

Afgiftekantoor:
8500 Kortrijk 1, 2e Afd.

Bijlage aan de "Folia Pharmacotherapeutica"
Volume 31 - Nummer 12 - December 2004

CONSENSUS VERGADERING

6 mei 2004

Doelmatige behandeling van gecompliceerde hypertensie

Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
Comité voor de evaluatie van de medische praktijk inzake geneesmiddelen

Promotor

De Heer R. DEMOTTE, Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

en

Het Comité voor de Evaluatie van de Medische Praktijk inzake Geneesmiddelen

Voorzitter: M. VERMEYLEN

Vice-voorzitter: G. VERPOOTEN

Secretaris: H. BEYERS

Leden: P. BAEYENS, M. BAUVAL, A. BOURDA, M. BOUTSEN, D. BROECKX, P. CHEVALIER, M.-H. CORNELY, J. CREPLET, C. de GALOCSY, J. DE HOON, A. DUFOUR, Ph. EHLINGER, B. GEORGES, J. GERARD, H. HAERENS, F. JACOBS, P. LACOR, A. LECROART, J.-M. MELIS, H. PROESMANS, G. PUTZEYS, J.-Y. REGINSTER, G. SCHRAEPEN, W. SCHROOYEN, N. SCHUHMANN, C. SMETS, F. SUMKAY, L. VAN BORTEL, C. VAN DEN BREMT, O. VAN DE VLOED, P. VAN DURME, P. VAN HOORDE, R. VANSTECHELMAN, J. VOISEY, I. WIDERA.

Organisatiecomité

Voorzitter: G. VERPOOTEN

Secretaris: H. BEYERS (RIZIV)

Deskundigen: P. VAN DE BORNE en P. VAN DER NIEPEN

Leden: P. CHEVALIER, M. KORNITZER, F. SUMKAY, C. VAN DEN BREMT, O. VAN DE VLOED en J. VOISEY

RIZIV: M. DE FALLEUR, A. DE SWAEF, A. MENSAERT

Bibliografiegroep

Vakgroep Huisartsgeneeskunde
Universiteit Antwerpen

Praktische voorbereiding

H. BEYERS en D. VAN DEN BERGH, Beheerseenheid voor de Farmaceutische Verstrekkingen, Dienst voor Geneeskundige Verzorging, RIZIV

Verantwoordelijke uitgever: J. DE COCK, RIZIV, Tervurenlaan 211, 1150 Brussel

Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
Comité voor de Evaluatie van de Medische Praktijk inzake Geneesmiddelen

CONSENSUSVERGADERING

Doelmatige behandeling van gecompliceerde hypertensie

JURYRAPPORT

Brussel, 6 mei 2004

1. INLEIDING

Op donderdag 6 mei 2004 werd door het Belgisch Rijksinstituut voor Ziekte-en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) een consensusvergadering over het gebruik van geneesmiddelen georganiseerd. Het onderwerp was "Doelmatige behandeling van gecompliceerde hypertensie".

In 1999 vond reeds een eerste vergadering plaats rond het thema hypertensie. De bedoeling van de huidige vergadering is niet alleen een actualisering te brengen van de besluiten van de toenmalige consensus, maar heeft tevens een andere focus. Het organisatiecomité heeft verkozen om gespecialiseerde onderwerpen, zoals hypertensie tijdens de zwangerschap, niet te bespreken. De nadruk tijdens deze consensusvergadering zal gelegd worden op de op dit ogenblik belangrijke ziektebeelden die gepaard gaan met hypertensie, zoals diabetes, metabool syndroom, nierfalen, linkerventrikel hypertrofie, hartfalen, ischemisch hartlijden en cerebrovasculaire aandoeningen.

Een tweede reden voor de keuze van hypertensie tot onderwerp van deze consensusvergadering is de hoge kost van de antihypertensieve therapie. In het jaar 2003 besteedde de verzekering voor geneeskundige verzorging meer dan 330 miljoen euro aan de aflevering van antihypertensiva in de ambulante sector. De vergadering moet trachten een antwoord te formuleren op de vraag of deze uitgaven op een doelmatige wijze aangewend worden.

Het behoort tot de opdracht van het Comité voor de Evaluatie van de Medische Praktijk inzake Geneesmiddelen om dergelijke consensusvergaderingen tweemaal per jaar te organiseren. De consensusvergaderingen zijn bedoeld om de medische praktijk inzake geneesmiddelen in een bepaalde sector te evalueren en om aanbevelingen te formuleren ten behoeve van alle voorschrijvende artsen. Deze consensusvergadering is de elfde van een reeks.

Het RIZIV organiseert deze consensusvergaderingen volgens een bepaalde methodologie. Een multidisciplinaire jury stelt de richtlijnen op als antwoord op gestelde vragen. Hierbij baseert de jury zich enerzijds op een uitgebreid literatuuroverzicht gemaakt door de onafhankelijke bibliografiegroep. Alle relevante systematische reviews en meta-analyses werden getoetst op methodologische kwaliteit in twee stappen. Minimale criteria, zoals systematische zoekstrategie, vermelding van bronnen en gebruik van gerandomiseerde studies, fungeerden als filter. De weerhouden studies werden gescoord op methodologische kwaliteit op basis van bestaande criteria.

Anderzijds was er een openbare voorstelling van rapporten van deskundigen, die de beschikbare kennis samenvatte, gevolgd door een democratisch debat waarin elke deelnemer (jury en publiek) de gelegenheid had zijn standpunt samen te vatten.

De consensustekst (korte versie) behandelt de volgende aspecten:

- Niet-farmacologische maatregelen bij gecompliceerde hypertensie.
- Farmacologische maatregelen bij gecompliceerde hypertensie.
- Contra-indicaties en neveneffecten van antihypertensiva.
- Het opvolgen van de hypertensieve patiënt door de huisarts.
- Algemene conclusies.

De hiernavolgende tekst is de weergave van de besluiten van een multidisciplinaire onafhankelijke jury (**korte tekst**). Deze tekst geeft dus niet noodzakelijk het standpunt weer van de inrichter van de consensusconferentie, in casu het RIZIV of het Ministerie van Sociale Zaken.

De **volledige (lange) tekst** van de besluiten, het literatuuroverzicht en de teksten van de deskundigen kunnen worden aangevraagd bij Herman Beyers, RIZIV, Tervurenlaan 211, 1150 Brussel (faxnr. (02)739 77 11, e-mail consensus@riziv.fgov.be). De lange tekst kan ook worden geconsulteerd op de RIZIV-website (www.riziv.fgov.be: "Geneesmiddelen en andere..." – "Consensusvergaderingen").

2. SAMENSTELLING VAN DE JURY

De jury was als volgt samengesteld:

Vertegenwoordigers artsen

Peter Dieleman (huisarts)
Marcel Kornitzer (specialist) Voorzitter
Ivan Leunckens (huisarts) Vice-voorzitter
Fabienne Mestrez (specialist)
Philip Thibaut (huisarts)
Sylva Van Imschoot (specialist)

Vertegenwoordigers verzekeringsinstellingen

Heidi Goethals
Christine Petit

Vertegenwoordigers apothekers

Marleen Haems
Pascal Peeters

Vertegenwoordigers verpleegkundigen

An Van Wesenbeeck
Carine Verbelen

Vertegenwoordiger publiek

Jean-Pierre Willaert

Secretariaat tijdens de juryvergaderingen van 6 en 7 mei 2004

Johan De Haes
André De Swaef

Om tot richtlijnen te komen hanteerde de jury de volgende wetenschappelijke bewijsniveaus:

Niveau van bewijskracht I a: 1 of verschillende meta-analyses van voldoende kwaliteit, meerdere RCT's (Randomised Controlled Trials) van voldoende kwaliteit

Niveau van bewijskracht I b: 1 RCT van voldoende kwaliteit

Niveau van bewijskracht II: Meta-analyses of RCT's van onvoldoende kwaliteit of met contradictorische resultaten, andere studies dan RCT's (cohorten, case-studies, casussen) op basis van de evaluatie van de kwaliteit van de gegevens door de jury of de experts.

Niveau van bewijskracht III: Opnies van experts gebaseerd op de klinische ervaring, beschrijvende onderzoeken of rapporten van comité's van experts.

3. BESLUITEN

De jury komt, na studie van het literatuuroverzicht, het aanhoren van de uiteenzettingen van de deskundigen op de consensusvergadering van 6 mei 2004 en na beraadslaging, unaniem tot de volgende besluiten:

Gecompliceerde hypertensie, d.w.z. hypertensie samen met aandoeningen als diabetes en metabool syndroom of orgaanschade als nierinsufficiëntie, coronaire aandoeningen, hartinsufficiëntie, linkerventrikelhypertrofie of cerebrovasculaire aandoeningen,

- komt frequent voor
- heeft een slecht cardiovasculair risicoprofiel tot gevolg, waardoor medicamenteuze, naast niet-farmacologische aanpak, meestal van in het begin nodig is
- vraagt vaak combinatietherapie van meerdere antihypertensiva om de streefbloeddruk te bereiken. Dit maakt de discussie welk antihypertensivum als eerste keuze dient gebruikt te worden vaak overbodig. De jury doet hierover voorstellen in dit verslag.

Behandeling van - al dan niet gecompliceerde - hypertensie, is een belangrijk probleem

- voor de individuele patiënt
- voor de volksgezondheid
- voor het gezondheidszorgbudget.

Doelmatig behandelen van gecompliceerde hypertensie

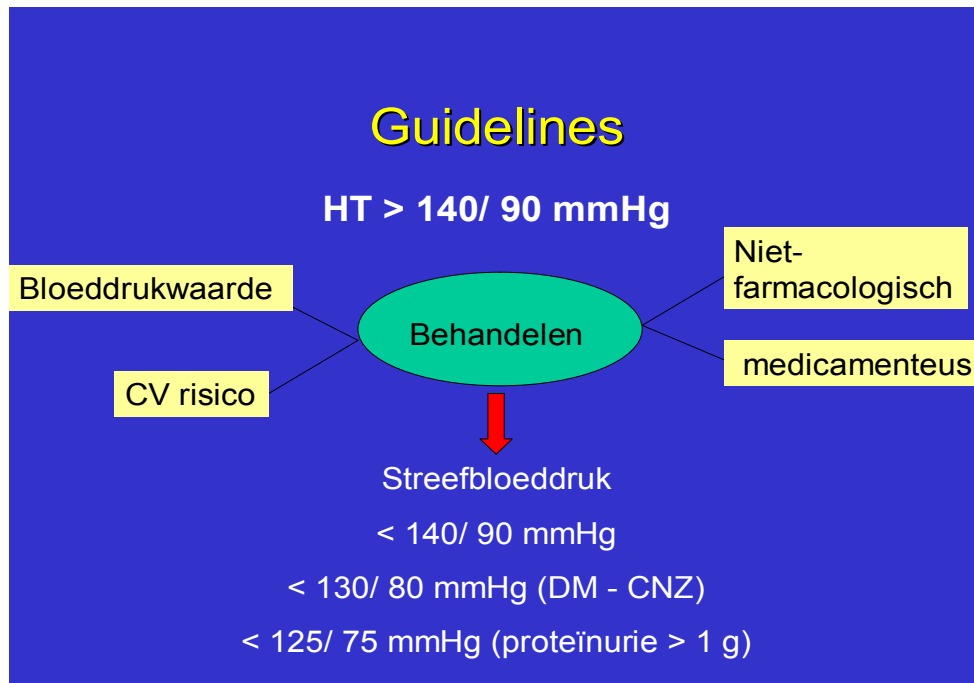
- dient te gebeuren in functie van bloeddrukwaarden én van cardiovasculair risico.
- vraagt altijd niet-farmacologische maatregelen,
- vraagt bijna altijd medicatie(s) van in het begin.

- streeft naar een bloeddrukwaarde

<ul style="list-style-type: none">→ <140/90 mmHg→ <130/80 mmHg bij diabetes en chronisch nierfalen,→ <125/75 mmHg bij proteinurie >1g/24 uur

Gezien de **richtlijnen van follow-up** van gecompliceerde hypertensie in de huisartsenpraktijk niet consistent zijn, zal de aanpak afhankelijk zijn van de patiënt, de pathologie en de bloeddrukcontrole. Nieuwe klinische studies en prospectieve gegevensregistratie in samenwerking met de wetenschappelijke verenigingen hieromtrent zijn wenselijk.

Intussen doet de jury duidelijke voorstellen.



3.1. Niet-farmacologische maatregelen

1. gelden **voor elke vorm** van **hypertensie**, ook 'gecompliceerde',
 - rookstop,
 - vermageren ingeval van overgewicht,
 - beperken van alcohol, van zout en verzadigd vet in de voeding,
 - verhogen van de groenten- en fruitconsumptie,
 - opvoeren van de fysische activiteit,
 - beperken van stress en
 - begeleiden van psychologische factoren zijn belangrijk.
2. bij diabetes is daarenboven een diabetes dieet noodzakelijk.
3. bij nierfalen
 - een strikt natriumarm dieet (<5g zout/24 uur)
 - een eiwit beperking (0,8 tot 1 g /kg/24 uur).
4. bij hyperlipidemie een aangepast vetarm dieet.

3.2. Farmacologische maatregelen

Besluit van de jury rond medicamenteuze behandeling van 'gecompliceerde' hypertensie.

a) Diabetes

1. Medicatie is meestal nodig van bij het starten van de behandeling.
2. Monotherapie is vaak onvoldoende. Meerdere (2, 3 en zelfs meer) geneesmiddelen gelijktijdig zijn vaak nodig om de streefwaarde van 130/80 mmHg zoveel mogelijk te bereiken (niveau I a).
3. Naargelang de situatie geeft de jury voorkeur aan volgende volgorde van producten:

Diabetes type 1	
zonder microalbuminurie	<ol style="list-style-type: none">1. thiazidediureticum (niveau I a: co-amilozide, chlorthalidone)2. en/of ACE-I (niveau I a: ramipril, captopril, enalapril, fosinopril)3. of sartanen (niveau I a: losartan, irbesartan) bij intolerantie voor ACE-I4. en/of beta-blokkers (niveau I a: atenolol)5. en/of calciumantagonisten (niveau I a: nifedipine, nisoldipine, nitrendipine, amlodipine)
met microalbuminurie of nierfalen	<ol style="list-style-type: none">1. ACE-I (niveau I a: captopril)2. of sartanen (niveau III: losartan) zeker bij intolerantie voor ACE-I3. + diuretica<ul style="list-style-type: none">• indien creatinineklaring > 40 ml/min: thiazide• indien creatinineklaring < 40 ml/min: lisdiureticum4. + beta-blokkers5. en/of calciumantagonisten

Diabetes type 2	
zonder nierfalen	<ol style="list-style-type: none"> 1. thiazidediureticum (niveau I a: co-amilozide, chlorthalidone) 2. en/of ACE-I (niveau I a: ramipril, captopril, enalapril, fosinopril) 3. of sartanen (niveau I a: losartan, irbesartan) bij intolerantie voor ACE-I 4. en/of beta-blokkers (niveau I a: atenolol) 5. en/of calciumantagonisten (niveau I a: nifedipine, nisoldipine, nitrendipine, amlodipine)
met nierfalen	<ol style="list-style-type: none"> 1. ACE -I (niveau I a: ramipril) zeker indien reeds genomen tevoren 2. en/of sartanen (niveau I a: losartan) 3. + diuretica: <ul style="list-style-type: none"> • indien creatinineklaring > 40 ml/min: thiazide • indien creatinineklaring < 40 ml/min: lisdiureticum 4. + beta-blokkers 5. en/of calciumantagonisten

Metabool syndroom	(geen uitspraak mogelijk over het niveau van evidentie; volgens mening van de deskundige en naar analogie met diabetes type 2; niveau III)
	<ol style="list-style-type: none"> 1. thiazidediureticum 2. en/of ACE-I 3. (of sartanen bij intolerantie voor ACE-I) 4. en/of beta-blokkers 5. en/of calciumantagonisten

b) Niet-diabetisch nierfalen

<p>Niet-diabetisch nierfalen</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cave! Dosisaanpassing kan nodig zijn voor wateroplosbare geneesmiddelen: ACE-I: cilazapril, lisinopril, perindopril, ramipril Beta-blokkers: acebutolol, atenolol, celiprolol, nadolol, nebivolol, sotalol 2. Effect dihydropyridines op proteïnurie is controversieel! 3. Sartanen zijn niet superieur aan ACE-I, kunnen gebruikt worden bij intolerantie voor ACE-I of in associatie met ACE-I in full-dose bij persisteren van proteïnurie 4. Cave! Hyperkaliëmie bij gebruik van ACE-I en sartanen
<p>Nierlijden zonder proteïnurie: alle antihypertensiva zijn even effectief</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. thiazidediuretica en aanverwanten 2. en/of ACE-I 3. (of sartanen bij intolerantie voor ACE-I) 4. en/of beta-blokkers 5. en/of calciumantagonisten
<p>Met proteïnurie</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ACE-I in full-dose (of sartanen bij intolerantie voor ACE-I) 2. + thiazidediureticum bij GFR > 40 ml/min/1.73m² of + lisdiuretica bij GFR < 40 ml/min/1.73m² 3. + sartaan of niet-dihydropyridine bij persisteren van proteïnurie > 1g/24 uur 4. + naargelang bijkomende karakteristieken patiënt of voorkeur arts <ul style="list-style-type: none"> • en/of beta-blokkers • en/of centraalwerkende • en/of alfa-blokkers
<p>Daarenboven:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • statines • ASA, ticlopidine of clopidogrel • Stop NSAID e.a. nefrotoxische stoffen • Cave jodiumbevattende contrastmiddelen

c) Linker ventrikel hypertrofie

Linker ventrikel hypertrofie	De regressie van LVH is vergelijkbaar voor diuretica, beta-blokkers, calciumantagonisten en ACE-I. Losartan lijkt wel een meer uitgesproken regressie van LVH te geven dan atenolol, maar er is enkel een significante vermindering van CVA aangetoond (niveau II). T.o.v. ACE-I echter hebben sartanen tot nog toe weinig 'bewezen'.
	<ol style="list-style-type: none"> 1. thiazidediureticum 2. en/of ACE-I 3. (of sartanen bij intolerantie voor ACE-I) 4. en/of beta-blokkers 5. en/of calciumantagonisten

d) Coronaire insufficiëntie

Coronaire insufficiëntie	Er bestaat geen harde evidentie over de behandeling van hypertensie gecompliceerd met coronaire insufficiëntie. De behandeling dient gericht te zijn op het voorkomen van nieuwe ischemische events.
	<ol style="list-style-type: none"> 1. beta-blokkers (ook zonder hypertensie) (niveau I b) 2. en/of ACE-I 3. (of sartanen bij intolerantie voor ACE-I) 4. en/of thiazidediureticum 5. en/of calciumantagonisten
Bij acuut coronair event:	<ul style="list-style-type: none"> • ACE-I (ook zonder hypertensie) (niveau I b)
Bijkomende secundaire preventie met:	<ul style="list-style-type: none"> • Statines bij TC>190 mg/dl of LDL>100 mg/dl (niveau I a) • Simvastatine zelfs zonder 'hyperlipidemie' (niveau I b) • Acetylsalicylzuur in lage dosis (75 – 150 mg) (niveau I a) • Clopidogrel of ticlopidine 1 jaar na AMI

e) Hartfalen

Hartfalen	De 4 klassen geneesmiddelen (diuretica, beta-blokkers, ACE-I en anti-aldosterone preparaten) gebruikt bij de behandeling van hartfalen hebben tevens een antihypertensief effect.
	<ol style="list-style-type: none">1. ACE-I2. (of sartanen bij intolerantie voor ACE-I)3. en/of (thiazide)diureticum4. en/of beta-blokkers5. en/of spironolactone
Bij acuut hartfalen:	<ul style="list-style-type: none">• lisdiuretica

f) Cerebrovasculaire accidenten (CVA)

Cerebrovasculaire accidenten (CVA)	<ul style="list-style-type: none">• bij recent CVA hypertensie NIET behandelen; zeker geen calciumantagonisten (SL) en clonidine (IM)• in primaire preventie hypertensie behandelen (niveau I a)• in secundaire preventie geen evidentie, best toch behandelen (niveau III)• geen argumenten voor aanpak verschillend van standaard hypertensie behandeling (niveau I b)
	<ol style="list-style-type: none">1. diureticum : (niveau I b : indapamide)2. + ACE-I : (niveau I b : perindopril)3. (of sartanen bij intolerantie voor ACE-I)4. en/of beta-blokkers5. en/of calciumantagonisten

3.3. Contra-indicaties en neveneffecten van 'antihypertensiva' (met vermelding van de guidelines, die ze opgeven)

a) Contra-indicaties

<p>Bètablokkers Bronchiaal astma, AV Blok van de 2^{de} of de 3^{de} graad (ESH, ANAES, WHO, BHS)</p>
<p>Niet-DHP calciumantagonisten AV Blok van de 2^{de} of de 3^{de} graad (ESH, ANAES, BHS) Congestief hartfalen (ESH, WVVH, WHO, BHS, Can)</p>
<p>ACE-remmers, Sartanen Zwangerschap (ESH, ANAES, WVVH, WHO, BHS) Hyperkaliëmie (ESH, OMS) Bilaterale stenose van de arteria renalis of stenose bij unieke nier (ESH, ANAES, WVVH, CBO, WHO, BHS, Can)</p>
<p>Anti-aldosteronen Nierinsufficiëntie (ESH) Hyperkaliëmie (ESH)</p>

b) Neveneffecten

<p>Diuretica Impotentie (ANAES, CBO, WVVH) Pollakisurie (ANAES) Asthenie (ANAES) Hypokaliëmie (CBO, WVVH) Ventriculaire aritmieën (WVVH) Glucose intol. (CBO, WVVH) Hyperuricemie (ANAES, CBO) Hypercholesterolemie (CBO)</p>	<p>Calciumantagonisten Flush (ANAES, CBO, WVVH) Hoofdpijn (ANAES, WVVH) Tachycardie (CBO, WVVH) Oedemen (ANAES, CBO, WVVH) Constipatie (verapamil) (ANAES, CBO, WVVH)</p>
<p>Bètablokkers Koude ledematen (ANAES, CBO) Bronchospasmen (CBO) Asthenie, impotentie (ANAES, CBO) Slapeloosheid, nachtmerries (ANAES) Darmproblemen (ANAES)</p>	<p>ACE-remmers >> Sartanen Droge hoest (ANAES, CBO, WVVH) Angioneurotisch oedeem (ANAES, WVVH) Dysgeusie (CBO) Hyperkaliëmie bij nierinsufficiëntie (ANAES)</p>

3.4. Het opvolgen van de hypertensieve patiënt door de huisarts

Wat **specifieke onderzoeken** van de patiënt met gecompliceerde hypertensie betreft adviseert de jury, bij gebrek aan eensluidende literatuurgegevens, in navolging van de deskundige :

Als **screening** (niveau I b)

- een EKG
- een echocardiografie
- een bloedonderzoek : creatinine, glycemie, lipiden, ionogram
- micro albuminurie

Als **follow-up** door de huisarts,

na de initiële fase, tijdens welke minimaal maandelijkse controles nodig zijn tot het bereiken van de streefwaarden.

1. een controle alle 3 tot 6 maanden (niveau II) (met een lichte voorkeur voor 6 maanden; hiertoe is een hoger niveau van evidentie nodig) (het belang van zelfmeting door patiënt moet eveneens nog uitgeklaard worden)
2. vooral bij patiënten jonger dan 75, die maar 1 geneesmiddel nemen kan een step-down aanpak overwogen worden (niveau I b)
3. bij therapieweerstand moet een herevaluatie en eventueel een specialistisch consult overwogen worden (niveau II)
4. een jaarlijkse globale herevaluatie (niveau II) (zie verder)
5. een betere implementatie van aanbevelingen is een uitdaging voor de hele medische wereld (niveau I b)

Als **jaarlijkse globale herevaluatie** wordt voorgesteld:

- Herevaluatie cardiovasculair risicoprofiel
 - Anamnese
 - beperkt labo (zie verder: staging labo)
 - bloeddruk metingen

- Herevaluatie orgaanschade
 - EKG,
 - nierfunctie,
 - (echocardiografie)
 - (funduscopie)

- Herevaluatie gecombineerde pathologie
 - specifieke onderzoeken,
 - ook specialistisch

- Staging Labo
 - Urine eiwit – microalbuminurie
 - serum creatinine (berekenen klaring)
 - nuchtere glycemie
 - Totaal chol, HDL-chol, LDL-chol, TG
 - Facultatief: K, urinezuur

3.5. Algemene conclusies

Uit de beperkte Belgische beschikbare gegevens blijkt dat hypertensie en in het bijzonder gecompliceerde hypertensie vaak onderbehandeld is. Hieruit volgt een belangrijke taak voor het medische corps.

De aanpak van gecompliceerde hypertensie is een multidisciplinair gebeuren en vraagt een intense samenwerking met taakafspraken tussen de huisarts en de andere hulpverleners zoals - naargelang de pathologie - de diabetoloog, de nefroloog, de cardioloog, de neuroloog, de diëtist, e.a.

Gezien de beperkte bestaande Belgische epidemiologische gegevens is het opstarten van een degelijke epidemiologische studie wenselijk zowel betreffende de prevalentie van gecompliceerde (en van niet-gecompliceerde) arteriële hypertensie als van de aanpak ervan en zijn resultaten.

Gezien de hoge frequentie van voorkomen in de Belgische bevolking van hypertensie en andere cardiovasculaire risicofactoren zoals diabetes, metabool syndroom, overgewicht, roken, verkeerde voedingsgewoonten, tekort aan beweging, hyperlipidemie, stelt de jury dat de bevoegde overheden en alle mogelijke betrokken organisaties, beroepsbeoefenaars en maatschappelijke actoren de preventie van deze risicofactoren met alle mogelijke middelen dienen te bevorderen. Adequate preventieprogramma's dienen hiertoe uitgewerkt te worden. Deze programma's dienen de bevolking vanaf een zo jong mogelijke leeftijd te benaderen, bvb. via leerprogramma's in de scholen.

Voor deze preventie dienen de nodige financiële middelen te worden voorzien. Op termijn zal dit de individuele gezondheid, de volksgezondheid en het gezondheidszorgbudget ten goede komen.

De jury beseft dat de therapietrouw van de patiënt, zowel bij het volgen van de niet-farmacologische maatregelen als bij het medicatiegebruik, niet altijd even groot is. Hieruit besluit de jury dat adequate begeleiding van de patiënt een belangrijke taak is voor alle betrokken zorgverstrekkers.

Tot slot drukt de jury van deze Consensusconferentie de hoop uit dat dit verslag kan bijdragen tot een meer rationeel voorschrijven van 'antihypertensiva' en vooral van een meer "Doelmatige behandeling van gecompliceerde hypertensie".