

Screening op verhoogd serumcholesterol?

Het beleid ten aanzien van preventie is een combinatie van bewezen nut en geloof, waarbij de geschiedenis van screening leert dat het vaak meer om geloof gaat dan om onomstotelijke evidentië.¹ Er is een duidelijke pendelbeweging in de appreciatie van screening. Na het blinde enthousiasme van de jaren vijftig en zestig kwam – soms al te eenzijdig – de kritiek los op ‘de medische technologie’ in het algemeen en ‘de medicalisering’ ten gevolge van screening in het bijzonder. De laatste jaren lijkt een synthese te groeien; in elk geval worden in toenemende mate synthese-methoden, zoals de kosten-effectiviteitsanalyse, gebruikt om zowel de gewenste en ongewenste effecten als de kosten en besparingen van bevolkingsonderzoek op een samenhangende manier in kaart te brengen.

Op dit moment is de screening op hypercholesterolemie aan de orde. Veel pressie gaat daarbij uit van twee nieuwe ontwikkelingen: een potentieel zeer belangrijke doorbraak in de farmacotherapie met het beschikbaar komen van een nieuwe generatie cholesterolsynthese-remmers, en de opkomst van ‘klaar-terwijl-u-wacht’-mogelijkheden om het cholesterolniveau te bepalen.

Indicaties

Vier decennia van intensief epidemiologisch onderzoek hebben steeds duidelijker gemaakt dat de consumptie van verzadigd vet en de daarmee samenhangende verhoging van het serumcholesterolgehalte direct verband houden met de incidentie en sterfte aan coronaire hartziekten. Duidelijke gegevens over gunstige effecten van een verlaging van het cholesterol op het optreden van coronaire hartziekten hebben echter lang ontbroken. Een verhoogd cholesterol werd vooral beschouwd als een extra argument voor interventie ten aanzien van andere risicofactoren voor hart- en vaatziekten. Roken en verhoogde bloeddruk lijken zich sterker te doen gelden wanneer ze samen met verhoogd cholesterol voorkomen.

Enkele recente studies laten er weinig twijfel over bestaan dat het serumcholesterol van causale betekenis is bij het ontstaan van coronaire hartziekten,²⁻⁴ en de vraag is welke consequenties voor het beleid aan deze uitkomsten moeten worden verbonden.

In verschillende landen is hierover een consensusprocedure gehouden. In Nederland lijkt er eenstemmigheid over te bestaan dat cholesterolbepalingen alleen op indicatie zinvol kunnen zijn, en dat medicamenteuze behandeling vooralsnog gereserveerd dient te blijven voor uitzonderingssituaties.^{5,6} De Canadezen delen deze gereserveerde opstelling.⁷ In de Verenigde Staten is daarentegen al in 1985 een grootscheeps ‘National Cholesterol Education Program’ gelanceerd; in dit kader wordt gepropageerd om alle personen van 20 jaar of ouder te screenen.⁹ Ook de European Atherosclerosis Society staat massale screening voor.⁶ In het Verenigd Koninkrijk tenslotte bestaat op dit moment nog geen nationale consensus.⁸

Hypertensie in de jaren zeventig

De discussie die thans wordt gevoerd, zal velen bekend voorkomen. In de jaren zeventig is op vergelijkbare wijze gestreden over de opsporing en behandeling van hypertensie. Op tal van punten bestaan er overeenkomsten tussen beide risicofactoren:

- er is een continue relatie tussen enerzijds meetniveau en anderzijds cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit en de totale sterfte, terwijl een duidelijk afkappunt ontbreekt;
- het gaat om een asymptomatische aandoening die alleen door actieve opsporing kan worden aangetoond;
- het beschikbaar komen van krachtige medicamenten genereert de vraag welke groep in aanmerking komt voor therapie;
- de effectiviteit van medicamenteuze behandeling is feitelijk slechts aangetoond voor een kleine subgroep (vooral mannen van middelbare leeftijd met ernstig verhoogde waarden).

Er zijn heftige debatten gevoerd over de betrouwbaarheid en validiteit van meetwaarden, over het belang van niet-medicamenteuze maatregelen ter beïnvloeding van de bloeddruk, over de indicaties voor farmacotherapie, over de iatrogene effecten van screening en interventie, over de toelaatbaarheid van zelfmeting, en over het belang van compliantie. In de praktijk hebben de protagonisten van rigoureuze opsporing en behandeling aan het langste eind getrokken.

De gezondheidszorg ziet nu geconfronteerd met de gevolgen hiervan. Slechts enkele procenten van de bevolking hebben gedurende langere tijd een dermate hoge bloeddruk dat medicamenteuze behandeling is aangewezen. Niettemin zou bij ten minste een kwart van de bevolking ooit een te hoge bloeddruk zijn vastgesteld, terwijl de helft van deze groep onder behandeling is of is geweest.¹⁰ Negen op de tien artsen beginnen een medicamenteuze behandeling al bij een lichte hypertensie (diastolische druk 90-104 mm Hg).¹¹ Intussen zijn er steeds meer aanwijzingen dat een te straf bloeddrukverlagend regime het risico op myocardinfarct verhoogt.¹²

Hypertensie is de meest gestelde diagnose in de huisartspraktijk. In verscheidene landen, waaronder Nederland, behoren antihypertensiva tot de top-5 meest voorgeschreven medicamenten. De verontrustende toename van de kosten voor deze groep is onder meer in Nieuw-Zeeland en West-Duitsland gedocumenteerd; deze blijkt grotendeels te moeten worden toegeschreven aan het op de markt komen van nieuwe antihypertensiva en veranderende voorschrijfpatronen.¹³ De toch al niet zo gunstige kosten-effectiviteit van medicamenteuze behandeling bij lichte tot matige hypertensie wordt allerminst verbeterd met de medicamenten die in de jaren tachtig ingeburgerd zijn geraakt: de kosten per gewonnen levensjaar liggen voor middelen als prazosin en captopril ongeveer een factor 6 hoger dan voor propranolol.¹⁴ De les is dat een grote geneeskundige inspanning en een respectabel (en nog steeds groeiend) deel van de financiële middelen terechtkomen bij mensen die daar nauwelijks baat bij hebben.

Deze regelrechte aanslag op de doelmatigheid van de gezondheidszorg heeft sterk te maken met de fixatie op screening, onzorgvuldige selectie van kandidaten voor farmacotherapie en volstrekt onvoldoende aandacht voor de invloed van eet- en drinkgewoonten op de bloeddruk.

Cholesterol in de jaren negentig

De vergelijkbaarheid met hypertensie maakt het aannemelijk dat een onbezonnene implementeren van met name Amerikaanse opvattingen over cholesterol tot gelijksoortige toestanden zullen leiden. Nederlandse huisartsen neigen minder tot het aanvragen of verrichten van laboratoriumbepalingen en tot het voorschrijven van medicamenten dan veel van hun buitenlandse collegae. Ze lijken ook minder bereid preventie als geloof te omarmen. Dat moge de actuele gevaren beteugelen, maar het vormt geen werkbare basis. Richtlijnen voor gewenst handelen dienen te zijn gebaseerd op een correcte interpretatie van beschikbare onderzoeksresultaten. Medisch-generalistische overwegingen met een duidelijke afweging van gezondheidswinst en -verlies komt daarbij een centrale plaats toe.

In recente rapporten uit Nederland en Canada wordt een behoedzame werkwijze aanbevolen.⁵⁻⁷ De Staatssecretaris van Volksgezondheid heeft laten weten dat hij het advies van de Gezondheidsraad zal volgen en massale screening op cholesterol afwijst.⁶

Juist ook voor preventie geldt het Hippocratische adagium 'primum non nocere'. Massale screening en grootscheeps voorschrijven van medicamenten waarvan nota bene de effectiviteit en veiligheid op langere termijn nog moeten worden onderzocht, vormen een onverantwoorde sprong in het duister. Elke arts behoort te weten dat de weg van de medicamenteuze beïnvloeding van het serumcholesterolgehalte tot dusver geplaveid is geweest met rampspoed. De eerste generatie cholesterolsyntheseremmers vormt hierop geen uitzondering. Triparanol veroorzaakte ernstige bijwerkingen (cataract, ichthyosis, alopecia) en ontsprong de dans slechts doordat alle aandacht gericht was op het thalidamide-drama. Compactine is om nog steeds duistere redenen plotse-ling uit de markt genomen.

Sinds de jaren tachtig kristalliseert zich steeds duidelijker als beleidslijn uit 'preventietherapie' te beperken tot mensen met een buitengewoon hoog risico, en daarnaast een veel zwaarder accent te leggen op algemene preventie, gericht op de

gehele bevolking.^{15 16} Het is niet te hopen dat deze bezonnene synthese overspoeld wordt door nieuwe iatrogene overkill.

W.A. van Veen
C. van Weel

- ¹ Reiser SJ. The emergence of the concept of screening for disease. World Health Forum 1980; 1: 99-104.
- ² Martin MJ, Huley SB, Browner WS, et al. Serum cholesterol, blood pressure and mortality: implications from a cohort of 361,662 men. Lancet 1986; ii: 933-6.
- ³ Lipid Research Clinics Program. The lipids research clinic coronary primary prevention trial results. II. The relationship of reduction in incidence of coronary heart disease to cholesterol lowering. JAMA 1984; 251: 365-74.
- ⁴ Frick MH, Elo O, Haapa K, et al. Helsinki heart study: primary-prevention trial with gemfibrozil in middle-aged men with dyslipidemia. New Engl J Med 1987; 317: 1237-45.
- ⁵ Erkelens DW. Cholesterol-consensus in Nederland. Ned Tijdschr Geneesk 1987; 131: 1564-9.
- ⁶ Gezondheidsraad. Advies inzake cholesterol. 's-Gravenhage: Gezondheidsraad, 1990.
- ⁷ Toronto Working Group on Cholesterol Policy. Detection and management of asymptomatic hypercholesterolemia. Toronto, Ontario: Ministry of Health, 1989.
- ⁸ Leitch D. Who should have their cholesterol concentrations measured? What experts in the United Kingdom suggest. Br Med J 1989; 298: 1615-6.
- ⁹ Wilson PWF, Christiansen JC, Anderson KM, Kannel WB. Impact of national guidelines for cholesterol risk factor screening. JAMA 1989; 262: 41-4.
- ¹⁰ Van Loo JML, Drenthen AJM, Peer PGM, Thien ThA. Controle bij gerapporteerde bloeddrukverhoging. Huisarts Wet 1986; 29: 339-42, 350.
- ¹¹ Thomson GE, Alderman MH, Wassertheil-Smoller S, et al. High blood pressure diagnosis and treatment. Am J Public Health 1981; 71: 413-6.
- ¹² Aagaard GN. Risk of overtreatment of hypertension. J Fam Practice 1989; 28: 665-6.
- ¹³ Kawactie J, Malcolm LA. The rising expenditure on antihypertensive drugs in New Zealand, 1981-1987. Health Policy 1989; 12: 275-84.
- ¹⁴ Edelson JT, Weinstein MC, Tosteson ANA, et al. Long-term cost-effectiveness of various initial monotherapies for mild to moderate hypertension. JAMA 1990; 263: 407-13.
- ¹⁵ Rose G. Preventive cardiology: what lies ahead? Prev Med 1990; 19: 97-104.
- ¹⁶ Stuurgroep Goede voeding. Jaarverslag 1989. Rijswijk: Ministerie van WVC, 1990.