

Hypertensiebehandeling heroverwogen

Consequenties van de NHG-Standaard Hypertensie

J.W.H.J. VAN DER VELDEN
A.M.G.M.F. HOEVENAARS
J.W. VAN REE

Van der Velden JWHJ, Hoevenaars AMGMF, Van Ree JW. Hypertensiebehandeling heroverwogen. Consequenties van de NHG-Standaard Hypertensie. Huisarts Wet 1995; 38(5): 206-8.

Samenvatting Bij het stellen van de indicatie tot medicamenteuze behandeling van hypertensie wordt in de NHG-standaard Hypertensie veel betekenis toegekend aan bijkomende cardiovasculaire risicofactoren. In dit oriënterend onderzoek werd in een huisartspraktijk bij de bekende hypertensiepatiënten het totale cardiovasculaire risicoprofiel bepaald om na te gaan, in hoeverre de huidige situatie in overeenstemming was met de nieuwe criteria voor medicamenteuze behandeling. Aan de hand van het gecomputeriseerde patiëntenbestand werden 161 hypertensiepatiënten geïdentificeerd, van wie er 139 aan het onderzoek deelnamen. Van alle patiënten werd een risicoprofiel opgesteld. Van de 88 medicamenteus behandelde patiënten voldeed 18 procent niet aan de nieuwe criteria; omgekeerd voldeed 12 procent van de 51 niet-medicamenteus behandelde patiënten juist wél aan de criteria voor medicamenteuze behandeling.

Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht. J.W.H.J. van der Velden, huisarts, destijds in opleiding; A.M.G.M.F. Hoevenaars, huisarts; Prof. dr. J.W. van Ree, hoogleraar huisartsgeneeskunde.
Correspondentie: J.W.H.J. van der Velden, Lijsterstraat 15, 7161 JW Neede.

Inleiding

Hypertensie is een risicofactor voor het ontstaan van hart- en vaatziekten.^{1,3} De opvattingen over de behandeling van deze risicofactor zijn laatste jaren sterk veranderd: naast de hypertensie op zichzelf worden ook andere risicofactoren in de beschouwing betrokken.^{4,5} Deze opvattingen hebben hun neerslag gevonden in de NHG-Standaard Hypertensie.⁶

Wij vroegen ons af welke praktische gevolgen deze veranderde opvattingen hebben, en deden daarom in de eigen praktijk een oriënterend onderzoek met de volgende vraagstelling:

- Wat is het cardiovasculaire risicoprofiel volgens de huidige maatstaven van de bekende hypertensiepatiënten?
- Welke medicamenteus behandelde hypertensiepatiënten voldoen niet aan de hiervoor in de NHG-standaard vermelde criteria?
- Welke niet-medicamenteus behandelde hypertensiepatiënten voldoen wel aan de in de NHG-standaard vermelde criteria voor medicamenteuze behandeling?

Methode

Het onderzoek vond plaats in een solo-praktijk op het verstedelijkt platteland met een zeer stabiele populatie van ongeveer 2900 patiënten. De praktijk is geautomatiseerd, waarbij een aantal chronische ziektebeelden is gecodeerd. De probleemlijsten zijn recent bijgewerkt, zodat verondersteld kan worden dat deze een volledig en actueel beeld geven. Op grond van welke criteria (destijds) de diagnose hypertensie is gesteld, is echter niet voor alle gevallen bekend.

Om een volledig cardiovasculair risicoprofiel op te kunnen stellen is informatie over de aanwezigheid of hoogte van de volgende risicofactoren noodzakelijk:

- 1 Geslacht (mannelijk).
- 2 Diabetes mellitus.
- 3 Serumcholesterolgehalte.
- 4 Orgaanschade aan hart, nieren en/of hersenen.
- 5 Roken.

6 Quetelet-index.

7 Familie-anamnese voor wat betreft hart- en vaatziekten.

Met behulp van de geautomatiseerde patiëntenadministratie werden alle patiënten geselecteerd bij wie (ooit) de diagnose hypertensie was gesteld, ongeacht of zij wel of niet antihypertensieve medicatie gebruiken. Bij al deze patiënten werd het totaal aantal bijkomende risicofactoren bepaald. De criteria op grond waarvan werd besloten tot wel of niet aanwezig zijn van een bepaalde risicofactor zijn weergegeven in het kader op pag. 207.

De benodigde gegevens werden zoveel mogelijk ontleend aan het archief (groene kaart en/of computer). Zo nodig werd de patiënt uitgenodigd voor nader onderzoek. In bijzondere gevallen werden de ontbrekende gegevens schriftelijk of telefonisch achterhaald, of werd de patiënt thuis bezocht.

Resultaten

In totaal werden 161 patiënten met de diagnose 'hypertensie' geselecteerd: 88 vrouwen en 73 mannen. Na een schriftelijke oproep, eventueel gevolgd door een (zo nodig eenmaal herhaalde) telefonische oproep, waren 139 patiënten bereid aan het onderzoek deel te nemen: 75 vrouwen (gemiddeld 64 jaar, SD 11) en 64 mannen (gemiddeld 60 jaar, SD 9). Van de deelnemers gebruikte 63 procent antihypertensieve medicatie. De 22 patiënten die niet aan het onderzoek wensten deel te nemen, waren 13 vrouwen en 9 mannen; 12 van hen gebruikten hypertensie medicatie, 10 niet.

In de tabel is weergegeven hoe vaak de verschillende additionele risicofactoren aanwezig waren. Het aantal additionele risicofactoren varieerde bij de vrouwen van 0 tot 5, bij de mannen van 1 tot 6. Het aantal vrouwen met minder dan 2 additionele risicofactoren bedroeg 27, het aantal mannen 4. Er was 1 vrouw met 5 additionele risicofactoren en er waren 6 mannen met 5 of meer additionele risicofactoren.

In de groep patiënten die antihypertensieve medicatie gebruikten, waren bij 16 patiënten minder dan 2 additionele risico-

Criteria op grond waarvan werd besloten tot aanwezig zijn van de risicofactoren

- 1 Geslacht: mannelijk
- 2 Bekend met diabetes mellitus type 1 of 2*
- 3 Serumcholesterol $\geq 6,5$ mmol/l†
- 4 • Bekend met (status na) myocard-infarct, decompensatio cordis, LVH, angina pectoris en/of coronary bypass-chirurgie
 - Bekend met (status na) CVA en/of TIA
 - Serumkreatinine >110 mmol/l (mannen), >90 mmol/l (vrouwen)†
- 5 Roken van 1 of meer sigaretten per dag
- 6 Quetelet-index ≥ 30
- 7 Ouders, broers en/of zusters voor 60e jaar bekend met myocardinfarct, angina pectoris, decompensatio cordis, acute hartdood, hypertensie, TIA en/of CVA

* Bij patiënten >50 jaar bij wie bloed werd geprikt, werd tevens een serumglucosewaarde bepaald, indien deze niet al bekend was.

† Bij de serumcholesterol- en de serumkreatinewaarden werd uitgegaan van de laatst bekende uitslag, mits deze niet ouder was dan 5 jaar, en bij een afwijkende uitslag niet ouder dan 3 jaar. In die gevallen dat de uitslagen wel ouder waren, en indien geen waarde bekend was, werd deze in het kader van het onderzoek alsnog bepaald.

Tabel Overzicht van de totaal aanwezige additionele risicofactoren, verdeeld naar geslacht en wel of geen antihypertensiva-gebruik in procenten

Additionele risicofactoren	Wel		Niet	
	V n=46	M n=42	V n=29	M n=22
Diabetes mellitus	13	7	3	–
Hypercholesterolemie	39	21	52	32
Orgaanschade hart	15	26	–	36
Orgaanschade hersenen	17	12	–	18
Orgaanschade nieren	33	40	31	23
Roken	11	33	21	36
QI ≥ 30	26	12	17	14
Positieve familie-anamnese	63	50	55	55

factoren naast de hypertensie aanwezig: 14 vrouwen en 2 mannen. Geen van deze patiënten had ten tijde van het onderzoek of bij de laatst bekende controle een diastolische bloeddruk ≥ 105 mm Hg.

In de groep patiënten die geen antihypertensiva gebruikten, waren 2 of meer additionele risicofactoren aanwezig bij 36 patiënten: 16 vrouwen en 20 mannen. Drie van deze 36 patiënten, 1 vrouw en 2 mannen, hadden ten tijde van het onderzoek of bij de laatst bekende controle, een diastolische bloeddruk van 100-104 mm Hg. Tevens waren er drie patiënten in de groep

die geen antihypertensieve medicatie gebruikten, met een bloeddruk van ≥ 105 mm Hg.

Beschouwing

De prevalentie van hypertensie in de onderzochte praktijk bedroeg 6 procent. Dit percentage komt overeen met de prevalenties in onderzoeken waarin werd uitgegaan van de bekende hypertensiepatiënten.^{7,8} Wanneer wordt uitgegaan van actieve opsporing, worden over het algemeen hogere prevalenties gevonden.^{9,11}

De NHG-Standaard Hypertensie adviseert in de groep met een diastolische bloeddruk van 100-104 mm Hg alleen de patiënten met twee of meer additionele risicofactoren medicamenteus te behandelen.⁶ Hierbij wordt dus geen rekening gehouden met de aard van de risicofactoren, alleen met hun aanwezigheid. Hoewel dit niet geheel in overeenstemming is met de werkelijkheid, wordt dit waarschijnlijk om pragmatische redenen toch aangehouden in de NHG-standaard.¹² Ook de richtlijnen voor opsporing en behandeling van hypertensie in andere adviezen zijn hierover niet eenduidig.^{13,14} Het zou wenselijk zijn dat er een standaard wordt ontwikkeld, waarin voor de huisarts de totale cardiovasculaire risicoschatting beter wordt uitgewerkt, rekening houdend met de relatieve betekenis van de verschillende risicofactoren apart.

Op grond van de NHG-Standaard Hypertensie zou 18 procent (merendeels vrouwen) van de medicamenteus behandelde hypertensiepatiënten in dit onderzoek niet in aanmerking komen voor medicamenteuze behandeling, gesteld dat de diastolische bloeddruk ook zonder medicatie onder de 105 mm Hg zou blijven. Uit eerder onderzoek is bekend dat een poging de medicatie te stoppen bij deze groep zeker gerechtvaardigd is.¹⁵ In de groep patiënten die geen antihypertensiva gebruikten, bleek medicamenteuze behandeling geïndiceerd bij 6 patiënten. Een dergelijke uitkomst – patiënten die bekend zijn met een ernstig verhoogde bloeddruk en toch niet medicamenteus behandeld worden – kennen we ook uit eerder onderzoek.¹⁰

Hoewel bij alle deelnemende patiënten alle benodigde informatie werd verkregen, bestaat de mogelijkheid dat sommige gegevens niet bekend zijn. Er werd bijvoorbeeld afgezien van een volledige screening op diabetes mellitus; alleen bij de patiënten >50 jaar bij wie bloed werd geprikt ter bepaling van cholesterol- of kreatinewaarde, werd een serumglucosewaarde bepaald. Op deze wijze werd overigens niet één onbekend geval van diabetes mellitus opgespoord.

Ten behoeve van dit onderzoek werd de cholesterolwaarde slechts eenmalig be-

paald. In het kader van een eventuele specifieke behandeling van hypercholesterolemie zouden meer bepalingen nodig zijn geweest.

Hoewel aangetoond is dat een aanwezige linker-ventrikelhypertrofie (LVH) een belangrijke risicofactor is, werd om praktische redenen – en in overeenstemming met de NHG-standaard – besloten hierop niet te screenen.¹⁶ Indien de aanwezigheid van LVH bekend was, doordat bijvoorbeeld eerder een ECG gemaakt was, werd dit gegeven wel betrokken bij het risico-profiel.

Opvallend is het grote aantal patiënten in de onderzoeksgroep met een nierfunctiestoornis. Er werd echter uitgegaan van een eenmalige serumkreatininebepaling. Uiteraard zou een groter aantal bepalingen een correcter beeld hebben gegeven. Ook zou het mogelijk beter zijn geweest een eventuele micro-albuminurie op te sporen, omdat dit een vroeger en specifiekere teken van een nierfunctiestoornis is.

In dit onderzoek werd er uitsluitend uitgegaan van de diastolische bloeddruk, hoewel ook de systolische bloeddruk van belang is voor het ontstaan en vóórkomen van CVA's.¹⁷ In de standaard wordt hiermee ook geen rekening gehouden.

Dit onderzoek onderstreept dat de huisarts zich zou moeten heroriënteren op de medicamenteuze behandeling van zijn hypertensiepatiënten. Hij zou zich moeten richten op mensen met een absoluut hoog cardiovasculair risico om 'preventie op maat' te bieden.^{18,19} Met name bij vrouwen die medicamenteus behandeld worden, lijkt het zinvol de indicatie tot behandeling te heroverwegen op grond van het totale risicoprofiel. Voor de praktijk van de huisarts heeft dit zonder twijfel heel wat gevolgen. Gezien de uitkomst van dit beperkte oriënterend onderzoek is het aan te beve-

len om dit onderzoek te herhalen onder meer gestandaardiseerde omstandigheden en in meer praktijken.

Dankbetuiging

Met dank aan Drs. A.J.L. van Lier voor zijn hulp bij het bewerken van de gegevens en het uitwerken van het manuscript.

Literatuur

- 1 Kannel WB. Some lessons in cardiovascular epidemiology in Framingham. *Am J Card* 1976; 37: 269-82.
- 2 MacMahon S, Peto R, Cutler J, et al. Blood pressure, stroke and coronary heart disease. Part 1. Effects of prolonged differences in blood pressure: prospective observational studies corrected for the regression dilution bias. *Lancet* 1990; 335: 765-74.
- 3 Collins R, Peto R, MacMahon S, et al. Blood pressure, stroke and coronary heart disease. Part 2. Effect of short term reductions in blood pressure – an overview of randomised drug trials in an epidemiological context. *Lancet* 1990; 335: 827-38.
- 4 Medical Research Council Working Party. Stroke and coronary heart disease in mild hypertension: risk factors and value of treatment. *BMJ* 1988; 296: 1565-70.
- 5 Kannel WB. Hypertension and other risk factors in coronary heart disease. *Am Heart J* 1987; 114: 918-25.
- 6 Van Binsbergen JJ, Grundmeyer HGLM, Van den Hoogen JPH, et al. NHG-Standaard Hypertensie. *Huisarts Wet* 1991; 34: 389-95.
- 7 Van Weel C. De voor hypertensie behandelde populatie in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1983; 26: 4-8.
- 8 Van den Hoogen HJM, Huygen F, Schellekens JWG, Van der Velden HGM. Morbidity figures from general practice. Nijmegen: Nijmegen University Department of General Practice, 1985.
- 9 Schraven DLM, Van Ree JW, Van den Hoogen HJM, Van Gerwen WHEM. Evaluatie RIFOH-huisartsenproject. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1986.
- 10 Van Ree JW. Het Nijmeegs interventieproject [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1981.
- 11 Schuurman FH. 'De Groninger Hypertensiedienst'. Een methode voor opsporing en behandeling van hypertensie ter ondersteuning van de huisartspraktijk [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1985.
- 12 Stokes III J, Kannel WB, Wolf PA et al. The relative importance of selected risk factors for various manifestations of cardiovascular disease among men and women from 35 to 64 years old: 30 years of follow-up in the Framingham Study. *Circulation* 1987; 75 (Suppl V): V65-V73.
- 13 Anoniem. Consensus diagnostiek en behandeling hypertensie. *Hart Bull* 1990; 21: 143-55.
- 14 Anonymous. Summary of 1993 World Health Organisation – International Society of Hypertension guidelines for the management of mild hypertension. *BMJ* 1993; 307: 1541-6.
- 15 Van Kruijsdijk M. Hypertensie opnieuw gemeten [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1991.
- 16 Kannel WB. Left ventricular hypertrophy as a riskfactor: the Framingham experience. *J Hypert* 1991; 9(Suppl 2): S3-S9.
- 17 SHEP Coöperative Research Group. Prevention of stroke by antihypertensive drug treatment in older persons with isolated systolic hypertension: Final results of the Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP). *JAMA* 1991; 265: 3255-64.
- 18 Alderman MH. Blood pressure management: Individualized treatment based on absolute risk and the potential for benefit. *Ann Intern Med* 1993; 119: 329-35.
- 19 Van Ree JW. Naar preventie op maat [Inaugurale rede]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1990.