

'PREVENTIE VAN HART- EN VAATZIEKTEN' (deel 1)

Onze voorzitter Alfons November kon fier zijn welkomstwoord uitspreken op onze 14de infosectie, voor 135 aanwezigen. Hij herinnerde eraan dat velen van ons onze huidige gezondheid, en sommigen zelfs hun leven, te danken hebben aan deze berg, het ziekenhuis van Gasthuisberg. Hij is dan ook dankbaar voor de gastvrijheid die wij elk jaar genieten op deze berg.

Prof. Luc Vanhees was fier en blij om de gastspreker te kunnen voorstellen: "een vette vis", om in de actualiteit van de politiek te blijven, "zelfs niet één vette vis, maar een hele vissersboot!"

Prof. Guy De Backer is voorzitter van de Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde en diensthoofd Cardiologie van het Universitair Ziekenhuis Gent. Maar hij is ook "de meest eminente persoon in Europa en zelfs in de wereld om over cardiovasculaire preventie te praten".

Zijn uiteenzetting was inderdaad duidelijk voor iedereen, didactisch bijzonder goed opgebouwd. Een voltreffer over de ganse lijn.

Hart- en Vaatziekten vertonen veel verschillende ziektebeelden.

Onder de noemer 'Hart- en Vaatziekten' bestaan er vele verschillende aandoeningen, die een gemeenschappelijke basis hebben, n.l. atherosclerose, een proces van slagaderwandziekte of slagaderverkalking. Dit is een soort van verdikking van de wand van de slagader, omdat er zich op die wand allerlei stoffen neerzetten, waardoor de diameter van de slagader wordt versmald en waardoor er minder bloed doorheen kan. Dit kan leiden tot 'plaque' of zelfs tot klonters die de bloedtoevoer volledig afsluiten. En dat laat zich vertalen onder allerlei klinische vormen: hoge bloeddruk, angina pectoris, hartaderbreuk, hartinfarct of hartaanval, beroerte of hersentrombose of cerebrovasculair accident (CVA), verzwakt hart, uitgezet hart, hartritmestoornissen, nierfalen, claudicatio in de onderste ledematen of 'etalagebenen'. De spreker zal zich beperken tot de preventie van dit soort van hart- en vaatziekten waarvan aan de basis atherosclerose en trombose ligt. Hij zal niet spreken over b.v. klepafwijkingen of over bepaalde aangeboren afwijkingen van het hart.



TRAININGEN IN DE ZOMER 2008

In principe wordt er in de zomer buiten getraind, behalve als het weer te slecht is of als het regent. Hieronder volgen de data waarop er bij slecht weer binnen getraind wordt in zaal De Nayer of in de zaal KBC:

Dinsdag van 15-16 u

Van 27 mei tot 30 september in zaal KBC

Op 17 juni, 1 juli en 15 juli: GEEN training (zaal niet beschikbaar)

Woensdag van 19-20 u (BIJ SLECHT WEER)

Van 28 mei tot 4 juni, van 9 juli tot 13 aug. en van 17 sept. tot 24 sept.: zaal De Nayer

Van 11 juni tot 2 juli en van 20 aug. tot 10 sept.: zaal KBC

Vrijdag van 19-20 u (BIJ SLECHT WEER)

Van 18 juli tot 8 aug. en van 19 sept. tot 26 sept.: zaal De Nayer

Van 6 juni tot 4 juli en van 22 aug. tot 12 sept.: zaal KBC

Op 11 juli en 15 aug.: GEEN training (feestdag)

Waarom is preventie belangrijk?

Kunnen wij ons niet beperken tot een goede behandeling op het moment dat de ziekte zich manifesteert? Neen, het is belangrijk dat wij de nadruk leggen op preventie om verschillende redenen. Omdat cardiovasculaire ziekten een belangrijke oorzaak (40 %!) zijn van sterfte voor de leeftijd van 65 jaar. Bij mannen, maar ook bij vrouwen! Het is een mythe dat borstkanker er bovenuit steekt. Borstkanker is oorzaak van 5 tot 10 % van alle vroegtijdige sterfte bij vrouwen voor hun 65ste. Maar 30 tot 40 % van alle vroegtijdige sterfte wordt veroorzaakt door hartziekten, ook bij vrouwen!

Hartziekten veroorzaken vele verloren potentiële levensjaren, werkongeschiktheid en invaliditeit, toename van de kost van de gezondheidszorg. Op dit moment zijn er in België 200.000 mensen, jonger dan 65, die wegens een chronische aandoening aan het hart 'invalide' verklaard zijn!

De belangrijkste onderliggende oorzaak, atherosclerose, is een zeer traag evoluerend proces, dat heel vroeg begint, dat bij de meerderheid van de bevolking aan de gang is, maar dat zich pas klinisch manifesteert wanneer het reeds ver gevorderd is. We hebben dus heel veel tijd om preventief in te grijpen!

Maar sterfte t.g.v. een hartaanval of beroerte treedt vaak plots op, vooraleer enige medische hulp kan worden geboden.

De epidemische omvang die hartziekten hebben aangenomen, houdt sterk verband met de leefgewoonten en omkeerbare risicofactoren. Een wijziging van deze risicofactoren gaat gepaard met een verminderde mortaliteit, zowel bij asymptomatische personen als bij patiënten met een hartziekte. Er is dus wel degelijk iets aan te doen!

De kostprijs van hart- en vaatziekten voor België werd in 2004 geraamd op 3,5 miljard Euro voor 1 jaar, waarvan 2,4 miljard directe kost en 1,1 miljard indirect.

Aanbevelingen om hartaandoeningen te voorkomen.

Niet roken!

De belangrijkste beïnvloedbare risicofactor. Na 1 jaar stop is het bijkomend risico op een hartinfarct reeds gehalveerd en het risico op een beroerte is hetzelfde als bij een niet-roker. Na 5 jaar halveert het longkankerrisico.

Stoppen met roken is de meest kosten-efficiënte handeling binnen de preventie. Alhoewel er meer en meer medicamenteuze ondersteuning komt om te stoppen, is de wil om te stoppen nog steeds een noodzakelijke voorwaarde voor succes. Indien men er niet in slaagt om te stoppen, moet men zich laten begeleiden door de huisarts.

Enkel volledig stoppen is het doel: light-sigaretten, andere tabaksvormen, andere merken, filttertjes, ... zijn allemaal nepoplossingen.

Gezonde evenwichtige voeding.

Tot op heden lag de nadruk vooral op de caloriebalans, op verminderde inname van (verzadigd) vet, op Omega 3 en Omega 6.

Maar meer en meer wordt ook aandacht besteed aan 'postprandiale stofwisselingsproblemen', d.w.z. problemen die optreden na het eten, zoals oxidatie, inflammatie en atherosclerose. Daarom moet men voedingsmiddelen met hoge 'glycaemische index' vermijden: aardappelen, brood, rijst, beschuit, cornflakes, muesli, banaan, honing, dorstlessende



sportdranken, soft drinks.

Maar de 'postprandiale stofwisseling' wordt wel gunstig beïnvloed door producten met een lage 'glycaemische index', zoals volgraan producten, noten, groenten (vooral bonen en linzen) en fruit.

Ook wordt in deze context aangeraden: de portie beperken en voldoende beweging nemen.

Wetenschappers zijn volop bezig met deze postprandiale stofwisselingsproblemen. Vrij snel zullen daardoor nieuwe aanbevelingen worden gelanceerd.

Vermijden van obesitas of zwaarlijvigheid, door meer lichaamsbeweging.

De belangrijkste oorzaak van de epidemie van overgewicht en suikerziekte is gebrek aan regelmatige fysieke beweging. Heb aandacht voor een aangepast niveau: waarbij je licht kortademig wordt (je kunt nog net een volzin uitspreken) en lichtjes begint te zweten. Dagelijks ongeveer 30 min. is het ideaal. Neem de trap i.p.v. de lift of roltrap!

Je Body Mass Index moet lager zijn dan 25 kg/m².

Van 25 tot 30 = licht verhoogd risico.

Van 30 tot 35 = obesitas en verhoogd risico.

Van 35 tot 40 = obesitas II en ernstig risico.

Boven de 40 = obesitas III en zeer ernstig risico.

De BMI wordt berekend door je gewicht in kilogram te delen door je lichaamslengte in meter in het kwadraat.

De laatste jaren is er ook meer en meer aandacht voor de 'buikomtrek'. De streefwaarden zijn: minder dan 80 cm voor de vrouw en minder dan 94 cm voor de man.

50 tot 60 % van de Belgen heeft overgewicht! Zowel op basis van een BMI groter dan 25 kg/m², als op basis van een verhoogde buikomtrek.

Hoe goed worden deze aanbevelingen in praktijk gebracht?

Er is een groot onderzoek geweest in 22 landen van Europa bij goed gekende gevallen van hartlijders. En tot ieders verbazing bleek dat 17 % van alle patiënten die al een ernstige verwittiging hadden gekregen, rookten. En als men enkel keek naar die groep die toen reeds rookte voor hun hospitalisatie, rookte nog altijd 52 %. M.a.w.: een op de twee is blijven roken, ook na een ernstige verwittiging. Dat is echt onaanvaardbaar! Het is een grote uitdaging om deze mensen op een meer professionele manier te helpen om ervan af te geraken.

Slechts 23 % nam 3 maal per week deel aan een programma van 20 min. lichaamsbeweging. Dat betekent dus dat 77 % van de patiënten onvoldoende lichaamsbeweging neemt! 25 % had te kampen met duidelijk overgewicht of obesitas boven de 30 BMI.

Slechts 60 % had deelgenomen aan een revalidatieprogramma.

Besluit: we doen het slecht op dit vlak. De kloof tussen wat we door de wetenschap wetenn en de praktijk is onaanvaardbaar groot en die kloof moet op alle mogelijke manieren worden gedempt.

Concrete tips voor een hartvriendelijke voeding

- Variatie is erg belangrijk!
- Eet volop groenten! Minimum 300 gr per dag.
- Eet minstens 3 stukken fruit per dag!
- Maak gebruik van niet verharde onverzadigde vetten, maar met mate!
- Vermijd een teveel aan verzadigde vetten en zout!
- Besteed aandacht aan Omega -3- vetzuren!
- Drink voldoende (kcalorievrije) dranken! Vooral water!
- Wees matig met alcohol!
- Gebruik voldoende koolhydraten (vnl. trage suikers)!
- Volg geen streng dieet ! (kans op voedingstekorten en jojo effect)
- Sla geen maaltijden over, maar eet ook niet de ganse dag!
- Beperk het aantal tussendoortjes! (geef de voorkeur aan kcalorie-arme).
- Neem voldoende tijd om te eten en geniet ervan!

Cholesterol

Een scheikundige stof van de familie van de vetten. Circuleert in het bloed gebonden aan eiwitten (lipoproteïnen). We hebben zeker 40 mg/dl nodig. Het streefdoel voor de totale cholesterol is minder dan 175 mg/dl (zo mogelijk 155 mg/dl). Het gemiddelde in Vlaanderen : 220 –230 mg/dl! Dus te hoog bij 8 op10 Vlamingen.

Er zijn twee grote fracties:

LDL-cholesterol = "slechte" cholesterol. Dringt binnen in de weefsels. Na oxidatie een belangrijke eerste stap in het proces van slagaderverkalking. Streefdoel bij patiënten: lager dan 100 mg/dl, zo mogelijk minder dan 80 mg/dl.

Vermageren kan een effect hebben van 10 tot 20 % daling. Gebruik cholesterol- en vetarme voeding. Doe regelmatig fysieke inspanningen. Heb aandacht voor een aangepast gebruik van plantenstanolen (Benecol en Becel pro-activ). HDL-cholesterol = "goede" cholesterol (onthoud: Hoop Doet Leven). Normaal hoger dan 40.

Verwijdert cholesterol uit de weefsels naar de lever. Hoger bij vrouwen dan bij mannen. Verlaagt bij overgewicht. Verhoogt door lichaamsbeweging en door te stoppen met roken. Gelet op de huidige streefwaarden voor cholesterol is een medicamenteuze behandeling, naast aangepaste voeding, bijna steeds noodzakelijk. De juiste dosis of combinatie van medicamenten moet worden gezocht, om de streefwaarden te bereiken, zonder bijwerkingen.

Verhoogde bloeddruk

Hiermee wordt bedoeld, het niveau van arteriële bloeddruk (de druk op de slagaders) dat gepaard gaat met een ver-

hoogd gezondheidsrisico en waarboven behandeling meer goed dan kwaad doet.

- *Optimale bloeddruk* = < 120 mmHg systolische of boven-druk en < 80 mmHg diastolische of onderdruk
- *Normaal* = 120 – 129 systolische en 80 – 84 diastolische
- *Hoog normaal* = 130 – 139 systolische en 85 – 89 diastolische
- *Graad 1 van hoge bloeddruk* = 140 – 159 systolische en 90 – 99 diastolische
- *Graad 2 van hoge bloeddruk* = 160 – 179 systolische en 100 – 109 diastolische
- *Graad 3 van hoge bloeddruk* = > 180 systolische en > 110 diastolische

Drie Belgen op tien hebben een verhoogde bloeddruk en het komt vaker voor naarmate men ouder wordt.

De systolische bloeddruk blijft stijgen met de leeftijd. Ook de diastolische druk blijft stijgen tot 50/60 jaar, maar bereikt dan op een bepaald moment een plateau en daalt dan zelfs op nog hogere leeftijd. Zodanig dat er veel mensen op oudere leeftijd te maken krijgen met een verhoogde systolische bloeddruk (minsten 140 mmHg) en een normale diastolische (minder dan 90 mmHg). Dan spreekt men van 'geïsoleerde systolische hypertensie'. Maar ook deze verhoogde systolische druk, met normale onderdruk, zorgt voor complicaties. Rond de 70-80 jaar heeft 25 % van de mensen te maken met dit fenomeen.

Van alle mensen met hoge bloeddruk is het voor slechts 50 % bekend en hiervan wordt 50 à 70 % behandeld. Van diegenen die worden behandeld is slechts 50 % onder controle (<140 / 90 mmHg)

Er is dus veel werk aan de winkel!

Wat kan je zelf doen tegen te hoge bloeddruk?

Vermageren, sporten, zout beperken, stoppen met roken, vermijden van overmatig alcoholgebruik.

Als dat niet voldoende is, zijn er gelukkig hele goede medicamenten. Elk medicament doet de systolische bloeddruk met 10 à 20 mmHg dalen. Vaak zijn er meerdere medicamenten nodig als de bloeddruk erg hoog is.

Het is een belangrijke beslissing om te beginnen met medicamenten. Je moet ze heel je leven blijven nemen. En eenmaal men die beslissing heeft genomen, moet men consequent zijn. Dit geldt ook voor medicamenten tegen cholesterol.

Na de pauze heeft prof. De Backer alle vragen die hem i.v.m. deze materie schriftelijk werden gesteld, - naar eigen zeggen- "met veel plezier" beantwoord. Prof. Luc Vanhees stond weer voor de moeilijke taak om deze vragen te groeperen en ze te formuleren naar de gastspreker toe. In een tweede deel zullen deze vragen uitgebreid aan bod komen.



Jo Beyen

' PREVENTIE VAN HART- EN VAATZIEKTEN ' (deel 2)

Verslag: Jo Beyen

Tijdens de koffiepauze konden alle aanwezigen hun vragen stellen i.v.m. het behandelde onderwerp. Er werden 18 schriftelijke vragen gesteld. Prof. Luc Vanhees groepeerde de vragen naar gelang de probleemstelling. Hij verwittigde dat de vragen niet altijd letterlijk zouden worden herkend. "Het persoonlijke karakter zal er worden uitgehaald."



In het bloed hebben we een zeer vernuftig systeem van stolling, gelukkig maar. Want als wij ons kwetsen en daarbij een opening in onze bloedbaan veroorzaken, bloeden wij dood, als er geen klonters ontstaan. Een wonde moet gestopt kunnen worden door een klonters.

Maar wanneer die bloedbaan zeer hobbelig wordt door de plaques die daar komen, dan begint het bloed die hobbelige baan te zien als iets abnormaals. Als er een scheur komt in die plaque en als daar een ontsteking ontstaat, zal het bloed daar een klonters vormen als reactie. En dat kan een acute afsluiting van het bloedvat veroorzaken. Het is dus een normale reactie van het lichaam op een abnormale vaatwand die zich ontwikkeld heeft gedurende vele jaren.

Aan patiënten met dit probleem geven wij de raad om een pilletje te nemen, waardoor de stolling een beetje vermindert. Het bekendste pilletje is de aspirine.

Maar er bestaan ook echte stollingsziekten, vaak erfelijke afwijkingen van het stollings-mechanisme. En dan moeten er speciale medicamenten worden gegeven. Dan zitten we in de rariteitenwinkel en niet meer in de normale afdeling. Men moet soms de stollingen in het lichaam tegengaan, als we in het lichaam zaken tegenkomen die klontervorming in de hand werken, b.v. bij een hart dat niet meer normaal klopt, maar fibrilleert. Dan moeten we ingrijpen met medicamenten die de stolling meer substantieel tegengaan. En die speciale medicamenten kan met alleen nemen onder regelmatige controle van het bloed.

Hoe kan je myocarditis (infectie van de hartspier) voorkomen?

Een moeilijke vraag. Van dezelfde aard als: "Hoe kan je griep voorkomen?"

Myocarditis is zeer zeldzaam, maar wel ernstig. Er bestaan ook verschillende soorten. Als je echt met een mikrobe (bacteriële myocarditis) in je lichaam zit, moet je antibiotica nemen. Maar antibiotica werken niet tegen virussen. Mensen met een hartklep, moeten er alles aan doen om endocarditis (infectie van de binnenlaag van de hartspier) te voorkomen.

Alles moet in overleg met de arts worden bekeken. Bij koorts mag je zeker niet lang wachten om de huisarts te raadplegen. Hij moet nagaan of er een mikrobe achter zit die best met antibiotica wordt bestreden.

Wat is het verband tussen de problematiek van stollingen in het bloed en het risico voor een hartlijder?

Het grootste probleem is dat bovenop die plaques (verdikking van de wand van de slagader, omdat er zich op die wand allerlei stoffen neerzetten; zie deel 1) nog klontervorming kan ontstaan.

Als je een interventie krijgt, zoals bypassoperatie of ballondilatatie met stent, heb je dan een grotere kans op klontervorming?

Neen, niet onmiddellijk. Zeker niet bij een overbrugging of bypassoperatie.

Maar sinds 10 à 15 jaar gebruiken we meer en meer ballondilataties om vernauwingen te openen. En daarbij worden er kleine veertjes of stents gestoken om de vernauwing open te houden. En een van de complicaties van die ballondilataties, ook van die stents, is dat er een nieuwe vernauwing optreedt. Dat noemen wij in-stent restenose. In dat veertje dat aanvankelijk zuiver metaal was, en vaak bekleed met bepaalde antistoffen, kan vooral in de eerste weken na de ingreep een klonters (stenttrombose) ontstaan.

We gebruiken al bepaalde producten om de trombose in de stents en de vernauwing te voorkomen. En nu vragen wij ons af of we niet best producten met nog krachtiger werking zouden gebruiken, om dat tegen te gaan, zelfs tot 1 jaar lang of zelfs nog langer. Maar hier krijgen we problemen met het ziekenfonds, omdat het zeer dure producten zijn. Reactie van het ziekenfonds: "Dat kunnen wij niet blijven betalen!"

Uit die groots opgezette studie in 22 landen waarover u heeft gesproken, zijn er fenomenale cijfers opgedoken, waaruit blijkt dat 50 tot 80 % van de hartlijders de richtlijnen en aanbevelingen niet volgen. En daarbij rijst de vraag: was er een verschil tussen de patiënten die revalidatie volgden (zoals bij Harpa) ten opzichte van de totale groep van patiënten?

Voor die studie die ik daarnet heb voorgesteld, hebben wij dat nog niet geanalyseerd. Daar kan ik nog niet op antwoorden.

Maar 5 jaar geleden is er nog een studie gebeurd in 15 landen en dan hebben we die vraag wel geanalyseerd. En het antwoord is: ja, er is een verschil!

We hebben vastgesteld dat de resultaten van die mensen die een revalidatieprogramma hebben gevolgd, gunstiger zijn dan van de groep die dat niet heeft gedaan. Het percentage dat blijft roken, dat zwaarlijvig is, dat hoge bloeddruk heeft, ligt duidelijk hoger bij diegenen die geen revalidatieprogramma hebben gevolgd. En de vraag werd uitdrukkelijk gesteld.

Slechts 23 % van de totale groep gaf aan dat ze driemaal per week 20 minuten fysieke inspanning doen. Dat procent ligt toch heel laag! Welke bedenkingen moet men daarbij maken?

Maar dat is nog meer dan wat de gemiddelde Belg aan sport doet. Ik vrees echt dat het hier bij ons nog minder dan 23 % is. Maar het is inderdaad bijzonder laag!

Dat is juist het probleem dat wij in Gent hebben. Wij kunnen mensen wel motiveren om deel te nemen aan een revalidatieprogramma van 3 maanden. Maar daarna gaat het procent van diegenen die nadien nog blijven deelnemen fors naar omlaag. Dan zal het zeker die 23 % uit de studie benaderen t.o.v. de totale groep die wij elk jaar binnen krijgen. Niet meer dan dat!

Het is dus wel belangrijk dat Harpa-leden 3 x per week blijven trainen en dat ook volhouden!

Hoge bloeddruk was een van de risicofactoren die werden aangehaald. Door omstandigheden diende iemand een kop koffie snel leeg te drinken. Vijf minuten later werd zijn bloeddruk gemeten: de systolische of boven-druk was 170!

Welke gevolgtrekkingen?

Iedereen weet dat de bloeddruk in ons lichaam kan variëren van moment tot moment, afhankelijk van de lichamelijke activiteit en/of je emotionele toestand. Beslissen dat iemand voor de rest van zijn leven medicamenten moet nemen omdat hij hoge bloeddruk heeft, gebeurt niet op een dag. Dat moet heel zorgvuldig gebeuren, na frequente controle door de huisarts. In sommige gevallen wordt aangeraden om een toestelletje te kopen en zelf te controleren over een langere periode. Er bestaan ook toestellen die de bloeddruk 24 op 24 u. kunnen meten. We hebben de mogelijkheid en ook de tijd, om er iets tegen te doen, want er is niets dat echt dringt. En toch zijn er nog altijd teveel mensen die daar veel te licht



zinnig mee omspringen. Sommigen denken, dat 160 bij een man van 60 niet te hoog is en naarmate de leeftijd vordert mag het 170 zijn bij iemand van 70.

Maar dat was de idee van vroeger! De dag van vandaag is dat absoluut voorbij!

Wij beschikken nu over echt goede documentatie dat ook op hogere leeftijd een bloeddruk van gemiddeld hoger dan 140, schadelijk is voor de gezondheid. Een daling van die bloeddruk, zij het met medicamenten, is voordelig voor de gezondheid. Die wetenschappelijke kennis is er en er bestaat geen enkele twijfel over.

Wij moeten aandacht besteden aan onze bloeddruk, zonder in paniek te slaan bij een eenmalige stijging van boven de 140. Er kan rekening worden gehouden met de omstandigheden. Maar het moet een uitzondering zijn. En dan is die 140 of meer niet alarmerend.

Maar we mogen onze kop niet in het zand steken. Er moet echt aandacht aan worden besteed.

Het is duidelijk dat medicamenten erg belangrijk zijn tegen hoge cholesterol en hoge bloeddruk, naast natuurlijk een aangepaste voeding en voldoende lichaamsbeweging..

Nemen de patiënten die medicamenten niet of worden ze niet voorgeschreven?

Dat is nu juist de vraag en het probleem waar we meer en meer aandacht willen aan besteden. Er is nog maar weinig onderzoek naar gedaan: "Hoe goed volgt de patiënt het voorschrift van zijn arts, zowel wat betreft levensgewoonten, als wat betreft het trouw gebruik van de voorgeschreven medicamenten?"

En dan staan wij soms toch wel verbaasd hoe weinig patiënten b.v. na 1 jaar nog hun medicamenten blijven nemen. Dat is minder dan de helft!

En dat is ook wel voor een deel te begrijpen. Want sommige patiënten krijgen inderdaad 4 of 5 of zelfs meer medicamenten te slikken.

Misschien voelt hij zich goed, na 1 of 2 jaar. Of hij voelt er alleen maar de bijwerkingen van.

Het grote probleem voor de preventieve geneeskunde is dat hetgeen je krijgt als return voor het nemen van medicamenten over 10 of 20 jaar alleen maar is: 'het feit dat er niets gebeurt!'



In de geneeskunde zijn we dat niet gewoon. In andere gevallen krijgen we meestal wel een positieve feedback van medicamenten: b.v. de pijn trekt weg of de koorts vermindert. Met antibiotica voelen wij ons genezen en de zaak is rond. De positieve feedback van andere medicamenten is: 'het feit dat je geneest.'

Maar in de preventieve geneeskunde zit men met een handicap, n.l. dat je wordt gevraagd om medicamenten te blijven nemen, jaren aan een stuk.

We zitten hier met een probleem.

Mogelijk is de oplossing op komst, want in Amerika is men volop aan het werken aan een polyvalente pil waarin 3 of meer medicamenten samen zitten. Die komt al volgend jaar op de markt. Misschien kan dit helpen, al is het maar psychologisch, het gedacht alleen al dat je maar 1 pil moet nemen.

Medicamenten tegen hoge cholesterol, z.g.n. statines, kunnen spierpijn veroorzaken. Zijn er nieuwe statines op komst, die minder bijwerkingen hebben?

Niet bij mijn weten! Er zijn wel andere medicamenten in ontwikkeling die de vetstoffen in ons bloed op een andere manier beïnvloeden. Maar op relatief korte termijn zal er niets veranderen. Mogelijk over 10 jaar wel.

O.K. wij weten dat statines af en toe bijwerkingen kunnen veroorzaken. In studies spreekt men van 5 %. Bij huisartsen spreekt men van 10 tot 15 %. Dat wordt natuurlijk veel, maar dit wil nog altijd zeggen dat 85 tot 90 % van de patiënten die statines nemen, geen enkele bijwerking ondervinden.

We moeten natuurlijk rekening houden met die 10 à 15 %, maar dat mag geen reden zijn om die 85 tot 90 % af te raden om statines te nemen.

Wat ook erg belangrijk is: die medicamenten zijn al 20 jaar op de markt. Ze zijn veilig en ze zijn werkzaam. Ze hebben zeker een doorbraak betekend in de preventieve geneeskunde.

Als secundaire preventie, d.w.z. aan mensen die al een verzwakte preventie hebben gekregen, moet bijna aan iedereen de raad worden gegeven om statines te gebruiken. Anders zijn de nieuwe streefdoelen van 175 en zelfs 155 cholesterol gehalte praktisch niet te halen.

In de primaire geneeskunde ligt het wel moeilijker, want 80 % van de Belgen hebben een te hoge cholesterol. Ik pleit er niet voor om statines in ons leidingwater te doen. In Engeland kan men die medicamenten zonder voorschrift van een

dokter vrij krijgen. En dat is ook overdreven.

Ik denk toch ook dat in de primaire preventie sommige personen er voordeel kunnen uit halen om die medicamenten voorzichtig te gebruiken, gelukkig maar in kleine hoeveelheid. Mensen met diabetes, met hoge cholesterol, mensen die niet kunnen stoppen met roken, misschien wel gezonde mensen, die nog geen hartproblemen hebben gehad, maar toch een bijzonder hoog risico lopen. Ook aan hen zouden we best de raad kunnen geven om die producten te gebruiken.

In de primaire preventie leggen we de grens niet op 175, maar op 195. Ook moet men altijd het totale beeld bekijken. Wanneer iemand 230 cholesterol heeft, maar een bloeddruk van 140, zullen we het zo laten en hem aanraden om te letten op zijn voeding.

Er bestaan ook families waarin hart- en vaatziekten veel frequenter voorkomen en waarbij een erfelijke rol meespeelt. Als men dat weet, kan met daarop inspelen.

Er werd gesproken over goede en slechte cholesterol en we kregen richtlijnen om onze cholesterol in het oog te houden. Maar we kregen geen 'verhoudingen'.

In onze aanbevelingen staan inderdaad geen streefcijfers voor de goede HDL (onthoud: 'Hoop Doet Leven'). We weten wel: 'hoe hoger, hoe beter'. Maar we hebben er nog geen bewijs voor dat we, door de HDL op een artificiële manier te verhogen, ook het risico verminderen.

Als je mij dan toch verplicht om het in cijfers uit te drukken, dan zegt men dat boven de 40 mg per dl voor mannen goed is en voor vrouwen boven de 44 of 48 mg per dl.

Maar dat zijn arbitraire grenzen die we met voorzichtigheid gebruiken.

De reden waarom die HDL niet zoveel wordt benadrukt als de slechte LDL, is omdat er vorig jaar een nieuw product op de markt was gekomen waarvan we dachten dat we ermee de HDL konden verdubbelen. Maar dat werd vlug tegengesproken door twee studies, waaruit zelfs bleek dat men helemaal geen verbetering kreeg en ook niet minder hartziekten, zelfs integendeel!

Medicament moet men in de preventie met grote voorzichtigheid bekijken. Maar er zijn er gelukkig ook die alle processen hebben doorstaan en die we volop durven aanbevelen in onze strijd tegen hartziekten.

De laatste tijd hoort men voortdurend over Omega 3 en Omega 6 en speciale margarines. Voedingsproducenten spelen daar graag op in. Zijn Pro-Activ, Benecol, Danacol en dergelijke nuttig om de cholesterol te verlagen?

De cholesterol in ons bloed wordt beïnvloed door de vetten die we innemen. Verzadigde vetten (harde, van dierlijke oorsprong) doen de cholesterol stijgen.

Poly-onverzadigde (plantaardige) doen het gehalte lichtjes dalen en mono-onverzadigde vetten hebben een neutraal effect. In onze voeding gebruiken we veel te veel verzadigde vetten!

Tijdens de wereldoorlog was er armoede en moest men om economische reden de goede boter vervangen door harde margarines. Dan is margarine heel populair geworden.

Men is toen gemakkelijk overgeschakeld van boter op margarine. Maar die harde margarine was niet beter voor onze gezondheid dan boter: alle twee hard van samenstelling en rijk aan verzadigde vetzuren.

Eind van de jaren 60 zijn de dieetmargarines op de markt gekomen, voornamelijk Becel en Vitelma. Veel rijker aan meervoudig onverzadigde vetzuren. In de jaren 70 is men vrij massaal gebruik gaan maken van die dieetmargarines, want inderdaad de cholesterol werd gunstig beïnvloed. Het lijkt echt geen twijfel dat die dieetmargarines in vergelijking met boter of harde margarines beter zijn voor de cholesterol. De laatste 10 jaar heeft de industrie het procédé gevonden om heel wat voedingsproducten te verrijken met Omega 3 en Omega 6. Deze vetten (uit vette vis en andere plantaardige producten die we niet gewoon zijn te gebruiken) hebben ook een invloed op ons stollingsmechanisme.

Theoretisch gezien moet dat nuttig zijn, maar niet wetenschappelijk bewezen, zeker niet zoals dat wel is gebeurd voor de dieetmargarines.

De laatste stap is de verrijking van voedingsmiddelen met plantaardige steroïlen en stanolen, denk aan Benecol en Becel Pro-Activ. Deze zouden de slechte LDL met gemiddeld 10 à 15 % doen dalen, omdat ze de opname van cholesterol in de darm afremmen.

Het probleem is dat wij nog nooit in de wereld een bevolking hebben gehad die zoveel plantaardige stanolen en stanolen heeft verbruikt. We kennen niet de lange-termijn veiligheid van dat soort producten. Maar zo lang het niet bewezen is dat ze schadelijk zijn voor de gezondheid, kunnen we ze blijven nemen.

2 tot 3 gr stanolen per dag lijkt werkzaam. Dat bereik je al met 5 boterhammen gesmeerd met Benecol of Becel Pro-Activ. Dat doet effectief onze cholesterol dalen met 10 à 15 %. Maar wat als je 6 à 10 gr per dag consumeert? Dan stellen wij serieuze vragen bij de veiligheid. Met dubbel zoveel dan 2 à 3 gr zal je je cholesterol zeker niet verder doen dalen dan 10 à 15 %. Er is geen enkele reden om meer te consumeren. Wij geven echt de raad om te beperken tot 2 à 3 gr, en zeker niet daarbij nog een Danacol of speciaal yoghurtje te eten.

Overdrijf dus niet, want over de veiligheid op lange termijn hebben we geen 100 % zekerheid.

Vroeger werd gezegd dat schaaldieren, zoals mosselen eigenlijk op de verboden lijst stonden. Nu komen er meer en meer geluiden dat schaaldieren eten toch geen probleem is.

We krijgen door onze voeding cholesterol binnen, als we dierlijke producten eten. Alle dierlijke producten bevatten cholesterol, ook vis. En die inname kan dus ook invloed hebben op de cholesterol in ons bloed.

Maar de individuele gevoeligheid aan cholesterol uit de voeding is van persoon tot persoon enorm verschillend. Sommige mensen zouden gerust 10 eieren mogen eten, terwijl anderen er best af blijven. En we hebben geen methodes om die individuele gevoeligheid te meten.

Daardoor moeten wij het stellen met een algemene regel: neem niet meer dan 200 à 300 mg cholesterol per dag binnen via de voeding.

Sommige producten zijn bijzonder rijk aan cholesterol: eigeel, orgaanvlees (lever, nieren, hersenen).

Bepaalde schaaldieren zijn ook rijker aan cholesterol dan andere, bv. garnalen.

Sintjakobsschelpen, oesters en mosselen zijn niet zo rijk aan cholesterol dan andere, alhoewel ze toch ook cholesterol bevatten.

Het besluit is dat je zeker mag genieten van schaaldieren, maar met mate.

Na deze uitgebreide culinaire excursie, was het de tijd om Prof. Guy De Backer en Prof. Luc Vanhees uitgebreid te danken voor hun fel gewaardeerde inzet voor Harpa.

Het laatste woord is voor een aanwezig Harpa-lid die letterlijk schreef: "Dank voor de heldere uiteenzetting en klare antwoorden. Jullie gaven mij zin in een volgehouden inzet voor blijvende leefstijlverandering en nog meer lichaamsbeweging!"

LACHEN

Een paar komt een 3-sterren restaurant binnen.

De ober vraagt wat ze willen drinken. Zegt de vrouw: 'Voor mij rosé champagne!'

De ober vraagt: 'En voor meneer'? Zegt de vrouw: 'Een glas plat water!'

De ober blijft discreet en brengt het gevraagde. Even later komt hij vragen of ze hun keuze hebben gemaakt.

'Jazeker' zegt de vrouw: 'Als voorgerecht neem ik foie gras, dan een halve kreeft, dan canard à l'orange en als nagerecht kaas en een aardbeientartje. En om te drinken mag je me een halve fles Petrus van 1989 geven!'

'En voor meneer?' vraagt de ober.

Zegt de vrouw opnieuw: 'Voor meneer enkele blaadjes sla als voorgerecht, dan gekookte wortelen en als nagerecht een ijsje op basis van rauwe worteltjes en om te drinken een glas groentesap!'

De ober ietwat gegeneerd zegt: 'Meneer is zeker op dieet?'

Waarop de vrouw antwoordt:

Nee, maar zolang meneer overal gaat neuken als een konijn, zal meneer ook eten als een konijn.