

Zakkaartje Hypercholesterolemie

Gebaseerd op NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement

1. Wat is hypercholesterolemie?

- Te hoog **LDL-cholesterol** ('slechte' cholesterol) = belangrijkste beïnvloedbare risicofactor voor hart- en vaatziekten (HVZ)
- Behandel nooit één waarde: kijk altijd naar het **totale cardiovasculaire risico**
- **Non-HDL** (= totaal cholesterol - HDL) telt alle 'slechte' deeltjes mee en mag **niet-nuchter** geprikt worden
- HDL en triglyceriden zijn géén behandelbaar doel (m.u.v. zeer hoge TG)
- Cholesterolverlaging - Vooral **statines** - verlaagt bewezen het HVZ-risico
- Doel = risico verlagen, niet 'een getal halen'

2. Bij wie risico schatten?

- Schat het risico bij **vermoedelijk verhoogd risico**, niet bij iedereen
- Aanleiding: belaste familieanamnese (premature HVZ), roken, obesitas, hoge bloeddruk of hoog cholesterol, risicoverhogende comorbiditeit
- Overweeg bij **mannen ≥ 40 jr** en **postmenopauzale vrouwen / vrouwen ≥ 50 jr**
- **Niet** systematisch bij man < 40 jr / vrouw < 50 jr zonder risicofactoren
- Herhaal de schatting **± elke 5 jaar** (vaker dicht bij een behandelgrens)

3. Risicoprofiel & lab

- **Anamnese:** leeftijd, geslacht, roken (pakjaren), voeding, alcohol, beweging, psychosociaal, familie
- **LO:** systolische bloeddruk, BMI + middelomtrek
- **Lab lipiden:** TC, HDL, LDL, triglyceriden en **non-HDL** (mag niet-nuchter)
- **Lab overig:** (nuchter) glucose; creatinine + **eGFR**; albumine-creatinineratio in urine
- Familieanamnese is geen zelfstandige risicofactor, maar wél reden om laagdrempelig een profiel op te stellen

4. Direct hoog/zeer hoog

- **Vastgestelde HVZ** (AMI, ACS, revascularisatie, herseninfarct/TIA, aorta-aneurysma, PAV) → **zeer hoog**
- **DM2** (of DM1 > 40 jr): kort & goed gereguleerd → matig; > 10 jr of slecht gereguleerd → hoog; mét HVZ/eindorgaanschade → **zeer hoog**
- **Chronische nierschade:** matig → hoog; ernstig (eGFR < 30, of 30-44 + ACR 3-30) → **zeer hoog**
- **Bloeddruk ≥ 180 mmHg** → hoog
- **Familiaire hypercholesterolemie** → hoog
- Valt de patiënt hierin → géén SCORE2 nodig

5. SCORE2(-OP) & drempels

- Niet in tabel 1? → schat 10-jaarsrisico met **SCORE2** (40-70 jr) of **SCORE2-OP** (70-90 jr)
- Invoer: geslacht, rookstatus, leeftijd, systolische RR, **non-HDL**
- Geeft risico op fatale én niet-fatale HVZ; alle **80-plussers = hoog**
- **Hoog risico bij:** < 50 jr ≥ 7,5% · 50-69 jr ≥ 10% · ≥ 70 jr ≥ 15%
- Let bij jonge mensen op het hoge **lifetimerisico** ondanks laag 10-jaarsrisico
- Tabellen o.a. via **U-Prevent.com** (kies herkomstregio bij recente migratie)

6. Familiaal

- Denk aan **FH** bij zeer hoog LDL (> 95e percentiel) + premature HVZ in de familie
- Klinische tekenen: **peesxanthomen**, arcus lipoides < 40 jr
- Aangetoonde FH = **hoog risico** (ongeacht SCORE2)
- Reden voor **genetisch onderzoek** en familieonderzoek
- Zie richtlijn Erfelijke dyslipidemie

7. Streefwaarden LDL

- ≤ 70 jr mét HVZ: LDL < 1,8 mmol/L (non-HDL < 2,6)
- ≤ 70 jr, verhoogd risico zonder HVZ: LDL < 2,6 mmol/L (non-HDL < 3,4)
- Gebruik met nuance: een waarde net erboven is soms acceptabel - samen beslissen
- 70 jr is geen harde grens (kwetsbaarheid/vitaliteit telt)
- Monitor effect met LDL of non-HDL; HDL/TG zijn geen doel

8. Leefstijl

- Stoppen met roken: belangrijkste maatregel; begeleiding op maat, herhaald; vermijd meeroken
- Voeding: Schijf van Vijf; minder verzadigd vet, meer groente/fruit/vis/noten/vezels
- Bewegen: ≥ 150 min/week matig intensief + 2× spier-/botversterkend; lang zitten vermijden
- Gewicht: bij BMI ≥ 25 gezond afvallen; fitheid > exact gewicht
- Overweeg diëtist; psychosociale steun bij hoog/zeer hoog risico
- Niet aangeraden voor LDL: rodegistrijst- en visoliesupplementen

9. Wanneer statine starten?

- Altijd naast leefstijl; samen beslissen op basis van risico én LDL
- HVZ ≤ 70 jr: start bij LDL ≥ 1,8
- Zeer hoog risico zonder HVZ: start bij LDL ≥ 2,6
- Hoog risico zonder HVZ: overweeg te starten bij LDL ≥ 2,6
- Laag/matig risico: medicatie doorgaans niet aangewezen (let bij jong op lifetimerisico)
- > 70 jr: terughoudender voorschrijven (zie kader ouderen)

10. Medicatie: keuze & dosering

- **1e keus:** simvastatine 40 mg (of equipotent pravastatine/rosuvastatine)
- **Intensief verlagen:** atorvastatine 40-80 mg of rosuvastatine 20-40 mg
- Streef na 3 mnd niet gehaald → hogere/sterkere statine en/of **ezetimib toevoegen**
- **PCSK9-remmer:** alleen zeer hoog risico dat streef niet haalt met max. orale therapie — beperkt & weloverwogen, meestal 2e lijn
- Combinatie in één tablet bevordert de **therapietrouw**

11. Controle & bijwerkingen

- Herprik **LDL/non-HDL na 3 maanden**; boven streef → intensiveren
- Stabiël op streefwaarde → **jaarlijkse** controle (risicoprofiel, therapietrouw, leefstijl)
- **Spierklachten/myopathie:** meest gemelde bijwerking → dosis verlagen, **switch statine** of ezetimib toevoegen
- Bespreek en versterk **therapietrouw** bij elke controle
- Loopt er ook een RAS-remmer/diureticum? → apart eGFR en elektrolyten controleren

12. Ouderen & aandachtspunten

- **Vitaal zonder HVZ:** overweeg statine bij hoog risico + voldoende levensverwachting; streef LDL < 2,6
- **Vitaal mét HVZ:** bied statine aan; evalueer bijwerkingen nauwgezet
- **Kwetsbaar zonder HVZ: niet starten** (overweeg te stoppen)
- **Kwetsbaar mét HVZ:** overweeg te stoppen bij bijwerkingen of korte levensverwachting
- Waak voor myopathie, valrisico en functieverlies
- Hoge bloeddruk apart beoordelen (eigen streefwaarden/beleid)