Is er plaats voor ambulante bloeddrukmonitoring in de huisartsenpraktijk?

Haio: DE ROOS Joppe , U.G.
Promotor: DE SUTTER An , U.G.
Praktijkopleider: VAN DE WIELE NELE

Context: Cardiovasculaire aandoeningen blijven brandend actueel in de huisartsenpraktijk. Zo was 28.5% van de Belgische mortaliteit in 2015 te wijten aan een aandoening van het hart en/of de bloedvaten. Hypertensie wordt beschouwd als een van de belangrijkste risicofactoren binnen deze aandoeningen. Omdat de meerderheid van de hypertensieve populatie geen klachten ondervindt, is het een essentiële taak van de huisarts om deze risicofactor adequaat op te sporen om zo het risico op mortaliteit significant te kunnen verlagen. Anno 2018 zijn er drie mogelijke diagnostische technieken voor het objectiveren van hypertensie: 1) kabinetbloeddrukmetingen, 2) thuismetingen en 3) 24 uur ambulante bloeddrukmeting. Hoewel in tweede lijn deze laatste techniek meer en meer beschouwd wordt als dé gouden standaard, zijn er in de eerste lijn nog grote discrepanties tussen de verschillende richtlijnen.

Onderzoeksvraag: Is er plaats voor 24 uur ambulante bloeddrukmeting in de eerste lijn? Is er met andere woorden een significant verschil van de bloeddrukwaarden te vinden tussen de drie technieken. Dit onderzoek gebeurt vanuit een klinisch, kwalitatief oogpunt waarbij geen rekening zal gehouden worden met kosteneffectiviteit. Gezien kosteneffectiviteit wel een essentieel onderdeel vormt van de diagnostiek, zal deze via de literatuur wel geïmplementeerd worden in de conclusie van het onderzoek. Belangrijke eindpunten zoals efficiëntie van de therapie en daarbij aanleunend eindorgaanschade, cardiovasculaire events en mortaliteit konden in dit onderzoek niet verder bekeken worden, gezien de beperkte duur van de studie.

Methode: Eerst en vooral werd een uitgebreid literatuuronderzoek uitgevoerd waarbij de verschillende eerstelijnsrichtlijnen met elkaar werden vergeleken. Het onderzoek zelf gebeurde in één huisartsenpraktijk (vier huisartsen en één HAIO). Bij 31 patiënten werden de drie technieken om de bloeddruk te meten toegepast en door middel van statische analyse werd nagegaan of er een significant verschil van de bloeddrukwaarden kon gevonden worden. Deze resultaten werden getoetst aan de resultaten van het literatuuronderzoek en de dagdagelijkse praktijkvoering.

Resultaten: Zowel voor 24uurs bloeddrukmeting ($p=0.003$ en $p<0.001$ voor respectievelijk systolische en diastolische bloedrukken) als thuismeting ($p=0.003$ en $p=0.001$) werd een duidelijk significant verschil in bloeddrukwaarden aangetoond ten opzichte van metingen in de praktijk. De vergelijking van 24uurs bloeddrukmeting en thuismeting toonde een minder eenduidig resultaat. Waar de diastolische bloeddrukken een duidelijk significant verschil van de bloeddrukwaarden aantoonden in het voordeel van de 24uurs meting ($p<0.001$), toonden de systolische bloeddrukken geen significant verschil aan tussen de twee verschillende methodes ($p=0.131$).

Conclusie: Puur op basis van deze studie kan geen conclusie gemaakt worden in het voordeel van één techniek. Hoewel kabinetmeting de hoogste bloeddrukwaarden vertoont, voornamelijk te verklaren door wittejashypertensie/wittejaseffect, blijft het een snelle, eenvoudige en goedkope techniek. In vergelijking hiermee hadden de 24uurs meting en thuismeting significant lagere bloeddrukwaarden. Het grootste nadeel van 24uurs meting ten opzichte van thuismeting is de verdraagbaarheid van de techniek. Vele studies toonden reeds duidelijk aan dat thuismeting beter wordt verdragen. Maar er zijn ook verschillende voordelen van 24uurs meting ten opzichte van

thuismeting. Zo is er bij 24uurs meting kwantificatie van nachtelijke dipping, welke een belangrijke risicofactor blijkt in het bepalen van het cardiovasculair risico. Een mogelijkheid die thuismeting niet bezit. Daarnaast zijn er meer en meer studies die de kosteneffectiviteit van de 24uurs meters aantonen. Concreet kan er na deze studie nog geen conclusie gemaakt worden in het voordeel van één van de technieken. Er dienen meer klinische en kosteneffectieve studies te gebeuren, maar ook langdurige studies die nagaan wat de effecten zijn op therapie en hardere eindpunten zoals cardiovasculaire events en mortaliteit zijn nodig. Desondanks leren de bevindingen van deze studie wel dat de deur naar een eerste lijn met een prominente plaats voor 24uurs meting definitief is opengezet.