benadering met maar één soort relaxatietechniek.¹²

Een dergelijke alternatieve therapie is serieus te overwegen bij lichte vormen van hypertensie waarbij de individuele risico's beperkt zijn en de individuele bijwerkingen van geneesmiddelen aanzienlijk kunnen zijn.¹¹ Ook als een patiënt opziet tegen het gedurende lange tijd innemen van medicamenten, is een alternatieve therapie in overweging te geven.

Het zal duidelijk zijn dat een dergelijke behandeling, die in feite neerkomt op persoonsverandering of minstens aanzienlijke gedragsverandering ('deconditioneren'), niet eenvoudig is. Ook een alternatieve therapie zal het dagelijks

Behandelingschema bij hypertensie



leven van de patiënt sterk veranderen en niet zonder bijwerkingen zijn, al zijn het in dit geval maatschappelijke of psychosociale bijwerkingen. Als de 'alternatieve behandeling' bestaat uit een meer of minder lang durende vakantie aan het genoemde Lago di Garda of een andere in de verte lokkende vakantiebestemming, dan zal het uiteindelijke effect op de bloeddruk te verwaarlozen zijn.

Als huisarts ervaar ik nog een ander probleem: het feit dat onder de alternatieve therapeuten veel kaf onder het koren zit. De kwaliteit varieert van verantwoord handelende begeleiders tot door (bij)geloof gedreven wereldhervormers. Omdat het beroep onbeschermd is, is hun handelen oncontroleerbaar en bestaan voor deze markt geen kwaliteitseisen. Voor artsen trouwens ook nauwelijks.

Enige kwaliteit lijkt mij aanwezig in het 'yoga-circuit'. Sommige fysiotherapeuten hebben belangstelling voor dit soort relaxatietechnieken, zodat hier mogelijk enige kwaliteitsbewaking kan ontstaan. Voorlopig is het echter nog een chaotische lappendeken van soorten en kwaliteiten.

Verantwoordelijkheid huisarts

Als de patiënt heeft gekozen voor een alternatieve behandeling, eindigt de verantwoordelijkheid van de huisarts daarmee niet. De huisarts heeft immers de diagnose gesteld en een behandeling nodig geacht. Hij en de patiënt zullen samen de verantwoordelijkheid moeten nemen voor regelmatige bloeddrukcontrole om een zeker schadelijke bloeddrukstijging te kunnen opmerken. Zo zal een stijging boven de 105 mm Hg diastolisch, ondanks allerlei alternatieve maatregelen, op een bepaald moment moeten leiden tot de beslissing om te starten met een reguliere, medicamenteuze behandeling. Enig goed overleg is in dit soort situaties wel nodig; dan is er eerder sprake van behandeling van de patiënt dan van behandeling van de bloeddruk.

Een dergelijke beslissing werd door een van mijn patiënten, die aanvankelijk had gekozen voor een alternatieve behandeling, ervaren als een verlossing. De belasting van het dagelijks leven was door de alternatieve behandeling zo groot geworden, dat normaal functioneren binnen zijn werk- en leefwereld niet goed meer mogelijk was. Een eenvoudige

enkelvoudig medicament had binnen een maand voldoende bloeddrukdaling tot gevolg, mogelijk mede doordat de gedeeltelijk gehandhaafde alternatieve maatregelen een additioneel effect hadden. Ongewenste bijwerkingen werden niet gesignaleerd.

¹ Kannel WB. Some lessons in cardiovascular epidemiology from Framingham. *Am J Card* 1976; 37: 269-82.

² Anonymous. Build and Blood Pressure Study. Chicago: Society of Actuaries, 1959.

³ Gezondheidsraad. Advies inzake hypertensie. 's Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1983.

⁴ Van Montfrans GA. Continuous ambulatory bloodpressure registration in uncomplicated hypertension: cuff-responders and bloodpressure variability [Dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1984.

⁵ Van Ree JW, Van den Bosch WJVM, Rutten GEHM. Praktijkmanagement en hypertensiebeleid. *Huisarts Wet* 1985; 28: 133-6.

⁶ HDFFP-cooperative Group. Five years findings of the Hypertension Detection and Follow-up Program. I. Reduction in mortality of persons with high bloodpressure, including mild hypertension. *JAM*