



Hypertensiebehandeling: toch vooral gewoon doen

INLEIDING

Het verlagen van een verhoogde bloeddruk vermindert de kans op hart- en vaatziekten. Diverse patiënt- en artsfactoren dragen echter bij aan suboptimale bloeddrukbehandelingen. Hoewel iedere richtlijn uitgaat van het, indien nodig, combineren van drie verschillende bloeddrukverlagers in optimale doseringen, wordt er in de praktijk veelal slechts met één of twee middelen in een te lage dosering gewerkt. Een Cochrane-review liet eerder al zien dat, in de tweede lijn, regelmatige controles gecombineerd met een drastische, stapsgewijze farmacotherapeutische behandeling effectief is.¹ In hoeverre een consciëntieuze bloeddrukbehandeling ook in de eerste lijn winst geeft bij persisterende hypertensie, wilden de onderzoekers in dit onderzoek kwantificeren.²

ONDERZOEK

Design Het betreft een gerandomiseerd, niet-geblindeerd interventieonderzoek, in twee groepen, in 119 Australische huisartsenpraktijken. De 260 deelnemende huisartsen rekruteerden 2185 patiënten met hypertensie, die volgens de richtlijn een behandelindicatie hadden. Van deze patiënten was bij inclusie 61% al ingesteld op antihypertensiva, maar deze medicatie werd gestopt en alle deelnemers ontvingen monotherapie met valsartan. De streefwaarde voor de systolische bloeddruk werd bij elke patiënt individueel vastgesteld. Bij patiënten met een indicatie voor secundaire preventie was deze streefwaarde bijvoorbeeld 130 mmHg en bij primaire preventie was de streefwaarde 140 mmHg. Bij 1562 patiënten werd na 28 dagen de persoonlijke streefwaarde niet gehaald. Deze patiënten werden gerandomiseerd in een van de twee onderzoeksgroepen. Patiënten met een systolische bloeddruk van meer dan 180 mmHg, patiënten met triple medicatie of met een klaring beneden de 60 ml/min/1,73m² (geschat met MDRD-formule) werden geëxcludeerd.

Interventie De interventie bestond uit frequente controles (5 maal in 26 weken) en een vastliggend medicatieschema, waarbij telkens bij het niet bereiken van een streefwaarde de volgende stap in het schema werd gezet; indien nodig tot behandeling met drie medicamenten in een maximale dosering was bereikt. Deze stappen werden 'opgelegd' door een computerprogramma. Reguliere zorg bestond uit een consult na 6 en na 26 weken, waarbij de huisarts zelf eventuele behandeling instelde. De primaire uitkomstmaat was het percentage patiënten dat na 26 weken de geïndividualiseerde streefwaarde had bereikt. De secundaire uitkomstmaten waren ondermeer verandering in gemiddelde bloeddruk en aantal bijwerkingen.

Resultaten De resultaten maken duidelijk dat in de interventiegroep 36,2% van de patiënten na 26 weken op de streefwaarde uitkwam, tegen 27,4% in de controlegroep (statistisch significant verschil). Daarnaast kwamen er in de interventiegroep meer mensen op een – voor de Nederlandse situatie relevantere – streefwaarde van 140/90 terecht. In deze groep lukte dit namelijk bij 63,5% van de patiënten, in de controlegroep bij 54%. De gemiddelde bloeddrukdalingen bedroegen 13,2 en 10,1 mmHg in respectievelijk de interventie- en de controlegroep. Het risico op bijwerkingen was hoger in de interventiegroep.

De auteurs concluderen dat er een belangrijke plaats is voor de gecombineerde aanpak met gestructureerde, intensieve hypertensiebehandeling.

INTERPRETATIE

Hoewel het gehanteerde medicatieschema niet het schema is dat doorgaans in Nederland wordt gebruikt, kunnen we met dit onderzoek toch beoordelen wat het effect is van het stringent omgaan met zo'n schema. Die beoordeling kunnen we beter baseren op de bereikte risicoreductie dan op de mate van bloeddrukreductie. Risicoreductie is immers het behandelgoal. De Framingham-risicoscore daalde na 26 weken in de controlegroep met 2,6% en was in de interventiegroep nog eens 1,5% lager. Het grootste effect zit dus in het behandelen versus het niet-behandelen, de stap naar strenger behandelen voegt daar minder aan toe. We moeten namelijk 67 patiënten met het intensieve schema 5 jaar lang behandelen om één extra cardiovasculaire ziekte te voorkómen ten opzichte van reguliere zorg. In het verdere beloop van de behandeling kan het verschil tussen de twee groepen theoretisch nog wat groter worden, maar ook kleiner als na verloop van tijd de controlegroep intensiever zou worden behandeld. Hoe dan ook, een number needed to treat van 67 voor de interventie is niet geweldig. Dit onderzoek toont wél wederom aan dat we bij hypertensiebehandeling niet altijd goed doorpakken. Als de streefwaarde niet wordt gehaald, dient een tweede of derde antihypertensivum te worden toegevoegd. In geval van bijwerkingen is weloverwogen de touwtjes laten vieren een reëel alternatief. Want ook bij suboptimale behandeling geldt nog steeds: de eerste klap is een daalder waard. ■

LITERATUUR

- 1 Liam G, Glynn LG, Murphy AW, Smith SM, Schroeder K, Fahey T. Interventions used to improve control of blood pressure in patients with hypertension. *Cochrane Database Syst Rev* 2010, Issue 3. Art. No.: CD005182.
- 2 Stewart S, Carrington MJ, Swemmer CH, Anderson C, Kurstjens NP, Amerena J, et al. Effect of intensive structured care on individual blood pressure targets in primary care: multicentre randomised controlled trial. *BMJ* 2012;345:e7156.