

EIGEN VOORSCHRIJFBELEID TOETSEN EN AANSCHERPEN

Risicoschatting essentieel bij keuze voor CVRM-medicatie

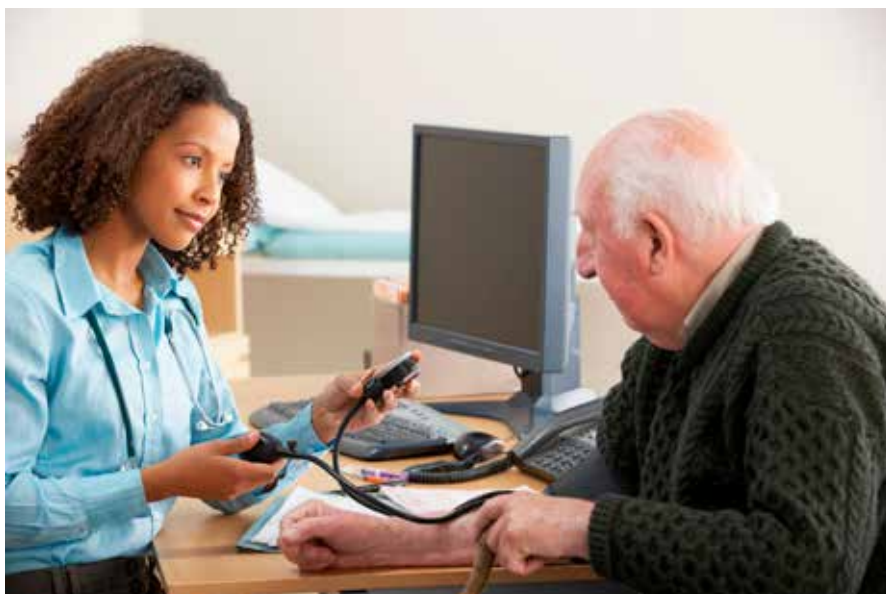
De herziene NHG-Standaard CVRM beveelt alleen nog medicatie aan bij een zeer hoog cardiovasculair risico. Deze belangrijke nuancering komt ook terug in twee herziene FTO-modules.

TEKST MARC DE LEEUW, APOTHEKER EN MEDISCH REDACTEUR **BEELD** ADOBE STOCK

De geactualiseerde *NHG-Standaard Cardiovasculair risicomangement (CVRM)* verscheen in het najaar van 2024. Aansluitend bracht het Instituut Verantwoord Medicijngebruik (IVM) begin 2025 de twee FTO-modules over CVRM uit: een algemene over CVRM en een specifieke over CVRM bij ouderen.¹⁻² 'We hebben de informatie uit de NHG-Standaard opgesplitst in patiënten jonger dan 70 jaar en patiënten van 70 jaar en ouder, omdat het te veel informatie is om in één FTO te kunnen bespreken', zegt apotheker Hatice Polat, een van de auteurs van beide modules.

RISICOSCHATTING

Kern van de genoemde NHG-Standaard zijn de tabellen waarmee het cardiovasculaire risico van patiënten kan worden ingeschat. De FTO-modules gaan onder andere met casuïstiek daarop in. 'De essentie van deze NHG-Standaard is de risicoschatting die opgedeeld is in vier categorieën: zeer hoog risico op hart- en vaatziekten, hoog risico, matig verhoogd risico en laag risico', zegt Polat. 'Een eerste schatting kan gemaakt worden met tabel 1 uit deze standaard. Zo is het risico "zeer hoog" bij patiënten bij wie al een



cardiovasculaire aandoening is aangetoond. Bij diabetespatiënten ligt dat genuanceerd en hangt de hoogte van dit risico onder andere af van de mate van comorbiditeit, zoals atherosclerotische cardiovasculaire aandoeningen en/of ernstige eindorgaanschade. Met de SCORE2-tabel kan het tienjaarsrisico op fatale én niet-fatale hart- en vaatziekten worden geschat bij personen van 40 tot

70 jaar bij wie nog geen behandeling is gestart. Met de SCORE2-OP – waarbij OP staat voor "older persons" – kan het tienjaarsrisico op hart- en vaatziekten worden geschat bij personen van 70 tot 90 jaar. In de gecombineerde SCORE2(-OP)-tabel in de NHG-Standaard zijn alleen patiënten van 80 jaar of jonger opgenomen, omdat ouderen met een leeftijd van 80 jaar of hoger sowieso een hoog



Hatice Polat werkt als adviserend apotheker bij het Instituut Verantwoord Medicijngebruik (IVM). Ze is betrokken bij diverse projecten rondom gepast gebruik van geneesmiddelen, ontwikkelt diverse materialen voor verschillende zorgverleners en verzorgt nascholingen.

risico hebben', geeft Polat aan. De SCORE2(-OP)-tabel geldt volgens de NHG-Standaard niet voor mensen die op basis van tabel 1 al in een (aanwijsbare) risicocategorie vallen.³

LIFETIMERISICO

De gevonden risicoscore bij een patiënt is indicatief voor het al dan niet inzetten van medicamenteuze behandeling: bloeddrukverlaging en LDL-cholesterolverlaging. Volgens de NHG-Standaard is medicatie doorgaans niet geïndiceerd bij een laag risico. Hetzelfde geldt voor mensen met een matig verhoogd risico. Polat: 'Bij een hoog risico is medicatie te overwegen en bij een zeer hoog risico wordt medicatie aanbevolen. Een bijzondere populatie zijn relatief jonge mensen die ogenschijnlijk gezond lijken. Het absolute tienjaarsrisico is bij hen op de huidige leeftijd doorgaans laag, zelfs als ze meerdere risicofactoren hebben, denk aan roken. Het tienjaarsrisico kan echter verhoogd zijn op hogere leeftijd. Deze personen kunnen dus een hoger lifetimerisico hebben op hart- en vaatziekten, vergeleken met mensen van dezelfde leeftijd en hetzelfde geslacht die gezonder zijn. Het lifetimerisico kan dus worden gebruikt om de patiënt inzicht te geven in verborgen risicofactoren. De website U-Prevent.com bevat een calculator voor berekening van het lifetimerisico. Deze kan dienen als tool om in gesprek te gaan met de patiënt.'

CHOLESTEROL EN BLOEDDRUK

Het effect van cholesterolverlaging kan volgens de herziene NHG-Standaard nog steeds worden afgemeten aan de bereikte LDL-cholesterolspiegel, maar ook het

non-HDL-cholesterol is hiervoor een goede waarde. 'HDL is het enige deel van de lipiden dat niet-schadelijke cholesteroldeeltjes bevat. Door non-HDL-cholesterol te bepalen, neem je het cholesterolgehalte in alle apoB-bevattende, "slechte" lipoproteïnen mee. Bovendien kan het non-HDL-cholesterol ook nuchter worden bepaald. Het non-HDL-cholesterol is het totaalcholesterol minus het HDL-cholesterol. De NHG-Standaard vermeldt nog steeds de gangbare LDL-streefwaarden van 1,8 en 2,6 mmol', licht Polat toe. Deze komen overeen met een non-HDL-cholesterol van respectievelijk 2,6 en 3,4 mmol/l.³ Behandeling van de bloeddruk is nodig als die systolisch hoger is dan 180 mmHg, ongeacht het risico op hart- en vaatziekten. 'Is de systolische bloeddruk tussen 160 en 180 mmHg, dan kan eerst leefstijl-interventie aangewezen zijn om de bloeddruk te verlagen tot lager dan 160 mmHg. Helpt dit niet, dan kan een bloeddrukverlager worden overwogen, ook bij een relatief laag berekend tienjaarsrisico op hart- en vaatziekten. Behandeling van hoge bloeddruk is ook dan belangrijk, omdat een hoge bloeddruk tevens in verband staat met een verhoogd risico op andere dan cardiovasculaire aandoeningen, zoals schade aan hersenen en ogen.'

BEVORDERING LEEFSTIJL

Een belangrijk punt voor het FTO is bevorderen van een goede leefstijl van patiënten, goede voeding, voldoende beweging en stoppen met roken. Ongeacht de leeftijd en de risicofactoren is dat altijd van belang. Volgens de NHG-Standaard levert bij volwassenen 75 minuten matig intensief bewegen per week al

gezondheidswinst op en 150 minuten nog meer.³ 'Kijk met welke leefstijladviezen nog meer winst te behalen is bij een patiënt. Het belang van stoppen met roken kan niet genoeg worden benadrukt', zegt Polat. De NHG-Standaard is er duidelijk over: het is een 'dodelijke verslaving', die de belangrijkste risicofactor oplevert voor hart- en vaatziekten. Ten opzichte van niet-rokers heeft een roker een 2 tot 6 maal verhoogd risico op coronaire aandoeningen of een beroerte en een 2 tot 4 keer verhoogd risico op hartfalen of perifeer vaatlijden. Zelfs lichte of matige rokers hebben al een verhoogd cardiovasculair risico. Ook meer roken verhoogt dit risico – met tot wel 30 procent.³

DEPRESCRIBING

Tot slot zou volgens Polat *deprescribing* van cardiovasculaire medicatie ter sprake kunnen komen tijdens een FTO. 'Het is raadzaam om bij een oudere altijd na te gaan of medicatie nog is geïndiceerd. Bij kwetsbare ouderen zonder hart- en vaatziekten kun je overwegen om bloeddrukverlagers en statines te minderen of te stoppen. Gezien hun relatief kortere levensverwachting is de meerwaarde van deze geneesmiddelen lager, omdat deze effect hebben op langetermijnrisico's. De vraag is of als het niet baat, het dan ook niet schaadt. Kwetsbare ouderen zijn extra gevoelig voor bijwerkingen van statines, zoals spierklachten, en van bloeddrukverlagers, zoals verhoogd valrisico en duizeligheid.' ←

REFERENTIES

De referenties staan in de onlineversie van dit artikel op farmamagazine.nl.