

Cardiovasculair risico management bij ouderen

Moet alles nog wat kan?

O.M. Smit, internist ouderengeneeskunde ZMC
25 september 2025

1

Disclosures

Geen (potentiele) belangenverstrengeling	
Voor bijeenkomst mogelijke relevante relaties	Bedrijfsnamen
- Sponsoring of onderzoeksgeld - Honorarium of andere (financiële) - vergoeding - Aandeelhouder - Andere relatie, namelijk ...	

2

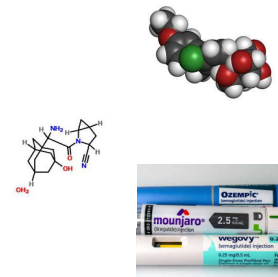
Leerdoelen

- Waarom is het van belang om hierover na te denken
- Wanneer CVRM behandeling starten bij (kwetsbare) ouderen
- Welke middelen geven
- Wanneer stoppen
- Wat zijn de belangrijkste (bij)werkingen SGLT-2 en GLP1 (DPP4)
- Praktijk voorbeelden
- Take home messages

3

Inhoud

Waarom
Verskil jong/ oud
FMS richtlijn CVRM kwetsbare ouderen
Lipiden verlagend
Bloeddruk
Trombocyten aggregatie
Diabetes
SGLT2 en GLP1
Kwetsbaarheid
Praktische overwegingen
Casuïstiek



4

Waarom is het belangrijk

- 2 miljoen mensen ouder dan 70 jaar (CBS, 2016).
- Vanaf 2025 ook 80-plussers sterk toe (de dubbele vergrijzing).
- 20% kwetsbare ouderen.
- Prevalentie en incidentie van HVZ stijgt bij ouder worden.
- Mortaliteit aan HVZ grootst bij 75 tot 94 jaar



5

Verskil jongeren en ouderen



Veranderde fysiologie.

- Structuur en de functie van de arteriële vaatwand verandert waardoor toename vaatwandstijfheid en verminderde baroreflexfunctie.
- Vatbaarder zijn voor lagere bloeddrukken door veranderde autoregulatie
- Bij kwetsbare ouderen lijkt er een omgekeerde effect relatie wat betreft hoge bloeddruk en hoog cholesterol op het mortaliteits- en morbiditeitsrisico

FMS CVRM Richtlijn

6

Verskil jongeren en ouderen 2

Veranderde farmacodynamiek en -kinetiek

- Veranderingen in de absorptie, verdeling en eliminatie van geneesmiddelen. Meer kans op bijwerkingen van medicatie.

Multimorbiditeit: 50% van alle 65-plussers heeft een of meerdere chronische ziekten. Multimorbiditeit heeft invloed op de levensverwachting, nut CVRM.

Functionele beperkingen

Polyfarmacie

Concurrerende risico's



FMS CVRM Richtlijn

7

Levensverwachting:

- 70-jarige man 14,6 ; vrouw 17,3 levensjaren
- 80-jarige man en vrouw: 8,1 en 9,8 levensjaren

- **Kwetsbaarheid:** 10% ouderen <70 jaar ; 50% ouderen > 90 jaar.

CBS; FMS CVRM Richtlijn

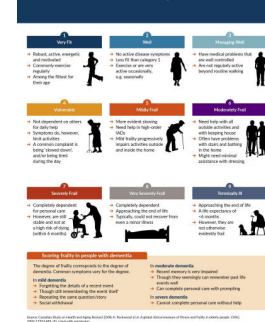
8

Kwetsbaarheid

Kwetsbaarheid is een dynamische toestand die een individu treft met verliezen in een of meerdere domeinen van het menselijke functioneren (fysiek, psychologisch, sociaal), die veroorzaakt wordt door een scala aan factoren en die het risico op negatieve gezondheidsuitkomsten vergroot. (Collard, 2012)

9

Clinical Frailty Scale



10

FMS richtlijn CVRM bij kwetsbare ouderen

SCORE-risicotabel: alle ouderen boven de 70 jaar een hoog cardiovasculair risico, en komen zij in aanmerking voor antihypertensiva, lipiden verlagende middelen en/of plaatjesremmers. Echter slechts beperkt onderzocht.

Niet duidelijk of het behandelen van cardiovasculaire risicofactoren op hoge leeftijd effectief is, vooral wanneer het kwetsbare ouderen betreft.

11

Hoog risico patiënten

- Cardiovasculaire events/ aangetoonde arterosclerotische veranderingen in de bloedvaten.
- DMII >10 jr met aangetoonde arterosclerotische veranderingen (incl chronische nierschade) of slechte regulatie.
- CNS zonder DM (eGFR<30 met albuminurie)
- Systolische bloeddruk >180 mmHg
- Familiaire hypercholesterolemie.

→ Score tabel

12

Patienten met vasculaire hart- en vaatziekte	
Medicamenteuze behandeling: met ACE-remmer of andere ACE-remmer op basis van een geschat risico op vasculaire ziekte. Medicamenteuze behandeling: met ACE-remmer of andere ACE-remmer op basis van een geschat risico op vasculaire ziekte. Medicamenteuze behandeling: met ACE-remmer of andere ACE-remmer op basis van een geschat risico op vasculaire ziekte.	Score 2
Medicamenteuze behandeling: met ACE-remmer of andere ACE-remmer op basis van een geschat risico op vasculaire ziekte. Medicamenteuze behandeling: met ACE-remmer of andere ACE-remmer op basis van een geschat risico op vasculaire ziekte. Medicamenteuze behandeling: met ACE-remmer of andere ACE-remmer op basis van een geschat risico op vasculaire ziekte.	Score 2
Medicamenteuze behandeling: met ACE-remmer of andere ACE-remmer op basis van een geschat risico op vasculaire ziekte. Medicamenteuze behandeling: met ACE-remmer of andere ACE-remmer op basis van een geschat risico op vasculaire ziekte. Medicamenteuze behandeling: met ACE-remmer of andere ACE-remmer op basis van een geschat risico op vasculaire ziekte.	Score 2

13

Score 2 OP (Older Patient)

- Score 2: 10 jr risico inschatting HVZ 40-70 jr
 - Score 2 (OP): Oudere personen 70-90 jaar
- Alleen als ze niet tot hoog risico groepen horen.

→ U-prevent.

14

SCORE2-OP	
Laag risico	Matig verhoogd risico
Laag risico Matig verhoogd risico Hoog risico Zeet hoog risico	Laag risico Matig verhoogd risico Hoog risico Zeet hoog risico

15

	< 50 jaar*	50-69 jaar*	≥ 70 jaar
Laag risico	< 5%	< 5%	< 5%
Matig verhoogd risico	5-10%	5-10%	5-10%
Hoog risico	10-15%	10-15%	10-15%
Zeet hoog risico	15-20%	15-20%	15-20%

- Laag risico (zie tabel 1 en tabel 3): aanbieden van medicamenteuze behandeling is doorgaans niet aangewezen.
- Matig verhoogd risico (zie tabel 1 en tabel 3): aanbieden van medicamenteuze behandeling is doorgaans niet aangewezen. Bij jonge mensen is speciale aandacht gewenst in verband met het lifetime risico (zie Bijlage Lifetime risico).
- Hoog risico (zie tabel 1 en tabel 3): overweeg medicamenteuze behandeling aan te bieden.
- Zeet hoog risico (zie tabel 1): aanbieden van medicamenteuze behandeling wordt aanbevolen.

FMS CVRM Richtlijn

16

Zinvolheid

- Vitaliteit, levensverwachting, comorbiditeit, polyfarmacie, wensen van de patiënt en diens geschat tienjaarsrisico op hart- en vaatziekte volgens SCORE2-OP.
- Zonder bekende hart- of vaatziekten effect steeds minder overtuigend naarmate hun leeftijd stijgt, vooral bij kwetsbare ouderen.
- Statines, waarvan het gunstige effect op mortaliteit en morbiditeit door hart- en vaatziekten bij ouderen zonder hart- en vaatziekte als onzeker moet worden beschouwd.
- Antihypertensiva is het bewijs sterker dan voor statines, maar ook hier geldt dat ouderen grotendeels ontbraken in de grote klinische trials, zodat terughoudendheid is aangewezen.

FMS CVRM Richtlijn

17

Lipiden behandeling vitale ouderen

- Overweeg het aanbieden van lipidenverlagende medicatie aan vitale ouderen zonder hart- en vaatziekten alleen met een voldoende hoog geschat resterende levensverwachting en een hoog geschat risico op een vasculair event*.
- Streef naar een LDL-C < 2,6 mmol/L.
- *Bijvoorbeeld: geschat met SCORE2-OP of door de aanwezigheid van ernstige risicofactoren (zoals diabetes, een zeer hoog cholesterol (TC > 8 mmol/L) of een zeer hoge bloeddruk (≥ 180/110 mmHg)).
- Vitale ouderen met hart- en vaatziekten: biedt lipidenverlagende medicatie aan.
- Streef naar een LDL-C < 2,6 mmol/L. Overweeg een lagere streefwaarde als medicatie goed wordt verdragen en hart- en vaatziekte herhaald optreedt ondanks een LDL-C van < 2,6 mmol/L.
- Evalueer de eventuele bijwerkingen nauwgezet. Switch naar een andere statine of verlaag de statinedosering en overweeg ezetimib toe te voegen bij het vermoeden van het ontstaan van bijwerkingen.

FMS CVRM Richtlijn

18

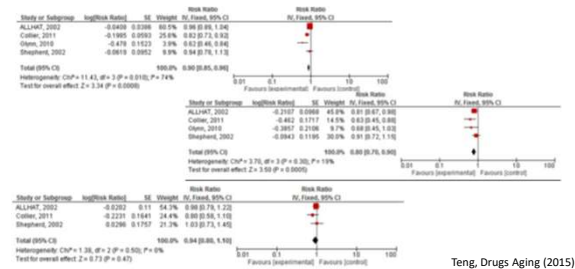
Lipiden behandeling kwetsbare ouderen

- Overweeg het geven van lipidenverlagende medicatie aan kwetsbare ouderen na een (recent) vasculair event en met een voldoende hoog geschat resterende levensverwachting.
- Overweeg te starten met een standaarddosering statine.
- Evalueer het optreden van bijwerkingen nauwgezet en waak voor myopathie, behoud van functie en kwaliteit van leven.
- LIFE CVD 2: risico reductie bij 1 mmol dalende LDL/ stoppen met roken/ 10 mmHg bloeddruk daling
- www.u-prevent.nl risicoschatting-instrumenten

FMS CVRM Richtlijn

19

Meta-analyse van studies bij ouderen: het effect van statines op het risico op een cardiovasculair event



Teng, Drugs Aging (2015)

20

Bloeddruk behandeling

Tabel 6 Geschatte bloeddrukwaarden bij verschillende meetmethoden corresponderend met spreekkamermetingen van 140 en 180 mmHg

Spreekkamermetingen	140 mmHg	180 mmHg
24 uursbloeddrukmeting	130 mmHg	165 mmHg
Geprotocolleerde thuismeting	135 mmHg	170 mmHg
BP30-meting	135 mmHg*	170 mmHg*

* Indicatieve schatting; de BP30-meting is minder goed onderzocht.

21

Streefwaarden

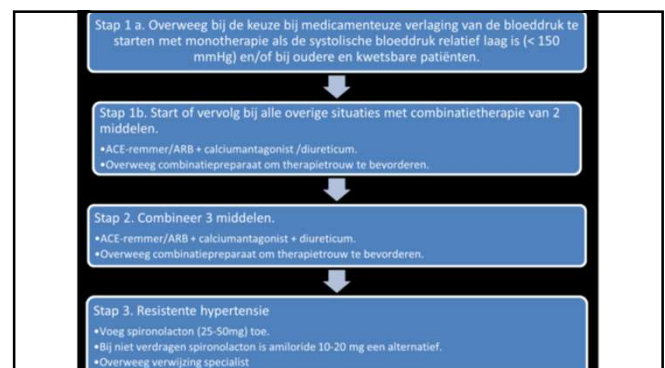
- Streefwaarde naar < 130 mmHg indien de behandeling tot < 140 mmHg goed wordt verdragen, met name bij diabetes mellitus en chronische nierschade.
- Systolische streefwaarde naar < 150 mmHg bij vergevorderde ouderdom of kwetsbaarheid bij minder vergevorderde ouderdom.
- Overweeg het verlagen van de dosering bij kwetsbare ouderen met een diastolische bloeddruk < 70 mmHg ongeacht de hoogte van de systolische bloeddruk.

22

Medicamenteuze behandeling

- Diuretica, calciumantagonisten, RAS-remmers (ACE/ARB) en bètablokkers.
- Bètablokkers zijn relatief gecontra-indiceerd bij een verhoogd risico op diabetes mellitus (overgewicht of een verhoogde glucosewaarde).
- Combinatietherapie. Niet aanbevelen:
 - De combinaties van bètablokker met diureticum (risico op diabetes)
 - ACE-remmer met ARB (risico op nierfalen).
- Reservemiddelen alleen aanbevelen in combinatie met ≥ 1 medicijn uit de 4 hoofdklassen.

23



24

Situatie	Bloeddrukverlagend middel
• Eerder myocardiinfarct	Bètablokker, ACE-remmer/ARB
• Angina pectoris	Bètablokker, calciumantagonist
• Hartfalen	ACE-remmer/ARB, bètablokker, lis- of thiazidediureticum, kaliumsparend diureticum*/mineralocorticoidantagonist
• Atriumfibrilleren	Bètablokker, non-dihydropyridinecalciumkanaalblokker, ACEremmer/ARB, kaliumsparend diureticum*/mineralocorticoidantagonist
• Perifeer arterieel vaatlijden	ACE-remmer
• Diabetes mellitus	ACE-remmer/ARB
• Zwangerschap	Methyldopa, labetalol, calciumantagonist
• Afrikaanse herkomst (sub-Sahara)	Thiazidediureticum en calciumantagonist

ACE = angiotensineconverterend enzym; ARB = angiotensinereceptorblokker
 * Amiloride, spironolacton, eplerenon

25

Trombocyten aggregatie remmer

- Schrijf trombocytenaggregatieremmers niet voor als primaire preventie van cardiovasculaire aandoeningen bij ouderen met diabetes mellitus.
- Schrijf trombocytenaggregatieremmers voor als secundaire preventie van cardiovasculaire aandoeningen bij ouderen met diabetes mellitus tenzij: de mate van comorbiditeit hoog is; de resterende levensverwachting laag is; de te verwachten winst van de behandeling klein is.
- Schrijf oudere diabetespatiënten die een trombocytenaggregatieremmer gebruiken een lage dosis protonpompremmer voor ter preventie van gastro-intestinale complicaties

26

Behandeling DMII bij ouderen (NHG)

- Niet medicamenteuze adviezen
- Medicatie afhankelijk van cardiovasculair risico:
 - Geen zeer hoog risico:
 - Metformine
 - Gliclazide
 - SGLT2/ DPP4
 - GLP1
 - Insuline
 - Zeer hoog risico (doorgemaakt MI/CVA/ chron NI/hartfalen)
 - SGLT2/ GLP1 (bij contra indicatie SGLT2)
 - Metformine en bovenstaand stappenplan

27

DMII bij de oudere patiënt (FMS richtlijn)

- Doelen zijn anders dan bij jongere patiënten
 - HbA1C afhankelijk van functioneren en levensverwachting.
- klassieke risicofactoren zoals hypertensie en dyslipidemie zijn op hoge leeftijd niet voorspellend voor cardiovasculaire incidenten.
- gemodificeerde Framingham risicoscore niet voorspellend voor cardiovasculaire sterfte

28

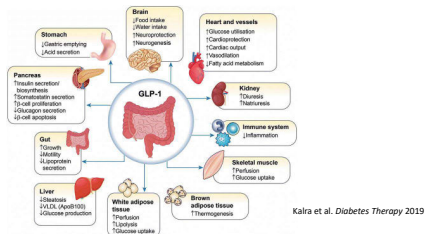
- De richtlijn CVRM geeft geen specifieke aanbevelingen voor ouderen met diabetes, maar stelt dat patiënten met diabetes in het algemeen net zo moeten worden behandeld als patiënten zonder diabetes, met als uitgangspunt de individuele risicoscore. Bij bepaling van de individuele risicoscore moet voor patiënten met diabetes 15 jaar bij de leeftijd opgeteld worden.

29

Behandeling met SGLT2/ GLP1

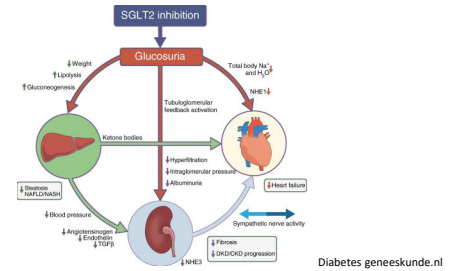
30

Werking GLP1



31

SGLT 2 remmers



32

Indicatie en effect SGLT2

- DMII met HVZ hoog risico
- Hartfalen (HFrEF en HFpEF)
- Chronische nierschade (eGFR > 20 ml/min)
- Vermindering CV mortaliteit
- Verminderd hospitalisatie met HF
- Vermindering progressie nierziekte

33

Bijwerkingen SGLT2 remmers

- UWI
- Schimmelinfecties
- Hypotensie en dehydratie

34

Indicatie en effect GLP1 agonisten

- DMII bij overgewicht/ obesitas
- Cardiovasculair risico reductie
- Alleen bij vitale ouderen
- Voordelen: gewichtsverlies, laag hypoglykemie risico, verlaagd HbA1C
- Bijwerkingen: GI klachten (N, V, diarree) Pancreatitis/ galstenen

35

Zijn ze effectief bij ouderen?



Ja, effect is onafhankelijk van leeftijd of kwetsbaarheid

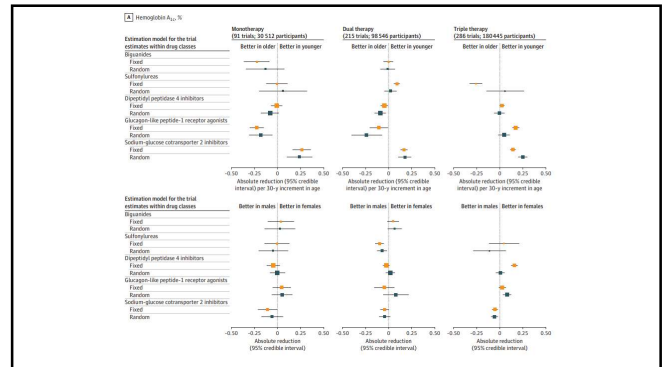
36

SGLT2, GLP1 en DPP4 effectief bij ouderen?

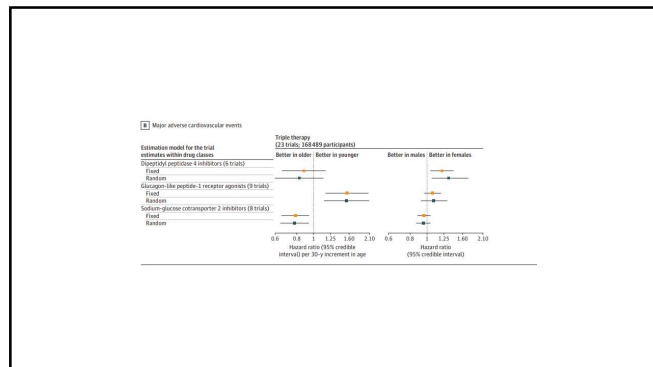
- SGLT2 remmers en GLP-1 receptor agonisten waren geassocieerd met minder risico op cardiovasculaire events.
- SGLT2 remmers meer cardioprotectief bij ouderen dan jongeren ondanks minder reductie in HbA1c
- GLP-1 receptor agonisten meer cardioprotectief bij jongere personen.

Hanlon et al, JAMA 2025. Age and Sex Differences in Efficacy of Treatments for Type 2 Diabetes. A Network Meta-Analysis

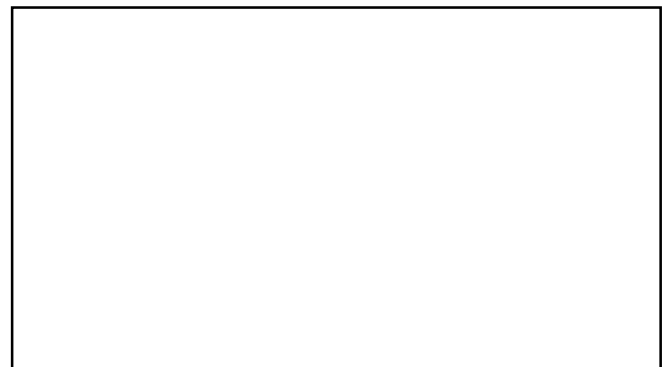
37



38



39



40

Kwetsbaarheid

- CFS
- GEM
- VMS

41

Wanneer wel/niet starten

- Klinisch stabiel
- Hoog CV risico
- Goede nierfunctie en tolerantie
- Ernstige frailty
- Levensverwachting < 1jaar
- Hypotensie of ondervoeding

42

Stappenplan beslisboom

- Frailty beoordeling
- Nierfunctie checken
- CV risico inschatting
- Bespreek behandel opties
- Start lage dosis indien geschikt
- Monitor gewicht, bloeddruk en eGFR
- Evaluatie na 3 maanden. Bijwerkingen?

43

Wanneer stoppen

- Stoppen van de lipidenbehandeling als
 - Levensverwachting < 1jaar
 - Dementie
 - CFS>7

44

Casus 1

- Hr J 78 jr
- VG: DMII en HFrEF
- eGFR 45; CFS 4
- Start SGLT2 (bv empagliflozine 5 mg)

45

Casus 2

- Mw de V 84 jr
- VG: DMII, obesitas
- CFS 5
- eGFR 55
- Overweeg GLP1 (semaglutide 0,25 mg)

46

Casus 3

- Dhr B 85 jr
- VG: HFpEF, DMII
- eGFR 28 ml/min
- CFS 7
- Advies: afzien van SGLT2/ GLP1, focus op comfort

47

Take home messages

- SGLT2 remmers en GLP1 agonisten effect bij ouderen
- Voordeel SGLT2: vermindering nierschade, laag hypoglycemie risico
- Voordeel GLP1: gewichtsverlies, geen hypoglycemieën
- Overweging bij ouderen: start low, go slow, but go. Monitor na 3 mnd.
- Kwaliteit van leven

48

Vragen

49

Bronnen

Richtlijn FMS 'Cardiovasculair risicomanagement (CVRM)' 2025
NHG standaard 'Diabetes mellitus type 2 (M01)' 2024
Richtlijn FMS 'Diabetes mellitus type 2 bij ouderen' 2025
Verenso richtlijn 'Multidisciplinaire Richtlijn Diabetes'

Santulli et al; Hypertension 2024-9, Functional and Clinical Importance of SGLT2-inhibitors in Frailty: From the Kidney to the Heart
Hanlon et al; JAMA 2025-3, Age and Sex Differences in Efficacy of Treatments for Type 2 Diabetes. A Network Meta-Analysis
Teng et al; Drugs Aging 2015, Statins for Primary Prevention of Cardiovascular Disease in Elderly Patients: Systematic Review and Meta-Analysis. Systematic Review
Bruggen van et al; NTVG 2024, SGLT2-remmers, ook bij kwetsbare ouderen?

50