De behandeling van hyperlipidemie in de huisartspraktijk

Haio: VAN DECRAEN Mieke , KUL
Promotor:
Praktijkopleider:

Context: Cardiovasculaire aandoeningen zijn een belangrijke oorzaak van mortaliteit en morbiditeit. In onze huisartspraktijk zijn vele patiënten bezorgd om hun lipidengehalte. Velen veronderstellen een rechtlijnig verband tussen gestegen lipidenwaarden en cardiovasculaire ziekten. Zowel de druk vanuit de patiënt als de bezorgde twijfel van artsen kan het (onterecht) gebruik van statines in de hand werken. Het gebruik van statines blijkt de laatste twaalf jaar vertwintigvoudigd te zijn in België. Zo hebben de statines als meest gebruikte geneesmiddelenklasse een aanzienlijke kost voor de gemeenschap. Deze gegevens benadrukken de noodzaak van een rationeel gebruik van statines.

Onderzoeksvraag: Wat zijn de huidige richtlijnen omtrent de behandeling van hyperlipidemie in het kader van cardiovasculaire preventie? Welke cardiovasculaire risicofactoren worden geregistreerd in het electronisch medisch dossier (EMD) van onze huisartspraktijk? Is er over- of onderbehandeling qua hypolipemi?rende medicatie in onze huisartspraktijk?

Methode: In dit kwaliteitsverbeterend project trachten we door een literatuurstudie een evidence-based gestandaariseerde aanpak te bekomen voor hyperlipidemie in onze huisartspraktijk. Door dossieranalyse proberen we een beeld te krijgen van de huidige behandeling van hyperlipidemie in onze huisartspraktijk. Uit het electronisch medisch dossier Windoc? werden hiervoor specifieke patiëntengegevens verzameld. Het individuele cardiovasculaire risico wordt hierbij zo accuraat mogelijk ingeschat. Tenslotte vergelijken we de resultaten uit onze literatuurstudie met de aanpak in onze huisartspraktijk.

Resultaten: Uit de analyse van 421 patiënten blijkt dat een minderheid van 75 personen (ongeveer 1 op 6 of 17.8%) een lipidenverlagend middel neemt. Door het ontbreken van een aantal belangrijke risicofactoren in het EMD van onze huisartspraktijk werd het inschatten van het cardiovasculair risico bemoeilijkt. Hierdoor kunnen we over de behandeling van de laag -en matig risicogroep in primaire preventie geen gegrond oordeel geven. Wel viel in de steekproef van 421 patiënten op dat slechts ??n op twee personen (21 van de 41 of 51.2%) in secundaire preventie en slechts ??n op drie (7 van de 21 of 33.3%) diabetespatiënten in primaire preventie een lipidenverlagende medicatie nemen.

Conclusie: Het individueel cardiovasculaire risico dient het uitgangspunt te zijn voor de globale aanpak van hyperlipidemie, de intensiteit en het al dan niet opstarten van hypolipemi?rende medicatie. Onze dossieranalyse liet ons wegens beperkingen niet toe een juiste analyse te maken over de huidige globale behandeling van hyperlipidemie in onze huisartspraktijk. Wel konden we aantonen dat belangrijke risicofactoren zoals rookstatus en familiale belasting frequent ontbreken in het EMD van de 421 patiënten in onze huisartspraktijk. Naast het feit dat er meer aandacht nodig is voor diabetespatiënten in primaire preventie en in secundaire preventie wat lipidenverlagende therapie betreft, alsook de registratie en opsporing van familiale hypercholesterolemie.