

STATINE NA TIA OF HERSENINFARCT

Een medisch én een maatschappelijk vraagstuk

Na een TIA of herseninfarct is de kans op herhaling groot. Om dat te voorkomen, worden patiënten behandeld met een trombocytenaggregatieremmer en wordt hypertensie bestreden. De vraag is of zij ook baat hebben bij een cholesterolverlager.

E. RICHARD C.S.

In de algemene bevolking is er geen duidelijke relatie tussen het cholesterolgehalte en de kans op een herseninfarct.¹ Uit een aantal recent gepubliceerde artikelen blijkt echter dat bij patiënten met cardiovasculaire risicofactoren (dus ook na een herseninfarct of TIA) het gebruik van een cholesterolverlager de kans op cardiovasculaire aandoeningen in de toekomst vermindert.^{2,3} Daarom adviseerde de neurovasculaire werkgroep van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie onlangs om patiënten met een TIA of herseninfarct ten gevolge van atherosclerose te behandelen met een statine.⁴ De werkgroep kwam vooral tot deze aanbeveling door de resultaten van een groot dubbelblind gerandomiseerd onderzoek, de 'Heart Protection Study' (HPS).^{2,3} Uit dit onderzoek blijkt dat hoewel behande-

ling met een statine het aantal recidief herseninfarcten of TIA's niet vermindert, het gebruik van een statine in deze groep op lange termijn leidt tot afname van het aantal hartinfarcten en perifeer vasculaire aandoeningen. Welke gevolgen zal het voorschrijven van statines aan deze groep patiënten hebben in de dagelijkse praktijk?

Allereerst zijn patiënten op poliklinieken neurologie meestal ouder dan in het onderzoek het geval was. Verder zal de therapietrouw minder groot zijn door bijwerkingen, een probleem dat in

te geven op de vraag welke patiënten met een TIA of herseninfarct meer of minder baat hebben bij behandeling met een statine.

In de tweede plaats vragen wij ons af wat er nog overblijft van het effect van de statines als we gezonder zouden gaan leven en hypertensie als belangrijke risicofactor adequaat zouden behandelen. Bijvoorbeeld alleen al het stoppen met roken resulteert in een relatieve risicoreductie van 33 procent in één jaar.⁶ Ook een gezonder, gevarieerd dieet en meer lichaamsbeweging leiden waarschijnlijk

Twintig mensen vijf jaar behandelen om één vasculair incident te voorkomen

het onderzoek niet speelde, omdat deze patiënten (30%!) al waren uitgevallen in de 'run-in fase'. Daarnaast is het van belang om te weten dat er vaak sprake is van uitgebreide comorbiditeit en polyfarmacie. Elk nieuw medicament, en zeker als het er een is waarvan de patiënt niet direct de voordelen ervaart, brengt bovendien de therapietrouw in gevaar. Dit alles betekent zeer waarschijnlijk dat er in de praktijk slechtere resultaten worden bereikt dan onder de onderzoeksomstandigheden.

RISICOREDUCTIE

Aangezien er bij de voorgaande onderzoeken steeds sprake was van een subgroepanalyse waarbij maar een klein deel van de patiënten een TIA of herseninfarct had gehad, zien wij uit naar de eerste resultaten van het SPARCL-onderzoek, die eind 2004 worden verwacht. Hieruit moet het effect blijken van een statine in een groep van 4732 patiënten die een TIA of herseninfarct hebben gehad.⁵ Het is mogelijk dat deze studie aanvullende data geeft om een beter antwoord

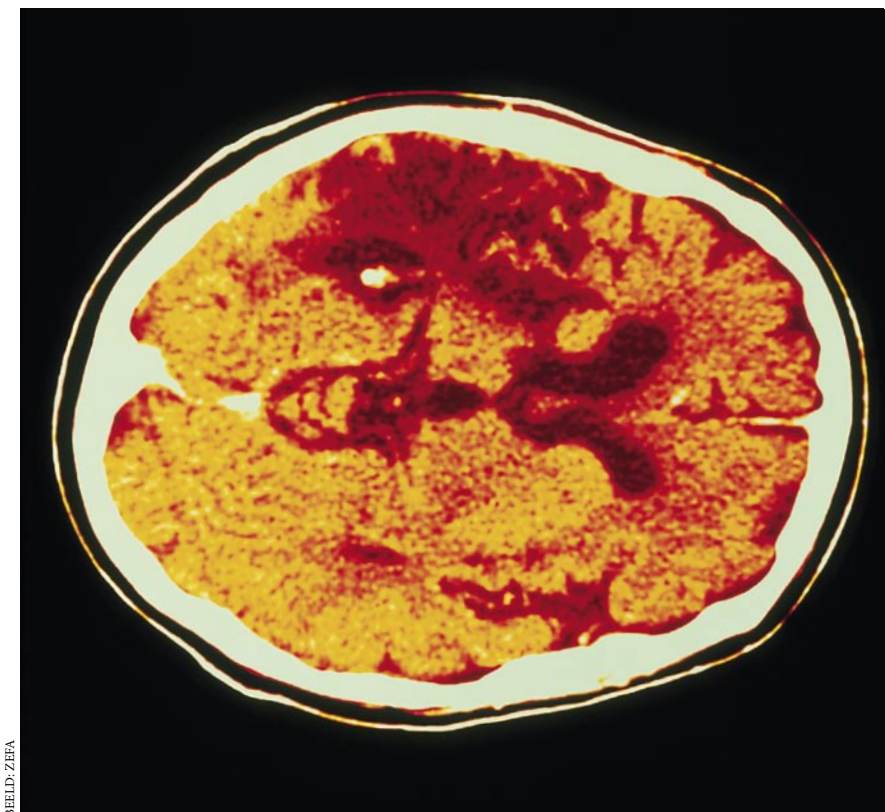
tot een afname van hart- en vaatziekten. Als het risico op deze manier al flink wordt verlaagd, zal het additieve effect van een statine waarschijnlijk een stuk lager zijn.

ENORME KOSTEN

Ten slotte zijn de kosten van de behandeling van zo'n grote groep patiënten met een statine groot. De resultaten van het HPS-onderzoek laten zien dat er een >>



BEELD: ZEEA



BEELD: ZEFA

Als iedereen na een TIA of herseninfarct simvastatine zou gebruiken, kost dat de gezondheidszorg honderden miljoenen euro's per jaar.

<< absolute risicoreductie is van 5 procent in vijf jaar op het krijgen van een hartinfarct of vaatprobleem in de benen. Dit betekent dat twintig mensen gedurende vijf jaar moeten worden behandeld om één vasculair incident te voorkomen, en in de dagelijkse praktijk is dit getal waarschijnlijk nog groter ten gevolge van de bovengenoemde argumenten. Aangezien een dosering van 40 mg simvastatine volgens het Farmacotherapeutisch kompas (november 2003) ongeveer 100 euro per maand bedraagt, kost het voorkomen van een vasculair incident ten minste 120.000 euro. Als alle patiënten die een TIA of herseninfarct hebben gehad (in Nederland ongeveer 190.000), simvastatine 40 mg zouden gebruiken, betekent dit een enorme kostenpost voor de Nederlandse gezondheidszorg, die in de honderden miljoenen euro's per jaar loopt. Natuurlijk moeten de kosten van door de behandeling voorkomen vasculaire incidenten hiertegen wor-

den afgezet, en zou een formele kosten-batenanalyse moeten worden gedaan. Het lijkt echter uiterst onwaarschijnlijk dat de bespaarde kosten van het voorkomen van vasculaire aandoeningen zullen opwegen tegen de gemaakte kosten van grootschalig statinegebruik.

LEEFSTIJL

Het effect van statines op het voorkomen van hart- en vaatziekten zoals besproken door de neurovasculaire werkgroep, staat niet ter discussie. Op basis van de genoemde argumenten is het echter de vraag of het zinvol is om alle patiënten na een TIA of herseninfarct met een statine te behandelen, ongeacht welke overige risicofactoren voor hart- en vaatziekten een patiënt heeft.

Dit is niet alleen een medisch, maar ook een maatschappelijk vraagstuk. Moeten we de ongezonde leefstijl van velen accepteren en dure medicijnen met een gering effect voorschrijven om

SAMENVATTING
<ul style="list-style-type: none"> ● Optimale secundaire preventie na een herseninfarct of TIA bestaat in ieder geval uit een trombocyten-aggregatieremmer en het behandelen van hypertensie. ● Het gebruik van statines na een herseninfarct of TIA leidt tot een afname van hart- en vaatziekten in de toekomst, maar niet tot minder herseninfarcten of TIAs. ● Aanpassing van leefgewoonten, zoals dieet, lichaamsbeweging en het stoppen met roken, levert wel een duidelijke risicoreductie op het ontstaan van herseninfarcten en TIAs. Bovendien is de risicoreductie van verdere hart- en vaatziekten waarschijnlijk groter dan met statines. ● Het voorschrijven van een statine aan alle patiënten met een herseninfarct of TIA, ongeacht de overige risicofactoren voor hart- en vaatziekten, is waarschijnlijk niet zinvol en niet kosteneffectief.

ziekten te voorkomen die waarschijnlijk beter en vooral ook goedkoper kunnen worden voorkomen door aanpassing van de leefstijl? Kan het geld dat voor het voorschrijven van statines aan alle patiënten met een TIA of herseninfarct wordt uitgegeven, niet op een betere en efficiëntere manier worden besteed in de gezondheidszorg? ■

E. Richard,
arts-assistent

dr. P. Nederkoorn,
arts-assistent

dr. Y. Roos,
neuroloog

prof. dr. M. Vermeulen,
neuroloog

Academisch Medisch Centrum Amsterdam

Correspondentieadres: E.Richard@amc.uva.nl

Referenties

1. Prospective Studies Collaboration. Cholesterol, diastolic blood pressure, and stroke: 13000 strokes in 450000 people in 45 prospective cohorts. *Lancet* 1995; 346: 1647-53. 2. Heart Protection Study Collaborative Group. MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol lowering with simvastatin in 20536 high-risk individuals: a randomised placebo-controlled trial. *Lancet* 2002; 360: 7-22. 3. Heart Protection Study Collaborative Group. Effects of cholesterol-lowering with simvastatin on stroke and other major vascular events in 20536 people with cerebrovascular disease or other high-risk conditions. *Lancet* 2004; 363: 757-67. 4. Dippel DWJ, van der Worp HB. Preventie van vasculaire complicaties na een TIA of beroerte: bloeddruk- en cholesterolverlagende therapie. *Ned Tijdschr Geneesk* 2004; 148: 820-3. 5. Amarenco P, Bogousslavsky J et al. Design and baseline characteristics of the stroke prevention aggressive reduction in cholesterol levels (SPARCL) study. *Cerebrovasc Dis*. 2003; 16(4): 389-95. 6. Hankey GJ, Warlow CP. Treatment and secondary prevention of stroke: evidence, costs, and effects on individuals and populations. *Lancet* 1999; 354: 1457-63.