

# Op naar 'lifetime' cardiovasculaire risicobepaling?

**S**chatting van het cardiovasculaire risico aan de hand van traditionele risicofactoren beperkte zich tot nu toe tot een tienjaarsvoorspelling van het absolute risico op cardiovasculaire mortaliteit alleen of cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit gecombineerd. Vooral voor jonge mensen betekent dit dat zij vrijwel zonder uitzondering op een laag absoluut risico uitkomen, terwijl hun risico om 'ooit tijdens hun leven' geconfronteerd te worden met fatale of niet-fatale cardiovasculaire ziekten wel degelijk verhoogd kan zijn. De *New England Journal of Medicine* rapporteerde recent over het Cardiovascular Lifetime Risk Pooling Project, dat beoogt data van Amerikaanse cohortonderzoeken in de algemene populatie uit de afgelopen 50 jaar samen te vatten en 'lifetime cardiovascular risks' te berekenen.<sup>1</sup> Daarbij werd rekening gehouden met veranderingen in de tijd in prevalentie van risicofactoren in verschillende geboortecohorten, en werd het levenslange risico berekend voor verschillende leeftijdscategorieën. In de analyses is zorgvuldig gecorrigeerd voor onder meer het zogenaamde 'concurrerende risico' door sterfte aan andere oorzaken, hetgeen anders, vooral in de hogere leeftijdsgroepen, zou hebben geleid tot een systematische overschatting van het cardiovasculaire risico.

## ONDERZOEK

**Design en methode** De onderzoekers includeerden data van 18 cohorten in deze meta-analyse op grond van individuele patiëntgegevens; 17 daarvan (totaal 67.890 deelnemers) werden gepooled. De risicofactoren diabetes, roken, totaal cholesterol en systolische bloeddruk waren van alle deelnemers bekend. In vier leeftijdscategorieën (40-49, 50-59, 60-69 en 70+ jaar) werden de deelnemers ingedeeld naar risicofactorprofiel, resulterend in 5 categorieën, variërend van 'alle risicofactoren optimaal' tot '≥ 2 ernstig afwijkende risicofactoren'. Voor elke leeftijdscategorie werd het levenslange cardiovasculaire risico berekend bij opklimmend risicoprofiel, voor mannen en vrouwen apart.

**Resultaten** In alle leeftijdscategorieën had circa 5% een optimaal risicoprofiel en circa tweederde minstens één 'major risk factor'. Als we kijken naar het levenslange risico op 'alle ziekte en sterfte gerelateerd aan atherosclerotische hart- en vaatziekten', dan was er in alle leeftijdscategorieën een oplopend risico met een ernstiger gestoord risicoprofiel, ook in de jongste leeftijdscategorie 40-49: voor mannen 1,4% (95%-BI 0-3,4) bij optimaal risicoprofiel tot 49,5% (45,0-53,9) bij ≥ 2 major risk factors; voor vrouwen respectievelijk 4,1% (0-8,2) en 30,7% (26,3-35,0).

**Conclusie** De auteurs concluderen dat de resultaten de prognostische waarde van (combinaties van) traditionele risicofactoren

ren nog eens benadrukken. Verder constateren zij dat het effect van bepaalde risicoprofielen in opeenvolgende geboortecohorten nagenoeg gelijk is gebleven in de tijd, ondanks veranderingen in de prevalentie van individuele risicofactoren. Ten slotte concluderen zij dat de afname van hart- en vaatziekten in de afgelopen decennia vooral te danken is aan de afname van de prevalentie van risicofactoren in de populatie, en minder aan de verbeterde behandeling ervan.

## INTERPRETATIE

Wat betekenen de resultaten van deze indrukwekkende meta-analyse nu voor de Nederlandse huisarts? Allereerst is het goed om ons te realiseren dat in een tijd waarin we regelmatig worden bestookt met wéér een nieuwe 'biomarker' of beeldvormend onderzoek als voorspeller van hart- en vaatziekten, de aan- of afwezigheid van combinaties van de grote vier traditionele risicofactoren nog altijd zeer adequaat 'cardiovasculaire ellende' kunnen voorspellen. De bewijslast ligt daarom altijd bij de nieuwe biomarker of beeldvormend onderzoek: wat is de toegevoegde waarde *bovenop* de traditionele risicofactoren? Die blijkt nog al eens teleurstellend. Daarnaast is het adagium 'voorkómen beter is dan blussen' in dit artikel opnieuw bevestigd: focus op niet *gaan* roken en niet *krijgen* van hypertensie, hypercholesterolemie of diabetes, in plaats van deze te behandelen. Dat is vooral een zaak van preventie op populatieniveau en wellicht minder van de huisarts. Bovenal bewijst dit artikel de waarde van het kijken naar *verschillen* in risico's binnen een leeftijdscategorie en niet alleen naar *absolute* risicogrenzen van bijvoorbeeld 10 of 20%, zoals in onze recent herziene NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement. Alleen op die manier kunnen we een rokende vrouw van 40 jaar met een systolische bloeddruk van 180 en een totaal cholesterol/HDL ratio van 8 (absoluut tienjaarsrisico 2%!) mogelijk laten inzien dat haar cardiovasculaire risico minstens 10 keer zo hoog is als het risico van haar even oude buurvrouw met een optimaal risicoprofiel. Overigens geldt een vergelijkbare redenering aan de andere kant van het leeftijdsspectrum waar we niet alle 70-plussers 'in de rode vakken van de risicotabel' over één kam zouden moeten scheren: elke huisarts weet dat er grote verschillen kunnen zijn tussen twee 75-jarigen, en dat de gemiddelde oudere meer geïnteresseerd is in zijn of haar cardiovasculaire risico 'ten opzichte van de even oude buurvrouw-of man' dan in een absoluut percentage. Het is daarom te hopen dat er in een volgende herziening van de NHG-Standaard (nog) explicieter aandacht voor deze weging van risico's is, eventueel in de vorm van lifetime risks per leeftijdscategorie. ■

## LITERATUUR

- Berry JD, Dyer A, Cai X, Garside DB, Ning H, Thomas A, et al. Lifetime risks of cardiovascular disease. *N Engl J Med* 2012;366:321-9.