

H Y P E R C H O L E S T E R O L E M I E

Het gebruik van informatiebronnen

A. VAN DEN BRUEL, E. VERMEIRE, F. BUNTINX, B. AERTGEERTS

In de vorige artikels van deze reeks kon u lezen hoe een klinische vraag in een PICO-vraag wordt omgezet en hoe deze in zoektermen wordt vertaald. In dit artikel gaan we dieper in op de inhoud en het gebruik van de bronnen die ons een antwoord kunnen geven op elke PICO. De volgorde waarin we deze bronnen het best doorzoeken, behandelen we in een volgend artikel.

C a s u s

Kristien G, een jonge vrouw van 32 met blanco voorgeschiedenis, komt op de raadpleging. De arbeidsgeneesheer

onderzocht haar enkele weken geleden en verrichtte een bloedanalyse. Haar totaalcholesterol is verhoogd: 280 mg/dl, het HDL is 40 mg/dl. Ze kreeg het advies haar huisarts op te zoeken om dit resultaat te bespreken. Kristien rookt niet, heeft geen diabetes en haar bloeddruk is perfect normaal. Haar vader maakte onlangs een zwaar hartinfarct door; hij is 58 jaar. Dit heeft haar sterk aangegrepen en ze maakt zich zorgen om haar eigen gezondheid: "Mijn vader moet nu pillen nemen tegen te hoge cholesterol. Dat is toch een teken dat het belangrijk is!!" Kan ik haar bezorgdheid gewoon wegnemen en haar geruststellen of heeft ze gelijk en moet ik haar behandelen?

De verschillende informatiebronnen

Artsen hebben op verschillende momenten behoefte aan informatie: hetzij bij de behandeling van een individuele patiënt, hetzij om bij te blijven of als onderbouwing van richtlijnen. Tegelijk worden artsen willens nillens overspoeld met informatie via tijdschriften, medische vertegenwoordigers en bijscholingen. Maar vaak speelt dit aanbod niet in op hun behoeften. Tijdschriftartikels geven niet altijd een antwoord op concrete klinische vragen, de informatie vanuit de farmaceutische industrie is gekleurd en cursussen verouderen snel.

Dankzij het Internet is voor iedereen een enorme hoeveelheid aan informatie toegankelijk. Correcte, praktische en onmiddellijk bruikbare informatie zoeken is een vaardigheid die men kan leren. Steeds meer bronnen verspreiden evidence-based informatie. Met andere woorden: zij vergaren de bestaande literatuur over klinische vragen, beoordelen ze en stellen ze on line ter beschikking. Door eerst deze bronnen te raadplegen bespaart men zich dus heel wat moeite. Pas als men hier geen antwoord vindt, kunnen de originele publicaties worden aangesproken.

Betrouwbaar, bruikbaar en beschikbaar

We gebruiken in deze reeks altijd dezelfde bronnen (zie *inleidingsartikel op deze reeks*)¹. Waarom we sommige wel en andere niet selecteerden, hing af van drie criteria: betrouwbaarheid, bruikbaarheid en beschikbaarheid.

Een bron moet in de eerste plaats *betrouwbaar* zijn. Worden er aan de artikels eisen gesteld qua methodologie en rapportering? Is er peer review of met andere woorden: werd het artikel door een aantal reviewers uit de eigen beroepsgroep beoordeeld? De laatste tijd gaat ook veel aandacht naar mogelijke banden met de industrie. Indien die er zijn, moeten ze vermeld worden.

Het tweede criterium voor de selectie van een bron is de *bruikbaarheid* voor de huisarts. De bron moet onderwerpen bevatten die relevant zijn voor de huisarts. De resultaten worden bij voorkeur zodanig gepresenteerd dat hun betekenis voor de praktijk snel duidelijk wordt. We zijn dus geïnteresseerd in klinisch relevante uitkomsten.

Een bron met heel betrouwbare en relevante informatie is volstrekt waardeloos als ze bijvoorbeeld enkel in Amsterdam kan worden geraadpleegd. De bron moet dus bereikbaar of *beschikbaar* zijn, liefst op een eenvoudige en goedkope manier. Bovendien is van belang of men kan beschikken over de volledige tekst of enkel over het abstract.

Doorzoeken

Het gebruik van zoektermen is meestal gelijklopend voor elke databank. Twijfelt men aan een benaming, dan zoekt men in de databank naar de correcte MeSH-term². Echter niet elke databank bezit deze mogelijkheid, maar het zijn wel die termen waarmee we de databank kunnen doorzoeken. In Nederlandstalige bronnen kan men uiteraard Nederlandstalige zoektermen gebruiken. Naar gelang van het onderwerp is het niet altijd nodig de volledige PICO in te voeren. Het is voor onze casus al voldoende in meerdere databanken de termen "primary prevention" en "cholesterol" in te geven om een overzichtelijke opbrengst van artikels te krijgen.

Waardevolle bronnen

WVVH-AANBEVELINGEN

Via de literatuurdatabank van de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen (www.wvvh.be) kunnen we de *WVVH-aanbevelingen voor goede medische praktijkvoering* doorzoeken (figuur 1). In deze databank kunnen we een trefwoord kiezen uit een lijst. Het zoekresultaat wordt op een getrapte manier op het scherm weergegeven. De literatuurdatabank fungeert als portaalsite. Van hieruit kunnen we dus ook andere bronnen raadplegen.

Voor onze casus selecteren we het trefwoord "cholesterol" uit de uitklapbare lijst. Als er een WVVH-aanbeveling over het onderwerp bestaat, dan staat die in het overzicht van de gevonden artikels en kan men de volledige tekst rechtstreeks raadplegen.



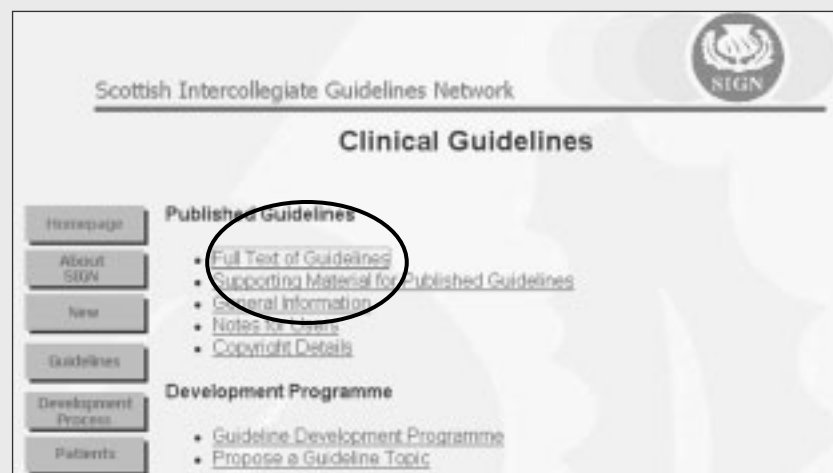
Figuur 1: <http://www.wvvh.be/dbaseWVVH/zoekpagina.htm>

NHG-STANDAARDEN

De *Standaarden van het Nederlandse Huisartsen Genootschap* (NHG) zijn eveneens gratis te raadplegen op www.artsenet.nl. Momenteel wordt deze website grondig hernieuwd. Voorlopig kan men de standaarden het best raadplegen via www.henw.org. Ze kunnen snel worden doorzocht om het onderwerp te vinden van de vraag. Er is eveneens een zoekfunctie. Hiermee kan men op meerdere trefwoorden tegelijk zoeken. Voor elke standaard is de volledige tekst, een samenvattingskaartje en een patiëntenfolder beschikbaar.

SIGN

Op de website van het *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (SIGN) (<http://www.sign.ac.uk>) klikt men de 'Guidelines' aan en vervolgens de 'Full Text of Guidelines' (figuur 2). Onder het hoofdstuk "CHD and Stroke" vinden we een richtlijn over primaire preventie. De website van SIGN heeft een zoekfunctie, maar die is (nog) niet echt actief. De volledige tekst van de richtlijn is vrij beschikbaar, voor elke argumentatie wordt het niveau van bewijskracht vermeld.



Figuur 2: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/index.html>

NATIONAL GUIDELINE CLEARINGHOUSE

De *National Guideline Clearinghouse* (www.guideline.gov) heeft een geavanceerde zoekfunctie die analoog is aan de functies van PubMed (figuur 3) ². De zoekmachine zelf zoekt ook naar de juiste term. Vindt het systeem geen term in de MeSH-boomstructuur, dan zoekt het op tekstwoord. De meest relevante artikels staan bovenaan de resultatenlijst. Doet men een 'basic search', dan krijgt men enkel de samenvatting. Een 'detailed search' levert de volledige richtlijn op. Deze databank leent zich goed om meerdere termen tegelijk uit de PICO in te geven. Gebruikt men enkel "cholesterol", dan krijgen we te veel artikels. Men kan hier bijvoorbeeld "cholesterol" AND "lipid lowering" ingeven. Men moet wel opletten bij het beoordelen van de gevonden richtlijnen, want de collectie is heel divers, zowel qua inhoud als kwaliteit.



Figuur 3: <http://www.guideline.gov/search/detailedsearch.aspx>

MINERVA

Op de website van Minerva (www.minerva-ebm.be) heeft men de keuze tussen het ingeven van een keyword, een woord uit de titel of een woord uit de tekst (figuur 4). Men kan ook zoeken op referentie of auteur. De bespreking van een artikel richt zich expliciet tot artsen in de praktijk, met relevante uitkomstmaten en een handig besluit.

Figuur 4: http://www.minerva-ebm.be/overige_files/zoeksyst_frames.htm

CLINICAL EVIDENCE

In Clinical Evidence (www.clinicalevidence.com) zijn de onderwerpen gerangschikt per hoofdstuk, bijvoorbeeld "Child Health" of "Musculoskeletal Disorders". Elk hoofdstuk bevat een aantal topics die uitgaan van een klinische vraag. Na een doorgedreven zoektocht in Medline, Embase, The Cochrane Library komt Clinical Evidence tot heel praktische adviezen. Zo behandelt het hoofdstuk "Cardiovascular Disorders" de vraag of lipidenverlagende medicatie effect heeft bij asymptomatische personen.

ACP JOURNAL CLUB

ACP Journal Club (www.acpjc.org) is een tweemaandelijks tijdschrift dat voor artsen relevante artikels selecteert en commentarieert. De website is enkel toegankelijk voor leden van het 'American College of Physicians' of voor abonnees. Via de 'Virtuele Bibliotheek' van CEBAM (figuur 5) is de website van de ACP Journal Club wel beschikbaar. Net zoals elke andere databank die opgenomen is in deze virtuele bibliotheek, wordt ACP Journal Club ook hier doorzocht via OVID (figuur 6). Deze zoekmachine is in grote lijnen vergelijkbaar met PubMed. Zo hanteert OVID ook MeSH-termen, kunnen verschillende termen met elkaar worden gecombineerd en biedt het de mogelijkheid om een zoekactie op te slaan voor later gebruik.

Figuur 5: De virtuele bibliotheek gezondheidszorg van CEBAM, via www.cebam.be.



Figuur 6: Zoeken in ACP Journal Club met OVID via de virtuele bibliotheek van CEBAM.

COCHRANE

De *Cochrane Database of Systematic Reviews* (CDSR) (<http://www.cochrane.org/reviews/clibintro.htm>) is een deel van The Cochrane Library. De volledige tekst van de verzamelde systematische reviews is enkel toegankelijk voor abonnees. De abstracts zijn gratis te raadplegen via Medline. Zowel eenvoudige als meer geavanceerde zoekopdrachten zijn mogelijk. Het doorzoeken van The Cochrane Library is afhankelijk van de zoekmachine die men gebruikt. Zoeken via OVID verschilt lichtjes van het zoeken met een rechtstreeks abonnement. CDSR bevat een snelgroeiende collectie systematische reviews van hoge kwaliteit over de effectiviteit van behandelingen. De evidentie wordt beoordeeld op kwaliteit. Vaak worden de data ook geïmponeerd in een meta-analyse.

DARE

Ook de *Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness* (DARE) (<http://nhscrd.york.ac.uk/darehp.htm>) is een onderdeel van The Cochrane Library. Ze bevat gestructureerde abstracts van systematische reviews van over de hele wereld, die kritisch gelezen werden door reviewers van het 'NHS Centre for Reviews and Dissemination' van de universiteit van York (Verenigd Koninkrijk). DARE bevat ook referenties van andere reviews die nuttig zijn als achtergrondinformatie.

MEDLINE

Medline is de laatste databank die we gebruiken (figuur 7). PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed/>) is de zoekmachine waarmee we deze immense databank kunnen doorzoeken. Enkele mogelijkheden van PubMed hebben we in het vorige artikel besproken². Maar de functies zijn veelvuldig. Zo beschikt PubMed



Figuur 7: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed/>

via Clinical Queries over methodologische filters. Wil men bijvoorbeeld enkel interventiestudies, diagnostische of etiologische studies, dan gebruikt men het best deze filter.

SUMSEARCH

SUMSearch (<http://SUMSearch.UTHSCSA.edu/cgi-bin/SUMSearch.exe>) is een gratis zoekmachine van de universiteit van Texas die in een aantal databanken tegelijk zoekt en de gevonden informatie rangschikt volgens niveau van bewijskracht. De databanken die ze doorzoekt zijn: Merck Manual, National Guideline Clearinghouse, DARE en Medline.

TRIP DATABASE

De *Turning Research Into Practice (TRIP) Database* is ook een gratis zoekmachine van het 'Centre for Research Support' in Wales (<http://www.tripdatabase.com>). Ze richt zich voornamelijk tot huisartsen en doorzoekt, net zoals SUMSearch, verschillende andere databanken en bronnen. De gevonden informatie wordt eveneens gerangschikt volgens niveau van bewijskracht. Op dit moment is de TRIP Database vrij toegankelijk en bevat ze 29 000 links van bijna 70 bronnen.

P I C O

- P vrouw van 32 jaar, totaalcholesterol 280, HDL 40, geen diabetes, geen hypertensie, niet-roker, vader myocardinfarct op 58 jaar
I lipidenverlagende medicatie
C placebo
O cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit

De term "primary prevention" wordt in dit verband vaak gebruikt en kan ook als interventie (I) worden genomen.

B r o n n e n

We gaan in de bronnen op zoek naar een antwoord op de vraag: *"Heeft lipidenverlagende medicatie effect op de cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit bij een vrouw van 32 jaar met een verhoogde totaalcholesterol zonder bijkomende risicofactoren en van wie de vader een myocardinfarct kreeg op 58 jaar?"*

Syntheseonderzoek

RICHTLIJNEN

- 1 WVVH aanbevelingen voor de goede medische praktijk: geen informatie
- 2 NHG standaarden:
 - *Cholesterol M20*³. De auteurs benadrukken dat een verhoogde cholesterol geen ziekte is, maar een risicofactor voor hart- en vaatziekten (HVZ). Het al dan niet starten met medicatie hangt af van het totale risico van HVZ. De risicotabellen in deze standaard beginnen pas vanaf 40 jaar. Bij een sterk belaste familieanamnese (dit betekent een eerstegraadsfamilielid met een coronaire hartziekte vóór de leeftijd van 60 jaar) wordt vanaf een risico

van 20 % in de volgende tien jaar aanbevolen om een statinenbehandeling op te starten. In de tabel voor vrouwen zonder diabetes en die niet roken is het risico echter nooit meer dan 20 %. Voorlichting van de patiënt is altijd belangrijk: stoppen met roken, beperkt alcoholgebruik (max. twee consumpties per dag), vermageren bij een BMI hoger of gelijk aan 27, gezonde voeding en toename van aangepaste lichamelijke activiteit en sport.

3 SIGN:

- *Lipids and the Primary Prevention of Coronary Heart Disease*⁴. Dit is een zeer lijvig document met een apart hoofdstuk over primaire preventie bij vrouwen. Ook hier wordt aan de hand van risicotabellen bepaald wie in aanmerking komt voor behandeling. Bij een risico groter dan of gelijk aan 30 % voor de volgende tien jaar, wordt met lipidenverlagende middelen gestart. Volgens de auteurs zijn er echter weinig studies die vrouwen includeren, hetgeen de 'evidentie' verzwakt. De risicotabellen van de *Joint British Chart* beginnen pas vanaf 35 jaar. Ook hier is het risico nooit meer dan 15 % voor de volgende tien jaar.

4 National Guideline Clearinghouse:

- *VHA/DoD clinical practice guideline for the management of dyslipidemia in primary care*⁵. Het is niet zinvol de cholesterolspiegel te bepalen bij patiënten jonger dan 35 jaar, tenzij bij een belaste familieanamnese (eerstegraadsfamilielid dat vóór zijn 55ste een cardiovasculair event heeft doorgemaakt). Aan patiënten zonder cardiovasculaire hartziekte, met twee of minder risicofactoren en een LDL hoger of gelijk aan 160 mg/dl geeft men levensstijladviezen. Medicatie wordt toegevoegd als de LDL hoger of gelijk is aan 190 mg/dl.

- *Screening and management of lipids* ⁶. Screening bij vrouwen is zinvol tussen 45 en 65 jaar. Als men behandelt, doet men dat eerst met levensstijladviezen, zoals dieet en rookstop. Blijkt dit na zes maanden onvoldoende effectief, dan worden patiënten met een hoog cardiovasculair risico medicamenteus behandeld.
- *Lipids* ⁷. Bij personen zonder hartziekte en met risicofactor 0 tot 1 mag de totaalcholesterol 240 mg/dl bedragen. Men streeft, bij voorkeur met levensstijladviezen alleen, naar een totaalcholesterol onder de 200 mg/dl.
- *Lipid management in adults* ⁸. Bij patiënten met een laag cardiovasculair risico is er geen evidentie voor primaire preventie. Ook hier benadrukt men het belang van levensstijladviezen.
- *AACE medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and treatment of dyslipidemia and prevention of atherogenesis* ⁹. Deze richtlijn geeft geen informatie over de totstandkoming, noch over de gegevens waarop het zich baseert. Jonge vrouwen krijgen in de eerste plaats levensstijladviezen. Als de LDL na zes maanden nog hoger is dan 190 mg/dl, moet men behandelen. Bij vrouwen met een polycystisch ovariumsyndroom worden een HDL lager dan 45 mg/dl en triglyceriden hoger dan 150 mg/dl beschouwd als bijkomende risicofactoren.
- *Prevention of coronary heart disease in clinical practice: recommendations of the Second Joint Task Force of European and other Societies on Coronary Prevention* ¹⁰. Primaire preventie is enkel zinvol bij een cardiovasculair risico van minstens 20 % in de volgende tien jaar. Primaire preventie bestaat uit levensstijladviezen, behandeling van de bloeddruk en eventuele behandeling van de hypercholesterolemie. Voor een medicamenteuze primaire preventie genieten statinen de voorkeur.

Hier kan de zoektocht worden beëindigd: er is voldoende informatie om een beleid bij de patiënt in te stellen.

KRITISCHE BESPREKINGEN VAN ONDERZOEK

1 Minerva:

- *Hypercholesterolemie: "state of the art" anno 2002* ¹¹. De auteurs besluiten dat het behandelen van een geïsoleerde hypercholesterolemie niet zinvol is. Bij patiënten met hypercholesterolemie zonder cardiovasculaire antecedenten moet in eerste instantie het cardiovasculair risicoprofiel worden opgesteld. Een afkappunt waarboven behandeling zinvol wordt, moet nog bepaald worden.

- *De aanpak van primaire hypercholesterolemie anno 2002* ¹². Ook op jonge leeftijd is een verhoogde cholesterolspiegel een risicofactor. De behandeling van hypercholesterolemie bij personen zonder coronaire hartziekte geeft een statistisch significante winst op de coronaire mortaliteit, maar niet op de globale mortaliteit. Om één fataal infarct te vermijden, moet men meer dan 200 mensen gedurende vijf à zeven jaar behandelen (NNT 238). Voor het eindpunt 'alle coronaire morbiditeit' moeten 60 mensen gedurende vijf à zeven jaar worden behandeld. Er is geen statistisch significante invloed op coronaire morbiditeit bij vrouwen. Er dient evenwel gezegd dat er slechts één studie bestaat met 997 vrouwen. Levensstijladviezen blijven belangrijk: gezonde voeding, niet roken en voldoende lichaamsbeweging.
- *Primaire preventie met statines: heeft het zin* ¹³? Dit is een bespreking van de trial met 997 vrouwen. In deze studie kon geen invloed op de totale sterfte worden aangetoond. Men kan zich dus afvragen of het zin heeft personen met een verhoogde cholesterol zonder coronaire hartziekte te behandelen. Om één coronair incident te voorkomen moeten immers 77 patiënten gedurende vijf jaar worden behandeld.

2 Clinical Evidence:

- *Cardiovascular disorders, primary prevention* ¹⁴. Bij personen met een jaarlijks risico van coronaire hartziekte van 0,6 tot 1,5 %, doet cholesterolvermindering de kans op een niet-fataal myocardiinfarct dalen. De absolute winst is eerder gerelateerd aan het baseline risico van het individu en de vermindering van de cholesterolspiegel dan aan de hoogte van de cholesterolspiegel zelf. Bij de primaire preventie bij vrouwen vindt men tegenstrijdige resultaten: één RCT vindt een niet-statistisch significant verschil, een andere RCT vindt een gelijkaardig verschil bij zowel mannen als vrouwen.

3 ACP Journal Club:

- *Lipid-lowering drugs decrease CAD events but not all-cause or CAD mortality in men with no history of CAD* ¹⁵. De absolute vermindering van mortaliteit is gerelateerd aan het globaal risico van coronaire hartziekte. Bij patiënten met een laag risico werd niet aangetoond dat een verlaging van de lipiden een effect heeft op de mortaliteit.
- *Multiple interventions modestly reduce cardiovascular risk factors in primary prevention, but effects on mortality are uncertain* ¹⁶. Counseling of voorlichting heeft een beperkt verlagend effect op de bloeddruk, cholesterolspiegel en prevalentie van roken. Er werd geen

effect aangetoond op de mortaliteit door coronaire hartziekte of andere oorzaken.

- *Lovastatin reduced coronary events in healthy persons with low HDL cholesterol levels* ¹⁷. Bij personen met een laag HDL en een normale cholesterol vermindert de behandeling met lovastatine het aantal niet-fatale coronaire events. Het aantal vrouwen dat in deze studie werd geïncludeerd was echter te klein om een effect te kunnen aantonen.
- *Meta-analysis: Antidyslipidemic therapy prevents myocardial infarction and death* ¹⁸. Om één myocardinfarct of overlijden te voorkomen, moet men gedurende vijf jaar 53 patiënten behandelen. Hoe hoger het cardiovasculair risico, hoe groter de winst. Men moet eerder rekening houden met het type patiënt dan met de hoogte van de cholesterolspiegel.
- *Review: cholesterol lowering reduces mortality in high-risk, middle-aged men* ¹⁹. Bij personen zonder coronaire hartziekte verwacht men een nettowinst van behandeling bij mannen van middelbare leeftijd met zeer hoge cholesterolspiegels en andere risicofactoren en een hoog risico van coronaire hartziekte. Het effect is echter onzeker bij vrouwen of bij patiënten met een matig verhoogde cholesterol of zonder andere risicofactoren. Het is zinloos personen te screenen bij wie het te verwachten resultaat van behandeling te klein is.

SYSTEMATISCHE REVIEWS

1 Cochrane:

Multiple risk factors interventions for primary prevention of coronary heart disease ²⁰. Deze review werd ook besproken door ACP Journal Club ¹⁶. Hier staat het effect van counseling, educatie en medicamenteuze therapie op de totale en cardiovasculaire mortaliteit centraal. De auteurs stellen dat een medicamenteuze behandeling van hypercholesterolemie vooral bij hoogrisicopatiënten effectief is. De te verwachten (kleine) winst bij laag-risicopatiënten weegt niet op tegen de te verwachten nadelen.

2 DARE:

- *What role for statins: a review and economic model* ²¹. Deze review heeft een aantal methodologische tekortkomingen. We moeten de resultaten bijgevolg voorzichtig bekijken. De auteurs vinden een effect van statinen op niet-fataal myocardinfarct, maar niet op de totale of cardiovasculaire mortaliteit. Vele studies hadden echter een te lage power om uitspraken te kunnen doen.

- *Use of lipid lowering drugs for primary prevention of coronary heart disease: meta-analysis of randomised trials* ²². Deze meta-analyse werd ook al besproken door ACP Journal Club ¹⁵. Deze studie heeft ernstige tekortkomingen: publicatiebias, beperkte zoektocht, geen duidelijke criteria voor kwaliteitsbeoordeling. De meeste studies werden uitgevoerd bij blanke mannen van middelbare leeftijd. We kunnen deze resultaten dus moeilijk extrapoleren naar onze patiënt. Men vindt een effect op cardiovasculaire events en mortaliteit, maar niet op de totale mortaliteit. Dit resultaat moet met enig scepticisme worden bekeken.
- *Reductase inhibitor monotherapy and stroke prevention* ²³. De auteurs vinden geen effect op de primaire preventie van CVA.
- *Number-needed-to-treat analysis of the prevention of myocardial infarction and death by antidyslipidemic therapy* ²⁴. Deze methodologisch sterke review werd al besproken door ACP Journal Club ¹⁸. Bij de primaire preventie van niet-fataal myocardinfarct is het Number-Needed-to-Treat (NNT) 53, van de totale mortaliteit 190. We moeten dus 53 mensen gedurende vijf jaar behandelen om één niet-fataal myocardinfarct te vermijden en 190 om één overlijden te voorkomen.

Origineel onderzoek

In Medline staan nog honderden artikels over dit onderwerp. Hypercholesterolemie is een zeer actuele onderzoekstopic. Al deze artikels zelf nog eens bekijken, zou niet erg praktisch zijn. Het is ook niet nodig vermits we al over heel veel richtlijnen, evidence-based bronnen en reviews beschikken. Alle bronnen komen ongeveer tot dezelfde conclusies. Een nieuwe studie die een totaal andere conclusie zou trekken, zal ons niet plots van gedacht doen veranderen. Nieuwe evidentie in de toekomst is niet uitgesloten. Daarom moeten we deze zoektocht regelmatig herhalen en onze werkwijze evalueren.

R e s u l t a a t

Bij mensen met een laag cardiovasculair risico is de te verwachten winst van medicamenteuze behandeling zeer klein. Zo klein dat men al veel mensen moet behandelen om één cardiovasculair event te vermijden. In die gevallen opteert men eerder voor levensstijladviezen, zoals stoppen met roken en lichaamsbeweging. Met het gering aantal vrouwen in de verschillende studies, is het dus moeilijk om de resultaten zomaar te veralgemenen.

Terug naar de patiënt

Het cardiovasculair risico van Kristien is heel laag: een vrouw jonger dan 35 jaar, zonder diabetes of hypertensie, niet-roker, niet obees en zonder familieanamnese (men spreekt van een familieanamnese wanneer een eerste-gradsfamilieelid één cardiovasculair event heeft doorge maakt vóór zijn 55ste). Aan de hand van de risicotabellen, de Joint British Charts²⁵, bekijk ik samen met Kristien wat bij haar het effect van cholesterolvermindering zou zijn: het cardiovasculair risico blijft even laag. Ik besluit niet te behandelen en raad haar aan om meer te bewegen en zeker nooit te beginnen roken.

AUTEURS

A. Van den Bruel is als huisarts verbonden aan het Centrum voor Evidence-based Medicine (CEBAM) en is tevens onderzoeker aan het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde van de KU Leuven;

E. Vermeire is als huisarts verbonden aan het Centrum voor Huisartsgeneeskunde van de Universiteit Antwerpen en tevens stafid van het Centrum voor Evidence-based Medicine (CEBAM);

F. Buntinx is professor aan het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde van de KU Leuven;

B. Aertgeerts is professor aan het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde van de KU Leuven en tevens directeur van het Centrum voor Evidence-based Medicine (CEBAM).

L i t e r a t u u r

- 1 Van den Bruel A, Coenen S. PICO's beginnen met de juiste vraag. *Huisarts Nu* 2003;32:329-30.
- 2 Van den Bruel A, Vermeire E, Buntinx F, Aertgeerts B. De nieuwe coxibs: zijn ze echt beter? *Huisarts Nu* 2003;32:443-50.
- 3 NHG-Standaard. Cholesterol M20, augustus 1999. <http://www.artsennet.nl/nhg/standaarden/M20/svk.htm>
- 4 Lipids and the primary prevention of coronary heart disease. A national clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN publication number 10, september 1999.
- 5 VHA/DoD clinical practice guideline for the management of dyslipidemia in primary care. Washington (DC): Veterans Health Administration, Department of Defense, 2001.
- 6 University of Michigan Guidelines for Health System. Screening and management of lipids. Ann Arbor (MI): University of Michigan, 2000.
- 7 Lipids. Singapore: Singapore Ministry of Health, 2001.
- 8 Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Lipid management in adults. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), 2002.
- 9 American Association of Clinical Endocrinologists. AACE medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and treatment of dyslipidemia and prevention of atherogenesis. *Endocr Pract* 2000;6:162-213.
- 10 Wood D, De Backer G, Faergeman O, Graham I, Mancina G, Pyorala K. Prevention of coronary heart disease in clinical practice: recommendations of the Second Joint Task Force of European and other Societies on Coronary Prevention. *Atherosclerosis* 1998;140:199-270.
- 11 Van Driel M, Lemiengre M, Christiaens T. Hypercholesterolemie: state of the art anno 2002. *Huisarts Nu (Minerva)* 2002;31:101-4.
- 12 Christiaens T. De aanpak van primaire hypercholesterolemie anno 2002. *Huisarts Nu (Minerva)* 2002;31:87-94.
- 13 Thomas S. Primaire preventie met statines: heeft het zin? *Huisarts Nu (Minerva)* 1999;28:379-82.
- 14 Pignone M. Primary prevention - What are the effects of lowering cholesterol concentration in asymptomatic people? Chapter Cardiovascular disorders. *Clin Evid* 2003.
- 15 Havranek EP. Review: Lipid-lowering drugs decrease CAD events but not all-cause or CAD mortality in men with no history of CAD. *ACP J Club* 2001;134:92.
- 16 Gluckman R. Review: Multiple interventions modestly reduce cardiovascular risk factors in primary prevention, but effects on mortality are uncertain. *ACP J Club* 2000;132:43.
- 17 Taylor WC, Berkenblit A. Lovastatin reduced coronary events in healthy persons with low HDL cholesterol levels. *ACP J Club* 1998;129:58.
- 18 Spence JD. Meta-analysis: antidiyslipidemic therapy prevents myocardial infarction and death. *ACP J Club* 1997;126:4.
- 19 Taylor WC. Review: Cholesterol lowering reduces mortality in high-risk, middle-aged men. *ACP J Club* 1996;125:13.
- 20 Ebrahim S, Davey Smith G. Multiple risk factor interventions for primary prevention of coronary heart disease. In: The Cochrane Library, Issue 4, 2002. Oxford: Update Software.
- 21 Center for Reviews and Dissemination. What role for statins: a review and economic model. DARE 2002, Volume 4.
- 22 Center for Reviews and Dissemination. Use of lipid lowering drugs for primary prevention of coronary heart disease: meta-analysis of randomised trials. DARE 2002, Volume 4.
- 23 Center for Reviews and Dissemination. Reductase inhibitor monotherapy and stroke prevention. DARE 2002, Volume 4.
- 24 Center for Reviews and Dissemination. Number-needed-to-treat analysis of the prevention of myocardial infarction and death by antidiyslipidemic therapy. DARE 2002, Volume 4.
- 25 http://www.hyp.ac.uk/bhs/resources/prediction_chart.htm

Deze reeks is gemaakt in samenwerking met het Belgian Centre for Evidence-Based Medicine (CEBAM): www.cebam.be

