

**Redactiecommissie**

F.J. Meijman, arts, voorzitter
Prof. dr. B. Meyboom-de Jong
W.A. van Veen, arts
Prof. dr. H.G.M. van der Velden
Prof. dr. C. van Weel
Dr. J. De Maeseneer, adviseur

Eindredactie

Drs. E.A. Hofmans/Editekst
Postbus 49, 8200 AA Lelystad
Telefoon 03200 - 41 891

Redactiesecretariaat

Mevrouw C. Bakker-Bosman
Lomanlaan 103,
3526 XD Utrecht
Postbus 3176, 3502 GD Utrecht
Telefoon 030 - 881 700
Fax 030 - 870 668

**Nederlands Huisartsen
Genootschap**

Lomanlaan 103,
3526 XD Utrecht
Postbus 3231, 3502 GE Utrecht
Telefoon 030 - 881 700
Fax 030 - 870 668

Uitgeverij/advertentie-exploitatie

Bohn Stafleu Van Loghum bv,
Postbus 246, 3990 GA Houten
Telefoon 03403-95711
Advertenties behoeven de goed-
keuring van de redactiecommissie.
Inzenden aan de uitgeverij.

Abonnementen

Intermedia bv, Postbus 4,
2400 MA Alphen a/d Rijn
Telefoon 01720-66811
Binnenland NLG 125,60 per jaar.
België BEF 2.657 per jaar.
Overig buitenland NLG 175,-
per jaar.
Studenten NLG 72,25 per jaar.
Losse nummers NLG 13,50.
Huisarts en Wetenschap
verschijnt 13 x per jaar.
Opzeggingen dienen ten minste
twee maanden voor de aanvang
van een kalenderjaar te worden
gericht aan Intermedia bv.

Adreswijzigingen

NHG-leden aan het NHG-
bureau; overige abonnees aan
Intermedia bv.

Druk

Verweij bv, Mijdrecht.



Lid van de Nederlandse
Organisatie van
Tijschrift-Uitgevers
NOTU.

ISSN 0018-7070

Veranderende opvattingen en de NHG-standaard Hypertensie

Nog niet zo lang geleden moest voor de behandeling van hypertensie worden gegrepen naar grillige farmaca als hexamethoniumderivaten, of naar chirurgische ingrepen zoals sympathectomie, en pas eind jaren vijftig kwam de behandeling van hypertensie – en daarmee de preventie van hart- en vaatziekten – binnen het bereik van huisartsen.¹ Twintig jaar later publiceerde een groep huisartsen en specialisten aanbevelingen voor het beleid van de huisarts bij hypertensie.² Deze 'NHI-richtlijnen', tot standgekomen op initiatief van Chris Bruins, vormden de eerste 'consensus' in medisch Nederland.

Nu – veertien jaar later – heb ik het genoegen de NHG-standaard Hypertensie te mogen inleiden.³ Het is een goede zaak dat de veranderende opvattingen over opsporing, indicatiestelling en behandeling hun weerslag hebben gevonden in deze standaard. Enkele aspecten daarvan wil ik eruit lichten.

Opsporing

Er zijn talloze discussies gevoerd en onderzoeken verricht met betrekking tot de wenselijkheid, geoorloofdheid en uitvoerbaarheid van screening op hypertensie en er is een ware controverse ontstaan tussen evangelisten en sceptici. Het is dan ook niet verwonderlijk dat het veel moeite heeft gekost tot consensus te komen op dit punt. Als compromis is besloten dat de opsporing wordt beperkt tot case-finding naar hypertensie bij spreekuurbezoekers die al bekend zijn met een verhoogd risico op cerebrovasculaire accidenten (of coronaire hartziekten). Daarbuiten wordt alleen case-finding aanbevolen bij manlijke spreekuurbezoekers van 55 tot 65 jaar bij wie de laatste bloeddrukmeting langer dan drie jaar tevoren heeft plaatsgehad.

De terughoudendheid van dit beleid in vergelijking met eerdere aanbevelingen valt zeker te waarden. Ook het streven naar een breed draagvlak voor de standaard kan op begrip rekenen. Maar bij een volgende versie van de standaard zou toch nadrukkelijk de vraag betrokken moeten worden of het probleem nu eigenlijk gelegen is in een te kort schietende opsporing, of in het handelen van huisartsen ná het vaststellen van een verhoogde bloeddruk. Nog afgezien van de wenselijkheid van screening onder personen die niet al bekend zijn met een verhoogd risico, is het de vraag of opsporing nog wel nodig is. Bij praktisch iedereen is weleens de bloeddruk gemeten, en in acht van de tien gevallen gaat het om een meting van niet langer dan twee jaar geleden. En een kwart (!) van de volwassen bevolking

Van Veen WA. Veranderende opvattingen en de NHG-standaard Hypertensie [Commentaar]. Huisarts Wet 1991; 34(8): 361-3.

rapporteert desgevraagd dat ooit een verhoogde bloeddruk is vastgesteld.⁴

Is de discussie over opsporen van hypertensie niet zo langzamerhand achterhaald?

Wat heet hypertensie?

Uiterst belangrijk zijn de aanbevelingen om het vaststellen van lichte of matige hypertensie te baseren op een voldoende aantal metingen gedurende enkele maanden, om de bloeddrukmeter jaarlijks te laten iken (wet op de medische hulpmiddelen!), en om ernst te maken met een nauwkeurige bloeddrukbevestiging. Dat hier ingrijpende veranderingen geboden zijn, bevestigt het onderzoek van *Van Kruysdijk* onder bijna 3600 hypertensiepatiënten in veertig huisartspraktijken. Bij 58 procent van deze patiënten bleken slechts één of twee metingen genoteerd voordat medicamenteuze behandeling was ingesteld. Het is dan ook niet verwonderlijk dat de medicatie met succes kon worden gestaakt bij 44 procent van degenen die bereid waren aan het experiment deel te nemen. Minstens even opmerkelijk was, dat slechts een deel van de in aanmerking komende patiënten het 'stop'-experiment aandurfde, en dat velen op oneigenlijke gronden de medicatie hervatten.⁵

De ingeslepen gewoonte om te volstaan met één of twee metingen was adequaat toen het ging om ernstige of maligne hypertensie, waarbij tijdverlies uit den boze was. Bij lichte of matige bloeddrukverhoging moet het volstaan met één of twee metingen nu toch wel als een kunstfout worden beschouwd.

Het belang van een betere classificatie van personen die in aanmerking komen voor behandeling wordt – achteraf navrant – geïllustreerd door de 'mild hypertension trials'. In de onbehandelde placebogroep van de Australian National Blood Pressure Study was de initiële bloeddruk gemiddeld 158/102 mm Hg; vier maanden later lag het niveau belangrijk lager: op 145/92 mm Hg.⁶ In de eveneens onbehandelde placebogroep van de MRC-trial in Engelse huisartspraktijken was de initiële bloeddruk vrijwel even hoog als in de ANBP Studie, en ook daar 'daalde' de gemiddelde bloeddruk vooral tijdens de eerste maanden. Bij de jaarlijkse controles had steeds een aanzienlijk deel (38-50 procent) een diastolische druk lager dan 90 mm Hg.⁷ Anderzijds moet

wel worden opgemerkt dat in beide studies 12 procent van de controlegroep een diastolische druk van 110 mm Hg of hoger te zien gaf in de loop van de observatieperiode.^{6,7}

Het gegeven dat er al een verhoogd risico is bij een eenmalig verhoogde bloeddruk, geldt voor *groepen*; vertaling zonder meer van deze waarneming naar *individuele* diagnostiek leidt tot een aanzienlijke misclassificatie. Voor sanering van het 'hypertensie'-bestand hebben de NHG-standaard en het onderzoek van *Van Kruysdijk* een goede basis gelegd.^{3,5}

Richtlijnen therapie

Leidende principes van de Standaard op het punt van de therapie zijn: meer gewicht geven aan adviezen over leefstijl en voedingsgewoonten, en een striktere toepassing van medicamenteuze behandeling. Ook hier moeten soms forse discrepanties tussen wens en werkelijkheid worden overbrugd.

Gezien de verdelingscurve van bloeddrukwaarden in de bevolking zijn er veel meer mensen die in aanmerking komen voor uitsluitend niet-medicamenteuze advisering dan voor aanvullende farmacotherapie. Het paradoxale is dat van degenen die wegens hypertensie door de huisarts worden gecontroleerd, 75 à 85 procent medicamenteus wordt behandeld.⁵ Een striktere indicatiestelling voor medicamenteuze therapie is geboden. Voor de niet-medicamenteuze advisering is het nog van belang te wijzen op de literatuur van het laatste decennium over risicofactoren voor CVA. Hierin komt steeds duidelijker naar voren dat roken, vooral in combinatie met hoge bloeddruk, en verder overmatig alcoholgebruik, verhoogd serumcholesterolgehalte en forse adipositas belangrijke risicofactoren zijn voor CVA.⁸ Bovendien zijn er aanwijzingen dat roken en forse adipositas het effect van medicamenteuze behandeling kunnen doorkruisen.^{6,7}

In de praktijk wordt medicamenteuze behandeling doorgaans al ingesteld bij een diastolische bloeddruk van 100 mm Hg of lager.⁸ In de Standaard wordt medicamenteuze behandeling beneden 100 mm Hg niet gewenst geacht, en bij 100-104 mm Hg alleen geadviseerd indien nog twee additionele risicofactoren aanwezig zijn. Deze striktere indicatiestelling komt *beter* dan de huidige praktijk tegemoet aan het vereiste dat in een voldoende aantal gevallen individueel profijt van behandeling moet zijn te verwachten om de nadelen ervan te kunnen rechtvaardigen. Of hiermee *voldoende* tegemoet gekomen wordt aan het vereiste, is nog de vraag.

In dit verband wil ik kort ingaan op de individuele profijtkans. Uitgedrukt als het aantal personen dat gedurende vijf jaar moet worden behandeld om één CVA te voorkomen, varieert dat aantal op middelbare leeftijd van circa 500 bij lichte hypertensie, en 50 à 80 bij matige hypertensie, tot minder dan 50 bij ernstige hypertensie.^{6,7,10} De incidentie van CVA en, in samenhang daarmee, ook de individuele kans op profijt van hypertensiebehandeling stijgen belangrijk met de leeftijd. In de MRC-studie (gemiddelde leeftijd 52 jaar, diastoli-

sche bloeddruk 98 mm Hg) moesten 170 personen vijf jaar behandeld worden om één CVA te voorkomen.⁷ In het onderzoek van de Britse huisartsen *Coope & Warrender* (gemiddelde waarden 69 jaar en 99 mm Hg) was dat aantal 20.¹¹ Op grond van de MRC trial is geschat dat voor mannen op middelbare leeftijd met matige hypertensie (als voorbeeld wordt gegeven: 160/100 mm Hg) de profijtkans nog sterk kan variëren. Afhankelijk van het aanwezig zijn van additionele risicofactoren loopt het aantal mannen dat vijf jaar moet worden behandeld om één CVA te voorkomen, uiteen van 4 tot 400.¹²

Deze gegevens zijn uiteraard slechts indicatief voor de situatie in Nederland (zo is de incidentie van CVA in het Verenigd Koninkrijk hoger dan in Nederland). Ze houden wel een pleidooi in om ook bij matige hypertensie een restrictief beleid te voeren, en medicamenteuze behandeling vooral te reserveren voor mannen en vrouwen met additionele risicofactoren. Daartoe behoren in elk geval een leeftijd tussen 55 en 75 jaar, en aanwijzingen voor bestaande cardiovasculaire schade, zoals *decompensatio cordis*, *angina pectoris*, een doorgemaakt infarct, TIA of CVA. Het rendement van medicamenteuze behandeling van jongere vrouwen met matige hypertensie zonder additionele risicofactoren is nog steeds twijfelachtig. Het is zeer de vraag of die twijfel ooit kan worden weggenomen, gezien de lage incidentie van CVA onder vrouwen op middelbare leeftijd.

Farmaca

Hypertensie is nog steeds een groeimarkt. In de periode 1965-1980 verdrievoudigde de prevalentie van hypertensie in de huisartspraktijk, van 2 naar 6 à 7 procent. In de jaren tachtig is hierin geen verdere toename te bespeuren. Wel is in verschillende landen een forse reële toename van de kosten voor antihypertensiva gedocumenteerd: in West-Duitsland met ruim 42 procent in de periode 1981-1984, en in Nieuw-Zeeland met 62 procent in de periode 1981-1987.¹³ Deze kostenexplosie is grotendeels toe te schrijven aan het op de markt komen van nieuwe antihypertensiva en veranderende voorschrijfgewoonten. Het verontrustende is vooral dat tegenover de extra kosten geen zichtbare voordelen staan, zoals een toename van het percentage personen met behandelde hypertensie bij wie de bloeddruk onder controle is. Terecht wordt in de Standaard geconcludeerd dat de klassieke antihypertensiva (diuretica, bètablokkers) middelen van de eerste keus zijn bij patiënten zonder comorbiditeit.

Preventieparadox en individuele preventie

Het begrip 'preventieparadox' is geïntroduceerd door de epidemioloog *Rose*: algemene preventie kan grote voordelen bieden voor de volksgezondheid, maar biedt weinig kans op individueel profijt.¹⁴ Zo moeten talloze automobilisten jarenlang veiligheidsgordels dragen om één leven te redden.⁷

Opmerkelijk is de uitleg die anderen geven aan de preventieparadox: als rechtvaardiging voor het blijven propageren

van screening op hypertensie, ook al wordt actieve opsporing – om voornamelijk logistieke redenen – ‘in eerste instantie’ beperkt tot mannen van 55-65 jaar.¹⁵ De oorspronkelijke intentie was echter om met de preventieparadox vooral twee dingen te verduidelijken:

- bij algemene preventie is de persoonlijke profijtkans zo gering en moet de preventieve maatregel op zo grote schaal toegepast worden om substantiële winst voor de volksgezondheid te kunnen boeken, dat de maatregel extreem veilig moet zijn om te vermijden dat de nadelen voor de volksgezondheid groter zijn dan de voordelen (‘safety is paramount’);
- individuele preventie kan op zich al zoveel nadelen inhouden (‘labelling’, jarenlange medicatie) dat daar een substantiële individuele profijtkans tegenover moet staan om de interventie te kunnen rechtvaardigen.¹⁶

Wat individuele preventie betreft gaat het er nu om te laten zien in hoeverre het lukt om – geïnspireerd door de Standaard – te komen tot selectieve behandeling. Bij goede resultaten kan in tweede instantie overwogen worden in hoeverre (selectieve) opsporing nog nodig en te rechtvaardigen is. Eén van de voorwaarden zal moeten zijn het kunnen waarborgen van voldoende compliantie.

Individuele preventie heeft haar rechtvaardiging *niet* te zoeken in een grote bijdrage aan de *volksgezondheid*.¹⁵ Gebeurt dat wel, dan bedrijven huisartsen een verwaterde, hybride vorm van ‘geïndividualiseerde collectieve preventie’. Individuele preventie en algemene preventie zijn complementair aan elkaar, maar hebben verschillende actoren en verschillende strategieën. De huisarts hoeft de verantwoordelijkheid van andere actoren (overheden, GGD-en, bedrijfsleven, etc.) niet over te nemen om een belangrijke preventieve rol te vervullen.

W.A. van Veen

- ¹ Admiraal J. De behandeling van hypertensie door de huisarts. Huisarts Wet 1958; 1: 253-4.
- ² Van Veen WA. Schema verhoogde bloeddruk. Huisarts Wet 1977; 20(suppl 1): 8-10.
- ³ Van Binsbergen JJ, Grundmeyer HGLM, Van den Hoogen JPH, Van Kruysdijk M, Prins A, Van Ree JW, Thomas S. NHG-standaard Hypertensie. Huisarts Wet 1991; 34(8): 389-395.
- ⁴ Van Loo JML, Drenthen AJM, Peer PGM, Thien ThA. Controle bij gerapporteerde bloeddrukverhoging. Gegevens uit het Bloeddrukonderzoek Lelystad, 1982-1984. Huisarts Wet 1986; 29: 339-42, 350.
- ⁵ Van Kruysdijk M. Hypertensie opnieuw gemeten. Een onderzoek in de huisartspraktijk naar de medicamenteuze behandeling van hypertensie [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit, 1991.
- ⁶ Australian National Blood Pressure Management Committee. The Australian therapeutic trial in mild hypertension. Lancet 1980; i: 1261-7.
- ⁷ Medical Research Council Working Party. MRC trial of treatment of mild hypertension: principal results. Br Med J 1985; 291: 97-104.
- ⁸ Ostfeld AM, Wilk E. Epidemiology of stroke, 1980-1990: a progress report. Epidemiol Rev 1990; 12: 253-6.
- ⁹ Van Dis SJ. Enquête onder huisartsen over bloeddrukwaarden en behandeling. Hart Bull 1990; 21: 210-1.
- ¹⁰ Hypertension Detection and Follow-up Program Cooperative Group. Five-year findings of the HDFP III. Reductions in stroke incidence among persons with high blood pressure. JAMA 1982; 247: 633-8.
- ¹¹ Coope J, Warrender TS. Randomised trial of treatment of hypertension in elderly patients in primary care. Br Med J 1986; 293: 1145-51.
- ¹² Medical Research Council Working Party. Stroke and coronary heart disease in mild hypertension: risk factors and the value of treatment. Br Med J 1988; 296: 1565-70.
- ¹³ Kawachi I, Malcolm LA. The rising expenditure on anti-hypertensive drugs in New Zealand, 1981-1987. Health Policy 1989; 12: 275-84.
- ¹⁴ Rose G. Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease. Br Med J 1981; 282: 1847-51.
- ¹⁵ Consensus diagnostiek en behandeling hypertensie. Hart Bull 1990; 21: 143-55.
- ¹⁶ Boot CPM. Preventietherapie. Med Contact 1987; 42: 1436-7. ■