

Folia Pharmacotherapeutica maart 2018

Goed om te weten

De herziene hypertensierichtlijn van de American College of Cardiology / American Heart Association (ACC/AHA): enkele punten in klinisch perspectief

[Reeds verschenen in de rubriek "Goed om te weten" op onze website op 19/02/18]

In november 2017 verscheen de herziene hypertensierichtlijn van de *American College of Cardiology/ American Heart Association* (ACC/AHA).¹ In deze richtlijn wordt de definitie van "hypertensie" verruimd, en wordt aanbevolen om patiënten met hoog cardiovasculair risico reeds vanaf 130 mmHg systolisch of 80 mmHg diastolisch dadelijk medicamenteus te behandelen, de andere patiënten vanaf 140 mmHg systolisch of 90 mmHg diastolisch. Ook worden de streefwaarden verlaagd naar < 130 mmHg systolisch en < 80 mmHg diastolisch.

De BCFI-redactie bekeek de richtlijn en de commentaren hierop, en ondersteunt de mening van de auteurs van het recente *Perspective in The New England Journal of Medicine* dat bij het toepassen van richtlijnen de individuele patiënt niet uit het oog mag verloren worden en dat niet alle elementen van deze herziene hypertensierichtlijn op voldoende evidentie zijn gebaseerd. Zo is er op dit ogenblik onvoldoende evidentie dat de toename in het aantal patiënten dat volgens de nieuwe criteria zou moeten behandeld worden een evenredige winst in gezondheid zou opleveren.

In het "Goed om te weten"-bericht van 5 januari 2018 werden de belangrijkste wijzigingen in de herziene ACC/AHA-hypertensierichtlijn¹ besproken. Achteraf stelt onze redactie vast dat een recent "*Perspective*"² in *The New England Journal of Medicine* is verschenen dat enkele pijnpunten van de herziene ACC/AHA-richtlijn op een heldere wijze beschrijft, en deze in een juist klinisch perspectief plaatst. We vonden het daarom de moeite om terug te komen op de herziene ACC/AHA-richtlijn.

Belangrijkste wijzigingen in de herziene ACC/AHA-hypertensierichtlijn

– De definitie van hypertensie wordt verruimd.

Bloeddrukwaarden tussen 130 en 139 mmHg systolisch of tussen 80 en 89 mmHg diastolisch worden in de herziene richtlijn gecatalogeerd als "stadium 1-hypertensie" (vroeger "prehypertensie" genoemd). Vanaf bloeddrukwaarden ≥ 140 mmHg systolisch of ≥ 90 mmHg diastolisch wordt gesproken van "stadium 2-hypertensie" (vroeger "hypertensie" vanaf > 140/90 mmHg).

+
- Definities volgens de herziene ACC/AHA- hypertensierichtlijn

Bloeddrukwaarden (BD): categorie	Systolische BD		Diastolische BD
Normaal	< 120 mmHg	en	< 80 mmHg
Verhoogd	120-129 mmHg	en	< 80 mmHg
Stadium 1-hypertensie	130-139 mmHg	of	80-89 mmHg
Stadium 2-hypertensie	≥ 140 mmHg	of	≥ 90 mmHg

- Benadrukt wordt dat deze cijfers het gemiddelde moeten zijn van ten minste twee metingen bij ten minste twee gelegenheden. Er wordt ook meer nadruk gelegd op de *out-of-office*-bloeddrukmeting, om o.a. witte-jassenhypertensie en gemaskeerde hypertensie beter te detecteren.

– Het cardiovasculaire risico wordt meegenomen in de beslissing om medicamenteus te behandelen, en er wordt sneller medicamenteus behandeld.

Onmiddellijk starten van een medicamenteuze behandeling (naast aanpassing van de levensstijl) wordt als volgt aanbevolen.

- **Nu** bij stadium 1-hypertensie (d.w.z. 130-139 mmHg systolisch of 80-89 mmHg diastolisch): enkel bij patiënten met hoog cardiovasculair risico, d.w.z. klinisch cardiovasculair lijden of een geschat 10-jaars

cardiovasculair risico $\geq 10\%$ volgens de ASCVD-score. Diabetici en patiënten met chronisch nierlijden worden steeds gerekend tot de patiënten met hoog cardiovasculair risico.

Vroeger werd bij bloeddrukwaarden 130-139 mmHg systolisch of 80-89 mmHg diastolisch louter aanpassing van de levensstijl aanbevolen, ook bij de patiënten met hoog cardiovasculair risico.

- **Nu** bij stadium 2-hypertensie (d.w.z. ≥ 140 mmHg systolisch of ≥ 90 mmHg diastolisch): bij alle patiënten.

Vroeger werd bij de patiënten met laag cardiovasculair risico en bloeddrukwaarden ≥ 140 mmHg systolisch of ≥ 90 mmHg diastolisch in eerste instantie louter aanpassing van de levensstijl aanbevolen.

Deze aanbevelingen gelden voor alle leeftijden.

– De streefwaarden bij behandeling worden verlaagd.

Nu worden als streefwaarden worden < 130 mmHg systolisch en < 80 mmHg diastolisch aanbevolen. Dit geldt zeker voor de patiënten met hoog cardiovasculair risico, maar ook bij de andere patiënten lijken deze waarden volgens de auteurs verantwoord te zijn.

Vroeger werden als streefwaarden $< 140/90$ mmHg vooropgesteld.

Enkele commentaren bij de herziene ACC/AHA-hypertensierichtlijn

Er verschenen een aantal commentaren en kritieken op de herziene ACC/AHA-hypertensierichtlijn²⁻⁶. Er werd berekend dat bij toepassen van de herziene richtlijn veel meer patiënten dan tevoren zullen worden gediagnosticeerd als “hypertensief” (46% van de volwassen bevolking in de V.S., ten opzichte van 32% tevoren), en in aanmerking komen voor een medicamenteuze behandeling. De *American Academy of Family Physicians* heeft beslist om de herziene ACA/AHA-hypertensierichtlijn niet te bekrachtigen in hun adviezen.⁵

Vooraf de auteurs van een recent *Perspective* in *The New England Journal of Medicine*² beschrijven goed enkele pijnpunten van de herziene ACC/AHA-richtlijn, en plaatsen deze in een correct klinisch perspectief.

- Er is het risico dat een aantal patiënten wegens te weinig tijd tijdens de consultaties (bv. geen tijd om patiënt eerst tot rust te laten komen en om drie metingen te doen) onterecht gelabeld zullen worden met “stadium 1”-hypertensie, en dat bij onvoldoende aandacht voor het individuele cardiovasculaire risico, al te snel een medicamenteuze behandeling zal worden voorgeschreven. Medicamenteus behandelen is misschien sneller te realiseren dan streven naar levensstijlaanpassingen, maar bij patiënten met laag absoluut risico van cardiovasculaire events zal de medicatie weinig voordelen zal bieden, ten koste van ongewenste effecten.
- Er is de vraag of het goed is om voor het 10-jaars cardiovasculair risico de grens van 10% te hanteren. Deze grenswaarde is immers niet op evidentie gebaseerd. Volgens de auteurs van het *Perspective* is misschien meer differentiatie nodig en kan men beter een grens van 15% hanteren om zo meer in overeenstemming te zijn met de resultaten van de klinische studies die de nieuwe streefwaarden ondersteunen. Bij die groep met een 10-jaars cardiovasculair risico $\geq 15\%$ zouden de nieuw voorgestelde verlaagde bloeddrukstreefwaarden beter te verantwoorden zijn. Er is daarenboven de twijfel of het bereiken van lagere bloeddrukstreefwaarden voor veel patiënten haalbaar is, in het bijzonder voor ouderen met vasculaire stijfheid. Men moet zich inderdaad afvragen of de mogelijks betere opvolging van een universeel geldend, maar weinig onderbouwd advies, opweegt tegen een mogelijks minder goede opvolging van een beter onderbouwd advies dat aangepast is aan een aantal individuele factoren.
- Er is de twijfel of het verdwijnen van bèta-blokkers als eerstelijns antihypertensivum voor bepaalde groepen van patiënten verantwoord is. Het niet kunnen aantonen van een mortaliteitsdaling in de hypertensiestudies uitgevoerd met bèta-blokkers zou kunnen te wijten zijn aan een inadequate keuze van bèta-blokker (atenolol eenmaal daags). De auteurs van het *Perspective* stellen dan ook dat een individueel aangepaste aanpak een plaats verdient in de keuze van antihypertensivum.
- Er is de twijfel of de in de richtlijn aanbevolen zoutrestrictie (minder dan 1.500 mg/dag) bij stadium 1-hypertensie werkelijk een vermindering van cardiovasculair risico zal geven, want op weinig evidentie gebaseerd. Volgens de auteurs van het *Perspective* is er wel goede onderbouwing voor een

natriumname niet hoger dan 2.300 à 2.400 mg/dag, en heeft verdere restrictie slechts een minimaal bijkomend effect op de bloeddruk.

De BCFI-redactie ondersteunt de mening van de auteurs van het *Perspective* dat bij het toepassen van richtlijnen de individuele patiënt niet uit het oog mag verloren worden, en dat niet alle elementen van deze herziene hypertensierichtlijn op voldoende evidentie zijn gebaseerd. Zo is er op dit ogenblik onvoldoende evidentie dat de toename in het aantal patiënten dat volgens de nieuwe criteria zou moeten behandeld worden een evenredige winst in gezondheid zou opleveren. In 2018 verschijnt een herziening van de hypertensierichtlijn van de *European Society of Cardiology*, waarna we meer in detail zullen terugkomen op de aanpak van hypertensie.

Specifieke bronnen

- 1 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults. Via <http://hyper.ahajournals.org/content/guidelines2017>
- 2 Bakris G. en Sorrentino M. Perspective. Redefining hypertension – assessing the new blood-pressure guidelines. *New Engl J Med* (online op 17/01/2018; doi:10.1056/NEJMp1716193)
- 3 Ioannidis JPA. Viewpoint. Diagnosis and treatment of hypertension in the 2017 ACC/AHA Guidelines and in the real world. *JAMA*, published online 14/12/2017 (doi:10.1001/jama.2017.19672)
- 4 Greenland P. Viewpoint. Cardiovascular guideline scepticism vs lifestyle realism? *JAMA*, published online 14/12/2017 (doi:10.1001/jama.2017.19675)
- 5 Greenland P. en Peterson E. Editorial. The new 2017 ACC/AHA guidelines “Up the pressure” on diagnosis and treatment of hypertension. *JAMA* 2017;318:2083-4 (doi:10.1001/jama.2017.18605)
- 6 <https://www.aafp.org/news/health-of-the-public/20171212notendorseaha-accgdline.html>
- 7 Bakris G. en Sorrentino M. Perspective. Redefining hypertension – assessing the new blood-pressure guidelines. *New Engl J Med* (online op 17/01/2018; doi:10.1056/NEJMp1716193)

Colofon

De *Folia Pharmacotherapeutica* worden uitgegeven onder de auspiciën en de verantwoordelijkheid van het *Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie* (Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique), vzw erkend door het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG).

De informatie die verschijnt in de *Folia Pharmacotherapeutica* mag niet overgenomen worden of verspreid worden zonder bronvermelding, en mag in geen geval gebruikt worden voor commerciële of publicitaire doeleinden.

Hoofdredactie: (redactie@bcfi.be)

T. Christiaens (Universiteit Gent) en
J.M. Maloteaux (Université Catholique de Louvain).

Verantwoordelijke uitgever:

T. Christiaens - Nekkersberglaan 31 - 9000 Gent.