

BEHANDELING VAN HYPERTENSIE BIJ OUDEREN

Een recente studie (HYVET) en een meta-analyse leveren bijkomende suggesties dat een bloeddrukverlagende behandeling op oudere leeftijd, en zelfs op hoogbejaarde leeftijd (> 80 jaar, met een streefwaarde van 150/80 mmHg), nog zinvol kan zijn. Gezien het echter gaat om een kwetsbare populatie is het belangrijk om, alvorens een behandeling te starten, de voordelen af te wegen tegen de mogelijke ongewenste effecten (waarbij vooral plotse bloeddrukdaling, o.a. orthostatische hypotensie, problemen kan stellen). Ook dient rekening gehouden te worden met o.a. het totale cardiovasculaire risico en factoren zoals bv. voorziene levensverwachting en therapietrouw.

In het Gecommentarieerd Geneesmiddelenrepertorium (editie 2008) wordt vermeld dat het nut van een antihypertensieve behandeling bij patiënten boven de leeftijd van 60 jaar in meerdere studies bewezen is; ook wordt vermeld dat bij patiënten boven de 80 jaar de evidentie geringer is, maar dat over het algemeen wordt aangeraden om de antihypertensieve medicatie voort te zetten indien ze goed verdragen wordt. Recent verschenen twee nieuwe publicaties over behandeling van hypertensie bij ouderen.

- De eerste publicatie is de **HYVET-studie**, een gerandomiseerde, dubbelblinde, placebo-gecontroleerde studie over behandeling van hypertensie bij ongeveer 4.000 hypertensiepatiënten van 80 jaar of ouder met een systolische bloeddruk van 160 mmHg of meer [*N Engl J Med* 2008;358:1887-98, met editoriaal 2008;358:1958-60]. Deze studie werd vroeger dan voorzien, na een gemiddelde follow-up van 2 jaren, gestopt. Bij slechts de helft van de patiënten in de actieve behandelingsarm (het diureticum indapamide onder vorm van vertraagde vrijstelling, met toevoegen van de ACE-inhibitor perindopril indien onvoldoende bloeddrukcontrole) werd na 2 jaren de streefwaarde van 150/80 mmHg bereikt. Het effect op het primair eindpunt (fataal

of niet-fataal cerebrovasculair accident) was statistisch gezien niet significant (daling met 30%, 95%-betrouwbaarheidsinterval -1 tot 51%). De antihypertensieve behandeling had wel een statistisch significant gunstig effect op een aantal secundaire eindpunten, bv. daling van de totale mortaliteit met 21% (95%-betrouwbaarheidsinterval 4 tot 35%), daling van de incidentie van hartfalen met 64% (95%-betrouwbaarheidsinterval 42 tot 78%), daling van de incidentie van fataal cerebrovasculair accident met 39% (95%-betrouwbaarheidsinterval 1 tot 62%). Daarbij dient toch opgemerkt dat statistische verschillen op secundaire eindpunten geen definitieve conclusies toelaten; het toeval speelt immers een belangrijkere rol en de resultaten zijn minder betrouwbaar.

- De tweede publicatie is een **meta-analyse van de Blood Pressure Lowering Treatment Trialist' Collaboration** over het effect van antihypertensieve behandeling op morbiditeit en mortaliteit bij jongere (< 65 jaar) versus oudere (> 65 jaar) patiënten [*Brit Med J* 2008;336:1121-3, met editoriaal 2008;336:1080-1]. Uit deze meta-analyse komt naar voren dat het effect van antihypertensieve behandeling op morbiditeit en mortaliteit vergelijkbaar is bij jongere hypertensiekers (< 65 jaar) en

bij oudere hypertensiekers (> 65 jaar). De meta-analyse laat niet toe om in termen van preventie van cardiovasculaire complicaties bepaalde klassen van antihypertensiva als voorkeursbehandeling aan te duiden, noch bij de jongere, noch bij de oudere hypertensiekers. Dit resultaat is niet verwonderlijk gezien bloeddrukdaling op zich de voornaamste determinant is bij de preventie van cardiovasculaire complicaties; de keuze van de geneesmiddelenklasse waarmee de bloeddrukdaling bekomen wordt, heeft minder belang [zie ook Folia april 2004 en augustus 2007].

Bespreking

De HYVET-studie en de meta-analyse leveren bijkomende suggesties dat het starten van een antihypertensieve behandeling ook op oudere leeftijd, en zelfs op hoogbejaarde leeftijd (> 80 jaar, met een streefwaarde van 150/80 mmHg), nog zinvol kan zijn. Bij vele patiënten kan men starten met een thiazide of aanverwant diureticum; in functie van geassocieerde pathologieën kan wel onmiddellijk gekozen worden voor een antihypertensivum van een andere klasse [zie Folia van april 2004 en augustus 2007]. Over de keuze van het antihypertensivum blijft controversie en discussie bestaan, zie bv. recente artikels in *Circulation* met argumenten vóór [2008;117:2691-705] en tegen [2008;117:2706-15] diuretica en β -blokkers als eerste keuze.

Gezien het hogere cardiovasculaire risico kan worden verwacht dat de absolute winst

van een antihypertensieve behandeling bij de oudere populatie groter zal zijn dan bij de jongere populatie. Toch dient benadrukt te worden dat klinische studies gebeuren in goed gecontroleerde omstandigheden (bv. vermijden van interacties, regelmatige follow-up), en dat de ouderen die worden geïncludeerd in klinische studies meestal gezonder en gemotiveerder zijn dan de gemiddelde persoon op die leeftijd; in de HYVET-studie hadden bv. ongeveer 3% van de patiënten antecedenten van myocardinfarct, ongeveer 7% van hen antecedenten van cerebrovasculair accident, ongeveer 7% van hen diabetes, en waren patiënten met hartfalen dat een behandeling met antihypertensieve medicatie noodzaakte, uitgesloten. Bij de doorsnee-oudere in een *real-life* situatie kan het voordeel van een antihypertensieve behandeling daarom anders zijn (groter of minder groot). Het blijft dan ook belangrijk in deze kwetsbare populatie van hoogbejaarden de voordelen af te wegen tegenover de ongewenste effecten van de antihypertensiva (waarbij vooral de plotse bloeddrukdaling, met o.a. orthostatische hypotensie en risico van hypoperfusie van belangrijke organen, problemen kunnen stellen), en rekening te houden met het totale cardiovasculaire risico van de patiënt en met factoren zoals voorzien levensverwachting en therapietrouw, eventueel reeds bestaande polymedicatie en de eigen wens van de patiënt.