

## Bij vergelijking NHG-Standaarden Cholesterol en Cardiovasculair risicomanagement

# Veranderde indicaties cholesterol-syntheseremmers onvoldoende duidelijk in kaart gebracht

Tjerk Wiersma

### Inleiding

Het onderzoek van Scheltens et al. concludeert dat het aantal statinegebruikers zal toenemen door introductie van de nieuwe Standaard Cardiovasculair risicomanagement.<sup>1</sup> De auteurs komen tot die conclusie door het beantwoorden van twee onderzoeksvragen: 1) In hoeverre leidt de vervanging van de NHG-Standaard Cholesterol door de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement en de introductie van de SCORE-risicofunctie in plaats van de Framingham risicofunctie tot veranderingen in het aantal patiënten dat voor behandeling met een cholesterol-syntheseremmer in aanmerking komt? 2) En in hoeverre kregen deze mensen voorheen daadwerkelijk een behandeling?

Het gebruik van retrospectieve gegevens speelt het onderzoek van Scheltens en de haren op diverse punten parten. Door ontbreken van onbehandelde cholesterolwaarden bij mensen met hart- en vaatziekten en het construeren van LDL-waarden via elders berekende regressiecoëfficiënten ligt misclassificatie op de loer. Problematisch is ook het ontbreken van gegevens over familieanamnese en leefwijze omdat deze in de richtlijn over cardiovasculair risicomanagement mede bepalend zijn voor het instellen van een behandeling, evenals het vervangen van het al dan niet bestaan van hypertensie door een meer gedifferentieerde classificatie waarin ook wordt gelet op de hoogte van de bloeddruk. Al dit soort ingrepen betekent dat de schatting van het aantal patiënten dat onder het oude en nieuwe regime voor behandeling met een cholesterol-syntheseremmer in aanmerking zou komen onnauwkeurig is.

### Veranderingen in behandelindicatie

De te behandelen patiënten bestaan uit drie groepen. Patiënten die bekend zijn met een hartvaatziekte, patiënten met diabetes mellitus type 2 en patiënten zonder een van deze beide aandoeningen

### Auteursgegevens

Nederlands Huisartsen Genootschap, afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, Postbus 2131, 3502 GE Utrecht: dr. Tj. Wiersma, senior wetenschappelijk medewerker.

Correspondentie: T.Wiersma@nhg.org

Mogelijke belangenverstrengeling: niets gemeld.

ningen maar met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten.

Het beleid ten aanzien van patiënten die bekend zijn met een hart- en vaatziekte is in tweeërlei opzicht gewijzigd. Iedereen uit deze groep komt in de nieuwe richtlijn in aanmerking voor een cholesterol-syntheseremmer, tenzij het onbehandelde LDL-cholesterol minder dan 2,5 mmol/l is. In de oude richtlijn werd de behandelgrens nog bij een totaalcholesterol van 5,0 mmol/l gelegd. Omdat een LDL-waarde van 2,5 mmol/l het best correleert met een totaalcholesterol van 4,5 mmol/l introduceren de nieuwe richtlijnen feitelijk een geringe verlaging van de behandelgrens. Kwantitatief belangrijker is het verdwijnen van de leeftijdsgrens om geen behandeling meer te starten. Hieraan besteden Scheltens et al. echter geen aandacht. Wellicht kon dat ook moeilijk omdat 70-plussers in een van de twee gebruikte onderzoekspopulaties van deelname waren uitgesloten.

De behandelindicatie bij de mensen met diabetes mellitus type 2 werd in de oude richtlijn beoordeeld met de Framingham risicofunctie, maar in de nieuwe richtlijn is deze analoog aan mensen met een hartvaatziekte. Het lijkt erop dat Scheltens et al. de diabetespatiënten bij de berekening van het aantal te behandelen mensen zonder hart- en vaatziekten onder de oude richtlijn wel hebben meegenomen en bij de berekening van hetzelfde aantal onder de nieuwe richtlijn niet.

Voor wat betreft de mensen zonder hart- en vaatziekten verschillen de richtlijnen op drie punten. De Framingham risicofunctie is vervangen door de SCORE risicofunctie (waarbij laatstgenoemde door de bank genomen ook na omrekening naar risico op morbiditeit of mortaliteit enigszins lagere risico's genereert); het tienjaarsrisico waarboven er sprake is van een behandelindicatie is vooral bij de oudere groepen belangrijk verlaagd en de leeftijdsgrens is komen te vervallen. Met name het vervallen van de leeftijdsgrens zou grote gevolgen kunnen hebben, maar daarover lezen we weinig.

Het geheel overziend is de schatting van veranderingen in het aantal patiënten dat voor behandeling in aanmerking komt tamelijk onnauwkeurig. Dat het aantal ouderen zonder hartvaatziekten en diabetes met een behandelindicatie belangrijk is toegenomen is een correcte bevinding en het logische gevolg van de verlaging van de behandelgrens.

### Behandeling van mensen met een behandelindicatie

Van degenen met een hartvaatziekte en een totaalcholesterol van tenminste 5,0 mmol gebruikte 42% een statine. Bij degenen zonder hart- en vaatziekten bedroeg dit slechts 16%. Doorgaans zal het bij mensen met hartvaatziekten gaan om een mengsel van onderbehandeling door de dokter en gebrek aan therapietrouw door de patiënt. Daarnaast kunnen dokter en patiënt in gezamenlijk overleg besluiten om vanwege comorbiditeit of geringe levensverwachting van behandeling af te zien. Dossieronderzoek had over de daadwerkelijke bijdrage van de hier genoemde mogelijkheden opheldering kunnen verschaffen.

Voor het lage percentage behandelde patiënten in de groep zonder hartvaatziekten bestaat naast gebrekkige therapietrouw een andere voor de hand liggende verklaring: zowel de oude als de nieuwe richtlijn bevatten geen advies tot systematische opsporing van hoogrisicodragers. Daadwerkelijke bekendheid van de patiënt met een hoog risico hangt daarom af van toevalligheden. De gevonden 16% is een betrekkelijk betekenisloos getal, zolang niet duidelijk was welk deel van de groep met een behandelindicatie op basis van een verhoogd risico als zodanig bekend was bij de dokter. Ook op dit punt ligt dossieranalyse in de rede.

### Conclusie

Het aantal mensen met een behandelindicatie is onder de nieuwe richtlijn cardiovasculair risicomanagement onmiskenbaar toegenomen, maar op de vraag hoeveel precies blijven de onderzoekers het antwoord schuldig. Daarnaast is niet duidelijk of het lage percentage patiënten zonder hart- en vaatziekten dat daadwerkelijk een behandeling krijgt kan worden gezien als een afwijking van de richtlijnen, omdat die geen aanbeveling van systematische opsporing van risicodragers bevatten. De problemen met de therapietrouw zouden reden moeten zijn om nog eens kritisch stil te staan bij verdere uitbreiding van screeningsactiviteiten, al dan niet in de vorm van een preventieconsult. Zolang huisartsen de monitoring van risicopatiënten en de bewaking van de therapietrouw niet op systematische wijze organiseren, wordt het screenen van de praktijkpopulatie gemakkelijk water naar de zee dragen.

- 1 Scheltens T, Grobbee R, Kok L, Verschuren M, Bots M, Hoes A. Van de NHG-Standaard Cholesterol naar de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement: en nu? Huisarts Wet 2008;51:420-5.

