

HYPERTENSIE EN CARDIOVASCULAIR RISICO

Een centraal thema van de dag was hoe hypertensiezorg beter op de kaart kan worden gezet. Hoewel bloeddrukverlaging duidelijk heeft bijgedragen aan verlaging van het cardiovasculaire risico in Nederland, kunnen we niet tevreden achteroverleunen. De kans op hart- en vaatziekten zal in velen toenemen als we nu de behandeling van hoge bloeddruk veronachtzamen. Onder andere als gevolg van de vergrijzing, loopt een groeiende groep mensen risico. Om hen adequaat te behandelen moeten zij tijdig worden opgespoord. Hoe deze zorg vorm te geven was onderwerp van gesprek.



PROGRAMMA

Beter bloeddruk meten in relatie tot cardiovasculair risico

Dr. Bert-Jan van den Born

Naar een nieuwe CVRM richtlijn - Een huisartsenperspectief

Judith Tjin-A-Ton

Cholesterolverlaging voor iedere hypertensiepatiënt?

Prof. dr. Frank Visseren

Bloeddrukstreefwaarden bij diabetes mellitus: lager of toch niet?

Dr. Erik Serné

Addendum hypertensie bij de richtlijn cardiovasculair risicomangement: focus op therapieresistente hypertensie

Dr. Jaap Deinum

Gert van Montfransprijs

Mark Roland de Jong

Pro-Con debat: systematische screening van hypertensie loont!

Dr. Gert van Montfrans [PRO],

Dr. Paul Smits [CONTRA]

Beter bloeddruk meten in relatie tot cardiovasculair risico

Dr. Bert-Jan van den Born – *internist-vasculair geneeskundige, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam*

Voor het inschatten van cardiovasculair (CV) risico wordt gebruik gemaakt van de CVRM risicotabel.¹ Afhankelijk van de meetmethode, kan de bloeddrukcomponent hierin tot misclassificatie leiden. Om dit te beperken wordt aanbevolen om meerdere metingen verdeeld over meerdere weken/maanden te verrichten.

ABPM en HBPM zijn betere voorspellers voor CV risico dan spreekkamermeting.

Een spreekkamermeting is vaak niet optimaal; uit een grote Spaanse registerstudie bleek dat 36.7% van de patiënten hypertensief was bij een spreekkamermeting en normotensief bij een ambulante bloeddrukmeting (ABPM).² ABPM is een betere voorspeller voor CV risico dan een spreekkamermeting, zowel voor de systolische als de diastolische bloeddruk. Het verschil tussen een spreekkamermeting en een ABPM is niet voorspellend. Ook thuis meten van de bloeddruk (HBPM) voorspelt CV risico beter dan een spreekkamermeting, vergelijkbaar met ABPM maar tegen lagere kosten. Het behandelen van de bloeddruk op basis van ABPM of HBPM leidt tot minder medicatie.

In een Finse studie werd de prognostische waarde van HBPM en ABPM bovenop een spreekkamermeting onderzocht in een multivariaat model.³ HBPM bovenop een spreekkamermeting verbeterde de prognostische waarde slechts marginaal, terwijl ABPM bovenop een spreekkamermeting de prognostische waarde significant verbeterde.

Bij HBPM wordt in ongeveer de helft van de gevallen een hogere (>10/5 mmHg) bloeddruk gemeten dan bij ABPM. Dit berust op de zogenaamde auto-cuff reactie, waarbij de bloeddruk iets stijgt als het manchet wordt opgepompt. Het verschil tussen HBPM en ABPM zegt waarschijnlijk niet zoveel; het is in elk geval niet geassocieerd met hypertensieve orgaanschade. De mogelijkheid om over een langere tijd te monitoren, maakt HBPM wel preciezer.

Nationaal Hypertensie Congres, 3 februari 2017, Amersfoort

Vervolgens sprak Van den Born over de SPRINT-studie.⁴ Deze studie onderzocht of behandeling van hoog-risicopatiënten naar een streefwaarde <120 mmHg leidt tot een vermindering van CV events en sterfte ten opzichte van behandeling volgens standaard streefwaarde (<140 mmHg). Inderdaad werd een lager risico (-27%) op sterfte door alle oorzaken in de intensief behandelde groep gezien. Hierbij moet worden vermeld dat de bloeddrukmeting in SPRINT een automatische meting betrof in afwezigheid van een onderzoeker ('AA meting'). De bloeddruk die hiermee werd gemeten, was lager dan een normale spreekkamermeting of thuismeting (geen auto-cuff reactie)⁵ en blijkt ABPM goed te benaderen. De waarde van een AA-meting in de praktijk is nog onduidelijk. Wellicht is er in de toekomst plaats voor een 'AHA'-meting (automatische thuismeting)?

Naar een nieuwe CVRM richtlijn – Een huisartsenperspectief

Judith Tjin-A-Ton – *kaderhuisarts hart- en vaatziekten, Amstelveen*

Tjin-A-Ton stelde dat een huisarts geen CV risico behandelt, maar mensen begeleidt en adviseert voor wat een goed leven is – wat voor ieder individu weer anders is. Gezondheid is voor heel veel mensen een onderdeel van goed leven, maar soms is het maar een klein onderdeel ervan.

Hoe belangrijker gezondheid voor de patiënt wordt, hoe sneller iemand een therapie zal willen ontvangen.

De nieuwe ESC richtlijn vormt het uitgangspunt voor de nieuwe richtlijn CVRM

De richtlijn Cardiovasculair Risicomanagement uit 2012 wordt momenteel herzien. Deze was in principe multidisciplinair opgezet. Vrij kort daarna kwam echter de nieuwe ESC richtlijn over het beleid na een hartinfarct uit, welke andere streefwaarden vermeldde. Daarom stond een deel van de betrokken artsen er niet meer achter en was er in Nederland geen eenduidig beleid. De nieuwe richtlijn moet daarom worden gedragen door alle zorgverleners in het werkveld – cardiologen, internisten en huisartsen.

Uitgangspunt voor de nieuwe richtlijn is de nieuwe ESC guideline Cardiovascular disease prevention uit 2016.⁶ Deze bevat veel genuanceerde aanbevelingen. Dit heeft als nadeel dat geen antwoord wordt gegeven op de behoefte aan duidelijkheid vanaf de werkvloer, dus is de uitdaging een goede klinische inschatting en communicatievaardigheden.

De definitie van CVRM verschuift van een meer individuele benadering naar een bredere definitie,

meer op populatieniveau, met aandacht voor leefstijlmaatregelen, ook vanuit de overheid.

De ESC richtlijn hanteert 4 risicocategorieën, zonder onderscheid te maken tussen primaire en secundaire preventie. Risicoschatting blijft op basis van de scoretabel (risico op ziekte of sterfte door hart- en vaatziekten (HVZ) in 10 jaar). Andere manieren voor risicoschatting zijn bv. levenslang risico, hartleeftijd of HVZ-vrije levenswinst. Dit zijn interessante tools, maar deze worden vooralsnog alleen gebruikt in de risicocommunicatie. Voor (kwetsbare) ouderen pleit de ESC richtlijn voor mildere streefwaardes en een voorzichtige intensiteit van behandelen (aantal middelen) met een goede monitoring van het klinisch effect.

In Nederland wordt bij een groot deel van de patiënten de bloeddrukstreefwaarde ≤ 140 mmHg behaald (72% primaire preventie, 70% secundaire preventie). Dit is al vrij optimaal; dat niet iedereen de streefwaarden haalt komt o.a. door bijwerkingen, therapie-ontrouw en witte-jashypertensie. Een vergelijking met cholesterolverlaging laat zien dat het met hypertensie management best goed gaat: ten aanzien van cholesterol is nog wel verbetering mogelijk – hier wordt de streefwaarde (LDL $\leq 2,5$) gehaald door respectievelijk 30% en 55% in primaire en secundaire preventie (cijfers InEen, 2015).

Kortom – de totstandkoming van een nieuwe CVRM richtlijn kent de nodige uitdagingen en dilemma's, zowel op inhoudelijk als organisatorisch vlak (o.a. afstemming van rollen in 1e/2e lijn).

Cholesterolverlaging voor iedere hypertensiepatiënt?

Prof. dr. Frank Visseren – *internist-vasculair geneeskundige, UMC Utrecht*

Prof. Visseren borduurde voort op de risicostratificatie uit de ESC richtlijnen en de streefwaarden voor LDL-C. Voor patiënten met een zeer hoog risico wordt een streefwaarde van <1.8 mmol/l aanbevolen; voor patiënten met een hoog risico <2.5 mmol/l en voor patiënten met een matig of laag risico <3.0 mmol/l. Statines zijn eerste-keus geneesmiddelen met de grootste bewijslast voor verlaging van het LDL-C. Bij statine-intolerantie of onvoldoende effect komen andere middelen in aanmerking, zoals een cholesterol-absorptieremmer. PCSK9-remmers komen pas in aanmerking bij patiënten met een zeer hoog risico bij wie onvoldoende LDL-C verlaging wordt bereikt ondanks maximaal verdraagbare statinetherapie in combinatie met ezetimibe, of bij statine-intolerantie.

Voor het schatten van het risico bij patiënten met HVZ is

Nationaal Hypertensie Congres, 3 februari 2017, Amersfoort

door het UMCU de app Vaatrisico ontwikkeld, waarmee op basis van verschillende variabelen het 10-jaars-risico kan worden berekend.

Vervolgens ging Visseren in op de vraag of hypertensie en hypercholesterolemie los van elkaar, of eventueel additief, en in elkaars aanwezigheid, risicofactoren zijn voor HVZ.

Een onlangs gepresenteerde studie⁷ toont op basis van genetische risicoscores aan dat LDL-c en SBP onafhankelijke, multiplicatieve en cumulatieve causale effecten hebben op het risico op CV events. Verlaging van beide factoren (onafhankelijk van elkaar) kan dit risico aanzienlijk verlagen.

LDL-c behandeling bij patiënten met hypertensie levert additionele risicoreductie op.

De vraag of verlaging van de bloeddruk en cholesterol tot meer risicoreductie leidt dan behandeling van één van beide werd onderzocht in de HOPE-3 studie.⁸ Dit was een dubbelblinde gerandomiseerde placebogecontroleerde studie met een 2-bij-2 factorieel design die bloeddrukverlaging evalueerde met candesartan/hydrochloorthiazide 16/12,5 mg/dag, cholesterolverlaging met rosuvastatine 10 mg/dag en de combinatie in ruim 12.000 patiënten met matig CV risico. Er waren geen strikte inclusiecriteria voor bloeddruk of LDL-C.

In de cholesterolarm verlaagde rosuvastatine het aantal CV events significant ten opzichte van placebo, in lijn met andere studies naar LDL-verlaging. In de bloeddrukarm was er gemiddeld geen significant effect voor het verlagen van CV events ten opzichte van placebo. In de subgroep met een SBP >143,5 mmHg was er wel een verlaging zichtbaar - voor een effect is waarschijnlijk wel een verhoogde bloeddruk nodig.

De combinatie van rosuvastatine (10 mg per dag), candesartan/hydrochloorthiazide (16/12,5 mg per dag) was geassocieerd met een significant lager aantal CV gebeurtenissen dan dubbele placebo bij personen met gemiddeld risico zonder HVZ (nog iets minder dan alleen LDL-verlaging). Vooral bij mensen met een hoge SBP wordt deze combinatie aanbevolen; LDL-c behandeling bij patiënten met hypertensie levert (additionele) risicoreductie op.

Tot slot vertelde Visseren iets over een nieuwe ontwikkeling op lipidengebied: remming van PCSK9-synthese door RNA-interferentie. Dit is een veelbelovende benadering waarmee de productie van PCSK9 kan worden geremd met 1 injectie per 6 maanden.

Bloeddrukstreefwaarden bij diabetes mellitus: lager of toch niet?

Dr. Erik Serné – *internist-vasculair geneeskundige, VUmc Amsterdam*

Diabetes gaat gepaard met een hoog risico op macro- en microvasculaire schade, en een aanzienlijk verlies aan levensjaren; gemiddeld overlijdt een 50-jarige met diabetes zes jaar eerder dan iemand zonder diabetes.⁹ Het verlagen van de bloeddruk kan het CV risico doen dalen, maar de vraag is tot hoe laag de bloeddruk idealiter moet zakken. Mogelijk is dit niet voor iedereen gelijk, er is immers grote heterogeniteit in CV risico binnen de groep individuen met diabetes.

Rond een SBP van 115 mmHg wordt een hazard ratio van 1 gezien, hetgeen suggereert dat daling tot die bloeddruk gunstig is.

Een studie van de UK Prospective Diabetes Study Group (UKPDS) toonde het gunstige effect op diabetes-gerelateerde eindpunten en complicaties van strikte bloeddrukregulatie in diabetespatiënten aan.¹⁰ Interessant is dat de data een hazard ratio van 1 laten zien rond een systolische bloeddruk (SBP) van 115 mmHg, hetgeen suggereert dat daling tot die bloeddruk gunstig is.¹⁰ Historisch gezien wordt SBP <130 gehanteerd in diabetes, naar aanleiding van extrapolatie van data over nefropathie.

Opvallend genoeg liet de ACCORD studie geen voordeel zien van een gemiddelde SBP van 119 mmHg in vergelijking met 133 mmHg, in respectievelijk intensief of standaard behandelde patiënten.¹¹ Er is echter gesuggereerd dat dit het gevolg was van methodologische problemen, mogelijk van een gebrek aan power. Uit een meta-analyse bleek wel voordeel van BP-verlaging ten aanzien van beroerte bij mensen die SBP <130 mmHg bereikten. In deze patiëntengroep werd geen voordeel gezien op mortaliteit, CVD en CHD. Patiënten die ≥130 bereikten hadden wel baat bij BP-verlaging, ten aanzien van alle eindpunten. BP-verlaging in diegenen met SBP <130 mmHg had geen effect op microvasculaire ziekten.¹² Een andere meta-analyse concludeerde dat antihypertensieve therapie het risico op sterfte en HVZ verlaagt in diabetespatiënten met SBP <140 mmHg, maar dat dit in personen die <140 mmHg bereiken gepaard gaat met een hoger CV sterfterisico.¹³

Vragen resteren over optimale bloeddrukregulatie in ouderen, alleen al omdat de definitie van wie als oudere gezien wordt varieert in verschillende richtlijnen. Richtlijnen geven momenteel betrekkelijk weinig sturing voor bloeddrukdaling in ouderen met hypertensie en diabetes.

Nationaal Hypertensie Congres, 3 februari 2017, Amersfoort

Het is ook belangrijk te beseffen dat richtlijnen zich baseren op bloeddrukwaarden zoals gemeten in trials. Het is bekend, en veel bediscussieerd naar aanleiding van de recente SPRINT-trial, dat de meetmethode erg bepalend is voor de uitkomst. Serné is van mening dat streefwaarden zoals aanbevolen in oudere richtlijnen nog relevant zijn. Er is volgens hem meer winst te behalen door bestaande richtlijnen te implementeren, dan om weer nieuwe samen te stellen.

Addendum hypertensie bij de richtlijn cardiovasculair risicomanagement: focus op therapieresistente hypertensie

Dr. Jaap Deinum – *internist-vasculair-geneeskundige, Radboudumc, Nijmegen*

Jaap Deinum is betrokken bij het opstellen van het addendum hypertensie bij de richtlijn CVRM, dat zich specifiek richt op therapieresistente hypertensie (ongecontroleerde bloeddruk bij gebruik van drie antihypertensiva, waaronder een diureticum in adequate dosering). Dit blijkt een langdurig en nog niet afgerond proces. Aan de hand van knelpuntenanalyse zijn 8 uitgangsvragen geformuleerd. Door middel van literatuuronderzoek, rekening houdend met bewijskracht van studies, zijn aanbevelingen geformuleerd. Omdat de uiteindelijke aanbevelingen nog onder embargo zijn, moest hij zich beperken tot het toelichten van de werkwijze van de commissie en de overwegingen die ten grondslag liggen aan de aanbevelingen.

Ten eerste is een relevante vraag hoe adherentie, namelijk de mate waarin het gedrag van de patiënt overeenkomt met de adviezen van de voorschrijver waar de patiënt mee ingestemd heeft, vastgesteld kan worden. De volgende logische vraag is hoe adherentie bevorderd kan worden.

Ten aanzien van therapieresistente hypertensie is de vraag wat de effectiviteit is van spironolacton of een hoge dosering diureticum en combinatietabletten vergeleken met reguliere zorg. De chronotherapie-strategie om de bloeddrukinstelling te verbeteren door het tijdstip van inname af te stemmen op het circadiane ritme, werd ook in de analyse meegenomen.

Een vraag over wat het lifetime risico is van therapieresistente hypertensie, bleek niet eenvoudig te beantwoorden. Het zou mooi zijn als hiervoor risicotabellen bestaan, lijkend op CVRM 10-jaars risico, en liefst die inzicht geven in de ziektevrije tijdwinst als je een interventie start.¹⁴ Met name bij jongeren is het effect dan inzichtelijk, wat het gesprek in de spreekkamer aanzienlijk kan vergemakkelijken.

Qua interventies worden zoutbeperking en bijzondere behandelopties zoals renale denervatie, barostimulatie,

carotisstent en AV-coupler behandeld.

Nieuw is dat bij de richtlijn ook een consultkaart wordt gevoegd, die in een gesprek tussen arts en patiënt kan helpen bij het overwegen van verschillende behandel mogelijkheden.

Kennislacunes die in het proces zijn opgedoken zijn gedeeld met de hypertensievereniging, opdat deze kunnen worden meegenomen bij het opstellen van de onderzoeksagenda. De lacunes zitten met name op het vlak van oorzaken, detectie en behandeling van een gebrekkige therapietrouw en het inschatten van het lifetime risico.

De verwachting is dat na verwerking van commentaar op de concepttekst, de aanbevelingen begin juni 2017 worden aangeboden ter autorisatie.

GERT VAN MONTFRANSPRIJS

Persistent increase in blood pressure after renal nerve stimulation in accessory renal arteries after sympathetic renal denervation

Mark R. de Jong – *PhD kandidaat, Isala HartCentrum, Zwolle*

De Gert van Montfransprijs wordt jaarlijks uitgereikt aan een onderzoeker aan het begin van haar/zijn carrière. Mark de Jong verdiende de prijs volgens de commissie voor zijn 'oorspronkelijke onderzoek' naar de vraag hoe de opbrengst van renale denervatie (RDN) geoptimaliseerd kan worden. Het effect van RDN is erg variabel, mede omdat onduidelijk is wanneer ablatie voldoende is. De Jong en collega's besloten voorafgaand aan RDN te testen of stimulatie van de nierzenuw een bloeddrukrespons opwekt. Na effectieve RDN wordt geen stijging van de bloeddruk meer verwacht in reactie op stimulatie.

In een haalbaarheidsstudie in 8 patiënten met medicatieresistente hypertensie werden beide nierarteriën op vier plaatsen gestimuleerd. Hieruit bleek dat renale zenuwstimulatie (RNS) als procedureel eindpunt voor RDN kan fungeren.¹⁵

Renale zenuwstimulatie lijkt een goede methode om te meten of renale denervatie succesvol is.

Vervolgonderzoek richtte zich op de vraag wat te doen met accessoire arteriën. Een duidelijk verminderde bloeddrukstijging in respons op stimulatie werd gezien na RDN. In patiënten met accessoire arteriën was de daling van de bloeddrukrespons minder, hetgeen betekent dat elders nog activatie optrad. In een vooralsnog kleine groep patiënten bleek het verschil in bloeddrukrespons tussen voor en na RDN te correleren met een gunstiger 24-uurs bloeddrukmeting. Ongepubliceerde data van 42 patiënten bevestigden dit voordelige effect op de bloeddruk.

Nationaal Hypertensie Congres, 3 februari 2017, Amersfoort

RNS lijkt dus een goede methode om te meten of RDN succesvol is. Grotere studies moeten dit bevestigen en ook zou toekomstig onderzoek zich moeten richten op fysiologie-gestuurde ablatie.

PRO-CON DEBAT

Systematische screening van hypertensie loont!

Dr. Gert van Montfrans [PRO] – *internist-vasculair geneeskundige, AMC, Amsterdam*

Gert van Montfrans verdedigde deze stelling met de argumentatie dat in Nederland veel mensen rondlopen die niet weten dat zij hypertensie hebben en onbehandeld blijven en dus risico lopen. Het is volgens Van Montfrans daarom logisch dat een strategie wordt ontwikkeld om de opsporing te verbeteren.

Hij laat zich inspireren door CHEP in Canada; een intensief programma dat via opportunistische screening in veel praktijken iedereen die het spreekuur bezoekt checkt op hypertensie.

Een gemodelleerde studie naar de kosteneffectiviteit van opportunistisch screenen van het risicoprofiel van 7 miljoen mensen en het behandelen van hypertensie en verhoogd cholesterol, kwam bij conservatieve aannames uit op een incremental cost-effectiveness ratio (ICER) van 6900-12600 euro/QALY, wat volgens Van Montfrans redelijk is naar Nederlandse maatstaven.¹⁶

Het echte leven is echter wat anders dan een model, en de crux is om dergelijke initiatieven heel goed te organiseren. Kaiser Permanente Northern California is een verzekeringstructuur anders dan wij die kennen, omdat zij meer zorg in handen hebben, inclusief financiering van ziekenhuizen en artsen. Van 2001-2009 werd een groot kwaliteitsverbeteringsprogramma voor hypertensie opgezet, met goed resultaat. Het succes kan waarschijnlijk worden toegeschreven aan het uitgebreide hypertensieregister en koppeling van ziekenhuisinformatiesystemen, stringente protocollen en standaardisatie van medicatiestappen, inclusief performance metrics op kliniekniveau, inschakeling van medische assistenten, breed voorschrijven van de combinatie diuretica en ACE-remming, en voldoende financiering van alle betrokkenen, inclusief ondersteuning zoals datamanagers.

Momenteel wordt nog geen preventieve screening aanbevolen in mensen vanaf 40 jaar. Het is onduidelijk wat de nieuwe CVRM richtlijnen hierover gaan zeggen. De richtlijn uit 2011 raadt een preventieconsult aan in rokende mannen en vrouwen ouder dan 50 jaar, iedereen vanaf 60 jaar, en iedereen met zelfverklaard matig tot hoog risico. De ESC/EAS richtlijnen uit 2016 bevelen risico-inschatting

met bijvoorbeeld SCORE aan in iedereen vanaf 40 jaar. Van Montfrans pleit dus voor meer, eerdere en betere opsporing van de geschatte 2 miljoen mensen in Nederland die onwetend zijn over hun hypertensieve status en verwant risico.

Dr. Paul Smits [CONTRA] – *kaderhuisarts hart- en vaatziekten, Zoetermeer*

Paul Smits was van mening dat er nog wel wat af te dingen was op de aannames van zijn opponent, zoals dat de meetmethode in het Canadese succesverhaal in de loop van de 30 jaar is veranderd. En het effect was 6-9 mmHg, met name gezien in het begin van het project. Ook merkte hij op dat Nederlandse huisartsen het volgens de transparante ketenzorg rapportage 2015 zorggroepen (InEen) helemaal niet zo slecht doen met het identificeren van risicofactoren.

Wel benadrukte hij dat het moeilijk is om tijdens een consult voor een andere klacht ettelijke minuten uit te trekken voor een gestandaardiseerde bloeddrukmeting en uitleg over hypertensie. Zonder extra personeel is dit praktisch niet uitvoerbaar. Het blijft belangrijk om het belang van een gezonde leefstijl te benadrukken, maar Smits merkte ook op dat het preventieconsult met name gezonde mensen trekt die bevestiging zoeken, in plaats van diegenen die het het meest nodig hebben.

Een probleem in de haalbaarheid is ook dat zorgverzekeraars niet iedereen met een indicatie willen vergoeden en de overheid zich niet erg geroepen voelt met heffingen op ongezonde producten een gezond voedingspatroon te stimuleren.

Volgens Smits zit daarom de oplossing in dat de huisarts doorgaat met adequate case-finding. Verder moeten de overheid en verzekeraars hun verantwoordelijkheid nemen. En natuurlijk moet er aandacht blijven voor leefstijladvies; zonder toegevoegd zout, overgewicht, alcohol en een zittende leefstijl is het risico op hypertensie immers aanzienlijk lager.

Tijdens de discussie concludeerden zij dat ze het eigenlijk grotendeels eens waren, en slechts op onderdelen van mening verschillen. Als huisartsen bij bijna iedereen boven de 40 een risico-inschatting maken, is deze case-finding benadering ongeveer hetzelfde als een screeningsprogramma. Dit wordt geprobeerd, maar er is meer tijd, geld, ruimte en personeel nodig.

In de zaal werd een voorbeeldproject genoemd waarin mensen één keer per vijf jaar werden opgeroepen (opkomst was 70%) voor een risicoanalyse door een praktijkassistent. Hierbij wordt diabetes en atriumfibrilleren opgespoord, en het project had dan ook een goede opbrengst.

Een ander merkte op dat prehypertensie niet gevonden

Nationaal Hypertensie Congres, 3 februari 2017, Amersfoort

wordt als je niet zoekt; om dit te kunnen identificeren is het dus belangrijk de populatie voor screening niet te selecteren.

Alle partijen waren het erover eens dat de dokter moet doen wat zij/hij kan en waar zij/hij goed in is, waarbij het streven is om op tijd een risicofactor aan te pakken en eerder te behandelen.

Referenties

1. Landelijke werkgroep Cardiovasculair risicomanagement. Huisarts Wet 2012;55:14-28
2. Banegas JR *et al.*, Hypertension. 2017;69:211-219
3. Niiranen TJ *et al.*, Hypertension. 2014;64:281-286
4. SPRINT Research Group, N Engl J Med. 2015;373:2103-16
5. Filipovsky J *et al.*, Blood Press. 2016;25:228-34
6. Piepoli MF *et al.*, Eur Heart J 2016;37:2315-81
7. Ference BA *et al.*, ESC congress Rome, August 2016
8. Yusuf S *et al.*, NEJM 2016;374:2032-2043
9. Emerging Risk Factors Collaboration. N Engl J Med 2011;364:829-41
10. UKPDS. BMJ. 1998;317:703-13
11. ACCORD Study Group. N Engl J Med 2010; 362:1575-1585
12. Emdin CA *et al.*, JAMA. 2015;313:603-615
13. Brunström M and Carlberg B. BMJ 2016;352:i717
14. Dorresteijn JA *et al.*, BMJ. 2016;352:i1548
15. Gal P *et al.*, J Hum Hypertens. 2015;29:292-5
16. Van Gils PF *et al.*, BMJ Open. 2011;1:e000363



© 2017 MEDCON International

Deze Meeting Impression is ontwikkeld en uitgegeven door MEDCON International (uitgever) namens CVGK. Het educatieve programma is ontwikkeld onder auspiciën van de Programmacommissie van het Nationaal Hypertensie Congres. Het Nationaal Hypertensie Congres is georganiseerd door MEDCON International namens de Nederlandse Hypertensie Vereniging (NHV).

Meningen in dit verslag komen volledig voor rekening van de sprekers en zijn niet noodzakelijk die van de uitgever.

Voor meer informatie, video's met de sprekers en presentaties, bezoek CVGK.nl.