

09 apr 2015 -11:17

Inschatten van een cardiovasculair risico: voor patiënten in de 'grijze zone' blijft klinisch inzicht van arts essentieel

Artsen kunnen ons cardiovasculair risico bepalen met behulp van de SCORE-tabel. Daarmee kunnen ze op basis van ons tabaksgebruik, ons cholesterolgehalte en onze bloeddruk inschatten hoe hoog het risico is dat we binnen de 10 jaar overlijden aan een cardiovasculair incident. Het hulpmiddel is echter niet perfect. Daarom probeert men met bijkomende testen die atheromatose (in de volksmond aderverkalking genoemd) opsporen, de tabel nauwkeuriger te maken. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) onderzocht de werkzaamheid van 6 van deze testen. Een aantal verbetert wel de « classificatie » van het risico, maar toch vonden de KCE-onderzoekers geen betrouwbaar bewijs dat hun toevoeging aan de SCORE-tabel de aanpak van mensen met een verhoogd risico verbetert. Bijkomende, zeer eenvoudig te verkrijgen informatie over o.a. lichaamsbeweging, buikomtrek, sociaal statuut of vroegtijdige overlijdens in de familie door hartproblemen, kan de SCORE voorspelling wel aanzienlijk verbeteren. Het KCE beveelt daarom aan om een nieuwe SCORE-tabel te ontwikkelen waarin deze indicatoren, die gemakkelijk door de huisarts kunnen worden gebruikt, worden opgenomen.

Een meetinstrument dat niet perfect is

Artsen kunnen het cardiovasculair risico van hun patiënten inschatten met behulp van de risicotabel SCORE (Systematic COronary Risk Evaluation). Met SCORE kunnen ze het risico bepalen dat iemand loopt om binnen de 10 jaar te overlijden aan een cardiovasculair incident. De berekening is gebaseerd op 5 factoren : leeftijd, geslacht, tabaksgebruik, bloeddruk en cholesterolgehalte. Afhankelijk van de uitkomst wordt het risico door de SCORE-tabel ingedeeld in de categorie « laag », « matig » of « hoog ».

Bij iemand met een laag risico moet er niets speciaals worden gedaan. Mensen die een hoog risico lopen krijgen – naast aanbevelingen voor een gezondere levensstijl – vaak geneesmiddelen voorgeschreven, bvb om het cholesterolgehalte te verlagen. Voor degenen met een matig risico is het echter niet altijd duidelijk wat de beste aanpak is. De voorspellingen zijn ook niet altijd precies. Sommige mensen met een laag risico in de SCORE-tabel overlijden toch vroegtijdig aan een cardiovasculair incident, terwijl anderen dan weer ten onrechte worden ingedeeld bij de hoogrisico gevallen, en wellicht overbodige behandelingen krijgen.

Bijkomende indicatoren om aderverkalking te meten

Door indicatoren aan SCORE toe te voegen, probeert men de risico-inschatting nauwkeuriger te maken. Het KCE onderzocht in de wetenschappelijke literatuur de meerwaarde van 6 merkers van asymptomatische atheromatose (verlies van soepelheid van de aders, in de volksmond 'aderverkalking' genoemd). Deze 6 testen meten respectievelijk de flow-gemedieerde dilatatie (FGD) van de bovenarmslagader, de carotis-femorale polsgolfsnelheid (CFPWV), de verhouding van de systolische bloeddruk in enkel en arm (EAI), de wandverdikking (intima-media) van de halsslagaders (IMT), de aanwezigheid van plaques in de halsslagader en de coronaire calcium score (CCS).

Deze laatste indicator blijkt voor de beste herclassificatie van het risico te zorgen (tussen 22 en 56% van

de mensen met een matig risico, volgens SCORE, worden heringedeeld in een meer gepaste categorie). Een indicator zoals de calciumscore vereist echter een onderzoek met scanner, dus met bestraling. We moeten er daarom zeker van zijn dat hij de patiënt een klinisch voordeel biedt, vooraleer we hem routinematig gebruiken. Spijtig genoeg bestaat er geen enkele studie die formeel aantoonst dat deze indicator, of één van de 5 overige, de klinische aanpak noemenswaardig verbetert wanneer hij wordt toegevoegd aan de SCORE-tabel. Hun gebruik aanbevelen zou daarom voorbarig zijn.

Terugkeer naar een goed klinisch inzicht

Wanneer de SCORE-tabel duidt op een matig cardiovasculair risico bij een patiënt, blijft het klinisch inzicht van de arts een centrale rol spelen bij de inschatting van het reële risico en van de aangewezen aanpak. Wel zijn er een aantal andere risicofactoren die gemakkelijk tijdens de consultatie bij de huisarts kunnen worden nagegaan.

Zo kan men de risicoschatting een stuk verfijnen aan de hand van een evaluatie van lichaamsbeweging, buikomtrek, sociale contacten en vroegtijdige overlijdens in de familie door hartproblemen. Bijvoorbeeld: een vroegtijdige cardiovasculaire aandoening bij één van de ouders zorgt voor een verdubbeling van het SCORE-risico.

Het KCE pleit daarom bij de Europese beroepsverenigingen van cardiologen voor de ontwikkeling van een nieuwe SCORE-tabel, waarin deze eenvoudige en risicoloze indicatoren worden opgenomen.

Naar aanleiding van de publicatie van dit rapport ontwikkelde het KCE een FOCUS-pagina voor zijn website. De FOCUS bevat een link naar alle studies die het KCE ooit uitvoerde over cardiovasculaire problemen, van preventie en diagnose tot behandeling en zorgorganisatie.

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Administratief Centrum Kruidtuin, Doorbuilding (10e verdieping)
Kruidtuinlaan 55
1000 Brussel
België
+32 2 287 33 88
<http://kce.fgov.be>

Gudrun Briat
Wetenschappelijke communicatie
+32 475 274 115
press@kce.fgov.be