

NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement (2)

Als medewerker van een aanbevelingsgroep cardiovasculair risicobeheer van de Vlaamse Domus Medica (vroeger WVVH) heb ik een vraag over het al of niet adviseren tot gebruik van ASA bij hoog risico patiënten, zonder HVZ.

Op pagina 8 van de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement staat: 'Voor patiënten zonder HVZ is er onvoldoende bewijs om standaardbehandeling met acetylsalicylzuur (ASA) te adviseren.' In noot 36 op pagina 21 onderbouwt men deze stelling met de meta-analyse van Hayden (2002): '... toonde aan dat ASA 14 (6-20) myocardinfarcten zou kunnen voorkomen per 1000 patiënten met 5% risico van coronaire hartziekten per 5 jaar (vergelijkbaar met 10% per 10 jaar), en daartegenover 1 (0-2) hersenbloeding en 3 (2-4) gastro-intestinale bloedingen zou veroorzaken. Bij patiënten met een risico van 1% per 5 jaar (vergelijkbaar met 2% per 10 jaar) zou ASA 3 (1-4) myocardinfarcten kunnen voorkomen, maar 0 (0-2) hersenbloedingen en 3 (2-4) gastro-intestinale bloedingen veroorzaken. De effectiviteit van ASA bij patiënten met HVZ is evident, maar bij patiënten zonder HVZ lijken de nadelen groter dan de voordelen... afhankelijk van het risico en de wens van de patiënt kan hiervan worden afgeweken.'

De meta-analyse van Hayden komt inderdaad tot de conclusie: 'For 1000 patients with a 5% risk for coronary heart disease events over 5 years, aspirin would prevent 6 to 20 myocardial infarctions but would cause 0 to 2 hemorrhagic strokes and 2 to 4 major gastrointestinal bleeding events. For patients with a risk of 1% over 5 years, aspirin could prevent 1 to 4 myocardial infarctions but would cause 0 to 2 hemorrhagic strokes and 2 to 4 major gastrointestinal bleeding events.'

Nu 5% coronaire events op 5 jaar komt ongeveer overeen met 10% op 10 jaar en ongeveer met 13% à 14% HVZ (coronair en niet-coronair) op 10 jaar.

Op dat risiconiveau zou ASA 6 à 20 myocardinfarcten kunnen voorkomen, maar 0

à 2 hersenbloedingen en 2 à 4 maagbloedingen veroorzaken. Een worstcaseredenering: het laagste cijfer van de benefit (6) is op dat risiconiveau gelijk aan het hoogste cijfer van de schade (2+4=6). In de veronderstelling dat we een gastro-intestinale bloeding even ernstig vinden als een hartinfarct. Dus met 95% zekerheid kunnen we zeggen dat bij elk basisrisico groter dan 14% HVZ op 10 jaar, de balans voor toediening van ASA voordelig is.

De tabel 8 op pagina 44 van de NHG-Standaard suggereert dat de categorie van 18-24% risico van sterfte en morbiditeit door HVZ als hoog risico wordt beschouwd, waarbij medicamenteuze behandeling overwogen dient te worden. De afkappwaarde van 18% is nog een stuk hoger dan de 14% waarmee in de meta-analyse van Hayden de berekeningen zijn gemaakt en waarbij in een worstcaseredenering het aantal voorkomen critical events (in casu myocardinfarcten) en het aantal veroorzaakte critical events (in casu hersenbloeding en gastro-intestinale bloeding) gelijk zijn.

Moeten we dan ASA niet adviseren bij alle patiënten zonder HVZ, maar met een hoog risico op HVZ (tenzij bij contra-indicaties)? Graag jullie mening.

Dirk Van Duppen

Antwoord

De redenering van Van Duppen gaat op onder het uitgangspunt dat beleid zinvol wordt zodra de baten groter zijn dan de kosten. Bij preventieve interventies is evenwel veiligheid van extra groot gewicht. Anders accepteren we te gemakkelijk dat sommigen baat hebben bij een interventie, terwijl een vergelijkbaar aantal anderen schade ondervinden. De geneeskunde krijgt daarmee het karakter van een Russische roulette.

In dit verband moeten we ook rekening houden met de mogelijkheid dat het effect van een interventie heterogeen is in verschillende subgroepen. Zo was het gebruik van acetylsalicylzuur ter primaire preventie van hart- en vaatziekten bij vrouwen tot voor kort relatief weinig onderzocht. Er kwamen in 2005 gegevens uit de Women's Health Study beschikbaar dat dit

middel bij vrouwen vermoedelijk andere en in kwantitatief opzicht geringere effecten heeft: anders dan bij mannen geeft het geen reductie van het aantal hartinfarcten maar wel van beroerten (die evenwel in kwantitatief opzicht minder talrijk zijn).¹ Over het gebruik van acetylsalicylzuur voor de primaire preventie van hart- en vaatziekten is de medisch wetenschappelijke literatuur momenteel dan ook verre van eensluidend.^{2,3}

Als we over enkele jaren duidelijke groepen kunnen definiëren bij wie acetylsalicylzuur ook in het kader van de primaire preventie substantiële gezondheidswinst oplevert, zal dat bij de revisie van de richtlijn worden meegenomen.

Tj. Wiersma, S. Thomas en W.A.B. Stalman

1 Ridker PM, Cook NR, Lee IM, Gordon BSD, Gaziano JM, Manson JE, et al. A Randomized Trial of Low-Dose Aspirin in the Primary Prevention of Cardiovascular Disease in Women. *N Engl J Med* 2005;352:1293-1304.

2 Berger JS, Roncaglioni MC, Avanzini F, et al. Aspirin for the primary prevention of cardiovascular events in women and men: a sex-specific meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA* 2006;295:306-13.

3 Hung J. Aspirin for primary prevention of cardiovascular disease in women: does sex matter? *Med J Australia* 2006;184:260-1.

CRP bij lageluchtweginfecties is zeer ten onrechte in diskrediet gebracht

Op de BMJ site is door onderzoekers naar luchtweginfecties veel kritiek geuit op het originele artikel van Van der Meer et al,¹ dat vertaald in H&W is gepubliceerd.² Wij zijn vooral verbaasd over de foute interpretatie van de gepresenteerde resultaten en de als gevolg daarvan ten onrechte sceptische conclusie over de diagnostische waarde van de CRP bij lageluchtweginfecties. Hieronder lichten wij dit toe.

CRP kent een range van mogelijke testuitslagen. Elke testuitslag kan opgevat worden als een afkappunt. CRP>10 mg/l wordt meestal als afwijkend beschouwd. CRP wordt zodoende gedichotomiseerd in CRP>10 'ja of nee', en de testeigenschap