NAAR EEN NIEUWE CVRM RICHTLIJN

Een huisartsenperspectief

Judith Tjin-A-Ton, Kaderhuisarts Hart- en Vaatziekten

Opbouw

- Nieuwe richtlijn ESC
- Cijfers van InEen 2015
- Uitdagingen

Huisartsenperspectief: wij behandelen geen cardiovasculair risico maar wij begeleiden en adviseren mensen

Een goed leven is iets
meer doen, iets minder
nodig hebben, vaak lachen,
groots dromen en dankbaar
zijn voor wat er is.

Goed leven
Gezondheid
Alles natuurlijk, geen pillen
vrijheid
genieten
relaties / familie
Alles eruit halen wat erin zit
milieu
Oud worden
financien
rol in het leven

Gezondheid
Alles natuurlijk, geen pillen
vrijheid
genieten
relaties / familie
Alles eruit halen wat erin zit
milieu
Oud worden
financien
rol in het leven
Goed leven

Cardiovasculair risicomanagement

Tweede herziening

Landelijke werkgroep Cardiovasculair risicomanagement

Huisarts Wet 2012;55(1):14-28.

Uitgangspunt voor nieuwe CVRM richtlijn

European Heart Journal (2016) **37**, 2315–2381
doi:10.1093/eurheartj/ehw106

JOINT ESC GUIDELINES

2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice

Discussiepunten

- Hoe meet je het risico? SCORE/Levenslang-lifetime/hartleeftijd
- *Weging van comorbiditeit: CNS, COPD, ernstige psychiatrie, etc*
- *Manieren van RR meten*
- Streefwaarden cholesterol en RR
- (Kwetsbare) Ouderen
- Jongeren

Behoefte vanuit werkveld

ESC formulering algemeen

- Veel onderwerpen met een genuanceerde aanbeveling
  - IIa should be considered
  - IIb may be considered

- Voordeel: nuance
- Nadeel: geen antwoord op behoefte

Uitdaging:

- Overwegingen zijn moeilijker te delegeren dan een dichotome richtlijn, vergt klinische inschatting en communicatievaardigheden

Definitie CVRM

- CBO/NHG 2012: Cardiovasculair risicomanagement behelst de diagnostiek, behandeling en follow-up van risicofactoren voor HVZ, inclusief leefstijladvisering en begeleiding bij patiënten met een verhoogd risico op ziekte of sterfte door HVZ
- ESC 2016: Cardiovascular disease (CVD) prevention is defined as a coordinated set of actions, at the population level or targeted at an individual, that are aimed at eliminating or minimizing the impact of CVDs and their related disabilities.

Positionpaper KNMG nov 2016

De KNMG vraagt uw aandacht voor de volgende punten:

- Wet- en regelgeving om zout, verzadigde vetten en suiker in onze voeding nu echt terug te dringen is noodzakelijk
- Kindermarketing voor ongezonde voeding moet wettelijk aan banden wroden gelegd
- Kinderen moeten in een rookvrije omgeving kunnen opgroeien
- Health checks leiden tot kostbaar en riskant vervolgonderzoek en onnodige medicalisering van de patiënt.

Mexicaanse suikertaks op dranken heeft gewenste effect

Verenigd Koninkrijk voert suikerbelasting op frisdrank in

De belasting is bedoeld om overgewicht onder Britse kinderen tegen te gaan. Zij zijn de op één na diksten van Europa.

Frankrijk verbiedt onbeperkt aanbieden frisdrank in horeca

nos.nl • De overheid komt met de maatregel in de strijd tegen overgewicht.

Very high-risk	Subjects with any of the following: • Documented CVD, clinical or unequivocal on imaging. Documented clinical CVD includes previous AMI, ACS, coronary revascularization and other arterial revascularization procedures, stroke and TIA, aortic aneurysm and PAD. Unequivocally documented CVD on imaging includes significant plaque on coronary angiography or carotid ultrasound. It does NOT include some increase in continuous imaging parameters such as intima–media thickness of the carotid artery. • DM with target organ damage such as proteinuria or with a major risk factor such as smoking or marked hypercholesterolaemia or marked hypertension. • Severe CKD (GFR <30 mL/min/1.73 m2). • A calculated SCORE ≥10%.
High-risk	Subjects with: • Markedly elevated single risk factors, in particular cholesterol >8 mmol/L (>310 mg/dL) (e.g. in familial hypercholesterolaemia) or BP ≥180/110 mmHg. • Most other people with DM (with the exception of young people with type 1 DM and without major risk factors that may be at low or moderate risk). • Moderate CKD (GFR 30–59 mL/min/1.73 m^2). • A calculated SCORE ≥5% and <10%.
Moderate-risk	SCORE is ≥1% and <5% at 10 years. Many middle-aged subjects belong to this category.
Low-risk	SCORE <1%.

- Zeer hoog risico
  - Medicatie is vaker nodig
  - > LDL < 1,8
- Hoog Risico
  - Intensief leefstijl advies
  - Mogelijk kandidaat voor medicatie
  - LDL < 2,5
- Laag tot matig verhoogd risico:
  - Leefstijl advies

Zeer hoog risico

- Bewezen HVZ
- DM met eindorgaanschade (proteinurie) of groot RF (roken, duidelijke hypertensie of verhoogd chol)
- Ernstige CNS (eGFR<30)
- SCORE ≥ 10

- Geen onderscheid meer tussen primaire en secundaire preventie!
- Onderscheid tussen mensen met DM met zeer hoog of hoog risico
- Chronische nierschade (eGFR) wordt meegewogen
- Heterogene groep, ook mbt risico!

Cijfers InEen 2015

Aangeschreven	131	Mensen in zorg	Prevalentie	Behandeling 1e lijn
Gegevens aangeleverd diabetes	105	611.080	5,1% *	83%
Gegevens aangeleverd COPD	95	123.567	1,9% *	
Gegevens aangeleverd HVZ	68	207.720	6% ^	55%
Gegevens aangeleverd Verhoogd Vasc Risico	50	365.742	8% *	70%
Gegevens aangeleverd astma	17			

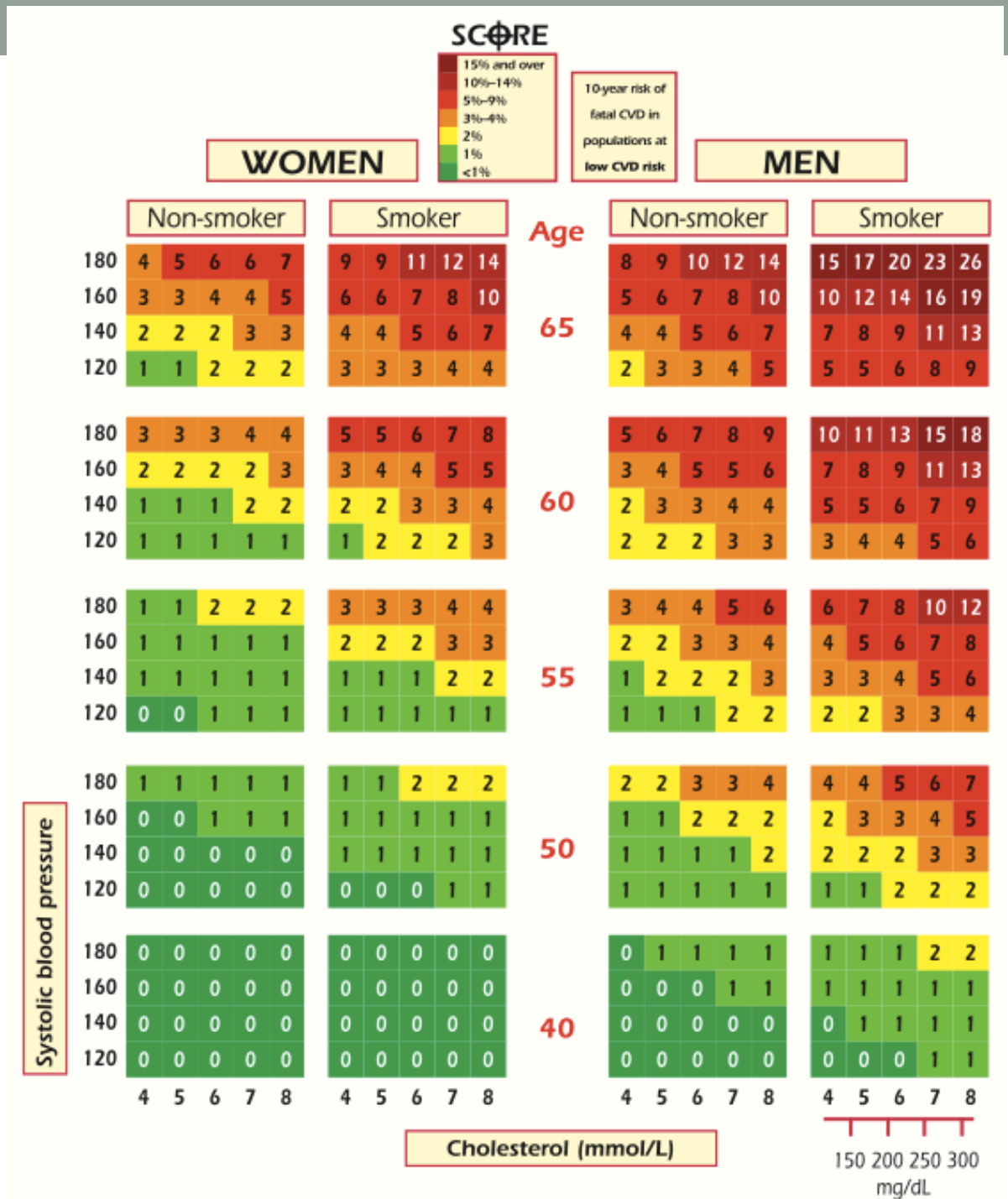
* Obv cijfers zorgprogramma's
^ Obv cijfers hartstichting

Risicoschatting

- Overlijden vs events + overlijden
- Rij 70 jaar

Discussie

- Schatting van 10 jaar
- Nederlandse tabel onderschat het risico op HVZ

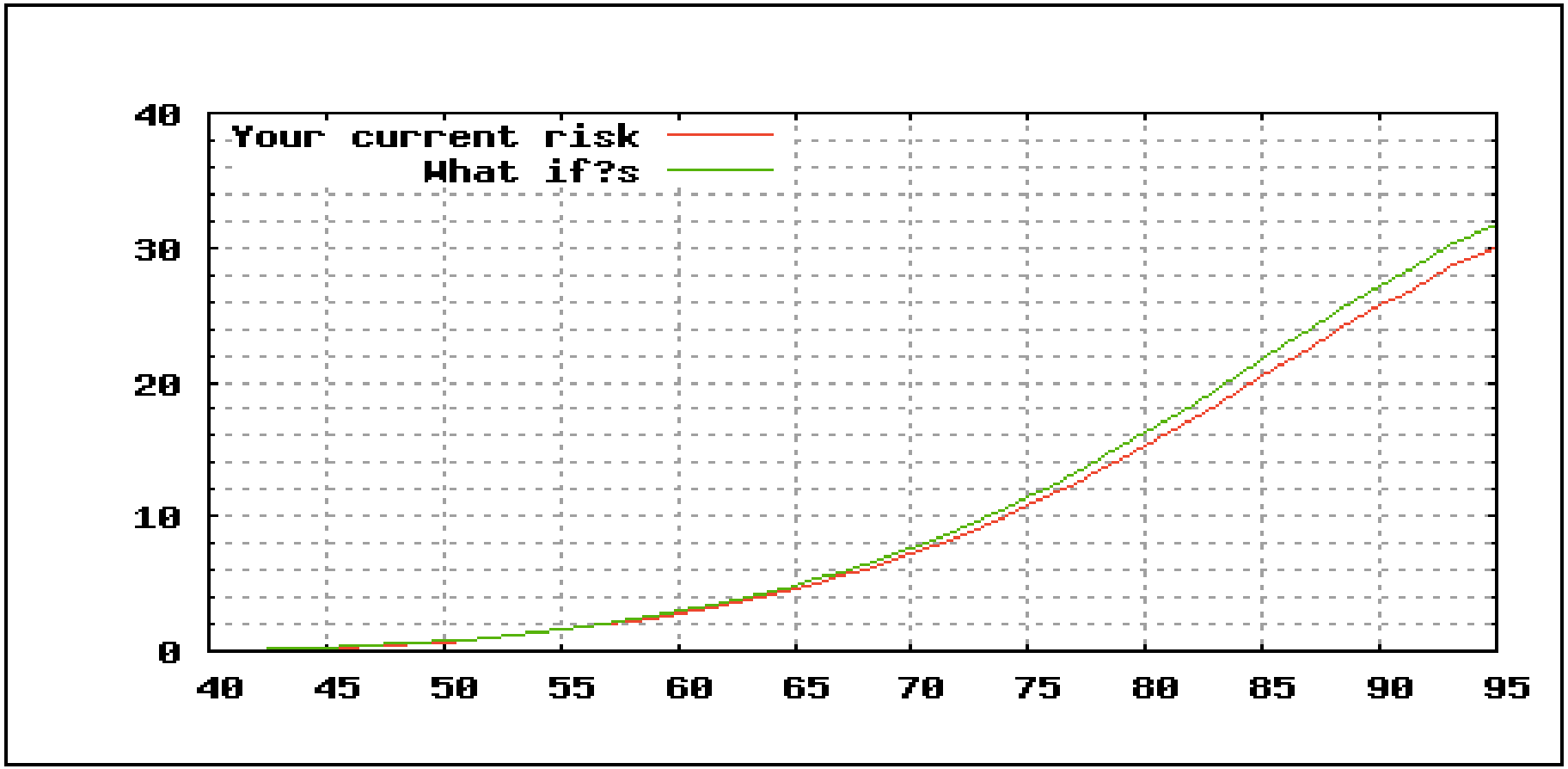


Andere manier van kijken?

- Levenlange risico
- Hartleeftijd
- Hvz vrije levenwinst

Your QRISK-lifetime score

	Current	What if?
Your lifetime risk (i.e. by the time you are 95)	30%	31.8%
Your risk up to age 90	25.6%	27.2%



Profile

Date of Birth: Day 22 Month 7 Year 1970

Gender: ○ male ◉ female

Ethnic group: White or not stated

Height (m): 1.68 (5' 6" (66.0"))

Weight (kg): 71.3 (11st 3 (157 lb))

BMI: 25.3

Townsend quintile (3 if unknown): 3: Average

I have never suffered from Cardiovascular Disease ☑

I have read the terms and conditions ☑

Do you smoke? No

Total Cholesterol: 6.5 mmol/L

HDL Cholesterol: 1.2

NonHDL Cholesterol: 5.3

Systolic Blood Pressure: 145 mm Hg

Have you received blood pressure treatment? ☐

Do you suffer from diabetes? ☐

Does a close relative under 60 suffer from CVD? ☑

Do you have a chronic kidney disease? ☐

Have you suffered atrial fibrillation? ☐

Do you have rheumatoid arthritis? ☐

Save Load Next

www.jbs3risk.com

De hartleeftijd

Your heart age is about

56

compared to a person of the same age, gender and ethnicity with optimal risk factors

Future smoking category

No

Systolic Blood Pressure

145 → 145

Total Cholesterol

6.5 → 6.5

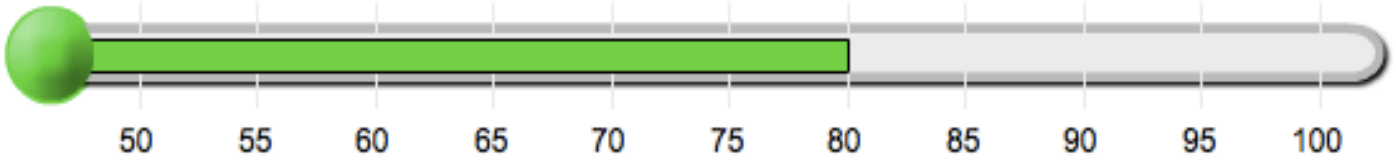
HDL Cholesterol

1.2 → 1.2

NonHDL Cholesterol: 5.3

BMI: 25.3

On average, expect
to survive to age 80
without a heart attack or stroke



expected life without a heart attack or stroke

Your risk of a heart attack or stroke
in the next 10 years is

3.8%

assuming you don't die of anything else

Interventions

Future smoking category

No

Systolic Blood Pressure

145 → 145

Total Cholesterol

6.5 → 6.5

HDL Cholesterol

1.2 → 1.2

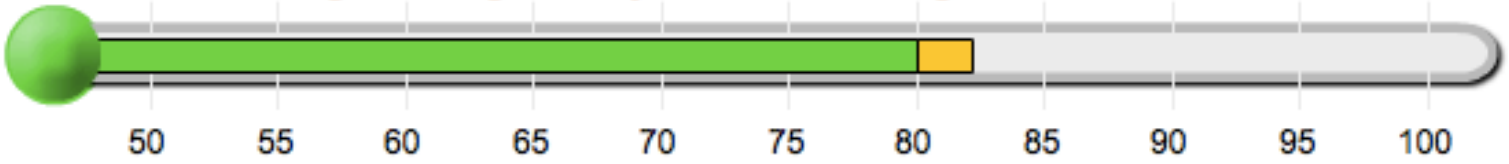
NonHDL Cholesterol: 5.3

BMI: 25.3

Reset

On average, expect
to survive to age 82
without a heart attack or stroke

gaining 2.2 years through interventions



expected life without a heart attack or stroke

Your risk of a heart attack or stroke
in the next 10 years is

2.7%

assuming you don't die of anything else

Interventions

Future smoking category

No

Systolic Blood Pressure

145 → 135

Total Cholesterol

6.5 → 6.5

HDL Cholesterol

1.2 → 1.2

NonHDL Cholesterol: 5.3

BMI: 25.3

Reset

ESC Overwegingen andere risicoschattingen

- Bewijs van voordelen levenslange preventieve therapie bij jongeren ontbreekt
- Onduidelijk waar grens van behandeling ligt
- Gebruiken bij jongeren in communicatie over het risico, mn bij jongeren met een laag absoluut risico, maar een hoog relatief risico

Hoe zit het met…?

- Jongeren -> altijd groen
- Ouderen -> altijd rood

Vanuit het veld behoefte aan duidelijkheid

ESC Jongeren < 50 jaar

- Soms hoog relatief risico of hoog levenslang risico -> leefstijl
- Tot chol> 8 of RR ≥ 180/110 sowieso behandelen
- FA van jong HVZ -> FH onderzoeken

Systolic blood pressure (mmHg)

	Non-smoker					Smoker				
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
	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8

Cholesterol (mmol/L)

© ESC 2016

ESC Ouderen

- Score tabel tot 65 jaar.
- Over het algemeen wordt er gepleit voor mildere streefwaardes
- De aanbevelingen van cholesterol-verlagende medicatie bij ouderen moeten voorzichtig en met gezond verstand gevolgd worden. Bijwerkingen moeten nauw worden bijgehouden en behandeling moet regelmatig heroverwogen worden
- Kwetsbare ouderen en RR: voorzichtige intensiteit van behandelen (aantal middelen) en mildere streefdoelen, met goede monitoring van klinisch effect (IIa)

Dilemma’s rondom cholesterol

- ESC Streefwaarde Zeer Hoog Risico LDL ≤ 1,8, Hoog Risico LDL ≤ 2,5
- Elke 1.0 mmol/l reductie in LDL is geassocieerd met een 20-25% reductie in cardiovasculaire mortaliteit en hartinfarcten
- NB geen klinische trials waarbij streefwaardes zijn vergeleken
- Klopt ‘the lower the better’ wel altijd?
- Bewijs bij (kwetsbare) ouderen?
- Haalbaarheid?

ESC Streefwaardes Hypertensie

- Streefwaardes < 60 jaar: <140 en < 90
- Streefwaardes > 60 jaar en RR ≥160: 150-140
- Bij fitte patienten < 80 jr streefwaarde < 140 zou kunnen worden overwogen als het goed verdragen wordt (IIb)
- > 80 jaar en Syst ≥ 160 -> streef naar 150-140 mits in goede lichamelijk en geestelijke conditie (I)
- Kwetsbare ouderen: voorzichtige intensiteit van behandelen (aantal middelen) en mildere streefdoelen, met goede monitoring van klinisch effect (IIa)

Dillemma’s bij hypertensie

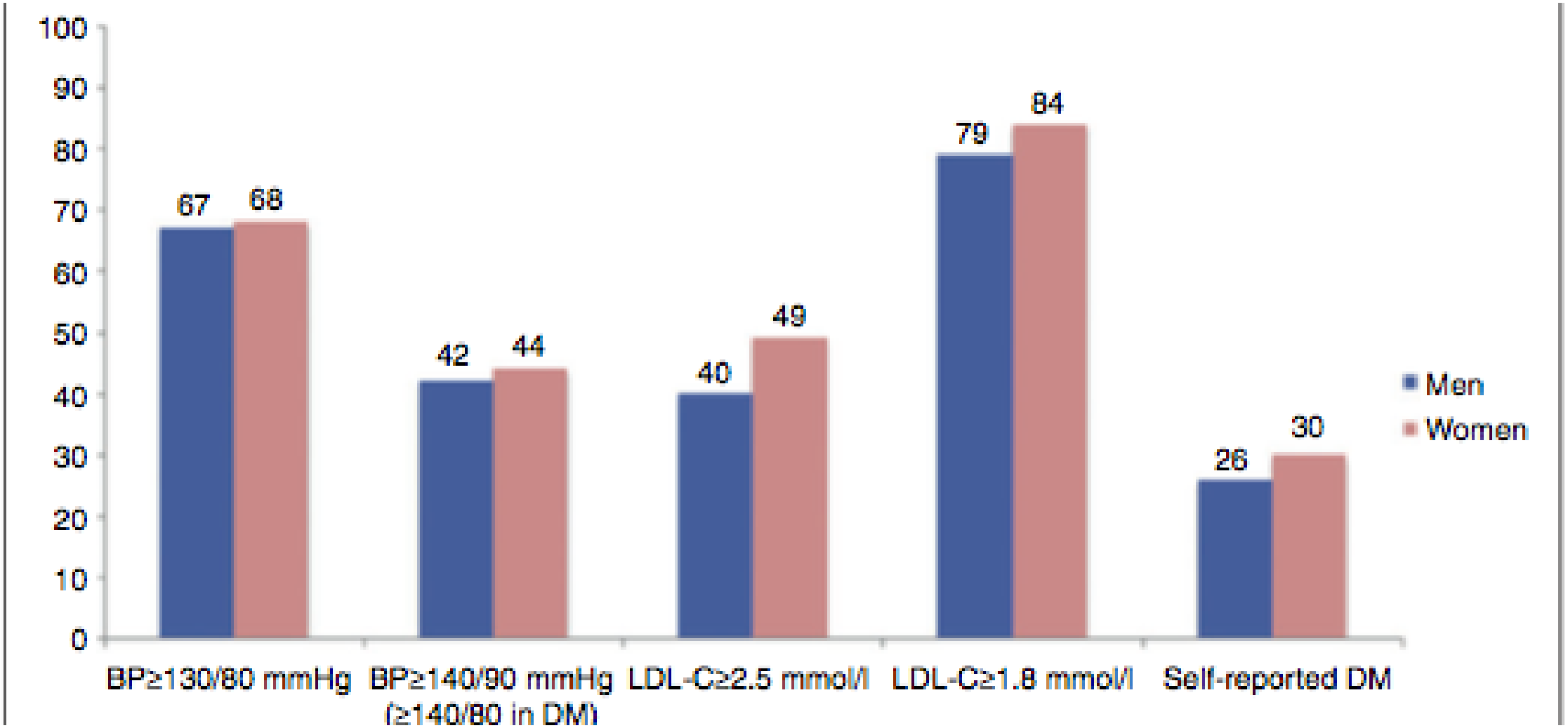
- The lower the better of toch J-curve?
- Interpretatie van de Sprint studie?
- bewijs mbt Ouderen in goede conditie (Hyvet)
- Weinig duidelijkheid over kwetsbare ouderen

InEen 2015

- Streefwaarde RR syst ≤ 140 (<80 jaar)
  - prim preventie 70%,
  - sec preventie 72%

- streefwaarde LDL ≤ 2,5 behaald
  - Sec preventie: 55%
  - Primaire preventie: 30%

Euroaspire IV – met hartziekte



Ook in de ESC guideline

The total risk approach allows flexibility; if perfection cannot be achieved with one risk factor, trying harder with others can still reduce risk.

De uitdagingen - inhoudelijk

- Risico schatting
- Streefwaarde cholesterol/RR versus
  - The lower the better?
  - Haalbaarheid
  - Ouderen/kwetsbaren: streefwaarden?
- Indicaties van types medicatie
- Risico modulatoren

De uitdagingen - organisatie

- Een gezamenlijk richtlijn en implementatie (!) van specialisten en huisartsen
- Veel overwegingen,
  - Vergt klinische inschatting
  - Uitdaging mbt delegeren
  - Uitdaging in risicocommunicatie
- Organisatie van zorg
- Afstemming rollen 1e en 2e lijn