

## Interview met Wouter de Ruijter:

# ‘Klassieke risicofactoren voor hart- en vaatziekten hebben bij ouderen geen voorspellende waarde’



Eind deze maand hoopt Wouter de Ruijter te promoveren op zijn proefschrift *Cardiovascular risk management in old age*, waarin is gekeken naar risicofactoren voor hart- en vaatziekten bij de oudste ouderen en naar preventie van deze ziekten. In een interview vertelt hij over de bevindingen die van belang zijn voor het werk van de huisarts.

## Tegengeluiden?

Als De Ruijter vertelt over zijn onderzoek naar maatregelen om hart- en vaatziekten bij ouderen te voorkomen, krijgt hij steevast een casus te horen van een oudere die ‘een fantastische dood’ had: een hartinfarct in de slaap. ‘Ik hoor vaak de vraag: “Mogen deze oude mensen nog ergens aan doodgaan? En mag dat dan alsjeblieft een hartinfarct zijn?” Iedereen heeft in z’n hoofd dat het een pijnloze en snelle dood is, veruit te verkiezen boven een levenseinde met bijvoorbeeld kanker. Maar het is nou eenmaal niet zo dat hart- en vaatziekten op hoge leeftijd betekenen dat mensen pats boem doodgaan. Steeds vaker overleven ze een hartinfarct of CVA en dan ontstaat er een stuwmeer aan chronische cardiovasculaire ziekten, waaronder hartfalen. Die mensen voelen zich soms heel slecht en zijn zeer beperkt in hun mogelijkheden. Bovendien slepen ze hun partners mee in de ziektelast. In die zin is een hartaandoening dus bepaald niet een “old man’s friend”, zoals mensen het vaak zien. Mijn proefschrift gaat dus niet alleen over de toevoeging van een “jaartje extra”, maar over toevoeging van kwaliteit van leven. En waarom zouden we bezwaar hebben tegen een effectieve preventieve maatregel waarmee mensen zich nog een tijdje langer goed voelen? In feite is dit tegengeluid een vorm van leeftijdsdiscriminatie; het gaat erom dat je iemand van bijvoorbeeld 83 er nog een paar gezonde jaren bij kunt. En dat is ook wat ouderen zelf willen: een langer leven vinden ze alleen wenselijk als dat leven ook echt kwaliteit heeft.’

## Taak van de huisarts

Allereerst onderzocht De Ruijter de huidige stand van zaken rond secundaire preventie van hart- en vaatziekten bij ouderen in Nederland en de mening van huisartsen daarover. De overgrote meerderheid van de huisartsen vindt dat de preventie van hart- en vaatziekten op hoge leeftijd tot hun taakgebied behoort. De Ruij-

ter: ‘Ik vond het prettig te weten dat huisartsen niet denken: laat de GGD of specialisten dat maar opknappen. Het handelen van huisartsen blijkt in sterke mate te worden gedreven door *evidence based medicine*. Dat is mooi. Met het ouder worden van hun patiënten gaan huisartsen dus minder actief preventief behandelen, omdat daar minder wetenschappelijk bewijs voor is. Als het gaat om primaire preventie hebben ze daar ook wel gelijk in, maar bij secundaire preventie niet, want daarmee kunnen we tot op hoge leeftijd gewoon doorgaan.’

## Voorspellen en voorkomen

De Ruijter zocht naar de ‘voorspellers’ van hart- en vaatziekten op hoge leeftijd. ‘Daaraan was behoefte omdat de dubbele vergrijzing gaat toeslaan in de komende decennia, en hart- en vaatziekten bij onze oudste ouderen de grootste ziektelast veroorzaken. Ik wilde bekijken wat werkelijke risicofactoren zijn bij mensen zonder hart- en vaatziekten in het verleden, om zo aan de juiste mensen preventieve maatregelen te kunnen aanbieden. Er is hier immers een enorme gezondheidswinst te bereiken. De prevalentie van hart- en vaatziekten is op hoge leeftijd zó hoog, dat je niet eens een heel goede interventie hoeft te hebben om al veel winst te behalen. Preventie kan daarom juist op hoge leeftijd ook heel effectief zijn.’

## Waarde van het ECG

In het onderzoek is gebruikgemaakt van het cohort van de Leiden 85-plus Studie, die van 1997 tot 2004 liep. Alle 85-plussers in de gemeente Leiden werden hiertoe benaderd en 87% van hen was bereid mee te doen aan het onderzoek. Een verpleegkundige bezocht deze 566 ouderen jaarlijks gedurende vijf jaar waarbij onder meer een ECG werd gemaakt en alle risicofactoren werden gemeten als bloeddruk, cholesterol, suiker et cetera.’

‘De baseline ECG’s toonden aan dat 9% van de deelnemers een myocardinfarct had doorgemaakt en atriumfibrilleren was aanwezig bij 10%. Beide groepen hadden een verhoogde totale sterfte en een duidelijk verhoogde cardiovasculaire sterfte, terwijl atriumfibrilleren ook een versnelde functionele achteruitgang gaf. Die bevindingen lijken nogal wiesdes, maar zijn nu dus ook vastgesteld bij de oudste ouderen. Echter, tweederde van de oude infarcten die we via de ECG’s vonden, waren nog niet bekend bij de huisarts! Je zou dus zeggen: we gaan massaal screenen met ECG’s. Maar het is de vraag of dat wel echt iets toevoegt aan de bestaande kennis over die ouderen. Ook dat hebben we onder-

zocht en onze conclusie was dat als er accurate medische dossiers beschikbaar zijn, het routinematig maken van ECG's niet effectief is bij de oudste ouderen in de algemene populatie.' (Zie voor een uitgebreide beschrijving van het onderzoeksdeelte over ECG's bij ouderen het artikel van De Ruijter op pag. 318.)

### Wat dan wel?

Het selecteren van ouderen zonder bekende hart- en vaatziekten, maar met wél een hoog risico op het krijgen daarvan, is een centraal thema in het proefschrift. 'Een van de belangrijkste uitkomsten van mijn onderzoek is dat de waarde van de klassieke risicofactoren voor de predictie van hart- en vaatziekten bij deze oudste ouderen ongeveer nul is', vertelt De Ruijter. 'Al rond de 75 jaar zegt een hoge bloeddruk niet veel meer en rond de 85 zien we dat een hoge bloeddruk zelfs gunstig is. Strikt genomen betekent dat dus dat je de bloeddruk van een 85-jarige hiervoor niet meer hoeft te meten, en dat geldt eigenlijk ook voor het cholesterolgehalte.

Wat wél iets voorspelde was het homocysteïnegehalte. Dat is op middelbare leeftijd al een goede voorspeller, maar is als zodanig een "blijvertje" voor ouderen. Lekker makkelijk: je neemt wat bloed af en je weet het. Je zou dus zeggen "appeltje/eitje", we zijn klaar. De moeilijkheid is echter dat het wel een uitstekende marker is, maar dat het nog onduidelijk is hoe de relatie met atherosclerose precies ligt. Je kunt namelijk het homocysteïnegehalte heel gemakkelijk verlagen, maar het is vrij robuust bewezen dat je daarmee niet het aantal hart- en vaatziekten verkleint. Vergelijk het met gele vingers bij een roker: die geven prima aan dat iemand een verhoogd risico op longkanker heeft, maar als je alleen de gele vlekken verwijdert haal je daarmee dit risico nog niet weg. Voor homocysteïne geldt dat we nog niet zeker weten of het zo'n *innocent bystander* is of dat het toch ergens in het causale pad ligt. Het laatste woord is hierover nog niet gesproken, maar het komt erop neer dat het heel nuttig kan zijn om het homocysteïne te meten met het oog op risicoselectie, maar dat je daarop vooralsnog geen interventies moet richten. Anders gezegd: risicomanagement begint bij de selectie van de juiste mensen met de hoogste risico's.'

Ook het NT-proBNP is getest, maar dit bij de 90-plussers, aangezien dit onderzoek pas is gestart na de looptijd van de Leiden 85-plus Studie. 'Het NT-proBNP heeft eveneens goede voorspellende kwaliteiten en is als zodanig ook bekender bij huisartsen. We hebben het ditmaal niet getest als marker van hartfalen, maar als predictor van mortaliteit. Ook bij deze 90-plussers is het geassocieerd met specifieke hartafwijkingen als een oud infarct of atriumfibrilleren. Het hart scheidt het uit als *cry for help*, dus een pilletje om het NT-proBNP te verlagen heeft geen zin. Hoe dan ook, omdat we de stoffen hebben getest bij verschillende onderzoekspopulaties, kunnen we niet echt zeggen wat een betere marker is: homocysteïne of NT-proBNP.'

### Nut voor de huisarts

Kan De Ruijter op grond van zijn bevindingen aangeven wat de consequenties daarvan zijn voor de huisarts? 'Allereerst zou ik graag zien dat de secundaire preventie bij oudere patiënten wordt geoptimaliseerd. Als je bijvoorbeeld op de een of andere manier je bestanden screent – wat makkelijk kan met de computer – kun je daar de ouderen met cardiovasculaire ellende in het verleden uithalen. Vroeger werden die niet preventief behandeld, dus ze vormen wellicht een vergeten groep. Maar tegenwoordig denken we daar anders over, dus ik zou zeggen: kijk naar de patiëntgegevens met een "verstandige blik" en overweeg of secundaire preventie moet worden opgestart. Want er is *evidence* voor het nut daarvan.

Op de tweede plaats moet de "heilige status" van de klassieke risicofactoren worden genuanceerd als het gaat om het voorspellen van hart- en vaatziekten bij mensen die daar nog geen verleden in hebben. Dat vooral bij de oudste ouderen, maar misschien ook al wel op wat lagere leeftijd. Overweeg als huisarts of het auto-

matisme van bloeddruk en cholesterol meten bij ouderen wel zin heeft, en zeker bij de oudste ouderen.

Ik was verheugd dat huisartsen aangaven dat ze de preventie van hart- en vaatziekten tot hun taakgebied rekenen, maar hoop dat daaruit ook actie voortvloeit, al dan niet in samenwerking met de consultatiebureaus voor senioren die in het hele land ontstaan. Dat moet geen domeinstrijd worden; het gaat erom dat we de juiste dingen doen op het juiste moment.'

De vraag is natuurlijk vooral wat je moet doen met de opgespoorde ouderen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. Als het cholesterolgehalte en de bloeddruk geen goede voorspelers meer zijn, is het immers ook mogelijk dat het geen zin meer heeft om die te verlagen. De Ruijter: 'Het is inderdaad niet goed bekend welke interventie zinvol is; dat zouden we graag willen onderzoeken. Maar wellicht zijn het toch de klassieke methoden, zoals statines, mits je de mensen maar goed selecteert.' Of misschien toch de 'polypil' voor iedereen? 'Zo'n *fixed drug combination* is helemaal geen raar idee, maar berust wel op een hypothese. Ook dat moet dus nader worden onderzocht.'

### Gebroken lans

De Ruijter heeft duidelijk veel plezier gehad in zijn onderzoek en draagt dat enthousiasme ook graag uit. 'Ik zou willen dat stafleden van de huisartsenopleiding zich realiseerden hoe leuk het is om zelf de wetenschappelijke verdieping te beoefenen in zo'n promotietraject. Je weet dan beter hoe je met de wetenschap kunt omgaan en het biedt je gewoon echt heel veel. De kwaliteit van je onderwijs is er ook mee gediend en dat is dan weer goed voor de aios. Ik zou dus echt graag een lans willen breken voor wetenschappelijk onderzoek door stafleden!'

*Ans Stalenhoef*

