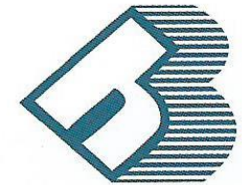


De ESH 2018 Hypertensie Richtlijnen

Wat is nieuw?

Tine De Backer

UZ Gent-UGent



1. Bloeddrukmeting

- **Bredere toepassing van ambulante BD meting met ABPM en/of HBPM, in het bijzonder HBPM**, als optie om de diagnose van hypertensie te bevestigen, witte jas en gemaskeerde hypertensie te detecteren, en de BD controle op te volgen.

2. Minder conservatieve behandeling van de bloeddruk bij oudere en zeer oude patiënten

- **Lagere BD drempels en streefwaarden voor oudere patiënten**, met de nadruk op evaluatie op basis van biologische in plaats van chronologische leeftijd.
- Aanbeveling om de **behandeling nooit te weigeren of te stoppen op basis van leeftijd**, op voorwaarde dat behandeling wordt getolereerd.

3. Nieuwe bloeddruk streefwaarden voor behandelde patiënten

- **Aanbevolen BD intervallen voor behandelde patiënten** om de aanbevolen streefwaarde en de lagere veiligheidsgrenzen beter te identificeren, afhankelijk van de leeftijd en specifieke comorbiditeiten van de patiënt.

4. Vaste associaties naar voor geschoven om de bloeddrukcontrole te verbeteren

- **Aanbevolen gebruik van een combinatietherapie met twee geneesmiddelen bij initiatie** van de behandeling van de meeste mensen met hypertensie.
- **Aanbeveling voor het gebruik van vaste associaties**, met het voorkeursgebruik van een “single pill combination” voor de meeste patiënten.
- **Vereenvoudigde behandelingsalgoritmen met het voorkeursgebruik van een ACE-inhibitor of sartaan, gecombineerd met een calciumkanaalblokker en/of een thiazide/thiazide-achtig diureticum**, als de kernbehandelingsstrategie voor de meeste patiënten, met bètablokkers gebruikt voor specifieke indicaties.

5. Detecteren van slechte therapietrouw

- Een sterke nadruk op het **belang van het evalueren van de therapietrouw** als belangrijke oorzaak van slechte bloeddruk controle

6. Belang van verpleegkundigen en apothekers in de lange termijn follow-up van hypertensie

- **De belangrijke rol van verpleegkundigen en apothekers** in de opleiding, ondersteuning en follow-up van behandelde hypertensiepatiënten wordt benadrukt als onderdeel van de algemene strategie om de bloeddruk controle te verbeteren.

1. Bloeddrukmeting

Bredere toepassing van ambulante BD meting met ABPM en/of HBPM, in het bijzonder HBPM, als optie om

de diagnose van hypertensie te bevestigen,

witte jas en gemaskeerde hypertensie te detecteren

de BD controle op te volgen

+

Globaal CV risico

Definitie

Categorie	SBD (mm Hg)		DBD (mm Hg)
Optimaal	<120	en	<80
Normaal	120-129	en/of	80-84
Hoog normaal	130-139	en/of	85-89
Hypertensie Graad 1	140-159	en/of	90-99
Hypertensie Graad 2	160-179	en/of	100-109
Hypertensie Graad 3	≥180	en/of	≥110
Geïsoleerde systolische hypertensie “Isolated systolic hypertension” (ISH)	≥140	en	<90

BD-categorie wordt bepaald volgens de BD al zittend gemeten in het kabinet en door het hoogste niveau van de BD, of dit nu systolische of diastolische bloeddruk is.
Geïsoleerde systolische hypertensie wordt geclassificeerd als graad 1, 2 of 3 volgens de SBP-waarden binnen de aangegeven intervallen.
Dezelfde classificatie wordt gebruikt voor alle leeftijden vanaf 16 jaar.

Definitie volgens kabinet-, ambulante, en thuismeting

	SBD (mm Hg)		DBD (mm Hg)
Klinisch (dokterspraktijk of hospitaal)	≥ 140	en/of	≥ 90
Ambulant Dag (of wakker) Nacht (of slapend) 24 uur	≥ 135 ≥ 120 $\geq \mathbf{130}$	en/of en/of en/of	≥ 85 ≥ 70 $\geq \mathbf{80}$
Thuis (zelfmeting)	$\geq \mathbf{135}$	en/of	$\geq \mathbf{85}$

BIJKOMENDE ONAFHANKELIJKE RISICOFACTOREN

Demografische factoren & labo

- Mannen
- Leeftijd: - ♂ ≥ 55 jaar ; ♀ ≥ 65 jaar
- Roken
- Dyslipidemie
- **gestegen urinezuurconcentratie** NEW
- diabetes
- Obesitas
- familiale voorbeschiktheid
- **Vroegtijdige menopauze** NEW
- Sedentaire levensstijl
- **Psychosociale & socioeconomische factoren** NEW
- **Hartfrequentie (HF > 80 spm)** NEW

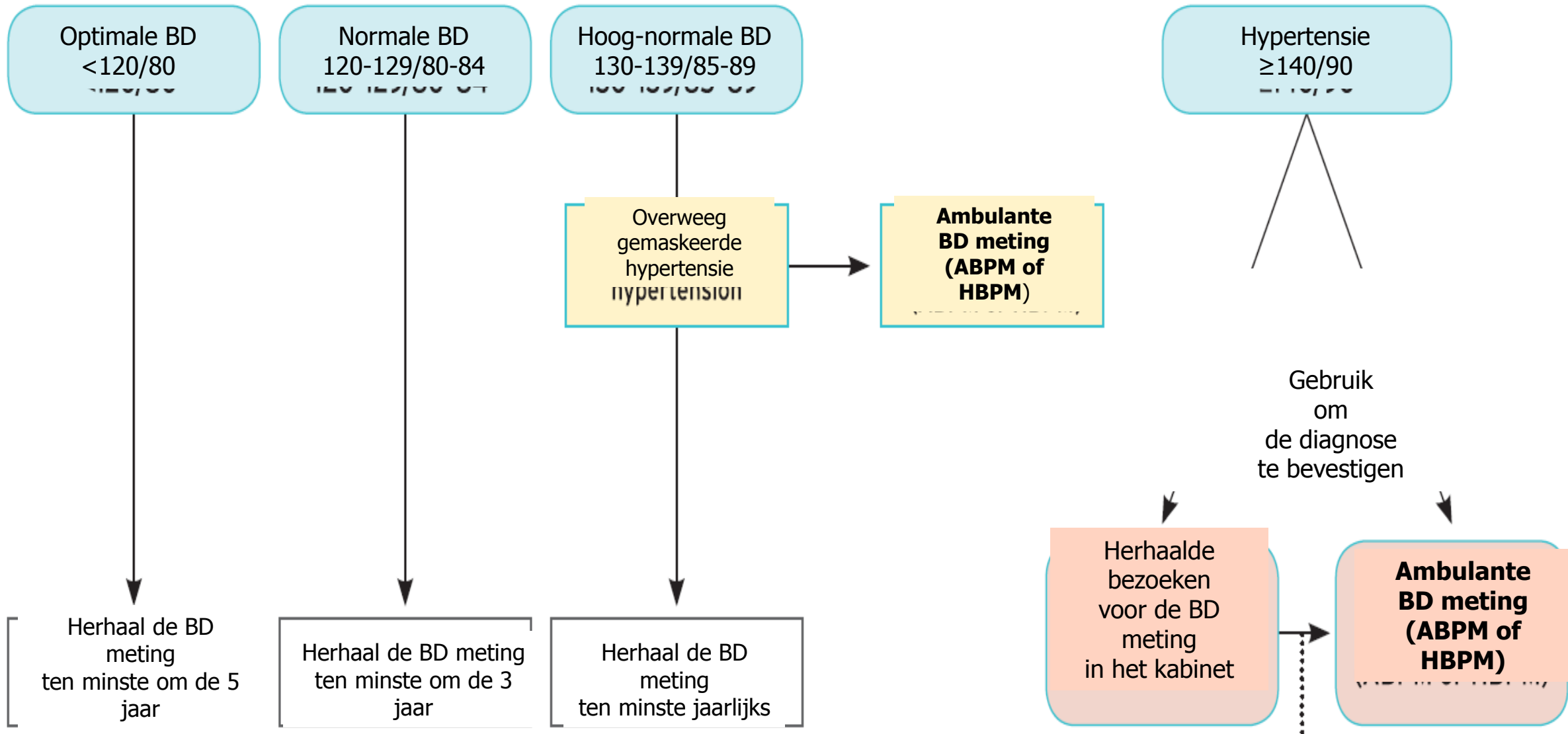
Asymptomatische Orgaanschade

- Arteriële rigiditeit:
 - Polsdruk(SBD-DBD)(bejaarden) ≥ 60 mmHg
 - Pulse Wave Velocity carotis-femoralis: 10m/s
- ECG Linkerventrikelhypertrofie:
 - Sokolow-Lyon index >35 mm;
 - Cornell-index > 2440 mm*ms
- Echocardiografie LVH:
 - LVM/BSA g/m² : ♂ ≥ 115g/m², ♀ ≥95g/m²
- Microalbuminurie (30-300 mg/24h) of verhouding albumine/creatinine (30-300 mg/g) (bij voorkeur via ochtendlijk urinestaal)
- Nefropathie met geschat debiet van de glomerulaire filtratie : 30-59 ml/min/1.73 m² of ernstig nierfalen met eGFR <30ml/min/1.73 m²
- Enkel / armbloeddrukindex <0,9
- Ver gevorderde retinopathie

Bewezen CV of renale pathologie

- Cerebrovasculaire pathologie: ischemisch CVA; hersenbloeding; TIA
- CAD: myocardinfarct; angor; myocardiële revascularisatie
- Atheromateuze plaques op beeldvorming
- Hartinsufficiëntie inclusief hartfalen met bewaarde ejectiefractie
- Perifeer vaatlijden
- **Voorkamer fibrillatie** NEW

SCREENING & DIAGNOSE



Klinische indicaties voor thuisbloeddrukmeting of ambulante bloeddrukmeting

Omstandigheden waarin **witte jas hypertensie** meer voorkomt, bv. :

- Hypertensie Graad I bij BD meting in het kabinet
- Uitgesproken BD stijging in het kabinet zonder eindorgaanschade

Omstandigheden waarin **gemaskeerde hypertensie** meer voorkomt, bv. :

- Hoog-normale BD in het kabinet
- Normale BD in het kabinet bij personen met eindorgaanschade of met een hoog totaal CV risico

Orthostatische en post-prandiale hypotensie bij onbehandelde en behandelde patiënten

Klinische indicaties voor thuisbloeddrukmeting of ambulante bloeddrukmeting

Evaluatie van **resistente hypertensie**

Evaluatie van **BD controle**, voornamelijk bij behandelde patiënten met hoger risico

Overdreven BD reactie bij **inspanning**

Wanneer er **grote verschillen** zijn in de gemeten BD in het kabinet

Evaluatie van symptomen consistent met **hypotensie** tijdens de behandeling

Klinische indicaties voor thuisbloeddrukmeting of ambulante bloeddrukmeting

Specifieke indicaties eerder voor **ABPM** dan voor HBPM: Evaluatie van nachtelijke BD waarden en dipping status

bv. vermoeden van nachtelijke hypertensie, zoals in slaapapneu, chronisch nierfalen, diabetes, endocriene hypertensie, of autonome disfunctie

2. Minder conservatieve behandeling van de bloeddruk bij oudere en zeer oude patiënten

- **Lagere BD drempels en streefwaarden voor oudere patiënten**, met de nadruk op evaluatie op basis van biologische in plaats van chronologische leeftijd.
- Aanbeveling om de **behandeling nooit te weigeren of te stoppen op basis van leeftijd**, op voorwaarde dat behandeling wordt getolereerd.

3. Nieuwe bloeddruk streefwaarden voor behandelde patiënten

Aanbevolen BD intervallen voor behandelde patiënten om de aanbevolen streefwaarde en de lagere veiligheidsgrenzen beter te identificeren, afhankelijk van de leeftijd en specifieke comorbiditeiten van de patiënt.

Drempelwaarden

< 80 jaar: vanaf 140/90 mm Hg behandeling van hypertensie

I A

↳ **+ CAD/CVA: vanaf 130/90 mm Hg**

I A

+ CAD/CVA: vanaf 130/85 mm Hg

IIb A

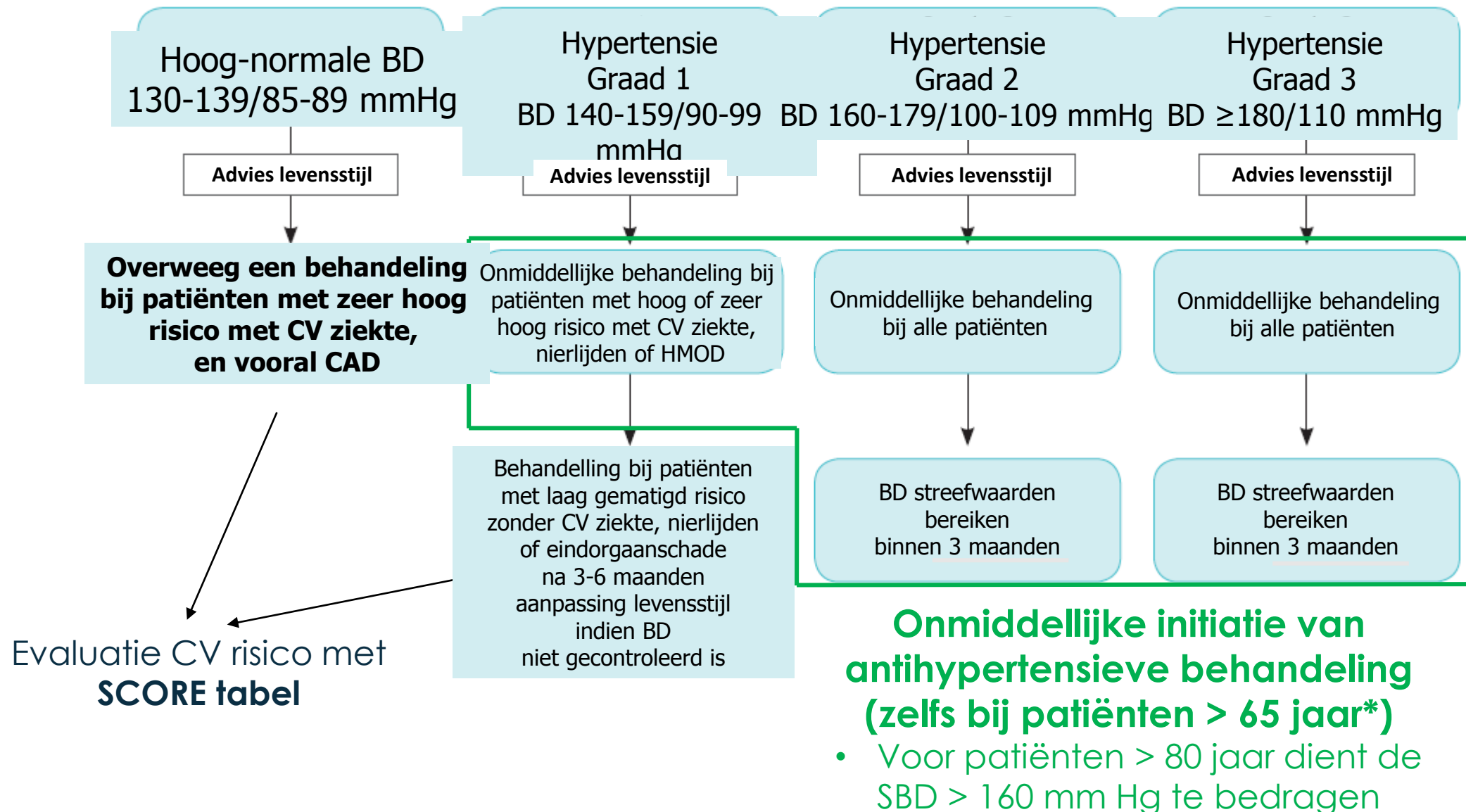
≥ 80 jaar: vanaf 160/90 mm Hg behandeling van hypertensie

I A

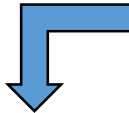
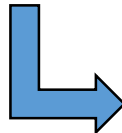
Summary of office BP thresholds for treatment

Age group	Office SBP treatment threshold (mmHg)					Diastolic treatment threshold (mmHg)
	Hypertension	+ Diabetes	+ CKD	+ CAD	+ Stroke/TIA	
18–65 years	≥ 140	≥ 140	≥ 140	≥ 140	≥ 140	≥ 90
65–79 years	≥ 140	≥ 140	≥ 140	≥ 140	≥ 140	≥ 90
≥ 80 years	≥ 160	≥ 160	≥ 160	≥ 160	≥ 160	≥ 90
Diastolic treatment threshold (mmHg)	≥ 90	≥ 90	≥ 90	≥ 90	≥ 90	

Opstarten van een antihypertensieve behandeling



Bloeddrukstreefwaarden

		SBD (mm Hg)	DBD (mm Hg)	
 *Indien behandeling goed getolereerd wordt 	DOEL 1	< 140	< 90	
	DOEL 2*	< 65 jaar	120-129	70-79
		≥ 65 jaar of chronisch nierfalen	130-139	70-79

Office BP treatment target range

Age group	Office SBP treatment target ranges (mmHg)					Diastolic treatment target range (mmHg)
	Hypertension	+ Diabetes	+ CKD	+ CAD	+ Stroke/TIA	
18–65 years	Target to 130 <i>or lower if tolerated</i> Not < 120	Target to 130 <i>or lower if tolerated</i> Not < 120	Target to < 140 to 130 <i>if tolerated</i>	Target to 130 <i>or lower if tolerated</i> Not < 120	Target to 130 <i>or lower if tolerated</i> Not < 120	< 80 to 70
65–79 years	Target to < 140 to 130 <i>if tolerated</i>	Target to < 140 to 130 <i>if tolerated</i>	Target to < 140 to 130 <i>if tolerated</i>	Target to < 140 to 130 <i>if tolerated</i>	Target to < 140 to 130 <i>if tolerated</i>	< 80 to 70
≥ 80 years	Target to < 140 to 130 <i>if tolerated</i>	Target to < 140 to 130 <i>if tolerated</i>	Target to < 140 to 130 <i>if tolerated</i>	Target to < 140 to 130 <i>if tolerated</i>	Target to < 140 to 130 <i>if tolerated</i>	< 80 to 70
Diastolic treatment target range(mmHg)	< 80 to 70	< 80 to 70	< 80 to 70	< 80 to 70	< 80 to 70	

4. Vaste associaties naar voor geschoven om de bloeddrukcontrole te verbeteren

- **Aanbevolen gebruik van een combinatietherapie met twee geneesmiddelen bij in de behandeling van de meeste mensen met hypertensie.**
- **Aanbeveling voor het gebruik van vaste associaties, met het voorkeursgebruik van pill combination” voor de meeste patiënten.**
- **Vereenvoudigde behandelingsalgoritmen met het voorkeursgebruik van een ACE-i sartaan, gecombineerd met een calciumkanaalblokker en/of een thiazide/thiazide diureticum, als de kernbehandelingsstrategie voor de meeste patiënten, met bètabl gebruikt voor specifieke indicaties.**

BEHANDELING - MEDICAMENTEUS

	De ACE-I, sartanen, bètablokkers, calciumantagonisten en diuretica (thiazide- en thiazide-achtige diuretica zoals chlortalidon en indapamide) hebben hun doeltreffendheid op de BD daling en CV events bewezen in gecontroleerde gerandomiseerde studies. Ze zijn dus aangewezen als basis van de strategie van de antihypertensiebehandeling.	I	A
NEW	Bij de meeste patiënten is het aangewezen om te starten met een associatie van antihypertensiva. Deze associatie zou bij voorkeur een RAASi (ACE-I of sartaan) en een calciumantagonist of diureticum moeten bevatten. Andere associaties van de 5 grote klassen kunnen gebruikt worden.	I	A
NEW	In specifieke klinische situaties zoals angor, post-infarct, hartfalen of de controle van de hartfrequentie, is het aangewezen om bèta-blokkers te associëren met één van de andere grote klassen.	I	A
NEW	Het is aanbevolen de antihypertensiebehandeling op te starten met een bitherapie, en bij voorkeur in één enkele tablet. De uitzonderingen zijn de zwakke oudere patiënten alsook de patiënten met laag risico met een hypertensie graad 1 (in het bijzonder indien de SBD < 150 mmHg).	I	B
NEW	Indien de BD niet gecontroleerd is met een bitherapie, is het aanbevolen om de behandeling te versterken met een tritherapie, gewoonlijk een RAASi + CCB + thiazide/thiazide-achtig diureticum, en bij voorkeur in één enkele tablet.	I	A
NEW	Indien de BD niet gecontroleerd is met een tritherapie, is het aanbevolen de behandeling te versterken door het toevoegen van spironolactone ofwel, indien ze niet getolereerd is, andere diuretica zoals amiloride of hogere doses van andere diuretica, een bètablokker of een alfablokker.	I	B
	De combinatie van twee RAAS blockers is niet aanbevolen	III	A

Behandelingsstrategie arteriële HT

1 tab

Initiatie

Bitherapie

ACEI of sartaan + Ca-
antagonist of diureticum

Overweeg monotherapie bij laag risico graad 1 hypertensie (SBD<150mmHg), oudere (>80j) of fragiele patiënten

1 tab

Stap 2

Trithérapie

ACEI of sartaan + Ca-antagonist +
diureticum

2 tab

Stap 3

Trithérapie +
Spironolactone
of ander GM

Resistente hypertensie
+ Spironolactone of ander diureticum,
 α -blocker of β -blokker

Overweeg verwijzing naar gespecialiseerd centrum voor verder onderzoek

B-blokkers

Overweeg β -blokkers bij elke stap wanneer zij aangewezen zijn voor een bepaalde indicatie, bv; hartinsufficiëntie, angor, post-MI, VKF, of jongere vrouwen die zwanger zijn (of willen worden)

5. Detecteren van slechte therapietrouw

- Een sterke nadruk op het **belang van het evalueren van de therapietrouw** als belangrijke oorzaak van slechte bloeddruk controle

6. Belang van verpleegkundigen en apothekers in de lange termijn follow-up van hypertensie

- **De belangrijke rol van verpleegkundigen en apothekers** in de opleiding, ondersteuning en follow-up van behandelde hypertensiepatiënten wordt benadrukt als onderdeel van de algemene strategie om de bloeddruk controle te verbeteren.

INTERVENTIES OM DE THERAPIETROUW TE VERBETEREN

ROL VAN DE ARTS:

- Verstrek informatie over de risico's van hypertensie en behandelingen
- Het overeenkomen van een behandelingsstrategie om de BD onder controle te krijgen en te houden met behulp van levensstijlmaatregelen en de behandelingsstrategie met een associatie in 1 pil indien mogelijk (informatiemateriaal, geprogrammeerd leren en computerondersteunde counseling).
- Ondersteuning van de patient
- Ontvankelijk zijn voor feedback van de patiënt (vb nevenwerkingen) en klinische vooruitgang
- Evaluatie en oplossen van individuele barrières in verband met therapietrouw
- Samenwerking met ander zorgverstrekkers, in het bijzonder verpleegkundigen en apothekers

BEHANDELING:

- Associaties in 1 tablet
- Verpakkingen met medicatiekalenders

INTERVENTIES OM DE THERAPIETROUW TE VERBETEREN

ROL VAN DE PATIENT

- Zelfmeting van de bloeddruk (inclusief telemonitoring)
- Deelname aan groepsessies
- Instructies gecombineerd met motivatiestrategieën
- Autocontrole met behulp van eenvoudige patiënt hulpmiddelen
- Gebruik maken van alarmen
- Verkrijgen van omgevingsondersteuning
- Voorzieningen treffen om inname van medicatie op de werkplek niet te vergeten

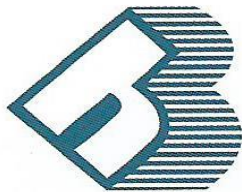
GEZONDHEIDSZORG:

- Ondersteunen van de ontwikkeling van monitoring systemen
- Financiële ondersteuning voor samenwerking tussen zorgverstrekkers
- Terugbetaling van associaties in 1 tablet
- Ontwikkelen van nationale databases, inclusief voorschrift informatie, die beschikbaar zijn voor dokters en apothekers
- Toegang tot medicatie ondersteunen

Motie voor de klinische toepassing van 24-uur ambulante bloeddrukmeting



<http://belhyp.be/>



Belgisch Hypertensie Comité