

Update: De nieuwe richtlijn CVRM

Ontwikkeld door de HartVaatHAG

Datum: Mei-Okt 2019

Locatie

Docent: David Koetsier



1

Algemene inleiding



ESC 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice



literatuursearches nav inventarisatie



Onderwerpen waar geen search op is gedaan zijn vertaald en, waar nodig, aangepast aan Nederlandse situatie

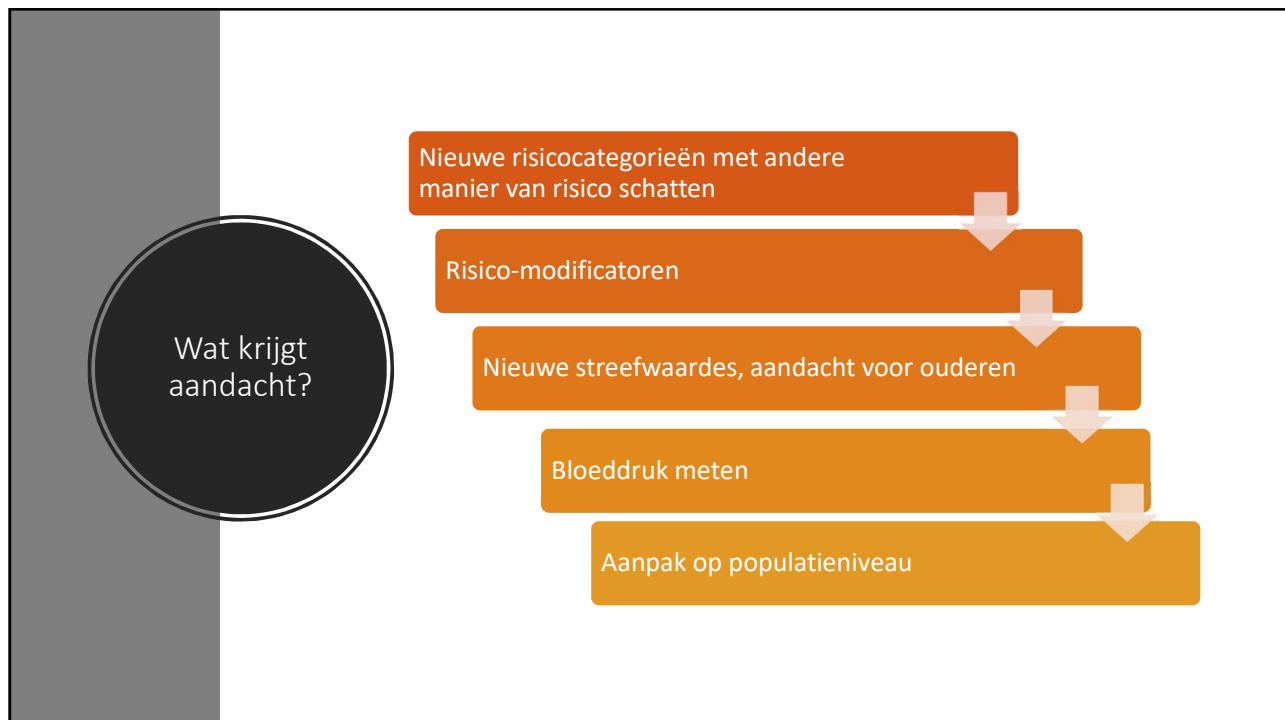
2

Aanbevelingen zijn gebaseerd op GRADE

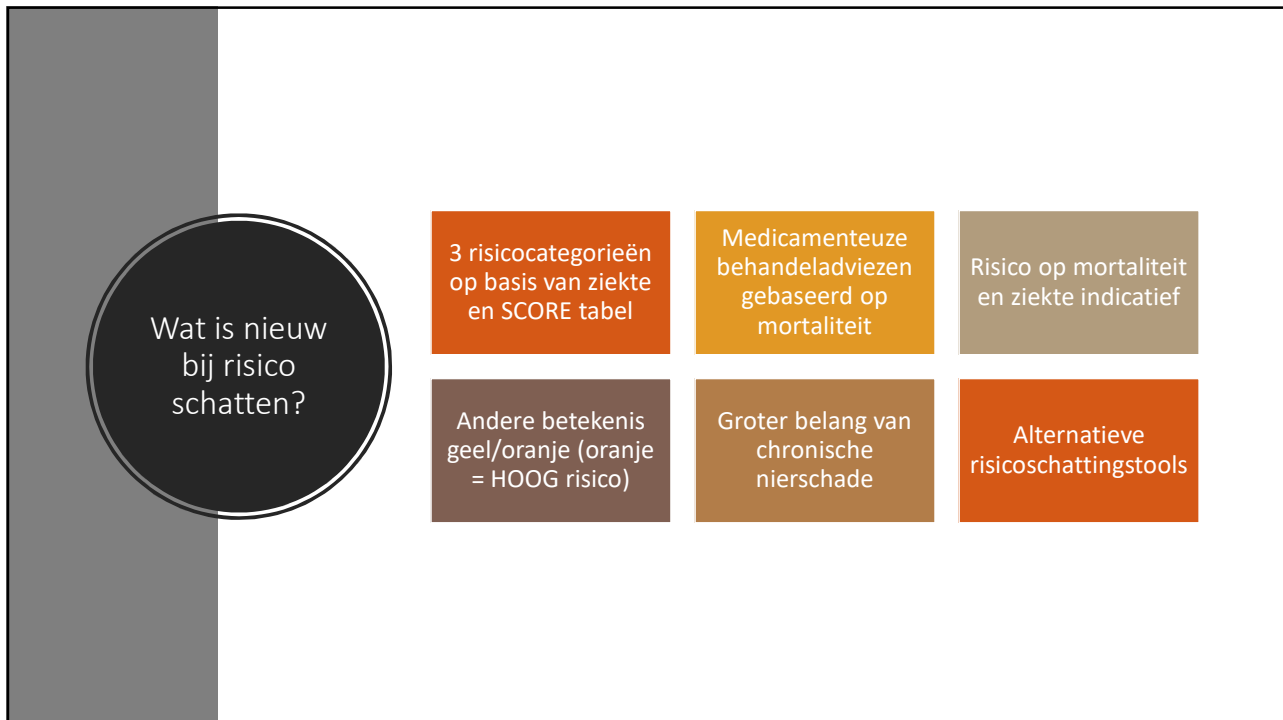
kwaliteit	betekenis	aanbeveling
hoog	overtuigend bewijs	actief: doe wel/niet
redelijk	redelijk bewijs	overweeg
(zeer)laag	matig/gering bewijs	kan overwogen worden

Grading Recommendations Assessment, Development and Evaluation

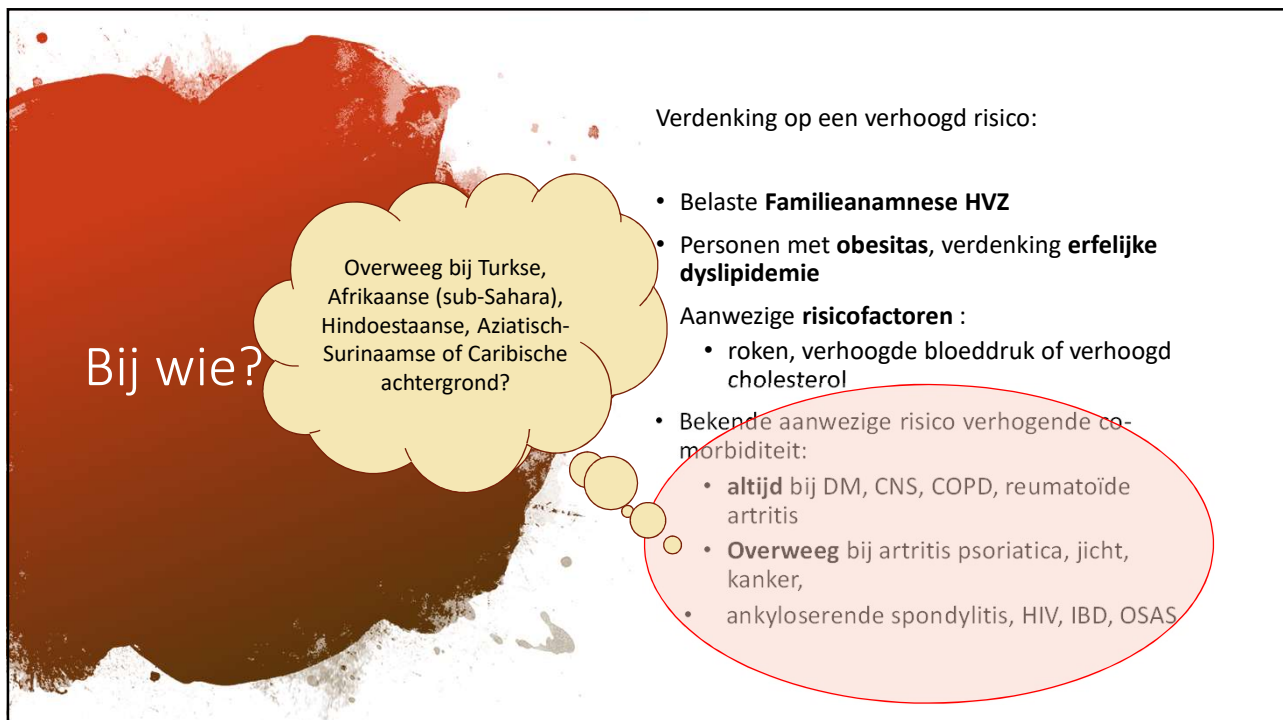
3



4



5



6

Wanneer risicoschatten?

- Herhaal de schatting, bijv. **elke 5 jaar of vaker** als het geschatte risico dichtbij behandelgrens
- Een schatting kan worden overwogen bij vrouwen postmenopauzaal of > 50 jaar en bij mannen > 40 jaar
- Doe geen risicoschatting bij mannen < 40 jaar en vrouwen < 50 jaar zonder bekende risicofactoren.

7

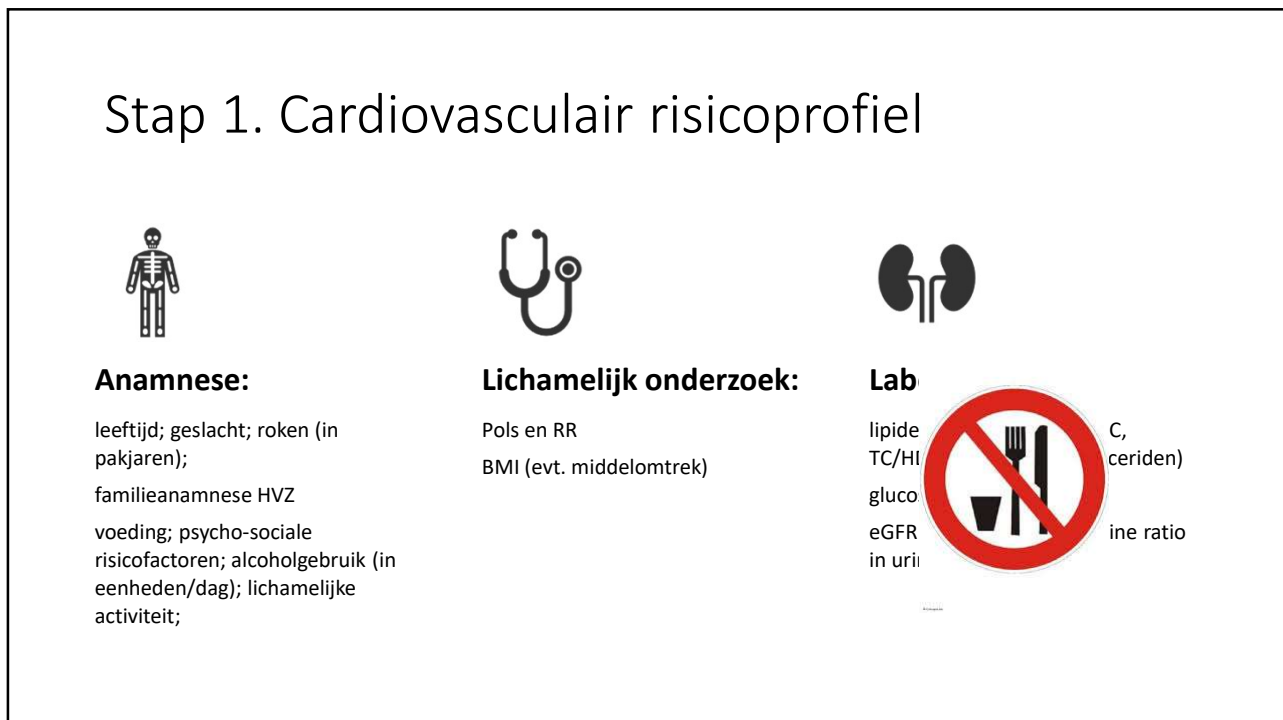
Overweeg periodieke screening op HT & DM2

- Doorgemaakte pre-eclampsie
- Doorgemaakt zwangerschapshypertensie
- Bekend zijn met PCOS (polycysteus ovarium syndroom)
- Doorgemaakt diabetes gravidarum

8



9



10

Stap 2. Tabel 1.1
Risicocategorieën

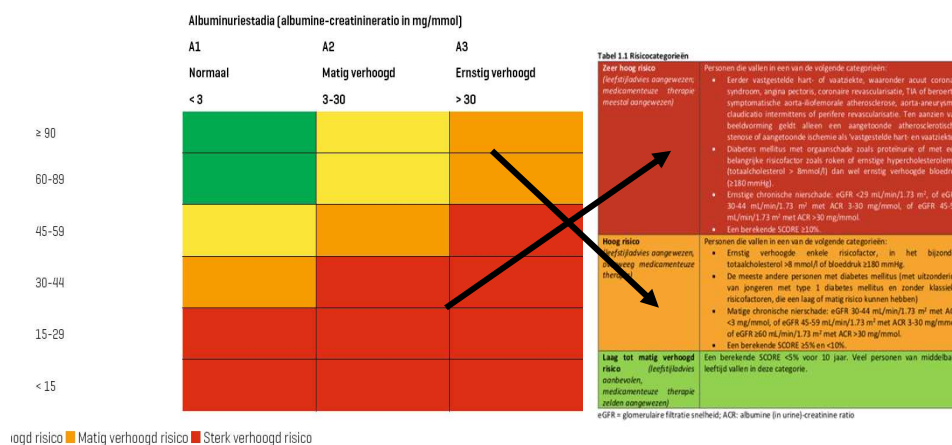
Tabel 1.1 Risicocategorieën

Zeer hoog risico <i>(leefstijladvies aangewezen; medicamenteuze therapie meestal aangewezen)</i>	Personen die vallen in een van de volgende categorieën: <ul style="list-style-type: none"> Eerder vastgestelde hart- of vaatziekte, waaronder acuut coronair syndroom, angina pectoris, coronaire revascularisatie, TIA of beroerte, symptomatische aorta-iliofemorale atherosclerose, aorta-aneurysma, claudicatio intermittens of perifere revascularisatie. Ten aanzien van beeldvorming geldt alleen een aangetoonde atherosclerotische stenose of aangetoonde ischemie als 'vastgestelde hart- en vaatziekte' Diabetes mellitus met orgaanschade zoals proteinurie of met een belangrijke risicofactor zoals roken of ernstige hypercholesterolemie (totaalcholesterol > 8mmol/l) dan wel ernstig verhoogde bloeddruk (≥180 mmHg). Ernstige chronische nierschade: eGFR <29 mL/min/1.73 m², of eGFR 30-44 mL/min/1.73 m² met ACR 3-30 mg/mmol, of eGFR 45-59 mL/min/1.73 m² met ACR >30 mg/mmol. Een berekende SCORE ≥10%.
Hoog risico <i>(leefstijladvies aangewezen, overweeg medicamenteuze therapie)</i>	Personen die vallen in een van de volgende categorieën: <ul style="list-style-type: none"> Ernstig verhoogde enkele risicofactor, in het bijzonder totaalcholesterol >8 mmol/l of bloeddruk ≥180 mmHg. De meeste andere personen met diabetes mellitus (met uitzondering van jongeren met type 1 diabetes mellitus en zonder klassieke risicofactoren, die een laag of matig risico kunnen hebben) Matige chronische nierschade: eGFR 30-44 mL/min/1.73 m² met ACR <3 mg/mmol, of eGFR 45-59 mL/min/1.73 m² met ACR 3-30 mg/mmol, of eGFR ≥60 mL/min/1.73 m² met ACR >30 mg/mmol. Een berekende SCORE ≥5% en <10%.
Laag tot matig verhoogd risico <i>(leefstijladvies aanbevelen, medicamenteuze therapie zelden aangewezen)</i>	Een berekende SCORE <5% voor 10 jaar. Veel personen van middelbare leeftijd vallen in deze categorie.

eGFR = glomerulaire filtratie snelheid; ACR: albumine (in urine)-creatinine ratio

11

Indeling CNS en risicocategorie CVRM



NHG-Standaard Chronische nierschade, (Huisarts Wet 2018;april 50-67).

12

Andere betekenis geel/oranje

CVRM 2011 (OUD)

20	23	28	34	42
14	17	20	24	30
10	12	14	17	21
7	8	10	12	15

CVRM 2019

Tabel 1 Risicocategorieën

Laag risico
 (TC-HDL-ratio < 1,0 of < 1,3 mmol/l, of LDL-C < 160 mg/dl of < 4,1 mmol/l, of apoB < 100 mg/dl of < 2,7 g/l, of apoA-I > 150 mg/dl of > 1,9 g/l, of apoA-II > 100 mg/dl of > 1,0 g/l, of apoB/A-I < 2,0 of < 0,16)

Hoog risico
 (TC-HDL-ratio > 1,0 of > 1,3 mmol/l, of LDL-C > 160 mg/dl of > 4,1 mmol/l, of apoB > 100 mg/dl of > 2,7 g/l, of apoA-I < 150 mg/dl of < 1,9 g/l, of apoA-II < 100 mg/dl of < 1,0 g/l, of apoB/A-I > 2,0 of > 0,16)

Laag tot matig verhoogd risico
 (TC-HDL-ratio < 1,0 of < 1,3 mmol/l, of LDL-C < 160 mg/dl of < 4,1 mmol/l, of apoB < 100 mg/dl of < 2,7 g/l, of apoA-I > 150 mg/dl of > 1,9 g/l, of apoA-II > 100 mg/dl of > 1,0 g/l, of apoB/A-I < 2,0 of < 0,16)

Hoog risico
 (TC-HDL-ratio > 1,0 of > 1,3 mmol/l, of LDL-C > 160 mg/dl of > 4,1 mmol/l, of apoB > 100 mg/dl of > 2,7 g/l, of apoA-I < 150 mg/dl of < 1,9 g/l, of apoA-II < 100 mg/dl of < 1,0 g/l, of apoB/A-I > 2,0 of > 0,16)

- Leefstijl geïndiceerd
- Medicatie wordt aanbevolen bij risico verhogende factoren -> tabel

- **Hoog risico**
- Leefstijl aanbevolen
- Overweeg medicatie o.a.
 - risico op events
 - effect van leefstijl
 - extra risicofactoren



Bloeddruk	Vrouwen										Mannen										Sterfte	
	Niet-rookster					Rookster					Niet-roker					Roker						
	3	4	5	6	7	3	4	5	6	7	3	4	5	6	7	3	4	5	6	7		
180	4	5	6	7	8	10	8	9	11	12	7	8	10	12	15	13	15	18	21	26	11	Sterfte
160	3	4	5	6	7	7	6	7	9	11	5	6	7	9	11	9	11	14	18	23	13	Ziekte + Sterfte
140	2	3	3	4	5	4	4	5	6	8	3	4	5	6	8	7	8	10	13	17	15	Ziekte + Sterfte
120	1	2	2	3	4	3	3	4	5	6	2	3	4	4	5	5	5	7	8	10	13	Ziekte + Sterfte
100	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	3	3	4	5	6	9	Ziekte + Sterfte
80	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Ziekte + Sterfte

Wijzigingen Risicotabel tov 2011

Risico op overlijden is leidend, afkap 10%

Risico op ziekte en sterfte indicatief in cursieve cijfers Leeftijdsrange is veranderd : 45-65 jaar

Extra kolom bij TC/HDL ratio (3)

15

Bloeddruk	Vrouwen											
	Niet-rookster						Rookster					
180	4	5	6	7	8	10	8	9	11	12	15	18
	15-18	18-21	21-25	25-30	30-36	37-44	30-34	33-40	39-46	46-54	>50	>50
160	3	3	4	5	6	7	6	6	7	9	11	13
	11-13	13-15	15-18	18-21	21-26	26-31	20-21	24-28	28-33	33-39	40-47	48-58
140	2	2	3	3	4	5	4	5	5	6	8	9
	8-9	9-10	10-12	13-15	15-18	19-22	14-17	17-20	20-23	23-28	28-34	35-42
120	1	2	2	2	3	4	3	3	4	5	6	7
	5-6	6-7	7-9	9-11	11-13	13-16	10-12	12-14	14-17	17-20	20-24	25-30
180	2	3	3	4	5	6	4	5	6	7	8	10
	9-11	11-13	13-16	16-19	19-23	24-29	18-21	21-25	25-30	30-35	36-43	44-53
160	2	2	2	3	3	4	3	3	4	5	6	7
	7-8	8-9	9-11	11-13	14-16	17-20	13-15	15-18	18-21	21-25	26-31	32-38
140	1	1	2	2	2	3	2	2	3	4	4	5
	5-6	5-7	7-8	8-9	10-12	12-15	9-11	10-12	12-15	15-18	18-22	23-27
120	1	1	1	1	2	2	1	2	2	3	3	4
	3-4	4-5	5-6	6-7	7-8	9-10	6-7	7-9	9-10	11-13	13-16	16-19

16

Versimpeld



45-50 jaar

Leefstijl, leefstijl, leefstijl,



60-65 jaar

Leefstijl en mogelijk medicatie



HVZ, DM2, CNS
SBD \geq 180 of TC $>$ 8

Medicatie en leefstijl

17

Aanvullende risico

Het risico wordt vermoedelijk wel **dekelijk gemodificeerd** door sociale klasse, stressniveau, bepaalde persoonlijkheidskenmerken (zoals type-D-persoonlijkheid) en depressieve of angststoornissen.



familieanamnese premature HVZ
bij eerstegraads familieleden
($\sigma \leq 55$, $\rho \leq 65$)



Psychosociale factoren



Calciumscore coronairen (indien bekend)



Zie af van meewegen
BMI/middelomtrek ter
verbetering risico schatten

18

Risicoschatten bij DM en RA

Oude richtlijn: SCORE tabel + 15 jaar

Nieuwe richtlijn

- DM: zie tabel 1.1 - risicocategorie
- Reumatoïde artritis: SCORE * 1,5

19

Andere ziektes

Overweeg **bij twijfel** over behandelindicatie **eerder** over te gaan tot behandeling bij:

- COPD
- Artritis psoriatica
- Jicht
- Patiënten die behandeld zijn voor kanker

*Ernstige Psychiatrische
Aandoeningen?*

20

SCORE is niet geschikt voor



PATIËNTEN DIE AL
MEDICATIE
GEBRUIKEN



JONGEREN



OUDEREN:
ADDENDUM BIEDT
GENOEG HANDVATEN



PATIËNTEN MET
VAATZIEKTEN:
OVERWEEG SMART



PATIËNTEN MET DM:
OVERWEEG
ADVANCE

21

Risico
communicatie
bij jongeren

Tabel 4 Relatieve-risicotabel, afgeleid van SCORE (Overgenomen uit Piepoli, 2016)

Systolische bloeddruk (mmHg)	Niet-roker					Roker				
	3	3	4	5	6	6	7	8	10	12
180	3	3	4	5	6	6	7	8	10	12
160	2	3	3	4	4	4	5	6	7	8
140	1	2	2	2	3	3	3	4	5	6
120	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4
Totaal cholesterol (mmol/l)	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8

- Relatieve risicotabel
- Lifetime cardiovasculair risico
- Cardiovasculaire risicoleeftijd



Vaatrisico 
UMC Utrecht
#43 in Geneeskunde
★★★★ 4,5, 5 beoordelingen
Grads

22

Alternatieve risico- berekeningen

NHG-standaard CVRM. 2019

Ter ondersteuning van
leefstijladviezen

Niet direct koppelen aan
medicamenteuze behandeladviezen

Extreme waarden van risicofactoren
of clustering van risicofactoren eerder
medicamenteuze behandeling

23

Bloeddruk



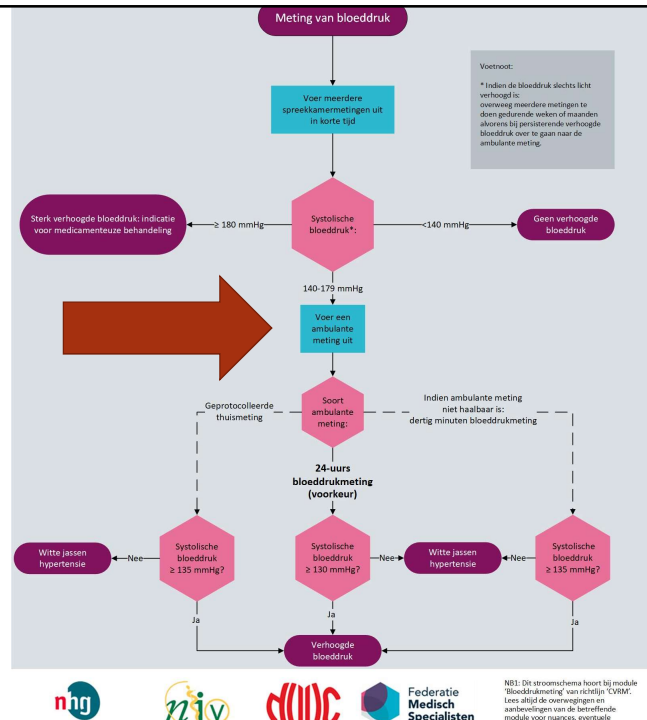
24

Wat is een verhoogde bloeddruk?

Verhoogde bloeddruk	Hypertensieve ziekte
Geen ziekte, maar bloeddruk die hoger is dan de streefwaarde van de patiënt	(mogelijk) directe schade/ziekte door sterk verhoogde bloeddruk (retinopathie, encefalopathie etc)
Risicofactor voor hart- en vaatziekten	
Behandelen indien volgens richtlijn geïndiceerd	Heeft altijd behandeling nodig

25

• Diagnostiek van verhoogde bloeddruk



26

Zorgvuldige
evaluatie van
behandelindicatie
bloeddruk is
belangrijk!

- Witte jassen hypertensie
- Gemaskeerde hypertensie

Advies: gebruik altijd een ambulante meting!

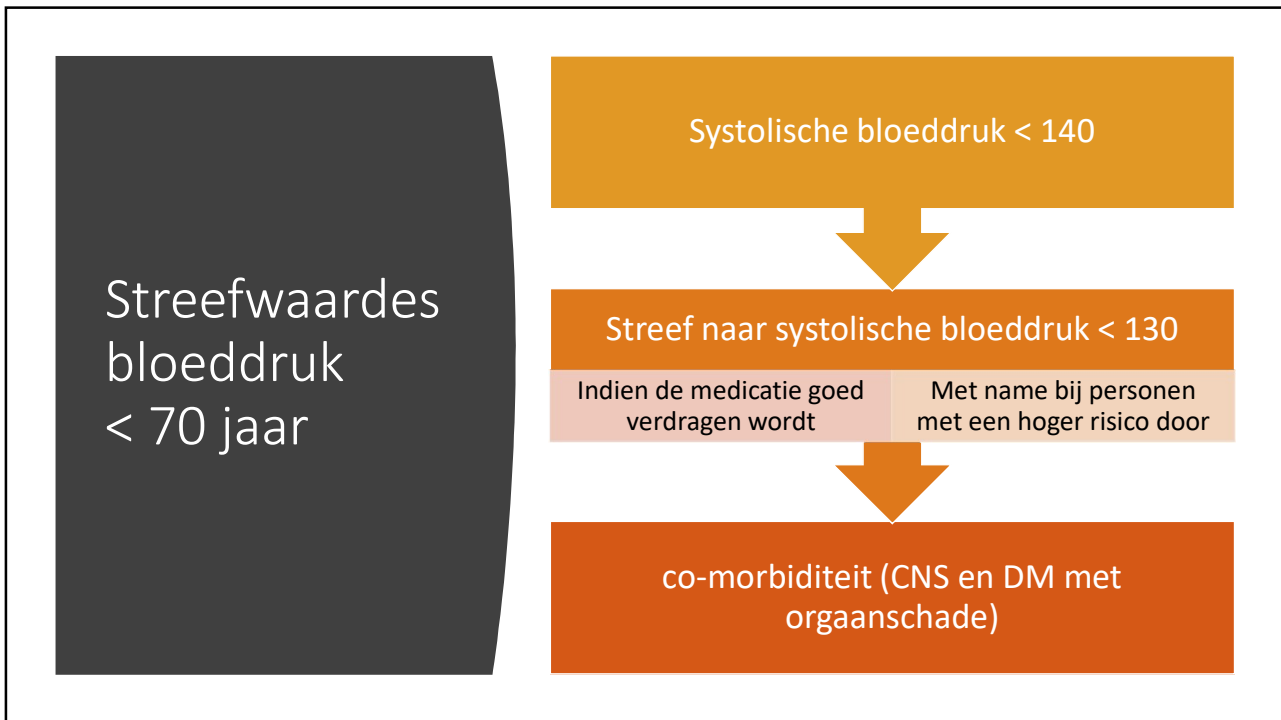
1. **24-uursmeting (voorkeur)**
2. Geprotocolleerde thuismeting
3. Dertig minuten meting (indien 1 of 2 niet beschikbaar)

27

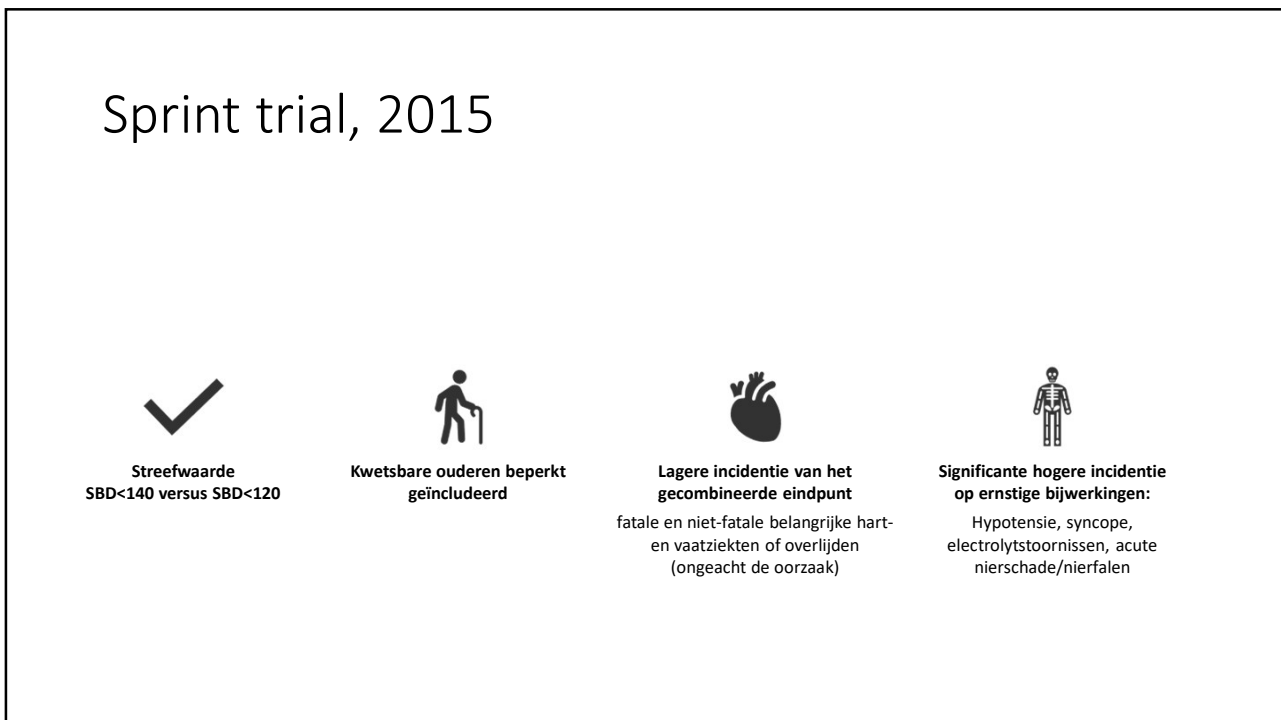
Spreekkamermeting	140 mmHg	180 mmHg
24-uurs bloeddrukmeting	130 mmHg	165 mmHg
Geprotocolleerde thuismeting	135 mmHg	170 mmHg
BP30- meting	135 mmHg	170 mmHg

Corresponderende bloeddrukwaardes

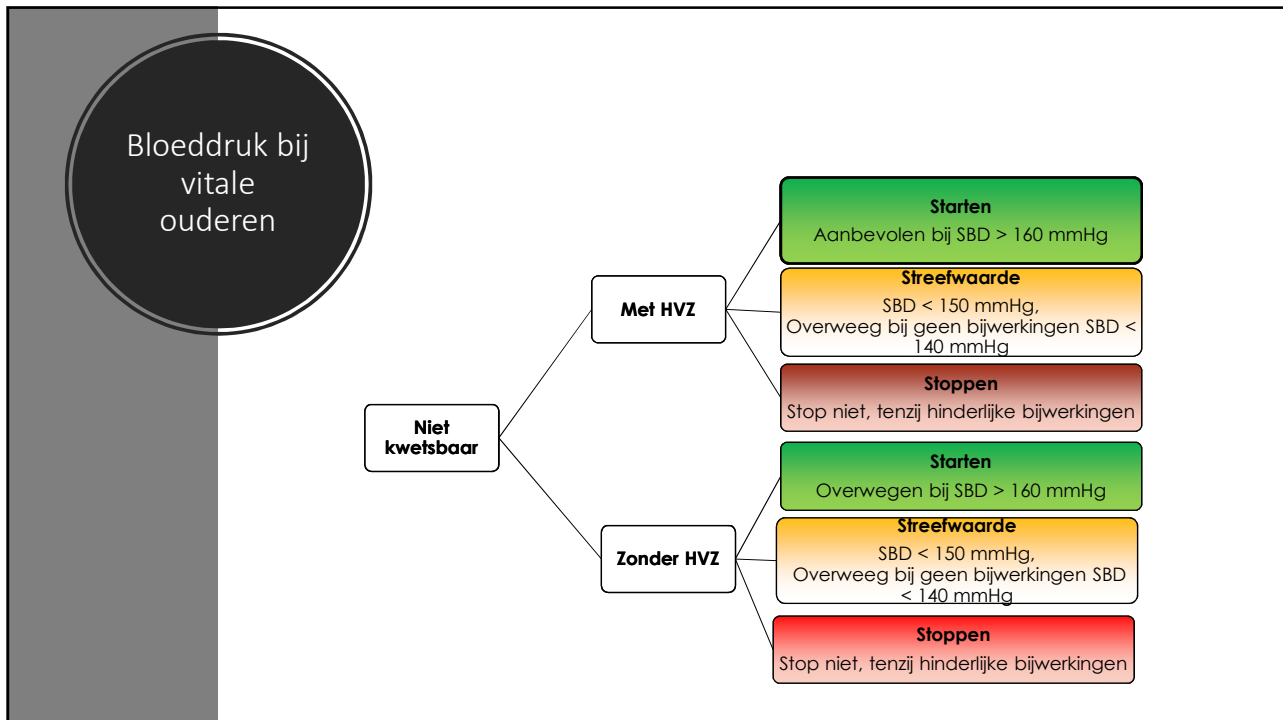
28



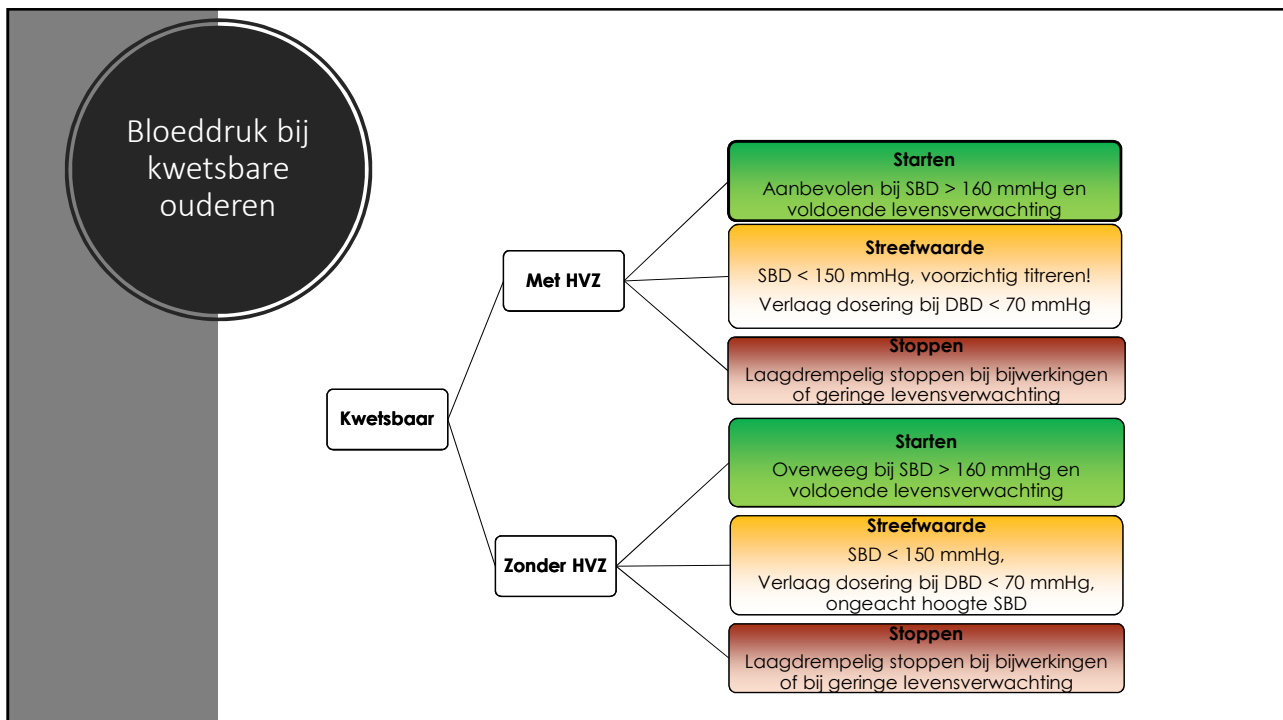
29



30



31



32

Behandeling

- Leefstijladviezen
- Start antihypertensiva bij onvoldoende daling of bij herhaalde spreekkamermeting ≥ 180 mm/Hg
 - Groepen **gelijkwaardig** aan elkaar, aanwijzingen dat betablokkers minder effectief zijn
 - Starten met **combinatietherapie** kan worden overwogen bij sterk verhoogde bloeddruk of sterk verhoogd risico.
 - Combinatie van 2 middelen in 1 pil kan worden overwogen
 - Keuze afhankelijk van patiëntkarakteristieken

33

Voorkeursgeneesmiddelen

Patiëntenkenmerk	Geneesmiddel
Asymptomatische orgaanschade	
Albuminurie	ACE-remmer, ARB
Eerder myocard infarct	β -blokkers, ACE-remmer, ARB
Angina pectoris	β -blokkers, calciumantagonist
Hartfalen	ACE-I, ARB, β -blokkers, diuretica, mineralocorticoïdereceptorantagonist
Atriumfibrilleren	β -blokkers, non-dihydropyridine-calciumkanaalblokkeerders, ACE-remmer, ARB, mineralocorticoïdereceptorantagonist
Perifeer arterieel vaatlijden	ACE-remmer
Overig	
Diabetes Mellitus	ACE-remmer, ARB
Zwangerschap	Methyldopa, β -blokkers, calciumantagonist
Zwarte personen*	Diuretica en calciumantagonisten

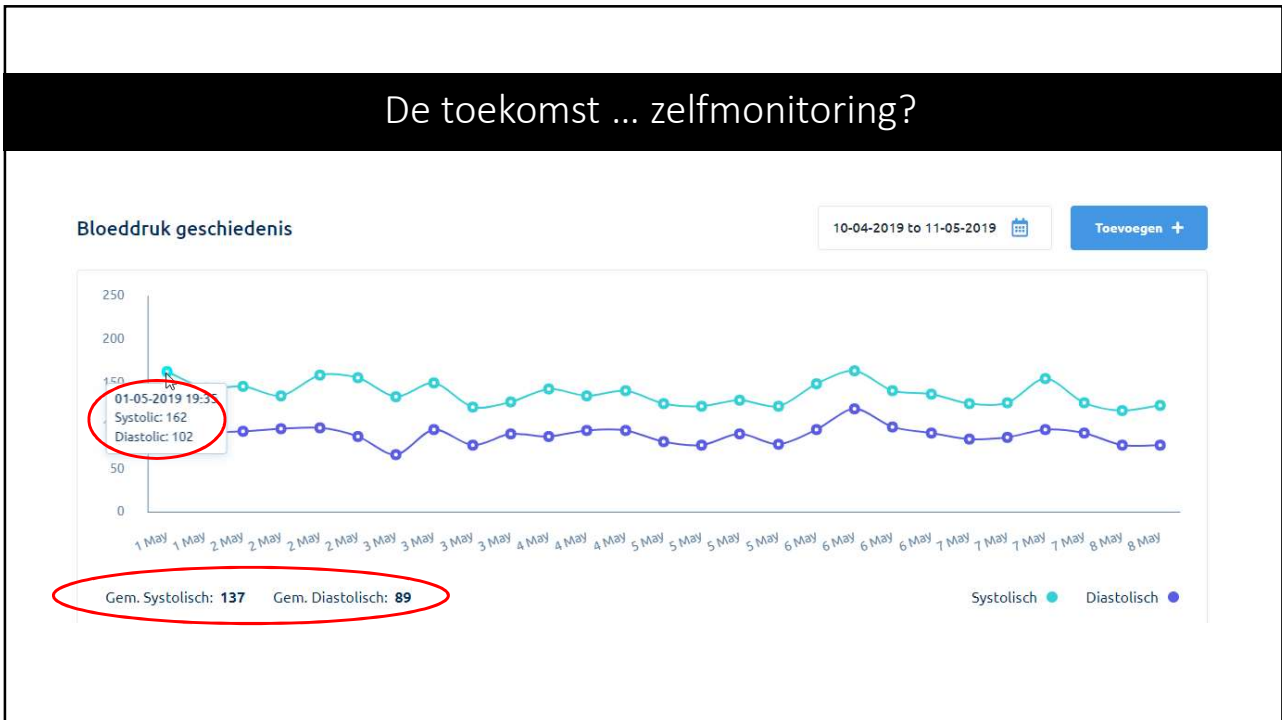
* Advies Nederlands taalinstituut

34

Stappenplan

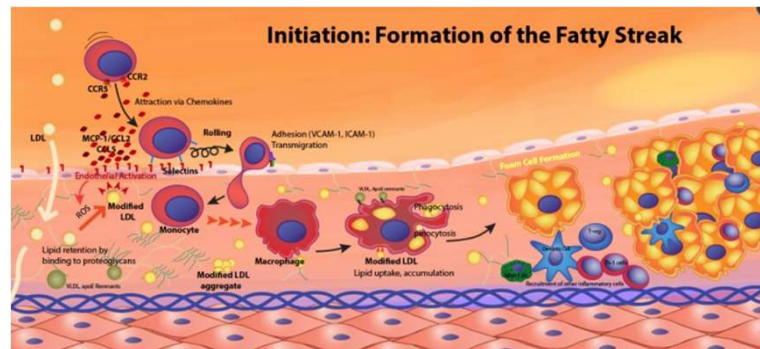
- Geef een antihypertensivum
- Overweeg meteen een combinatiemiddel bij sterk verhoogde bloeddruk
- Voeg een ander middel toe uit stap 1
- Combineer bij voorkeur geen betablokker met diuretica
- Geen ACE-remmer met ARB
- Bij 3 antihypertensiva en niet bereiken streefwaarde:
- voeg aldosteronantagonist toe (spironolacton)
- overweeg verwijzing

35



36

Cholesterol



37

Streefwaarden cholesterol < 70 jaar

Risicocategorie	LDL-c
Patiënt met hart- en vaatziekten	<1,8
Hoog / zeer hoog risico <ul style="list-style-type: none"> • Score > 10% • DM/CNS 	<2,6

38

Uitgangsvraag

Welke streefwaarden van LDL-C dienen te worden gehanteerd bij de behandeling met lipidenverlagende medicatie bij personen met een (zeer) hoog risico op hart- en vaatziekten?

The lower the
better?

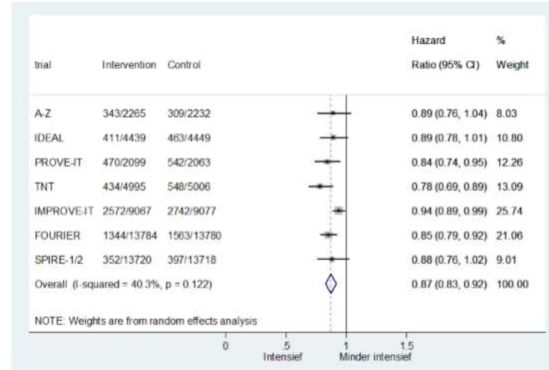
- Associatie geldt bij mannen & vrouwen en met & zonder HVZ
- Meta-analyses van meerdere onderzoeken naar statines tonen een dosisafhankelijke relatieve vermindering van hart- en vaatziekten bij verlaging van LDL-C.
- Elke vermindering van LDL-C met 1,0 mmol/l is geassocieerd met een corresponderende 20 tot 25% reductie in mortaliteit ten gevolge van hart- en vaatziekten en niet-fatale MI (Mihaylova, 2012).

39

The lower the
better?

- 7 trials: intensieve vs minder lipidenverlaging bij patiënten met hart- en vaatziekten

- **Figuur 2.5** Meta-analyse van trials met patiënten met hart- en vaatziekten en het risico op hart- en vaatziekten



40

Conclusies
Hart- en vaatziekten

Redelijk GRADE

Het risico op hart- en vaatziekten bij een intensieve behandeling met lipidenverlagende medicatie is waarschijnlijk lager dan bij een minder intensieve behandeling bij patiënten met hart- en vaatziekten.

Bronnen (A-Z; IDEAL; PROVE-IT; TNT; IMPROVE-IT; FOURIER; SPIRE-1/2)

Geen verbetering van sterfte

Risico op bijwerkingen was 29% hoger, in absolute aantallen was dit echter laag (studiepopulaties)

Geen trials waarbij specifieke streefwaarden onderling zijn vergeleken

Geen onafhankelijke studies

The lower the better?

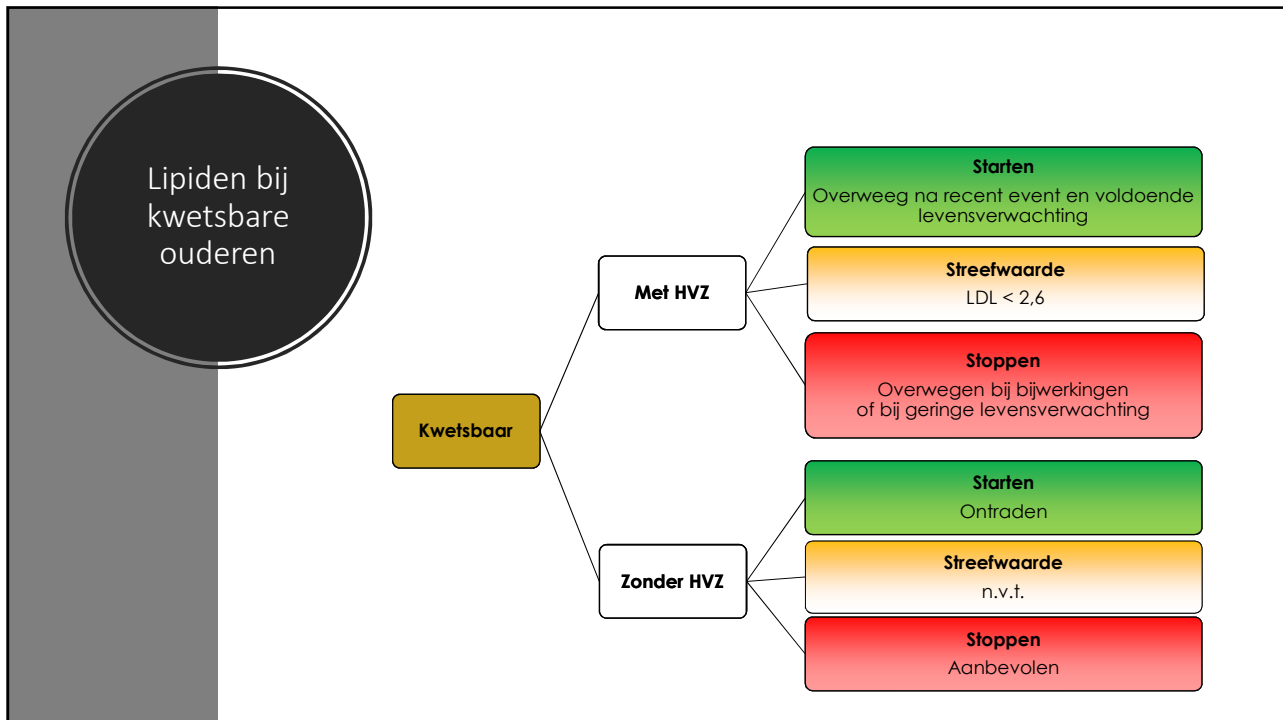
41

LDL-streefwaarde	Onbehandelde LDL-cholesterol (mmol/L)	
< 1,8 mmol/L	1,8-2,8	≥ 2,9
< 2,6 mmol/L	2,6-4,1	≥ 4,2
LDL-daling	< 40%	≥ 40%

Stappenplan medicatie NHG

- Voorkeur atorvastatine, rosuvastatine, simvastatine
- Stap 1. Kies afhankelijk van de gewenste % daling
- Stap 2. Intensiveer
- Stap 3. Voeg ezitimib toe

42



43

Effectiviteit Statines op LDL

Statine	Dagelijkse dosis mg				
	5	10	20	40	80
atorvastatine	31%	37%	43%	49%	55%
fluvastatine	10%	15%	21%	27%	33%
lovastatine	-	21%	29%	37%	45%
pravastatine	15%	20%	24%	29%	33%
rosuvastatine	38%	43%	48%	53%	58%
simvastatine	23%	27%	32%	37%	42%

HartVoetHAG
Hart- en Vaatziekten Huisartsen Advies Groep

Law, BMJ, 2003

49

44

Interventies
op populatie



45

Populatie management versus individuele preventie

Populatiemaatregel

- Klein effect maar op veel mensen
- Kan groter effect hebben op incidentie HVZ
- Gering effect op individuele gezondheid
- Gezondheidsongelijkheid daalt

Persoonlijke preventie

- Groot effect hebben op 1 persoon
- Nauwelijks effect op incidentie HVZ
- Gezondheidsongelijkheid stijgt (willing well?)

46

Aanbeveling Overheidsmaatregelen



Wetgeving gezonde voedingssamenstelling

Bijv. wetgeving rondom suiker in voeding, portiegroottes etc



Bevorder Gezond Voedingspatroon



Ban Kindermarketing Ongezonde Voeding



Stimuleer Lichaamsbeweging



Bijv. Gratis Fietshuur i.c.m. duur parkeren

47

Wat is de rol van de zorgverlener?

- Niet verantwoordelijk voor 0^e lijns preventie
- Stimuleer gezonde leefstijl bij individuen in de spreekkamer
- Ken de lokale sociale/sportieve kaart
- Wel verantwoordelijkheid nemen in stimuleren (lokale) overheid -> invloed op lokaal beleid

48

De Praktijk



49

E-health update:
Uw leefstijl is zo risicovol dat uw avatar
zojuist is overleden aan een vetembolie.



Hoe nu verder?

Tijdens jaarcontrole:

- Her-evalueer streefwaarden
- Her-evalueer het risico (op indicatie):
 - zeer hoog of hoog risico (tabel 1)
 - SCORE bij patiënten rond behandeldrempel obv **beginwaardenes** vóór start behandeling
 - Bij discrepantie tussen oude en nieuwe SCORE:
 - *Visie van patiënt op behandeling is zwaarwegend!*
 - *Stoppen van medicatie kan .. bij 1:3 lukt dat**
- Mogelijkheden voor E-health/zelfmanagement?

* Luymes C et al. H&W dec 2018

50

Bij laag
uitgangsrisico
...



met

nder

o

Laagrisicopatiënten kunnen onder begeleiding van de huisarts veilig stoppen met preventieve cardiovasculaire medicatie.

H&W 2018:12 Luymes, C et all

51

Voeding



Alpha Omega Trial bij 5000 patiënten met HVZ:

Geen effect van visoliesupplementen en linoleenzuur

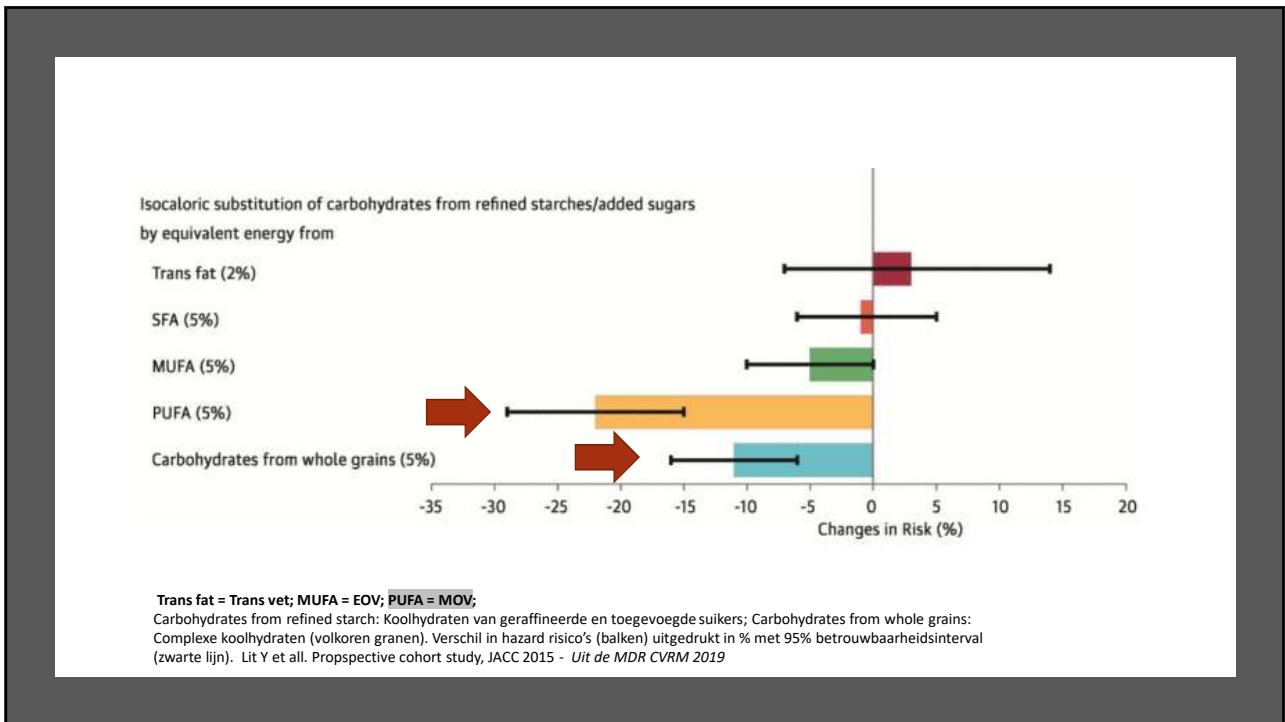
Wel effect van **gezond eten, namelijk een 30% lager cardiovasculair en sterfterisico** hadden ten opzichte van degenen die ongezond aten (Sijtsma, 2015).



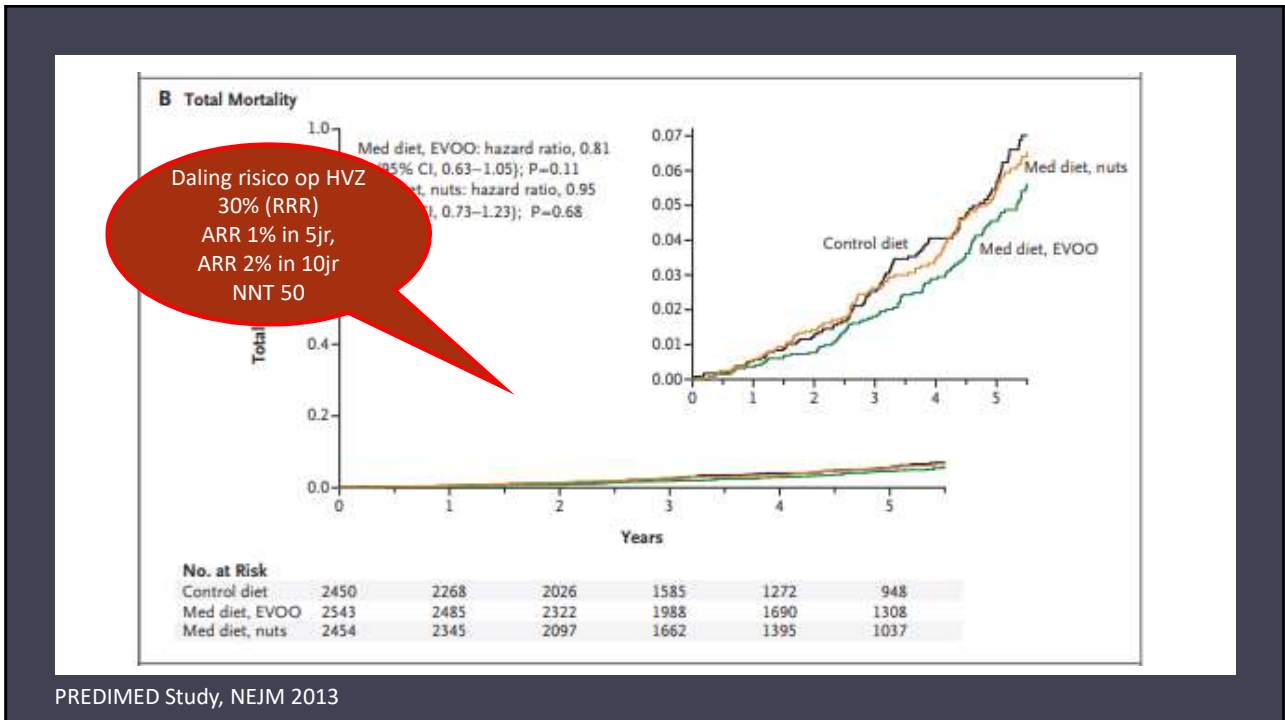
Verzadigde vetten vervangen door meervoudig onverzadigde vetzuren, enkelvoudig verzadigde vetzuren of koolhydraten uit volkoren producten:

25% - 15% - 9% daling op het risico op hart- en vaatziekten, oa in langlopende studies (24-30 jaar Nurse's Health Study)(Sacks, 2017).

52

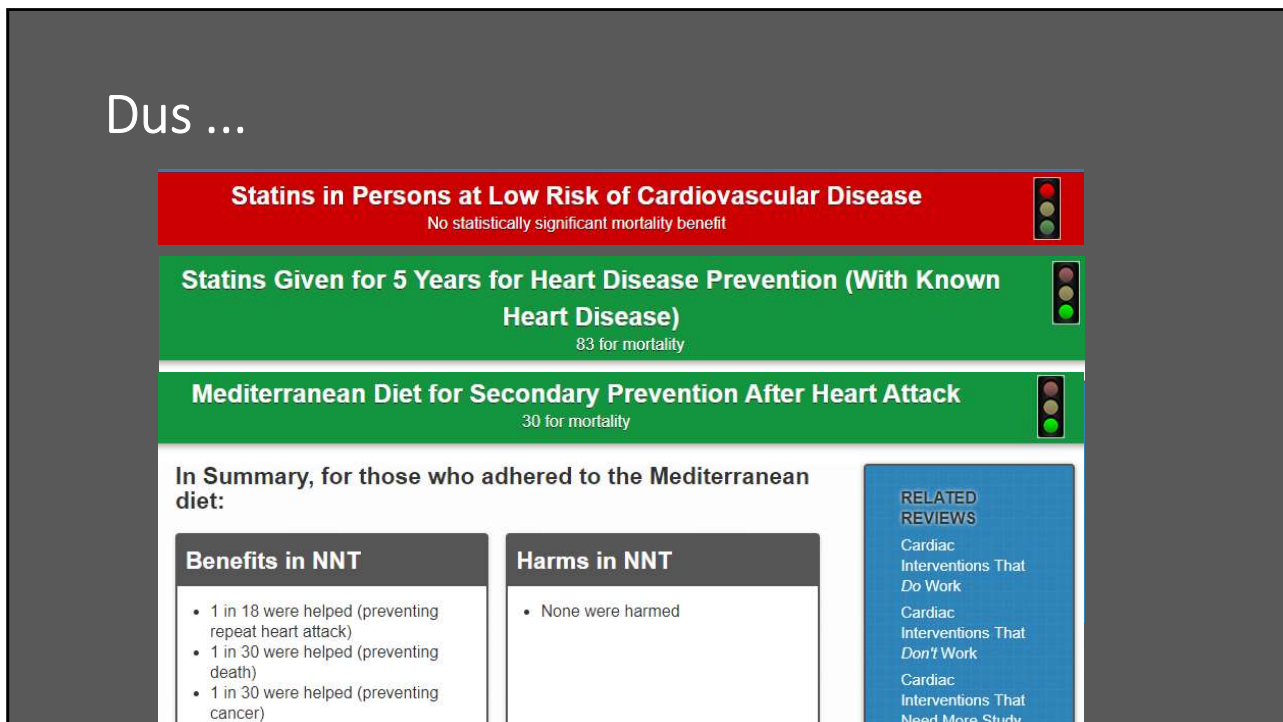


53



54

Dus ...



55



In de spreekkamer

- Leefstijl blijft de basis!
- Samen beslissen op basis van goede voorlichting
- Persoonlijk behandelplan op basis van individuele streefdoelen

56

De Praktijk ..

- *Hoe werk je als huisarts en POH-S samen?*
- *Wat is nu eigenlijk waar?*
- *Wat wil de patiënt zelf?*

COLUMN
JOOST ZAAT

Ik koester de mogelijkheid om onder de cholesterolmaffia uit te komen



19 mei 2019

Jullie dokters moeten ophouden om ons 90 te laten worden. Dat willen we helemaal niet. We willen gewoon een beetje prettig leven en niet steeds bij dokters zitten. De laatste keren dat je ons doorstuurde was er telkens niks bijzonders.'

Mijnheer en mevrouw Demeyre komen altijd samen. Ze zijn nog net geen 70. Vandaag gaat het om haar. Mijn praktijkondersteuner stuurde haar omdat haar nieren meer

57

Feiten in de Multidisciplinaire
Richtlijn Cardiovasculair
Risicomanagement 2019



Vragen?

58

VIP-Live Rapportage

CVRM update 2019

Praktijkpopulatie: 4.581

455	Zeer hoog risico	<ul style="list-style-type: none"> • HVZ: 281 • DM met extra risico: 185 • CNS stadium rood: 33 • Mortaliteitsrisico $\geq 10\%$: ? 	<ul style="list-style-type: none"> Streefwaarde LDL <1,8 niet behaald: 56 >70jr met statine die kunnen stoppen: 9 Kwetsbare ouderen met diastole <70: 13
	Hoog risico	<ul style="list-style-type: none"> • TC>8 of bloeddruk>180: 5 • DM: 73 • CNS stadium oranje: 5 • Mortaliteitsrisico 5-10%: ? 	<ul style="list-style-type: none"> Streefwaarde bloeddruk niet behaald: 167 Streefwaarde LDL <2,6 niet behaald: 259 Aanwijzingen secundaire hypertensie: 49
	Laag tot matig risico	<ul style="list-style-type: none"> • Mortaliteitsrisico <5%: ? 	

Lijst voor apotheek

Mogelijkheid combinatiepreparaten 1

Voorschrijven

Ongewenste medicatie combinatie 23

Medicatie optimalisatie (voorkeursgeneesmiddelen) 219

Aandoeningen te screenen, waarbij eerder CVRM behandeling ingezet 146

COPD, jicht en reumatoïde artritis 44

Psoriasis (met gewrichtsklachten?), kanker (met radiotherapie) 102

Aandoeningen aanleiding gevend tot opstellen van risicoprofiel 56

L88.02 ankyloserende spondylitis 1

HIV-infectie 3

Inflammatoire darmziekten 12

Obstructief slaapapneu 13

Zwangerschapsrisico's (in VG) 18

Polycysteus ovarium 11