

Tabel 5 Stappenplan bij de behandeling van ongecompliceerde essentiële hypertensie bij niet-negroïde patiënten, ouder dan 50 jaar

Stap 1	thiazidediureticum of calciumantagonist
Stap 2*	voeg ACE-remmer (bij kriebelhoest ARB) toe, bij voorkeur in combinatietablet
Stap 3*	combineer thiazidediureticum, ACE-remmer (bij kriebelhoest ARB) en calciumantagonist
Stap 4*	overweeg therapieresistente hypertensie (zie desbetreffende paragraaf)

ACE = angiotensine converted enzyme; ARB = angiotensine receptorblokkeerder.

*Elke volgende stap is van toepassing indien de streefwaarde niet wordt bereikt.

Tabel 6 Voorkeursmedicatie bij diverse specifieke kenmerken of condities

Kenmerk of conditie	Voorkeursmedicatie (separaat of in combinatie)
jonge leeftijd (< 50 jaar)	1. ACE-remmer (bij kriebelhoest ARB) 2. toevoegen bètablokker (als verdragen) 3. toevoegen diureticum of calciumantagonist
oudere leeftijd (> 70 jaar)	diureticum, calciumantagonist en/of ACE-remmer (bij kriebelhoest ARB). Keuze op basis van comorbiditeit en comedicatie
chronisch, stabiel hartfalen	1. ACE-remmer (bij kriebelhoest ARB) 2. toevoegen diureticum 3. toevoegen bètablokker
chronische nierschade (inclusief microalbuminurie)	ACE-remmer (bij kriebelhoest ARB)
DM (zonder microalbuminurie)	1. thiazidediureticum 2. toevoegen ACE-remmer (bij kriebelhoest ARB) 3. toevoegen calciumantagonist
Atriumfibrilleren	bètablokker
astma/COPD	diureticum
negroïde afkomst	1. calciumantagonist of diureticum 2. calciumantagonist én diureticum

ACE = angiotensine converted enzyme; ARB = angiotensine receptorblokkeerder; COPD = chronic obstructive pulmonary disease; DM = diabetes mellitus.

Aandachtspunten bij therapieresistente hypertensie

1. Evalueer therapietrouw. Hierbij kunnen thuis- of ambulante bloeddrukmetingen nuttig zijn. Bij de evaluatie wordt stoppen van antihypertensiva niet aanbevolen, vanwege het hoge cardiovasculaire risico.
2. Evalueer en intensiveer zo mogelijk behandeling van bijdragende leefstijlfactoren:
 - obesitas;
 - lichamelijke inactiviteit;
 - excessief alcoholgebruik;
 - hoge zoutinname: bepaal de 24-uurs excretie van natrium en creatinine in de urine om een indruk te krijgen van de zoutinname; beperking tot ≤ 100 mmol natrium (6 g natriumchloride) per dag wordt aanbevolen.
3. Stop of verminder (zo mogelijk) potentiële bloeddrukverhogers (paragraaf Bloeddrukbeoordeling).
4. Overweeg de mogelijkheid van secundaire hypertensie.¹⁵ Verwijs naar een internist bij verdenking op secundaire hypertensie als oorzaak van TRH.
5. Intensiveer de medicamenteuze behandeling door:
 - bevordering van de therapietrouw: therapietrouw neemt toe bij minder pillen, medicijnuitgifte middels een baxter, eenmaal daags toedienen van medicatie, frequente controles en thuisbloeddrukmeting;
 - toevoeging van spironolacton 12,5-50 mg/d aan de medicatie (bij bijwerkingen eventueel te vervangen door eplerenon) of amiloride 2,5-10 mg/d), wat vaak leidt tot een effectieve bloeddrukdaling; cave hyperkaliëmie, niet starten als serumkalium $> 5,0$ mmol/l.
6. Overweeg verwijzing naar een internist indien er een hoog risico op HVZ blijft bestaan en er gedurende > 6 maanden persisterende TRH bestaat bij:
 - patiënten jonger dan 65 jaar;
 - patiënten van 65 jaar en ouder, bij een SBD > 160 mmHg.

Het onderscheid naar leeftijd wordt gemaakt, omdat bij individuen ouder dan 65 jaar arteriële verstijving een steeds belangrijkere oorzaak wordt van systolische hypertensie en van TRH.