

## ● Streefbloeddruk voor hypertensiebehandeling

P. De Cort

Er bestaat nog geen evidence-based streefbloeddruk voor de behandeling van hypertensie. De huidige streefwaarden van 140/90 mmHg zijn arbitrair gekozen en gebaseerd op epidemiologische studies<sup>1</sup>. Zolang deze bevindingen niet bewezen zijn door voldoende interventieonderzoek, is de evidentie ervan laag. De HOT-studie<sup>2</sup> toonde aan dat patiënten met behandelde hypertensie de beste risicoreductie behaalden wanneer zij een bloeddruk van 138/82 mmHg bereikten, en ook dat een nog lagere bloeddruk niet schadelijk was. Na deze publicatie ontstond de idee van 'the lower the pressure the better'<sup>3</sup>. Minerva waarschuwde reeds voor het gemis aan de harde wetenschappelijkheid van dergelijke snel genomen conclusies<sup>4</sup>.

Een recent gepubliceerde meta-analyse (n=22 089, gemiddelde follow-up 3,8 jaar) onderzocht het effect van het medicamenteus bereiken van een lagere streefwaarde versus de standaard streefwaarde (140/90 mmHg)<sup>5</sup>. De auteurs vonden zeven RCT's. Om het optitreren van de medicatie in functie van de vooropgestelde streefbloeddruk mogelijk te maken, waren het allemaal open studies. Geen enkele studie had als primaire uitkomstmaat een verschil in systolische bloeddruk en het behalen van een diastolische streefwaarde was steeds een secundair eindpunt. Alhoewel er een significant en klinisch relevant bloeddrukverschil (-3,9/-3,4 mmHg voor respectievelijk systolisch en diastolisch) werd gevonden tussen de 'lower targets' en de 'standard targets', veranderden de primaire uitkomsten niet significant: totale mortaliteit RR 0,92 (95% BI van 0,86 tot 1,15) (evenmin significant voor totale cardiovasculaire en niet-cardiovasculaire mortaliteit afzonderlijk); myocardinfarct

Een conventionele bloeddruk van 140/90 mmHg is een perfecte streefbloeddruk voor patiënten met hypertensie zonder diabetes en/of nierfalen. Dit sluit aan bij de herziene aanbeveling voor goede medische praktijk 'hypertensie' van Domus Medica<sup>6</sup>.

RR 0,90 (95% BI van 0,74 tot 1,09); beroerte RR 0,99 (95% BI van 0,79 tot 1,25); hartfalen RR 0,88 (95% BI van 0,59 tot 1,32); alle cardiovasculaire gebeurtenissen samen RR 0,94 (95% BI van 0,83 tot 1,07) en eindstadium van nierinsufficiëntie RR 1,01 (95% BI van 0,81 tot 1,27). Zelfs een subgroepanalyse van diabetici en patiënten met nierfalen toonde geen verschil aan in mortaliteit en morbiditeit met lagere versus standaard streefwaarden. Deze subgroepanalyse had echter onvoldoende bewijskracht en daarom beloven de auteurs ons studies met specifieke onderzoekspopulaties.

### Referenties

1. De Cort P. Is hoog normale bloeddruk een cardiovasculair risico? *Minerva* 2002;31(5):267-8.
2. De Cort P. Behandeling van hypertensie. *Minerva* 1998;27:322-5.
3. Laurent S. Guidelines from the British Hypertension Society. [Editorial] *BMJ* 2004;328:593-4.
4. De Cort P. Wetenschap en trends. [Editoriaal] *Minerva* 2004;3(5):69.
5. Arguedas JA, Perez MI, Wright JM. Treatment blood pressure targets for hypertension. *Cochrane Database Syst Rev* 2009, Issue 3.
6. De Cort P, Christiaens T, Philips H, et al. Hypertensie (herziening). *Huisarts Nu* 2009;38:340-61.

## ● Screening van abdominaal aneurysma

P. Chevalier

Minerva publiceerde reeds vroeger een duiding over de eerste publicatie van de MASS-studie<sup>1,2</sup> die het belang van een systematische screening op het voorkomen van een abdominaal aneurysma bij mannen onderzocht. Een meta-analyse onderzocht deze problematiek bij mannen en bij vrouwen en is eveneens geduid in *Minerva*<sup>3,4</sup>. Het besluit was dat er onvoldoende bewijs voor een systematische screening bestaat, wanneer de resultaten worden getoetst aan de **criteria van Wilson en Junger**. Er bestaat evenmin bewijs voor een gunstig effect op de totale mortaliteit.

Recent publiceerden de auteurs van de MASS-studie de resultaten van de opvolgstudie. Een steekproef van 67 770 mannen, tussen de 65 en de 74 jaar bij inclusie, werden gemiddeld gedurende 10,1 jaren (spreiding van 8,9 tot 11,2 jaar) opgevolgd<sup>5</sup>. In de groep die men initieel echografisch had gescreend (met follow-up als een aneurysma was vastgesteld), stierven 155 mannen ten gevolge van een aneurysma (AR 0,46%). In de controlegroep waren dat 296 mannen (AR 0,87%). De **hazard ratio** bedroeg 0,52 (95% BI van 0,43 tot 0,63). In de volledige studiegroep was de sterfte ten gevolge van een aneurysma 2,1% en de totale mortaliteit ongeveer 30%. De daling van de totale mortaliteit in de gescreende groep was randsignificant lager: HR 0,97 (95% BI van 0,95 tot 1,00). De auteurs concluderen hieruit terecht dat er momenteel geen reden is om een nieuwe echografische screening voor te stellen bij patiënten zonder aneurysma bij initiële echografie. Deze studie vervult grotendeels de criteria van Wilson en Junger voor screening op bevolkingsniveau. De financiële haalbaarheid van een screeningsprogramma en de daaraan gekoppelde therapeutische interventies zou men in de Belgische context best afwegen binnen het kader van de actueel georganiseerde screeningsprogramma's.

Een eenmalige screening bij mannen van 65 tot 74 jaar door echografie met gestructureerde follow-up leidt tot een daling van de ziektespecifieke mortaliteit door gerupte aneurysma's tien jaar na inclusie. Het effect op de daling van de totale mortaliteit blijft onzeker. De plaats van een dergelijke screening moet afgewogen worden binnen het kader van een federale of communautaire programmatie.

### Referenties

1. Bruyninckx R. Screening van abdominaal aneurysma. *Minerva* 2003;2(10):165-8
2. Ashton HA, Buxton MJ, Day NE, et al; Multicentre Aneurysm Screening Study Group. The Multicentre Aneurysm Screening Study (MASS) into the effect of abdominal aortic aneurysm screening on mortality in men: a randomised controlled trial. *Lancet* 2002;360:1531-9.
3. Cosford PA, Leng CC. Screening for abdominal aortic aneurysm. *Cochrane Database Syst Rev* 2007, Issue 2.
4. Chevalier P. Screening van abdominale aorta aneurysmata. *Minerva* 2007;6(7):118.
5. Thompson SC, Ashton HA, Cao L, Scott RA; Multicentre Aneurysm Screening Study Group. Screening men for abdominal aortic aneurysm: 10 year mortality and cost effectiveness results from the randomised Multicentre Aneurysm Screening Study. *BMJ* 2009;338:b2307.