



Voorschrijven van statines en antihypertensiva: hoe de verwachte winst in levensverwachting zonder cardiovasculaire aandoening uitdrukken?

Referentie

Jaspers N, Visseren F, Numans M. et al. Variation in minimum desired cardiovascular disease-free longevity benefit from statin and antihypertensive medications: a cross-sectional study of patient and primary care physician perspectives. *BMJ open* 2018;8:e021309. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-021309

Duiding

Louise Joly, médecin généraliste, ULiège

Evidence-based medicine is gebaseerd op drie pijlers: wetenschappelijk bewijs, klinische ervaring en de inbreng van patiënten (1). In een eerder editoriaal van Minerva werd een Amerikaans **cross-sectioneel onderzoek** aangehaald dat aangaf dat medische beslissingen niettemin vaak door de behandelaar genomen worden (2,3). In 2014 wees Minerva nogmaals op de noodzaak van een individuele afweging van de risico's en baten op basis van wetenschappelijk bewijs en patiëntkenmerken om de patiënt in staat te stellen een geïnformeerde keuze te maken, zowel voor het opstarten van een behandeling als voor het niet volgen of opschorten ervan (4). Dit is het principe van 'shared decision making' (gedeelde besluitvorming).

Verschillende hulpmiddelen maken het mogelijk om patiënten met een hoog cardiovasculair risico te identificeren en hun prognose te bepalen (bijvoorbeeld de **SCORE-tabellen** (5)). Met sommige online calculators, zoals de **JBS3** van de Joint British Societies for the Prevention of Cardiovascular Disease, kan men bij een patiënt de individuele risico's en baten inschatten met en zonder een preventieve behandeling. Deze tool ondersteunt het proces van de gedeelde medische besluitvorming (6).

Er zijn momenteel weinig gegevens beschikbaar over de werkelijke verwachtingen van patiënten met betrekking tot de levensverwachting zonder cardiovasculaire ziekte bij het voorschrijven van een statine of een antihypertensivum. Deze vraag was het onderwerp van een recent Nederlands cross-sectioneel observationeel onderzoek (7).

Dit onderzoek richtte zich op twee groepen: de eerste groep bestond uit 400 huisartsen (164 vrouwen, met een gemiddelde leeftijd van 55 jaar) gerekruteerd naar aanleiding van een permanente vorming; de tweede groep was samengesteld uit 523 patiënten (260 vrouwen, met een gemiddelde leeftijd van 69 jaar) geselecteerd tijdens 3 (eendaagse) informatiesessies over primaire en secundaire cardiovasculaire preventie. Deze manier van patiënten rekruteren gaf aanleiding tot een selectiebias, aangezien patiënten die dit soort sessies bijwonen waarschijnlijk beter geïnformeerd zijn en bewuster keuzes maken. We weten overigens niet wat in deze sessies aan bod kwam. De kenmerken van de studiepopulatie worden beknopt en onvolledig weergegeven. 283 patiënten hebben een cardiovasculaire aandoening (het artikel vermeldt geen details), 333 nemen of namen een antihypertensivum en 353 een statine. We komen evenmin te weten wat de door hun arts geregistreerde vasculaire voorgeschiedenis en gevolgde therapieën zijn.

De primaire doelstelling is tweeledig. Het bepalen:

- van het aantal extra gewonnen levensmaanden zonder cardiovasculaire ziekte, waarvoor 50% van de patiënten en artsen (als consumenten) bereid zijn hun hele leven lang een statine te nemen
- van het aantal extra gewonnen levensmaanden zonder cardiovasculaire ziekte, waarvoor 50% van de artsen (als voorschrijvers) en patiënten het belangrijk vinden en bereid zijn om gedurende 10 jaar een statine of antihypertensivum te nemen.

De secundaire doelstellingen zijn meervoudig: invloed van de versturende variabelen op de respons (leeftijd, geslacht, comorbiditeiten, cardiovasculaire status), maximaal aantal jaren dat de arts bereid zou zijn om een statine te nemen om 1 extra jaar in goede gezondheid te winnen, aantal patiënten en artsen (als consumenten) dat van oordeel is dat het maximale aantal maanden voorgesteld in het onderzoek (42 maanden) onvoldoende is om een chronische inname van statines te rechtvaardigen, vergelijking van de verwachtingen van de deelnemers met de in primaire preventie haalbare winst in levensverwachting.

Elke groep werd uitgenodigd om een meerkeuzevragenlijst te beantwoorden.

In totaal zou 50% van de artsen bereid zijn om zijn hele leven een statine te nemen om 24 maanden extra te leven zonder cardiovasculaire ziekte (**interkwartielbereik** (IQR) 23-36); in de groep patiënten was dat 42 maanden (IQR

12-42). De winst in levensverwachting in primaire preventie door een dagelijkse inname van 40 mg simvastatine varieert van 4 tot 49 maanden. De winst is groter in de groep jonge hoogrisicopatiënten. 50% van de artsen hoopt voor zijn patiënten 12 levensmaanden in goede gezondheid te kunnen toevoegen door gedurende 10 jaar een statine (IQR 10-12) of een antihypertensivum (IQR 8-12) voor te schrijven. Patiënten daarentegen verkiezen 14 extra levensmaanden in goede gezondheid (IQR 10-14 voor beide moleculen). Afhankelijk van het basisrisico kan de verwachte winst met een antihypertensivum groter zijn dan de bereikbare winst in de klinische praktijk (4 tot 35 maanden).

Vrouwen hebben een aanzienlijk grotere verwachting dan mannen op het vlak van winst in levensverwachting voor de chronische inname van statines (30 maanden (IQR 24-36) versus 24 maanden (IQR 12-36, $p=0,003$)). Andere versturende variabelen spelen weinig rol. Artsen en patiënten zouden akkoord gaan om gedurende 10 jaar een statine te nemen (respectievelijk IQR 10-20 en 5-20) om 1 jaar langer te leven zonder cardiovasculaire ziekte. 12,9% van de artsen en 20% van de patiënten zijn van mening dat een stijging van de levensverwachting zonder cardiovasculaire ziekte met 42 maanden nog steeds onvoldoende is om het gebruik van een statine te rechtvaardigen. Opgemerkt moet worden dat artsen hogere verwachtingen hebben met betrekking tot de winst in levensverwachting met statines dan met antihypertensiva; patiënten maken geen verschil.

Besluit

De auteurs besluiten dat er een grote variatie is in het begrip ‘winst in levensverwachting’. De gewenste winst verschilt overigens tussen artsen en patiënten. Afhankelijk van het risicoprofiel van de patiënt, kan de verwachte winst groter zijn dan de haalbare winst. De auteurs pleiten daarom voor een gedeelde medische besluitvorming, niet op basis van het risico, maar op basis van de winst in levensverwachting.

Ondanks de methodologische bias, heeft deze studie de verdienste dat ze de nadruk legt op de discrepantie tussen de verwachtingen van de patiënten en de artsen en op de onevenredigheid tussen die verwachtingen en de werkelijke winst in levensverwachting bij het kiezen van een preventieve behandeling.

Voor de praktijk

De RIZIV-consensusvergadering van 2014 over hypolipemiërende geneesmiddelen (8) bepleit het gebruik van op NNT (**number needed to treat**) gebaseerde hulpmiddelen om de gedeelde medische besluitvorming bij het voorschrijven van statines te vergemakkelijken. Deze observationele studie toont aan dat, in het kader van het voorschrijven van antihypertensiva en/of statines, tools op basis van de winst in levensverwachting zonder cardiovasculaire aandoeningen geschikter kunnen zijn.

Referenties

1. Adriaenssens J, Eyssen M, Mertens R, et al. Naar een geïntegreerd evidence-based practice plan in België – deel 1: Bestuursplan – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2017. KCE Reports 291As. D/2017/10.273/54.
2. Cantelli F, Henrard G. De pijler van de patiënt in Evidence-Based Medicine. [Editoriaal] *Minerva* 2014;13(5):53.
3. Fowler FJ Jr, Gerstein BS, Barry MJ. How patient centered are medical decisions? Results of a national survey. *JAMA Intern Med* 2013;173:1215-21. DOI: 10.1001/jamainternmed.2013.6172
4. Chevalier P. Deprescribing. [Editoriaal] *Minerva* 2016;15(5):108-9.
5. European Society of cardiology. SCORE risk charts. Te raadplegen op: <https://www.escardio.org/Education/Practice-Tools/CVD-prevention-toolbox/SCORE-Risk-Charts>
6. Joint British Societies for the Prevention of Cardiovascular Disease. Risk calculator. Te raadplegen op: http://www.jbs3risk.com/pages/risk_calculator.htm
7. Jaspers N, Visseren F, Numans M, et al. Variation in minimum desired cardiovascular disease-free longevity benefit from statin and antihypertensive medications: a cross-sectional study of patient and primary care physician perspectives. *BMJ open* 2018;8:e021309. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-021309
8. RIZIV. Het rationeel gebruik van de hypolipemiërende geneesmiddelen. Consensusvergadering van 22-05-2014. Conclusies - Juryrapport - Lange tekst.