

### Medicamenteuze behandeling:

	Lipiden <sup>1</sup>	Bloeddruk <sup>2</sup>
<p><b>Patiënten bekend met HVZ</b></p> <p>NB. Trombocyten-aggregatieremming of antistolling conform de richtlijnen</p>	<p>Statine Ook indien LDL <math>\leq</math> 2,5 mmol/l.</p> <p>NB. Streefwaarde na een cardiaal event is 1,8 mmol/L</p>	<p>Antihypertensiva</p> <p><b>Streefwaarden:</b> Bloeddruk: <math>\leq</math>140/90 mmHg.</p> <p>Bij nierinsufficiëntie of proteïnurie/albuminurie: Bloeddruk: &lt; 130/80 mmHg.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bij AP, MI, HF: <b>1<sup>e</sup> keus medicatie:</b> bètablokker, en een ACE-remmer, met optioneel een diureticum<sup>3</sup>, toevoegen;</li> <li>• In alle andere gevallen: <b>1<sup>e</sup> keus medicatie:</b> ACE-remmer, met optioneel een diureticum, ook als de bloeddruk normaal is.</li> </ul> <p>Bij intolerantie voor ACE-remmer AT2-antagonist voorschrijven.</p>
<p><b>Patiënten met DM2</b></p>	<p>Statine</p> <p><b>Streefwaarde:</b> LDL <math>\leq</math> 2,5 mmol/l (of TC &lt; 4,5 mmol/l als het LDL door een hoog triglyceriden-gehalte niet te berekenen is).</p> <p>NB.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bij jonge patiënten met een gunstig risicoprofiel en een goede glycemische instelling (HbA1c &lt;53) kan worden overwogen een hogere behandelgrens te hanteren of de behandeling, in overleg met de patiënt, uit te stellen tot latere leeftijd;</li> <li>• Bij patiënten met LDL <math>\leq</math> 2,5 mmol/l kan een sterk verhoogd risico (bv. slechte metabole controle, nierfunctie-stoornis, sterk belaste familieanamnese of clustering van risicofactoren) toch voldoende reden zijn om een statine te overwegen;</li> </ul> <p><i>Verder: zie NHG richtlijn DM</i></p>	<p>Antihypertensiva</p> <p><b>Streefwaarden:</b> Bloeddruk: <math>\leq</math>140/90 mmHg.</p> <p>Bij nierinsufficiëntie of proteïnurie/albuminurie: Bloeddruk: &lt; 130/80 mmHg.</p> <p><b>1<sup>e</sup> keus medicatie:</b> ACE remmer.</p>

<sup>1</sup> Incluseren voor een behandeling gebeurt op basis van de TC/HDL-ratio; het behandelbeleid wordt vervolgens bepaald door de waarde van LDL.

<sup>2</sup> Bij de streefwaarden is de huidige richtlijn gehanteerd; zodra de nieuwe richtlijn is gepubliceerd wordt de tekst hierop aangepast.

<sup>3</sup> Het effect van een ACE-remmer in combinatie met een diureticum is door verschillende studies (Progress en Europa studie) aangetoond.

<b>Patiënten zonder HVZ: indien volgens 10 jaars risico op ziekte of sterfte door HVZ <math>\geq 20\%</math></b>	Statine Volgens risicotabel NHG standaard  <b>Streefwaarde</b> LDL $\leq 2,5$ mmol/l	Antihypertensiva Volgens risicotabel NHG standaard  <b>Streefwaarden:</b> Bloeddruk: $\leq 140/90$ mmHg.  NB. Indien patiënten uitsluitend een systolische BD $>180$ mmHg hebben, komen ze ongeacht het risico op HVZ in aanmerking voor behandeling met antihypertensiva. Ook bij lagere BD waarden antihypertensiva overwegen.
<b>Patiënten zonder HVZ: indien 10 jaars risico op ziekte of sterfte door HVZ tussen <u>10% en 20%</u></b>		Medicamenteuze behandeling wordt geadviseerd bij aanvullende risicoverhogende factoren, zoals een belaste familieanamnese, lichamelijke inactiviteit, obesitas of vermindering van nierfunctie.
<b>Aandachtspunten voor <u>ouderen</u></b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voorkeur voor een langwerkende ACE-remmer, die 1x daags gedoseerd kan worden;</li> <li>• Medicatie laag beginnen en langzaam ophogen;</li> <li>• Bij orthostatische hypotensie aanpassen van de medicatie, meestal als eerste diuretica verminderen</li> <li>• Streefwaarden <math>&gt; 80</math> jr: 150-160/80</li> </ul>

*NB. Een afweging van de voor- en nadelen van medicamenteuze behandeling blijft noodzakelijk, waarbij vooral bij ouderen polyfarmacie en medicalisering moeten worden voorkomen. Dat geldt ook voor patiënten met een beperkte levensverwachting.*