



Een risico op een verouderingsziekte is, nogal typisch, veroudering

Cholesterolmaffia

De fundamentele houding van de wetenschap is scepsis. Bewijs is het invullen van een sudoku, waar je moet raden, testen en gommen. Naarmate de vakjes gevuld raken, word je zekerder. In de sudoku cholesterolverlaging mocht niet worden gegomd, dat was slecht voor de volksgezondheid. De andere cijfertjes moesten zich maar aanpassen. Maar ook na een halve eeuw blijft de cholesterolhypothese haperen.

De werking van cholesterol wordt gedefinieerd door zijn vehikels, LDL en HDL. Dat heeft minder te maken met cholesterol dan met de lipoproteïnevehikels die het cholesterol door het bloed vervoeren. De verhouding van het totaalcholesterol (als goedkope maat voor LDL) over HDL voorspelt hartziekte, maar niet goed. Om statines te rantsoeneren zijn begin jaren negentig rantsoenkaarten ontwikkeld, gebaseerd op het absolute risico op hartziekte over de komende tien jaar. Een dergelijke rantsoenkaart vindt u in de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement (nhg.artsenet.nl). In Europa bestaan ze in twee smaken, één voor Zuid-Europa en één voor de rest. Een volledige verdubbeling van de TC/HDL-ratio van 4 naar 8 is nog altijd minder riskant dan vijf jaar ouder zijn, roken of Nederlands spreken in plaats van Italiaans.

Daaruit kunt u afleiden dat het even nuttig is om Italiaans te leren dan het halveren van het cholesterol. Kaalhoofdigheid is ook een risicofactor voor hartziekte. Een haargroeimiddel is niet noodzakelijk goed voor het hart. Statines werken goed, maar ze werken omdat ze de LDL-vehikels doen dalen, omdat ze ontstekingen remmen en omdat ze de vaatwand stabiliseren. Statines verwerpen net de cholesterolhypothese: hun werking treedt te snel en te volledig op. Ze veranderen over die termijn niets aan de cholesterolplaques.

Cholesterolverlaging is een tweesnijdend zwaard. Het gunstige effect op hartziekte is voorspelbaar, maar het effect op totale sterfte is afhankelijk van de methode en meestal slecht. De meeste methoden van cholesterolverlaging, buiten statines, waren schadelijk als ze werkten. Torcetrapib en ezetimibe zijn de recente medicijnen die dat ondervonden. Oestrogenen voor de behandeling van de menopauze, ooit een even groot goed, werkten mede omdat ze het LDL-cholesterol verlaagden. Een meta-analyse in 1995 toonde al aan dat ze de sterfte toch deden toenemen. Fibraten verlaagden de hartsterfte maar deden de totale sterfte toenemen. Diëten veranderen niets aan de sterfte. De cholesterolverlagende smeermiddelen doen wel het cholesterol dalen, maar de effecten op ziekte en sterfte zijn onbekend. Als er geen doden vallen is dat geluk, geen wijsheid.

Als gevolg van het succes van de statines ontstond een nieuwe, uiterst frequente aandoening, de statinedeficiëntie. Een verhoogd cholesterol werd een ziekte en die werd uitgebreid tot elk risico. Maar een risico op een verouderingsziekte is, nogal typisch, veroudering. De belangrijkste indicatie van dreigende statinedeficiëntie is daarom toenemende leeftijd. Iedere man boven de zestig wordt bedreigd door een statinetekort. Als je vrouw bent of Italiaans spreekt is dat vijf jaar later, als je rookt is dat vijf jaar eerder. Volgens voorzichtige schattingen van het NHG wordt nu een kwart van de Nederlandse bevolking (4 miljoen mensen) bedreigd door statinedeficiëntie. De ironie is dat de TC/HDL-ratio zelf geen discriminerend vermogen heeft in deze beslissing: 'het cholesterol' dient enkel om mensen de medische fuik in te lokken.

De evidence voor het behandelen van gezonde ouderen is gebaseerd op extrapolaties uit hogere risico's en de aanname dat er geen effect is op overige ziekten en sterfte. De historie van de cholesterolhypothese toont echter dat wat we winnen aan hartziekte meestal elders verliezen. Afgezien van de morele consequenties van massabehandeling van ouderen zonder bekend gezondheidsprobleem en de oneerlijke herverdeling van schaarse middelen, is dit experiment met miljoenen Nederlanders niet zonder risico. ■