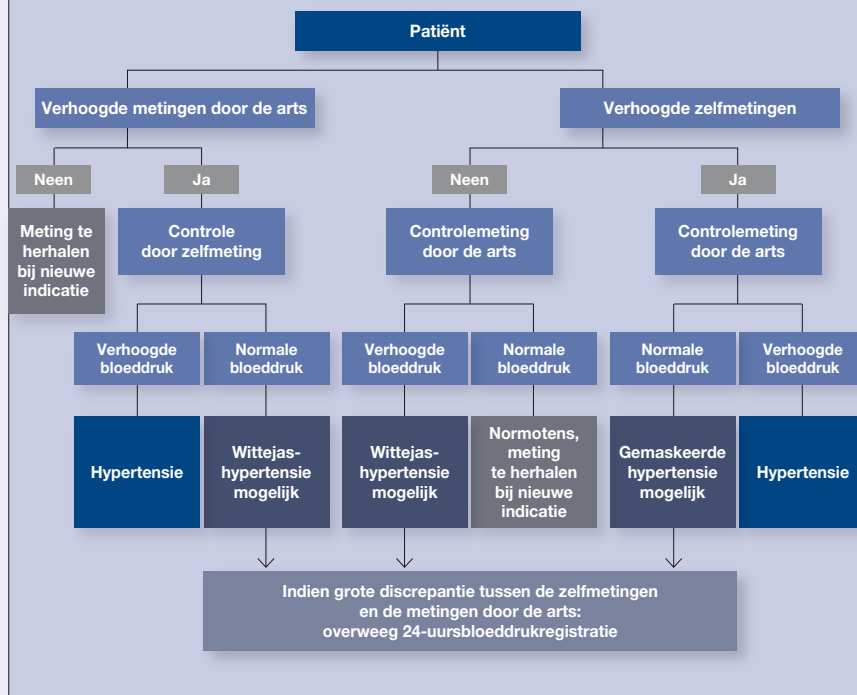


## OPSPORING EN DIAGNOSE

- Een verhoogde conventionele waarde → controleren door een zelfmeting door de patiënt thuis:
  - indien verhoogd → diagnose van **hypertensie** bevestigd.
  - indien niet verhoogd → wittejashypertensie → **VERDER OPVOLGEN**.
- Een verhoogde zelfmeting (>135/85 mmHg) → controleren door een conventionele meting door de arts:
  - zijn beide metingen verhoogd → diagnose van **hypertensie**.
  - is enkel zelfmeting verhoogd → **gemaskeerde hypertensie** → behandeling verantwoord indien eindorgaanschade en/of comorbiditeit; in andere gevallen → **VERDER OPVOLGEN**.
- Bij belangrijke discrepantie tussen de verschillende meetmethoden → bij voorkeur specialistisch advies met een automatische 24-uursbloeddrukmonitoring.

### Stroomdiagram voor de diagnose van hypertensie

(De diagnose mag nooit op basis van één enkele meting gesteld worden.)



### Oppuntstelling

- Secundaire hypertensie uitsluiten
- Anamnese + persoonlijke en familiale antecedenten
- Bloedname: glykemie, creatinine, totaalcholesterol en HDL-cholesterol
- Urinesticktest
- ECG

## BEHANDELING

De **niet-farmacologische maatregelen** zijn voor de huisarts steeds de eerste en vaak de enige vereiste behandelingen bij patiënten met lichte ongecompliceerde essentiële hypertensie.

### Medicamenteuze behandeling

Medicamenteuze therapie starten **ongeacht het cardiovasculair risico** in geval van:

- personen met zeer hoge bloeddrukwaarden (systolisch >180 mmHg, diastolisch >110 mmHg);
- personen die na enkele maanden onvoldoende effect hebben van niet-medicamenteuze adviezen en hoge bloeddrukwaarden behouden (systolisch >160 mmHg en diastolisch >100 mmHg).

Voor alle andere patiënten: medicamenteuze hypertensiebehandeling starten naargelang het cardiovasculair risico: bepaal het risicoprofiel (ABCDEF) en gebruik de SCORE-tabellen. Vermenigvuldigd met 1,5 indien de F(amiliale) voorgeschiedenis positief is (zie aanbeveling Globaal cardiovasculair risicobeheer).

- bij **hoogrisicopatiënten (SCORE >10%)** en bij patiënten met cardiovasculaire antecedenten of orgaanschade: snel opstarten van de behandeling en streven naar strikte bloeddrukregeling (<140/90 mmHg; voor diabetes type 2 <130/80 mmHg);
- bij personen met een **SCORE-risico tussen 5 en 10%**: antihypertensiebehandeling opstarten en streven naar een strikte bloeddrukregeling (<140/90 mmHg);
- bij personen met een **SCORE-risico van <5%**: alleen medicamenteus behandelen bij zeer hoge bloeddrukwaarden.

### Keuze medicamenteuze behandeling

Eerste keuze bij hypertensiepatiënten zonder comorbiditeit: laaggedoseerd thiazide(like)diureticum.

In geval van comorbiditeit: **als tweede optie of in associatie**: zie onderstaande tabel.

	Bètablokkers	Calciumantagonisten	ACE-remmers/ angiotensine- 2-antagonisten
Absolute contra-indicatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Slechtgeregeld astma (minder bij cardioselectieve en bij COPD)</li> <li>• 2/3 graads AV-blok</li> <li>• Sinusale bradycardie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Onstabiele angor, acuut infarct</li> <li>• Voor diltiazem en verapamil: 2/3 graads AV-blok en hartfalen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hyperkaliëmie</li> <li>• Bilaterale stenose arteria renalis</li> <li>• Zwangerschap</li> </ul>
Relatieve contra-indicatie (comorbiditeit als <b>negatief</b> argument)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instabiel hartfalen</li> <li>• Gecontroleerde astma en COPD</li> <li>• Gestoorde glucosetolerantie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voor diltiazem en verapamil: bradycardie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nierinsufficiëntie</li> <li>• Veralgemeende atheromatose</li> <li>• Labiele tensie</li> </ul>
Bijkomende indicatie (comorbiditeit als <b>positief</b> argument)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angina pectoris</li> <li>• Infarct in laatste twee jaar</li> <li>• Stabiel hartfalen (dosis traag opbouwen)</li> <li>• Supraventriculaire ritmestoornissen</li> <li>• Migraine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angina pectoris</li> <li>• Raynaudfenomeen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hartfalen</li> <li>• Diabetes type 2 met microalbuminurie</li> </ul>
Interacties met klinisch belang	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sommige calciumantagonisten (diltiazem en verapamil)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voor diltiazem en verapamil: bètablokkers + zijn CYP3A4-inhibitoren</li> <li>• Digoxine</li> <li>• Calciumantagonisten zijn substraat van CYP3A4-enzymes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NSAID</li> <li>• Kaliumsupplementen of K-sparende diuretica</li> <li>• Lithium</li> </ul>