

‘Patiënten begrijpen lifetime-risico’s beter’

De website U-Prevent berekent het risico op hart- en vaatziekten en hoe dit is te beïnvloeden. Is het een manier om iedereen aan dure cholesterolverlagers te krijgen? Of is het, zoals internist Frank Visseren zei, de toekomst van de gezondheidszorg?



‘**H**oe leg je aan een patiënt uit wat een tienjaarsrisico inhoudt? Wat betekent een risicoverlaging van 24 naar 18 procent door een medicijn?’, zegt hoogleraar vasculaire geneeskunde Frank Visseren. Volgens hem hebben artsen behoefte aan instrumenten waarmee ze op een begrijpelijke manier over individuele cardiovasculaire risico’s en interventies kunnen communiceren met patiënten. Niet in termen van tienjaarsrisico’s of *numbers needed to treat*, zoals nu gebruikelijk is, maar over hoeveel gezonde jaren iemand erbij krijgt, door medicijnen of leefstijlverandering. Lifetime-risico’s dus. Dat is één van de mogelijkheden die U-Prevent biedt, de website met rekenmodellen om hart- en vaatziekten te voorspellen, waarmee het UMC Utrecht onlangs naar buiten trad. Die website is het eindresultaat van een enorm project, vertelt Visseren: ‘We hebben in samenwerking met verschillende universiteiten gegevens van 700 duizend mensen afkomstig uit meerdere onderzoeken omgezet in modellen, waarmee we zo gericht mogelijk kunnen voorspellen wat iemands risico is. Dat wil zeggen: voor iemand die net zo oud is, dezelfde bloeddruk en cholesterolwaarden heeft bijvoorbeeld. En dezelfde voorgeschiedenis.’ Volgens Visseren, die het project leidde, heeft U-Prevent grote voordelen: ‘Ten eerste die omschakeling naar lifetime-risico’s. Die zijn voor mensen beter te begrijpen, en ze zijn realistischer. Je behandelt mensen namelijk niet tien jaar, maar langer. En voor jonge mensen geldt dat zij vrijwel nooit een hoog risico hebben om binnen tien jaar een hartinfarct of iets dergelijks te krijgen. Ook al zijn hun cholesterol en bloeddruk torenhoog. Terwijl juist bij hen winst te behalen valt. Een lifetime-risico brengt dat beter in beeld.’ Realistischere voorspellingen voor ouderen moet U-Prevent ook opleveren, zegt Visseren: ‘Op de manier waarop we nu kijken, overschatten we hun cardiovasculaire risico’s, omdat we geen rekening houden met concurrerende risico’s. Oftewel: de kans dat ze eerder last krijgen van andere ziektes. Wij gebruiken modellen waarin dat wel gebeurt, waardoor we een realistischer

‘Er rolt geen advies uit, het laat alleen de gevolgen zien’

inschatting geven over hoeveel winst een advies of behandeling oplevert.’ Een ander voordeel is volgens Visseren dat in U-Prevent modellen staan die van toepassing zijn op mensen die niet in de tot nu toe veelgebruikte modellen passen, zoals mensen met type-2-diabetes of eerder doorgemaakte hart- en vaatziekten: ‘Die laatste groep heeft baat bij cholesterol- en bloeddrukverlaging en een vorm van anti-stolling, maar ook voor hen verschilt het enorm wat voor risico ze lopen op nieuwe problemen. Bij een torenhoog risico wil je misschien intensiever behandelen, een nog lagere streefbloeddruk, intensievere anti-stolling en lagere cholesterolwaarden. Maar dat moeten we vooral niet bij iedereen doen. Daarom kunnen we specifiek voor deze groepen nu risico’s berekenen.’

Modellen

Hoe bereken je lifetimerisico’s als je je baseert op cohorten die meestal maar een beperkte tijd zijn gevolgd? ‘Kort gezegd gebruiken we overlappende observaties, uit verschillende cohorten. Bijvoorbeeld van één persoon de periode van 46 tot 51, van een ander van 53 tot 58, enzovoorts. Dat is een aanname, maar het is de beste manier die we op dit moment hebben om lifetimevoorspellingen te doen. Ook uit de validaties die we hebben gedaan op andere cohorten, bleek dat de voorspellingen goed waren.’ Maar, zegt Visseren: ‘Een risico schatten is mooi, maar het gaat er ook om wat je eraan kunt doen met leefstijlverandering en behandeling.’ Dat is wat op de website van U-Prevent gebeurt: je voert gegevens in en daar rolt een risico uit – waarbij je kunt kiezen voor tienjaars- of lifetimerisico. Vervolgens kun je met schuiven aan de

knoppen kiezen voor bijvoorbeeld stoppen met roken of verschillende doseringen van verschillende cholesterolverlagers, waarbij de website dan berekent hoeveel jaren leven zonder hart- en vaatziekte dat gemiddeld oplevert. Bij de modellen staat vermeld welke cijfers uit welke studies worden gebruikt.

Soms levert dat vragen op: zo staat er bij het Smart-Reach-model – specifiek voor mensen met bekende hart- en vaatziekten – dat iedere 1,0 mmol/l LDL-cholesterolverlaging zonder ondergrens gepaard gaat met een bepaalde risicodaling. Dat cijfer komt uit een meta-analyse van gegevens uit statinestudies. Met het model is ook te berekenen wat het toevoegen van een PCSK-9-remmer zou betekenen voor de patiënt. Daarvoor wordt gebruikgemaakt van gegevens die laten zien hoeveel het LDL daalt door deze nieuwe, dure medicatie. Verbonden aan de eerste aanname – die risicoafname bij daling van LDL laat zien – resulteert dit in een lifetimerisicodaling. Is dat correct? Het ging immers in de meta-analyse om LDL-daling door statines. Visseren: ‘De onderliggende aanname is dat de manier van LDL-daling niet uitmaakt voor de verlaging van het risico. Datzelfde geldt voor bloeddruk. Daar nemen we aan dat het niet uitmaakt of je met leefstijl of medicamenteus de bloeddruk verlaagt. Dat zijn geen onredelijke aannames. Als in de toekomst uit nieuwe studies blijkt dat we andere aannames moeten doen of effecten van interventies moeten aanpassen, dan doen we dat uiteraard. We willen de beste en meest actuele cijfers gebruiken.’

Stoppen

In het journaalitem waarin het over U-Prevent ging, was Visseren te zien met een patiënt die op basis van het model toch maar besloot cholesterolverlagers te gebruiken. Is U-Prevent niet een manier om iedereen aan de pillen te krijgen? Visseren: ‘Uitdrukkelijk niet! Dit model is bedoeld om te ondersteunen in het nemen van verstandige behandelbeslissingen. Dat kan zijn starten, niet starten of stoppen met medicatie. Er rolt geen advies uit, het laat alleen de gevolgen zien.’

Die concrete gevolgen in beeld brengen: dat is precies waar huisarts Judith Tjin-A-Ton enthousiast over is, als het gaat over U-Prevent. Tjin-A-Ton is net als Visseren lid van de werkgroep die een update maakt van de multidisciplinaire richtlijn voor cardiovasculair risicomangement (CVRM). De NHG-Standaard voor CVRM is gebaseerd op deze richtlijn. Het NHG liet via Twitter weten dat de U-Prevent-tool in die nieuwe richtlijn komt, die nu ter autorisatie bij de beroepsgroepen ligt. Wordt de huidige manier van risico berekenen – met de zogenaamde Score-risicotabel met tienjaarsrisico’s – dan losgelaten? Tjin-A-Ton: ‘Nee, dat blijft de basis, al is het maar omdat deze ook in de Europese richtlijn staat waar wij ons op baseren. Maar die tabel heeft nadelen. Hij is beperkt tot mensen zonder bestaande hart- en vaatziekten bijvoorbeeld. En je kunt daarmee voor patiënten niet concreet maken wat het oplevert als je de bloeddruk van 160 naar 140 terugbrengt. Met U-Prevent wel, en dat geldt voor allerlei dingen: wat als je tien jaar later met behandelen begint, of wat als je nu stopt met roken. Ik vind het een mooi middel om te gebruiken bij het praten over risico’s. Daarom wijzen we in de richtlijn op alternatieven die je naast de Score-risicotabel kunt gebruiken.’ Hoe gebruiksvriendelijk de website ook is, Tjin-A-Ton denkt wel dat het goed is om artsen te scholen hoe ze deze moeten gebruiken: ‘Je moet weten wanneer je welk model moet gebruiken. Voor patiënten zonder hart- en vaatziekten kun je het tienjaarsrisico uitrekenen met de Score-tabel, en een lifetimerisico met het LIFE-CVD-model. Maar die zijn op verschillende databases gebaseerd. Voor mensen tussen de 60 en 70 jaar kan dat bijvoorbeeld tegenstrijdige informatie opleveren. Dan is het van belang dat je weet dat de Score-tabel geen rekening houdt met de leeftijdsgebonden concurrerende risico’s en het risico op hart- en vaatziekten bij ouderen overschat.’ ■

web

Meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.