

● Verminderen statines het cardiovasculaire risico bij vrouwen met hypercholesterolemie?

M. Lemiengre

De doeltreffendheid van statines bij vrouwen met hypercholesterolemie blijft onderwerp van discussie. In een meta-analyse die het effect van alle belangrijke statines evalueerde, bedroeg de RR voor een samengestelde uitkomstmaat van cardiovasculaire aandoeningen bij vrouwen 0,82 (95% BI van 0,76 tot 0,88). De vrouwen in deze meta-analyse waren voornamelijk hoogrisicopatiënten¹. Een tweede analyse van de gegevens over vrouwen geïnccludeerd in de LIPID-studie (secundaire preventie bij hoogrisicopatiënten) toonde een significante reductie aan van de cardiovasculaire aandoeningen, maar er was een gebrek aan power². De ALLHAT-studiepopulatie bestond voor 50% uit vrouwen met een lichte hypercholesterolemie en hypertensie^{3,4}. Deze studie kon geen enkele statistisch significante winst aantonen voor het primaire eindpunt. Bij het analyseren van alle statinestudies moeten we vaststellen dat er nooit een powerberekening is gebeurd om stratificatie per geslacht mogelijk te maken.

Een Japanse studie includeerde 7939 patiënten waarvan 5336 vrouwen⁵. Het gaat om patiënten met een geïsoleerde hypercholesterolemie. De interventie was ofwel een lage dosis pravastatine (10 of 20 mg) met dieet ofwel alleen dieet. De eerste analyse hield rekening met alle geïnccludeerde patiënten en toonde een statistisch significant verschil aan voor de primaire uitkomstmaat (eerste optreden van een cardiovasculaire aandoening). Deze analyse beperkt zich tot de vrouwelijke

Deze studie toont aan dat we weinig harde gegevens hebben over de behandeling met statines bij vrouwen zowel in primaire als in secundaire preventie.

patiënten. Er is een daling van het risico, maar deze daling haalt de drempel van statistische significantie niet. De auteurs kunnen echter hun eigen ogen niet geloven en bevelen zonder enige terughoudendheid dieet + een lage dosis pravastatine aan als cardiovasculaire preventie bij vrouwen met een geïsoleerde verhoging van de cholesterolemie. Dit is al te kort door de bocht. Of we de gegevens van deze Japanse vrouwen kunnen extrapoleren naar een Europese populatie, blijft ook nog een vraag.

Referenties

1. Baigent C, Keech A, Kearney PM, et al. Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaborators. Efficacy and safety of cholesterol-lowering treatment: prospective meta-analysis of data from 90,056 participants in 14 randomised trials of statins. *Lancet* 2005;36:1267-78.
2. Hague W, Forder P, Simes J, et al; LIPID Investigators. Pravastatin on cardiovascular events and mortality in 1516 women with coronary heart disease: results from the Long-Term Intervention with Pravastatin in Ischemic Disease (LIPID study). *Am Heart J* 2003;145:643-51.
3. The ALLHAT officers and co-ordinators for the ALLHAT collaborative research group. Major outcomes in moderately hypercholesterolemic, hypertensive patients randomised to pravastatin vs usual care. The Antihypertensive and Lipid-Lowering treatment to prevent Heart Attack Trial (ALLHAT-LLT). *JAMA* 2002;288:2988-3007.
4. Lemiengre M. Cholesterolverlagende therapie anno 2004. *Minerva* 2004;3(3):41-50.
5. Mizuno K, Nakaya N, Ohashi Y, et al; MECA Study Group. Usefulness of Pravastatin in Primary Prevention of Cardiovascular Events in Women. Analysis of the Management of Elevated cholesterol in the primary Prevention Group of Adult Japanese (MECA Study). *Circulation* 2008;117:494-502.

● QRISK2: evaluatie van het cardiovasculaire risico

P. Chevalier

Minerva stelde in 2007 kort de cardiovasculaire risicoscore 'ASSIGN' voor^{1,2}. Naast de klassieke cardiovasculaire risico's includeert ASSIGN ook een index voor socio-economische achterstelling (de Scottish Index of Multiple Deprivation). Deze index bevat 37 indicatoren in zeven domeinen: huidig inkomen, werk, gezondheid, onderwijs, toegang tot publieke diensten (en vervoer), behuizing en criminaliteit. We wezen toen op de bruikbaarheid van een dergelijke index bij het opzetten van gerichte preventiecampagnes.

Hippisley-Cox et al. ontwikkelden en valideerden in Engeland en Wales een tweede versie van de 'cardiovascular disease risk algorithm', de QRISK2-score³. Deze score includeert talrijke risicofactoren: etnische afkomst, leeftijd, geslacht, tabagisme, systolische bloeddruk, verhouding totale cholesterol/HDL-cholesterol, BMI, voorgeschiedenis van coronaire ziekte bij eerste graadsverwanten vóór de leeftijd van 60 jaar, Townsend-score voor socio-economische achterstelling, behandelde hypertensie, type 2-diabetes, renale pathologie, voorkamerfibrillatie, reumatoïde artritis.

De QRISK2-score bepaalt beter het cardiovasculaire risico dan de Framingham-score. Ook risicofactoren zoals etnische afkomst en socio-economische achterstelling, die meestal niet geïnccludeerd worden, spelen dus een belangrijke rol om het cardiovasculaire risico in te schatten.

Het includeren van o.a. etnische afkomst en socio-economische toestand in de QRISK2-score leidt volgens de auteurs tot een betere inschatting van cardiovasculaire gebeurtenissen dan de aangepaste Framingham-score. Voor een drempelwaarde van 20% risico over 10 jaar hebben personen, geïdentificeerd met de QRISK2-score, een hoger risico van cardiovasculaire gebeurtenissen dan personen geïdentificeerd met de aangepaste Framingham-score. De auteurs wijzen erop dat het algoritme nog moet gevalideerd worden voor andere bevolkingsgroepen.

Referenties

1. Chevalier P, Roland M. Socio-economische achterstelling: een risicofactor om rekening mee te houden [Editoriaal]. *Minerva* 2007;6(9):135.
2. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Risk estimation and the prevention of cardiovascular disease. A national clinical guideline. February 2007.
3. Hippisley-Cox J, Coupland C, Vinogradova Y, et al. Predicting cardiovascular risk in England and Wales: prospective derivation and validation of QRISK2. *BMJ* 2008;336:1475-82.