

Per 1 november 1992
heeft het redactie-bureau van het Geneesmiddelenbulletin
een nieuw onderkomen gevonden aan de

Lomanlaan 85
3526 XC Utrecht

Tel.: 030 - 80 26 60
Fax : 030 - 80 23 88

48 **MEDICAMENTEUZE BEHANDELING VAN PSYCHIATRISCHE - EN GEDRAGSSTOORNISSEN BIJ HET DEMENTIESYNDROOM (1)**

PRIKBORD

NIEUWE GENEESMIDDELEN

48 Calcipotriol (Daivonex[®]) bij psoriasis vulgaris
49 Roxatidine (Roxit[®]) H₂-receptorblokkerend antihistaminicum

LET OP!

49 Lareb
Gynaecomastie door cimetidine
β-blokkers en psoriasis

MAGISTRAAL

50 Lotio Kummerfeldi uit de tijd

FTO

50 Rationeel voorschrijven leidt niet altijd tot uniform voorschrijven

KOSTE-WAT-HET-KOST?

51 De hoge prijs van geneesmiddelen bij Aids

GVS IN HET KORT

51 Wijzigingen per 1 oktober 1992

BOEKENPLANK

52 Cara

MEDICAMENTEUZE BEHANDELING VAN PSYCHIATRISCHE- EN GEDRAGSSTOORNISSEN BIJ HET DEMENTIESYNDROOM (I)*

Inleiding

Ongeveer 5% van de bevolking boven de leeftijd van 65 jaar en 20% boven de 80 jaar lijdt aan een vorm van dementie. Dementie is geen ziekte maar een syndroom, gekenmerkt door een globale deterioratie van cognitieve functies bij een intact bewustzijn. Dementie kan bij een groot aantal ziektebeelden optreden.¹ Meer dan 50% wordt veroorzaakt door de ziekte van Alzheimer. Voor patiënten met een primair degeneratief dementiesyndroom, zoals de ziekte van Alzheimer of van Pick, is tot op heden geen causale behandeling voorhanden. Ongeveer 20% is het gevolg van een cerebrovasculaire aandoening (multi-infarct dementie). Bij patiënten met multi-infarct dementie kan een gunstig effect op het beloop van de dementie worden bewerkstelligd door optimalisering van de cardiovasculaire conditie. In de restgroep bevinden zich vele, in principe behandelbare ziekten die gepaard kunnen gaan met een dementiesyndroom of verschijnselen die daar op lijken, zoals een subduraal hematoom, een depressief syndroom, schildklieraandoeningen, vitaminedeficiënties en aandoeningen ten gevolge van het gebruik van psychoxische geneesmiddelen. De behandeling van dit onderliggend lijden leidt echter maar in een beperkt aantal gevallen tot teruggang van het dementiesyndroom.²

Van een dementiesyndroom is sprake als aan de volgende criteria wordt voldaan.

- Geheugenstoornis.
- Eén van de volgende stoornissen:
 1. in abstract denken en oordeelsvermogen;
 2. fatische, gnostische, praxis-stoornissen;
 3. verandering van persoonlijkheidskenmerken.
- Een toestand waarin de genoemde stoornissen de tot dan toe normale beroepsuitoefening en sociale relaties verhinderen.

Naast deze primaire symptomen, treden vaak ook secundaire symptomen op.³ Hiertoe worden gerekend:

Syndroomaal psychiatrische aandoeningen, zoals een psychose (al dan niet in het kader van een delier), een depressief syndroom en een angststoornis.

Gedragsstoornissen, zoals agitatie (zowel motorisch als verbaal/vocaal), agressie (zowel handelend als verbaal), negativisme, ontremming (eetgedrag, seksueel), claimend gedrag, prikkelbaarheid, dominant gedrag, zwerfgedrag, decorumverlies en slapeloosheid.

Een gedragsstoornis bij een dementerende is niet altijd een symptoom van het dementiesyndroom. Een dementerende kan ook gemakkelijk in psychische problemen komen door psychiatrische aandoeningen anders dan de

dementie, veranderde psychosociale omstandigheden, somatische aandoeningen en iatrogene factoren.

Als een gedragsstoornis duidelijk niet het gevolg is van het dementiesyndroom, dan dient de behandeling uiteraard in eerste instantie gericht te zijn op het oplossen van de onderliggende problematiek. Zorgvuldige diagnostiek leidt vaak tot een multidisciplinaire aanpak en een pluriforme behandeling.⁴ In deze behandeling is maar beperkt plaats voor psychofarmaca. Dit bulletin geeft aan, welke middelen hierbij de voorkeur verdienen.

Men kan de geneesmiddelen die worden gebruikt als volgt onderverdelen:

1. NEUROLEPTICA (antipsychotica)
2. ANXIOLYTICA EN HYPNOTICA (benzodiazepinen)
3. ANTIDEPRESSIVA
4. OVERIGE MIDDELEN

Neuroleptica worden het vaakst toegepast. In een Amerikaans onderzoek bij 1276 opgenomen dementerende patiënten gebruikte 44% een neurolepticum, 10% een anxiolyticum en 11% een antidepressivum.⁵ In een Nederlands onderzoek bij 250 psychogeriatrische verpleeghuispatiënten (waarvan 96% leed aan een dementiesyndroom) gebruikte 32% een neurolepticum, 11% een anxiolyticum en 6% een antidepressivum.⁶ ■

Neuroleptica (antipsychotica)

Farmacologie. Hoewel de klinische relevantie van de receptorbindingstheorie niet volledig duidelijk is, is dit tot op heden de best onderbouwde verklaring voor de antipsychotische werking en het verschil in bijwerkingen tussen de diverse middelen. Alle neuroleptica antagoniseren cerebrale dopaminereceptoren. In het algemeen is men het erover eens dat bij equivalente antipsychotische doseringen geen middel met betrekking tot het antipsychotisch effect superieur is boven een ander.

Neuroleptica zijn niet alleen dopaminereceptor-antagonisten. In onderling sterk verschillende mate antagoniseren zij ook andere gedragsbepalende neurotransmitters, zoals serotonine, noradrenaline, histamine en acetylcholine. Deze verschillen in receptorblokkade bepalen welke bijwerkingen bij een gelijkwaardig antipsychotisch effect zullen optreden.⁷ Tabel 1 geeft een overzicht van de samenhang tussen receptorblokkade, klinisch effect en bijwerkingen.

Middelen met een sterke blokkade van de dopamine-receptor (haloperidol, broomperidol, fluspirileen en pimozide) zijn goede antipsychotica, maar veroorzaken tevens vaak en sneller extrapyramidale bijwerkingen. Deze laatste vormen echter een bruikbaar instrument, omdat ze wijzen op een te hoge dosering. Een juiste individuele antipsychotische dosering is met behulp van de 'neuroleptische drem-

*Mw M.A.J.H. Willekens-Bogaers, onder medeverantwoordelijkheid van de redactiecommissie

1. KLINISCH EFFECT EN BIJWERKINGEN IN RELATIE TOT RECEPTORBLOKKADE		
receptorblokkade	klinisch effect	bijwerkingen
dopamine	antipsychotisch	extrapiramidale bijwerkingen galactorroe, gynaecomastie
serotonine	gedragsregulerend slaapregulerend	gewichtstoename
noradrenaline	onverschilligheid	onverschilligheid, (orthost.) hypotensie, seksuele stoornissen
histamine	hypnosedatie	hypnosedatie
acetylcholine	—	psychose, obstipatie, urineretentie, visusstoornissen, tachycardie

pel' vast te stellen. Deze drempel is bereikt als tijdens zorgvuldig en langzaam verhogen van de dosis voor het eerst verschijnselen van parkinsonisme (tandradfenomeen, lichte rigiditeit en hypokinesie) worden waargenomen.⁸ Een hogere dosis leidt slechts tot ernstig parkinsonisme, maar niet tot een verdere verbetering van het antipsychotisch effect. Het (profylactisch) toedienen van anticholinergica om parkinsonachtige bijwerkingen te doen verminderen is hierbij niet aangewezen. Wanneer ernstig parkinsonisme optreedt bij een dosering die onvoldoende antipsychotisch werkt, of wanneer het patiënten betreft die reeds parkinsonisme hadden voor de aanvang van de behandeling, kan het gebruik van atypische neuroleptica, zoals sulpiride of remoxipride, tot een beter resultaat leiden.⁹

Middelen met een uitgesproken blokkade van de serotonine-receptor (vnl. pipamperon) zijn effectief gebleken bij de bestrijding van gedragsstoornissen, zoals agressie en negativisme. In hoeverre zij in deze superieur zijn boven selectieve dopaminereceptor-antagonisten is niet duidelijk. Zij genieten bij deze indicatie een lichte voorkeur vanwege de geringere kans op extrapiramidale bijwerkingen.¹⁰ Pipamperon kan tevens regulerend werken bij stoornissen in het slaap-/waakritme.¹¹ Pipamperon heeft bovendien een noradrenerg effect.¹²

Blokkade van de noradrenalinereceptor (vooral klinisch relevant bij thioridazine, chloorpromazine, periciazine, zuclopentixol) veroorzaakt onverschilligheid. Dit kan in de acute fase van een stoornis therapeutisch gewenst zijn. In de chronische fase kan het juist belemmerend gaan werken, omdat het dan de patiënt demotiveert om verbetering in zijn/haar situatie aan te brengen. Blokkade van de noradrenalinereceptor veroorzaakt ook (orthostatiese) hypotensie met alle gevolgen van dien, zoals valpartijen.

Blokkade van de histaminereceptor leidt tot hypnosedatie (sufheid, slaperigheid), hetgeen zelden in het belang van de patiënt zelf is, veeleer in dat van zijn directe omgeving. Bij de bejaarde patiënt kan het zelfs leiden tot toename van de psychotische verschijnselen, zoals verwardheid en agitatie, aangezien hypnosedatie leidt tot sensore deprivatie, waardoor de patiënt steeds meer de greep op de

realiteit verliest. Hypnosedatie moet niet worden verward met demping. Demping vormt een integraal onderdeel van het antipsychotisch effect, is primair in het belang van de patiënt en resulteert in de gewenste reductie van agitatie, agressie en psychomotore opwinding. Alle neuroleptica dempen bij een equivalente dosering even sterk.

Blokkade van de acetylcholinereceptor kan als ongewenst neveneffect optreden. De effecten op het gedrag zijn averechts: psychosen kunnen worden geïnduceerd. Vooral bij dementerende bejaarden die al een cerebrale acetylcholine-depletie hebben, welke vermoedelijk verband

houdt met het cognitieve functieverlies, wordt over het algemeen geadviseerd om antipsychotica te gebruiken zonder sterke anticholinerge component.¹⁰ Tevens kunnen urineretentie, obstipatie en tardieve dyskinesie optreden of verergeren.

Onderzoek bij dementerenden in een psychogeriatrisch verpleeghuis naar het therapeutisch effect en de bijwerkingen van verschillende neuroleptica heeft bevestigd, dat selectie van middelen op grond van receptorbindingsprofielen een goede voorspellende waarde had met betrekking tot de te verwachten bijwerkingen.⁶ Met name de geriatrische patiënt, bij wie de genoemde bijwerkingen sterk invaliderend kunnen werken, is gebaat met een pakket veilige neuroleptica. Dat wil zeggen middelen met minimale anticholinerge en hypnosedatieve effecten. Ook extrapiramidale en hypotensieve bijwerkingen zijn slechts in geringe mate acceptabel. Fenothiazinen, zoals alimemazine, chloorpromazine, levomepromazine en thioridazine en het middel clozapine zijn zowel sterk anticholinerg als hypnosedatief en dienen te worden vermeden.

Farmacokinetiek. Neuroleptica verschillen in resorptie, cerebrale penetratie en halveringstijd. De individuele spreiding van deze waarden is vooral bij ouderen zeer groot. Desalniettemin zal men in de acute fase de voorkeur geven aan middelen met een snelle cerebrale penetratie, zoals haloperidol en droperidol. Wanneer een kortdurend effect gewenst is kiest men voor droperidol, het enige neurolepticum met een zeer korte halveringstijd. Voor de onderhoudstherapie geeft men de voorkeur aan een middel met een trage absorptie en een lange halveringstijd om een zo vlak mogelijke plasma- en liquorspiegel te krijgen, waardoor er minder kans is op bijwerkingen (broomperidol en pimozide).¹² Er dienen zo min mogelijk actieve metaboliëten te worden gevormd. De selectiviteit en activiteit van metaboliëten kunnen dermate afwijken van die van de moederstof, dat men in feite polypragmasie bedrijft, waarbij de verhouding van de componenten individueel ook nog sterk kan verschillen.¹² Fenothiazinen, zoals chloorpromazine, levomepromazine en thioridazine, hebben een zeer groot aantal al dan niet actieve metaboliëten. Zuclopentixol, haloperidol en broomperidol zijn voorbeelden van

neuroleptica, waarvan de metaboliëten niet of nauwelijks bijdragen tot het klinisch effect.

Neuroleptica zijn over het algemeen relatief veilig wanneer het om intoxicaties gaat. Levensbedreigende situaties zijn zeldzaam en komen eigenlijk alleen voor in combinatie met andere sedativa (thioridazine uitgezonderd, gezien de cardiotoxiciteit van dit middel). Een additief hypnosedatief effect is te verwachten bij combinatie met andere sedativa en alcohol. Versterking van het hypotensief effect bij combinatie met andere antihypertensiva en versterking van het anticholinerg effect bij combinatie met andere anticholinergica (antiparkinsonmiddelen en spasmolytica) kunnen ook optreden.¹⁰

Klinische toepassing. Neuroleptica zijn werkzaam bij alle psychotische syndromen, ongeacht hun etiologie of diagnose, dus ook bij psychotische verschijnselen in het kader van een dementiesyndroom. Daarnaast hebben zij hun waarde bewezen bij agitatie, agressie, negativisme, ernstige angst, slaapproblemen, emotionele labiliteit en prikkelbaarheid, symptomen die bij een psychose kunnen voorkomen.^{6 13 14 15}

Psychomotore agitatie is beter te behandelen dan verbale/vocale agitatie ofwel aanhoudend roep- en schreeuwgedrag. Voor deze laatste stoornis is nog geen goed middel voorhanden, hetgeen betreurenswaardig is, aangezien hiervoor in het algemeen weinig tolerantie bij de omgeving bestaat. Neuroleptica zijn niet specifiek werkzaam bij dominant, claimend of zwervend gedrag. Zij worden daarbij toch ingezet om het gedrag weer enigszins hanteerbaar te maken. Men maakt gebruik van het hypnosedatieve effect van deze middelen met als doel de stoornis in intensiteit wat af te zwakken. Gezien het grote risico van een dergelijke behandeling dient men alleen met lage doses te werken. Seksuele ontremming reageert soms goed op een behandeling met neuroleptica. Decorumverlies, on sociaal gedrag en zelfverwaarlozing zijn met neuroleptica niet te behandelen.¹⁴

Succespercentages van behandelingen met neuroleptica bij dementerenden lopen uiteen van 0-75%. Soms wordt zelfs een negatieve therapie reactie gemeld.^{5 16 17} In een Nederlands psychogeriatrisch verpleeghuis met 250 patiënten leverde een pakket neuroleptica, bestaande uit de vijf relatief veilige middelen haloperidol, broomperidol, pipamperon, droperidol en zuclopentixol, bij onderhoudsbehandeling een succespercentage op van 69%. De doel-symptomen waren verdwenen of gereduceerd tot een

goed hanteerbaar niveau. Alleen parkinsonisme trad bij de gebruikers veel vaker op dan bij een controlegroep verpleeghuispatiënten. Dit beperkte zich overwegend tot een milde vorm die geen aanleiding vormde tot verslechtering van de mobiliteit of verhoging van de valfrequentie.⁶

Dosering en toedieningsvorm. Voor de behandelstrategie geldt het advies: 'start low, go slow'. De dosis wordt langzaam verhoogd met een interval van drie tot vijf dagen, op geleide van de 'neuroleptische drempel' en andere bijwerkingen. Men moet er rekening mee houden dat het antipsychotisch effect pas na een aantal dagen tot weken merkbaar wordt. De onderhoudsdosis dient regelmatig te worden geëvalueerd, waarbij gestreefd moet worden naar de minimaal effectieve dosis. De meeste neuroleptica, met uitzondering van droperidol, hebben een zo lange halveringstijd dat met een doseringsfrequentie van een- tot tweemaal daags kan worden volstaan. Depotneuroleptica dienen uitsluitend te worden gebruikt wanneer de dagelijkse toediening zeer veel problemen oplevert. Soms volstaat het tabletten fijn te maken, of capsules te openen. De druppelvorm is het handigst en biedt bovendien, vooral bij een lage dosisbehoefte, de beste mogelijkheden voor individuele dosering. ■

Conclusie en samenvatting

Psychofarmaca vinden op grote schaal toepassing bij de demente patiënt. De keuze voor een bepaald geneesmiddel wordt vaak niet op rationele grond gemaakt. Soms lijkt het erop dat vooral de hulpverleners gebaat zijn bij een 'rustige' patiënt. Men gaat dan echter voorbij aan de vele bijwerkingen van psychofarmaca waar bejaarden vaak nog gevoeliger voor zijn dan jongere patiënten. Als neurolepticum moeten de sterk anticholinerge fenothiazinen worden vermeden. Daarnaast moet men bij neuroleptica altijd beducht zijn op extrapiramidale bijwerkingen.

Angst voor de vele bijwerkingen van psychofarmaca kan echter ook leiden tot onderbehandeling. Rationeel gebruik van psychofarmaca kan een waardevolle bijdrage leveren aan de kwaliteit van zowel het leven van de dementerende als dat van zijn/haar directe verzorgers. In het algemeen geldt dat bij de demente patiënt lage doseringen volstaan. ■

GLOBALAAL ADVIES MET BETREKKING TOT START- EN ONDERHOUDSDOSIS

stofnaam	merknaam®	startdosis	onderhoudsdosis
Neuroleptica			
broomperidol	Impromen	0,5 mg	0,5-5 mg/dag
droperidol	Dehydrobenzperidol	2,5 mg	n.v.t.
fluspirileen	Imap	0,5 mg/week	0,5-4 mg/week
haloperidol	Haldol, Haloperidol (merkloos, div. fabr.) Haloperidol inj. vlst FNA	0,5 mg	0,5-5 mg/dag
pimozide	Orap	0,5 mg	0,5-2 mg/dag
pipamperon	Dipiperon	10 mg	20-160 mg/dag
sulpiride	Dogmatil	100 mg	100-200 mg/2 dd
zuclopentixol	Cisordinol	2 mg	2-12 mg/dag

Dit is het eerste van twee artikelen over de medicamenteuze behandeling van psychiatrische - en gedragsstoornissen bij het dementiesyndroom. Het tweede deel zal in december 1992 worden gepubliceerd. Hierin zullen de anxiolytica, hypnotica, antidepressiva en overige middelen worden behandeld.

Trefwoorden: dementiesyndroom; neuroleptica bij -

Stofnaam	Merksnaam®
Neuroleptica	
alimemazine	Nedeltran
chloorpromazine	Largactil, Chloorpromazine (merkloos, div.fabr.)
clozapine	Leponex
levomepromazine	Nozinan
periciazine	Neuleptil
remoxipride	Roxiam
thioridazine	Melleril, Melleretten

Literatuurreferenties

- Schulte BPM. Consensus diagnostiek bij het dementiesyndroom. Ned Tijdschr Geneesk 1989; 133: 981-985.
- Clarfield AM. The reversible dementias: do they reverse? Ann Intern Med 1988; 109: 476-486.
- Stam FC et al. Dementie. Bohn, Scheltema & Holkema, Utrecht 1985.
- Bruyne GA de, Meyboom-de Jong B, Muskens JB et al. NHG-standaard Dementiesyndroom. Huisarts Wet 1991; 34: 598-607.
- Devanand DP, Sackheim HA, Mayeux R. Psychosis, behavioural disturbance and the use of neuroleptics in dementia. Compr Psychiatry 1988; 29: 387-401.
- Willekens-Bogaers MAJH, Smits GWJM. Neuroleptica in de psychogeriatric. Evaluatie van een behandelvoorstel. Tijdschr Gerontol Geriatr 1990; 21: 99-107.
- Wielink PS van, Leysen JE. Farmacologische keuzecriteria voor neuroleptica. TGO 1983; 8: 1984-1997.
- McEvoy JP, Stiller RL, Farr R. Plasma haloperidol levels drawn at neuroleptic threshold doses: a pilot study. J Clin Psychopharmacol 1986; 6: 133-138.
- Den Boer JA, Verhoeven WMA, Westenbergh HGM. Atypical neuroleptics in the treatment of schizophrenic psychosis. New Trends Exp Clin Psychiatr 1988; 4: 47-55.
- Moleman P, Peplinkhuizen L. Praktische Psychofarmacologie. Wetenschappelijke Uitgeverij Bunge, Utrecht 1987.
- Ansoms C, De Backer-Dierick G, Vereecken JLT. Sleep disorders in patients with severe mental depression: Double-blind placebocontrolled evaluation of the value of pipamperone (Dipiperon®). Acta Psychiatr Scand. 1977; 55: 116-122.
- Willekens-Bogaers MAJH, Vollaard E.J. Neuroleptica in de psychogeriatric. Een voorstel voor een rationeler voorschrijfbeleid. Tijdschr Gerontol Geriatr 1985; 16: 179-189.
- Leibovici A, Tariot PN. Agitation associated with dementia: a systematic approach to treatment. Psychopharmacol Bull 1988; 24: 49-53.
- Risse SC, Barnes R. Pharmacologic treatment of agitation associated with dementia. JAGS 1986; 34: 368-376.
- Salzman C. Treatment of agitation, anxiety and depression in dementia. Psychopharmacol Bull 1988; 24: 39-41.
- Sunderland T, Silver MA. Neuroleptics in the treatment of dementia. Int J Geriatr Psychiatr 1988; 3: 79-88.
- Schneider LS, Pollock VE, Lyness SA. A metaanalysis of controlled trials of neuroleptic treatment in dementia J Am Geriatr Soc 1990; 38: 553-563.

Geneesmiddelenbulletin

Onafhankelijk informatieblad over geneesmiddelen voor allen die deze voorschrijven of afleveren, onder verantwoordelijkheid van de Stichting Geneesmiddelenbulletin te Utrecht.

Adviesraad: dr H. Mattie (voorzitter), Leiden; P.C.M. van den Berg, anesthesist, Amsterdam; prof. dr J.R.B.J. Brouwers, Heerenveen; S. Flikweert, huisarts, Nijkerk; prof. dr F.W.J. Gribnau, Nijmegen; dr D.E. Grobbee, Rotterdam; prof. dr C.J. de Groot, Amsterdam; dr J.V.T.H. Hamerlynck, Amsterdam; A.C.J. van der Hoeven, huisarts, Avenhorn; dr A.L.M. Kerremans, Helmond; dr J. de Koning, Rijswijk; dr J.F.F. Lekkerkerker, Enschede; prof. dr A.S.J.P.A.M. van Miert, Utrecht; dr I.L.D. Nauta, Nijmegen; mw. dr B.C.P. Polak, Rotterdam; prof. dr A.J. Porsius, Utrecht; R.W. Zaadnoordijk, tandarts/kaakchirurg, 's-Gravenhage
Redactiecommissie: prof. dr E. van der Does (voorzitter), Rotterdam; drs H. Buurma, Leiden; drs. W. Blijleven, Rijswijk; mw. dr L.T.W. de Jong-van den Berg, Groningen; dr J.W.A. van Loenhout, Amstelveen; prof. dr J.P. Nater, Groningen; mw. drs. M. Pannevis, Rotterdam
Redactiestaf/-secretariaat: prof. dr M.N.G. Dukes, drs. W.G.M. Toenders, drs. M.L. Bouvy (a.i.) / mw. J.J. Doorschodt-van der Steenhoven, mw. M. Klopper, mw. H.G. Oetomo-Ratha. Lomanlaan 85, 3526 XC Utrecht, Telefoon (030)802660, Fax (030)802388
Uitgever: Wegener Tijl Medische Media, Postbus 9943, 1006 AP Amsterdam, Telefoon (020)5182828, Abonnementen 06-0224222
 Adreswijzigingen aan dit adres

Het Geneesmiddelenbulletin neemt actief deel aan de ISDB, de internationale organisatie van onafhankelijke geneesmiddelenbulletins

ISSN: 0304-4629

Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke wijze ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de redactie.



NIEUWE GENEESMIDDELEN

In deze rubriek worden nieuwe geneesmiddelen besproken, kort nadat ze zijn geregistreerd, of in de handel gebracht. Van sommige producten kan de plaatsbepaling slechts voorlopig zijn omdat nog relatief weinig bekend is over de veiligheid en effectiviteit. Toch menen we dat een vroeg commentaar van belang kan zijn voor de praktijk. Wanneer na verloop van tijd nieuwe gegevens daartoe aanleiding geven komen we op de eerste bespreking terug.

De prijzen zijn berekend aan de hand van de KNMP-taxe van oktober 1992, inkooprijzen excl. BTW.

Calcipotriol

Daivonex® (Leo Pharmaceutical Products BV)

Water-emulgerende zalf 50 microg/g; tube 30/100 g

bij psoriasis vulgaris

Calcipotriol (Daivonex®) is een synthetisch analoog van vitamine D, geregistreerd voor de behandeling van lichte tot matig ernstige psoriasis vulgaris. Het werd ontwikkeld na de ontdekking dat de natuurlijke, actieve vorm van vitamine D, namelijk 1,25 dihydroxyvitamine D₃, bij lokale of systemische toepassing, psoriasis kan verbeteren. Een groot nadeel van dit 1,25 dihydroxyvitamine D₃ is dat de kans op het optreden van hypercalciëmie vrij groot is. Hierdoor kan het onder andere bij psoriasis niet worden toegepast. De invloed van calcipotriol op het calciummetabolisme is echter 100-200 maal minder sterk. De werking van calcipotriol bij psoriasis berust vermoedelijk op remming van de proliferatie en stimulering van de differentiatie van epidermale keratocyten.

In twee grote, vergelijkende onderzoeken, gaf het bij lichte tot matig ernstige psoriasis betere resultaten dan het sterkwerkende corticosteroïd betamethasonvaleraat 0,1%. Het ver-

minderde het oppervlak en de ernst van de laesies iets sterker dan betamethasonvaleraat. Het verschil was significant. Aan het einde van de zesweekse behandeling gaf calcipotriol een beter resultaat wat betreft de intensiteit van het erytheem, de dikte van de epidermis, de mate van schilfering en het oordeel van de patiënten zelf over de behandeling. Ook in vergelijking tot ditranol 0,1-2% bleek het na acht weken beter werkzaam te zijn. De remissieduur na behandeling met calcipotriol lijkt ongeveer gelijk aan die met corticosteroïden.

In een klein, open onderzoek bleef na zes maanden behandeling de aanvankelijke verbetering gehandhaafd, terwijl het geen aanleiding gaf tot atrofie van de huid noch tot problemen rond het calciummetabolisme. Er zijn echter nog onvoldoende gegevens om een systemische invloed op het calciummetabolisme na langdurige lokale toepassing (langer dan 1 jaar) uit te sluiten. Aangeraden wordt de zalf niet onder occlusie toe te die-

nen en hieraan geen penetratiebevorderende stoffen, zoals salicylzuur, toe te voegen.

De meest voorkomende bijwerkingen zijn irritatie van de laesie of de omliggende huid, droge huid en urticaria. Bij ongeveer 4-10% van de patiënten ontstond irritatie van de laesionale en perilaesionale huid. Dit was bij enkele patiënten (minder dan 1%) reden om de behandeling te staken. In verband met een grote kans op irritatie mag het niet op het gezicht worden toegepast en dienen, om verspreiding hierheen te voorkomen, na opbrengen de handen goed te worden gewassen. Het gebruik is gecontraïndiceerd bij stoornissen van het calciummetabolisme en bij hypercalciëmie. Over veilig gebruik bij kinderen en bij vrouwen tijdens de zwangerschap en lactatie zijn onvoldoende gegevens bekend. De zalf, die reuk- en kleurloos is, dient 2 dd op de aangedane huid te worden opgebracht met een maximum van 100 g per week.

Plaatsbepaling

Calcipotriol lijkt een nuttige aanwinst te zijn bij de behandeling van lichte tot matig ernstige vormen van psoriasis vulgaris. In een nog beperkt aantal onderzoeken blijkt het minstens zo effectief te zijn als betamethasonvaleraat en ditranol, terwijl het, voorzover tot nu toe bekend, een gunstiger bijwerkingenprofiel heeft. Ten opzichte van de corticosteroïden geeft het wel wat meer kans op huidirritatie. Daarentegen zijn er geen aanwijzingen dat

het aanleiding zou geven tot de aan corticosteroïden gerelateerde huidatrofie of gemaskeerde schimmelinfecties. Een voordeel ten opzichte van ditranol is het ontbreken van een verkleuring van de huid en kleding.

De precieze plaats zal pas kunnen worden bepaald nadat meer vergelijkend, vooral langer durend onderzoek is verricht. De kosten van calcipotriol zijn hoger dan die van de corticosteroïden en ditranol.

stofnaam	merknaam®	toedieningsvorm	prijs per 15 g
betamethasonvaleraat	Betnelan	crème 0,1%	4,18
		zalf 0,1%	4,18
	Celestoderm	crème 0,1%	8,48
		zalf 0,1%	7,08
ditranol	Psoricrème	crème 0,1%	6,24
		crème 0,25%	7,50
		crème 0,5%	8,34
calcipotriol	Daivonex	zalf 0,005%	14,58

Roxatidine

Roxit® (Hoechst Holland NV)
Tablet met gereguleerde afgifte 75 en 150 mg

H₂-receptorblokkerend antihistaminicum

Roxatidine is het vijfde H₂-receptorblokkerende antihistaminicum dat in Nederland verkrijgbaar is. Het is geregistreerd voor de behandeling en profylaxe van ulcus duodeni en ulcus ventriculi.

Oudere H₂-receptorblokkers, zoals cimetidine en ranitidine, zijn voor meer indicaties geregistreerd, zoals reflux-oesophagitis, het Zollinger-Ellison-syndroom en peptische ulcera ten gevolge van het gebruik van prostaglandinesynthetaseremmers (NSAID's).

Uit vergelijkende onderzoeken met andere H₂-receptorblokkers, met name cimetidine en ranitidine, zijn geen significante verschillen gebleken in effectiviteit bij de behandeling van ulcus duodeni of ulcus ventriculi. Met betrekking tot de profylaxe van deze aandoeningen zijn nog geen vergelijkende onderzoeken met andere H₂-receptorblokkers bekend.

Bijwerkingen die kunnen vóórkomen zijn: effecten op het centraal zenuwstelsel (hoofdpijn, asthenie, duizeligheid, sufheid, slaapproblemen, onrust), overgevoeligheidsreacties van de huid (uitslag, jeuk) en gastro-intestinale klachten (diarree, obstipatie, misselijkheid, braken). Zelden is melding gemaakt van tachycardie en bradycardie.

In tegenstelling tot met name cimetidine blijkt roxatidine veel minder interacties te geven met andere geneesmiddelen, omdat het effect op het cytochroom P-450-systeem veel geringer is. Wel is het mogelijk dat ten gevolge van verhoging van de pH in de maag de resorptie van bepaalde geneesmiddelen kan toenemen (bv. midazolam) of afnemen (bv. ketocanazol).

Over het veilig gebruik van roxatidine of de andere H₂-receptorblokkers tijdens de zwangerschap zijn onvoldoende gegevens bekend. Roxatidine gaat over in de moedermelk zodat gebruik tijdens de lactatie wordt ontraden.

Plaatsbepaling

De effectiviteit van roxatidine bij de behandeling van een ulcus duodeni of ulcus ventriculi verschilt niet van de andere H₂-receptorblokkers. Hoewel er geen vergelijkende onderzoeken zijn met andere H₂-receptorblokkers bij de profylaxe van een recidiefocus is het onwaarschijnlijk dat hier wel verschillen zullen optreden. Het aantal gemelde bijwerkingen is nog klein in vergelijking met het op ruime schaal toegepaste cimetidine en ranitidine.

Vooralsnog lijkt de prijs het belangrijkste criterium te zijn bij de keuze van een H₂-blokker. Bij cimetidine moet men overigens bij gelijktijdig gebruik van diverse geneesmiddelen wel rekening houden met interacties.

LET OP!

Lareb

Sinds enige tijd bestaat er een nieuwe instantie, de stichting LANdelijke Registratie Evaluatie Bijwerkingen (Lareb), die zich naast het Bureau Bijwerkingen Geneesmiddelen (BBG) bezighoudt met bijwerkingen. Binnen Lareb werken momenteel een aantal regionale REB-stichtingen (Tilburg, Groningen en Zeeland) samen. Het is de bedoeling om in de komende jaren 10-12 nieuwe regio's, verspreid over het land, aan te sluiten bij Lareb. Dit moet dan een belangrijke bijdrage leveren aan een landelijk systeem van Post Marketing Surveillance (PMS). Hieronder verstaat men een systeem van voortdurende controle op de veiligheid van geneesmiddelen in relatie tot hun werkzaamheid, zoals dat waarschijnlijk vanaf 1993 binnen de EEG wordt verplicht.

De regionale REB's zijn samenwerkingsverbanden tussen apothekers (openbaar en ziekenhuis) en artsen (huisartsen en specialisten) waarin op basis van vrijwillige rapportage de balans tussen effectiviteit en veiligheid van geneesmiddelen wordt geëvalueerd. Een door de patiënt spontaan gerapporteerde bijwerking wordt daarbij door de arts geregistreerd op een speciaal meldingsformulier. Hierop staan enkele vragen, aan de hand waarvan een zo volledig mogelijk beeld wordt verkregen van de patiënt en de aard van de klachten. Deze formulieren worden wekelijks door de apotheker bij de arts opgehaald, waarna de apotheker de gegevens betreft bij eventuele co-medicatie om verband te kunnen leggen tussen de vermoedelijke bijwerking, het verdachte geneesmiddel en de co-medicatie. De mogelijkheid bestaat immers dat de bijwerking berust op de co-medicatie of een interactie. Volgens geeft de apotheker de melding, ontdaan van persoonsgegevens, door aan het regiokantoor. Daar worden de meldingen gezamenlijk door artsen en apothekers geëvalueerd en worden zonodig therapieadviezen voor de arts geformuleerd. Belangrijke informatie wordt onder andere via het REB-bulletin onder de aandacht van de deelnemers ge-

stofnaam	merknaam®	gem. dagdosis	kosten 30 dagen
Behandeling ulcus (kuur 4-8 weken)			
nizatidine	Axid	300 mg	92,40
	Naxidine	300 mg	114,90
cimetidine	Tagamet	800 mg	108,30
famotidine	Pepcidin	40 mg	110,70
ranitidine	Zantac	300 mg	114,90
roxatidine	Roxit	150 mg	114,90
Profylaxe van recidiefocus			
nizatidine	Axid	150 mg	49,20
	Naxidine	150 mg	66,30
cimetidine	Tagamet	400 mg	54,60
famotidine	Pepcidin	20 mg	60,90
ranitidine	Zantac	150 mg	61,50
roxatidine	Roxit	75 mg	66,30

bracht. Bovendien is de databank, waarin de meldingen zijn opgeslagen, rechtstreeks door alle deelnemende artsen en apothekers te raadplegen.

Het doel van Lareb is een bijdrage te leveren aan het bevorderen van het veilig gebruik van geneesmiddelen, in samenwerking met onder andere het BBG en het Geneesmiddelenbulletin. De resultaten die het Lareb-systeem opleveren kunnen bijvoorbeeld worden gebruikt bij de keuze van geneesmiddelen en ter ondersteuning van het FTO.

Stichting Lareb
Ringbaan West 273
5037 PD Tilburg
013 - 63 65 69

REB-bulletin (verschijnt 1x per 2 maanden;
f 60,- per jaar):
Mw P.M. van Kleef
Raadhuisplein 1
5161 CG Sprang-Capelle

ENKELE VOORBEELDEN VAN MELDINGEN EN EVALUATIES BIJ DE LAREB

Gynaecomastie door cimetidine

Enkele meldingen van gynaecomastie illustreren dat deze in de literatuur vermelde bijwerking ook in de praktijk van betekenis is. Bij het ontstaan van deze bijwerking kunnen verschillende effecten van cimetidine van invloed zijn:

- remming van de afbraak van estradiol (dat ook bij de man fysiologisch voorkomt), waardoor de oestrogeenspiegel stijgt;
- competitieve remming van androgenen op de cellulaire receptoren.

De hierdoor ontstane verhoging van de oestrogene activiteit kan ook tot andere klachten zoals impotentie aanleiding geven.

Galbraith RA, Michnovicz JJ. The effects of cimetidine on the oxidative metabolism of estradiol. *N Engl J Med* 1989; 321: 269-274.
Funder JW, Mercer JE. Cimetidine occupies androgen receptors. *J Clin Endocrinol Metab* 1979; 48: 189-191.

β -blokkers en psoriasis

Reeds geruime tijd is bekend dat β -blokkers een op psoriasis lijkende huidruptie kunnen veroorzaken of een bestaande psoriasis kunnen verergeren. Psoriasis wordt dan ook als een relatieve contra-indicatie voor het gebruik van β -blokkers beschouwd. Ook bij Lareb is een aantal meldingen

van dergelijke reacties binnengekomen.

Het mechanisme van deze bijwerking is maar gedeeltelijk opgehelderd.¹ Aangetoond werd dat de door β -blokkers veroorzaakte intracellulaire daling van cyclisch AMP leidt tot een verhoogde proliferatie, motiliteit en activiteit van lymfocyten, granulocyten en macrofagen. Het doen vrijkomen van lysosomale enzymen door deze cellen wordt verantwoordelijk gehouden voor het ontstaan van psoriasisachtige huidafwijkingen. Deze bijwerking is na staken van de β -blokker reversibel hoewel het proces wel tot 12 weken na staken kan voortduren. Wanneer het verband met het geneesmiddel over het hoofd wordt gezien, kan het vóórkomen dat een patiënt onnodig en langdurig met een hinderlijke psoriasis heeft te kampen.

1. Heng MCY, Heng MK. Beta-adrenoreceptor antagonist-induced psoriaform eruption. *Int J Dermatol* 1988; 27: 619-627.

MAGISTRAAL

Lotio Kummerfeldi uit de tijd

Lotio Kummerfeldi wordt nog wel voorgeschreven bij de behandeling van acne vulgaris. De bestanddelen van deze lotion (calciumhydroxide, zwavel en kamfer) zijn bij acne echter weinig werkzaam. In de NHG-standaard¹ en het Farmacotherapeutisch Kompas² wordt de lotion dan ook niet genoemd.

Bij acne met overwegend comedonen is benzoylperoxide eerste keus. Het heeft een keratolytische en antibacteriële werking tegen *Propionibacterium acnes*. Het wordt toegepast in een gel met een concentratie van 5%. Bij onvoldoende effect kan 10% worden gebruikt, met name voor toepassing op de romp. Een alternatief voor benzoylperoxide is salicylzuur. Dit werkt keratolytisch en wordt toegepast in een oplossing of crème met een concentratie van 2-10%. Bij onvoldoende resultaat of indien benzoylperoxide niet goed wordt verdragen kan tretinoïne (0,02 of 0,05%) worden toegepast in een oplossing of crème.

Bij acne met overwegend ontstekingsverschijnselen is benzoylperoxide

de ook middel van eerste keus. Bij onvoldoende resultaat of indien benzoylperoxide niet goed wordt verdragen kan een lokaal antibioticum (clindamycine of erytromycine) of tretinoïne worden toegepast. Vanwege de teratogene eigenschappen dient tretinoïne te worden vermeden bij vrouwen in de vruchtbare leeftijd.

In ernstigere gevallen kunnen orale antibiotica (bv. tetracycline, doxycycline, minocycline of erytromycine) worden voorgeschreven, waarbij de therapie dient te worden aangevuld met lokaal benzoylperoxide. In therapieresistente gevallen kan isotretinoïne worden toegepast.

1. NHG-Standaard M 15 - Acne vulgaris. Huisarts en Wetenschap 1991; 34: 183-188.

2. Farmacotherapeutisch Kompas 1992: 490-496.

FTO

Rationeel voorschrijven leidt niet altijd tot uniform voorschrijven

Rationeel voorschrijven en uniform voorschrijven, deze termen worden vaak gebruikt als het gaat om de doelstellingen van FTO. Een mooie theoretische formulering van het doel van FTO luidt: het volgens criteria van rationeel voorschrijven komen tot een lijstje van één of enkele voorkeurspreparaten bij een bepaalde indicatie, dat wil zeggen uniform voorschrijven.

Rationeel voorschrijven

Wat zijn de criteria voor rationeel voorschrijven? Het geneesmiddel dat wordt voorgeschreven bij een bepaalde indicatie moet het resultaat zijn van een weloverwogen, op literatuur gebaseerde keuze van preparaat, dosering, kuurlengte, toedieningsvorm en patiëntenvoorlichting. Het gekozen middel moet optimaal werkzaam, veilig en gebruiksvriendelijk zijn tegen zo laag mogelijke kosten. Ook vragen zoals wanneer een medicamenteuze therapie behoort te worden gestart (bv. bij antihypertensiva) of gecontinueerd (bv. bij slaapmiddelen), hangen samen met rationeel voorschrijven en kunnen in het FTO aan de orde komen. Rationeel voorschrijven kan leiden tot uniform voorschrijven door de groep huisartsen, dat wil zeggen

tot een beperking van het arsenaal geneesmiddelen.

Uniform voorschrijven

Het uniformeren van het voorschrijven komt de kwaliteit ervan ten goede. Door de beperking van het aantal verschillende middelen kan met de gekozen middelen meer ervaring worden opgedaan. Daarnaast is uniform voorschrijven, bijvoorbeeld de keuze van een voorkeursantibioticum bij een cystitis, praktisch in de weekenddienst. Verder is het voor de huisarts van belang zich bij het voorschrijven gesteund te weten door het groepsbeleid.

Voor de apotheker biedt uniform voorschrijven voordelen bij diens bedrijfsvoering. Het kan bijdragen aan vereenvoudiging van het voorraadbeheer en resulteren in een geringere investering in de voorraad.

Rationeel niet altijd uniform

Maar helaas is menig apotheker op dit gebied al teleurgesteld. De resultaten van veel FTO's bleken niet te beantwoorden aan de verwachtingen over uniform voorschrijven die apothekers tevoren hadden. Hoe komt dat?

Goede afspraken maken over een eenduidig farmacotherapiebeleid is geen sinecure. Niet altijd is er één middel aan te wijzen dat in kwalitatieve zin alle andere middelen achter zich laat. Soms zijn er zoveel verschillende factoren in het spel die de keuze van een middel voor een bepaalde patiënt beïnvloeden, dat men in algemene zin niet zomaar enkele voorkeurspreparaten kan vaststellen.

Zie bijvoorbeeld de antihypertensiva. Allereerst moet de arts rekening houden met de keuzecriteria die gelden voor elk geneesmiddel, zoals bijwerkingen, interacties, toedieningsgemak, effectiviteit en kosten. Daarnaast zijn bij hypertensie meer dan tien co-morbiditeiten, zoals onder andere Cara, diabetes mellitus, angina pectoris en hyperlipidemie, van belang.

Geconcludeerd kan worden dat het voor een FTO is aan te raden om eerst en vooral stil te

staan bij het rationeel kiezen van voorkeurspreparaten. In de dagelijkse praktijk spreekt routine een flink woordje mee. Daarom is het FTO een goede gelegenheid om het eigen voorschrijven eens te bezien op al dan niet rationele grondslagen.

Strikt uniform voorschrijven (d.w.z. één voorkeurspreparaat voor elk indicatiegebied) is daarbij niet altijd mogelijk.

KOSTE-WAT-HET-KOST?

De hoge prijs van geneesmiddelen bij Aids

Tijdens het afgelopen zomer in Amsterdam gehouden Aids-congres was er veel aandacht voor de hoge prijs van enkele bij Aids gebruikte geneesmiddelen, met name foscarnet (Foscavir®). Foscarnet is een antiviraal middel dat wordt toegepast bij de behandeling van cytomegalovirus retinitis ter voorkoming van blindheid. In een vergelijking¹ met ganciclovir (Cymevene®) gaf het na zes maanden geen verschil in controle van retinitis, maar wel een significant lagere sterfte. Er zijn aanwijzingen dat dit laatste het gevolg is van een additief anti-HIV-effect van foscarnet. In vergelijking tot ganciclovir heeft het echter een ongunstiger bijwerkingenprofiel en een veel hogere prijs.

Berekeningen laten zien dat in de VS één jaar behandelen met foscarnet ongeveer \$ 20.000 per patiënt kost. De jaarprijs voor andere Aids-middelen zoals AZT en pentamidine is weliswaar ook nog steeds hoog, maar met \$ 10.000 per jaar de helft lager. In ons land kost een flacon 500 ml Foscavir® 24 mg/ml infusievloeistof f 268,- (excl. BTW en afleveringskosten). Bij een gemiddelde dagdosis van 200 mg/kg lich.gewicht en 60 kg betekent dit per patiënt een verbruik van 1 flacon à f 268,- per dag. Op jaarbasis levert dit een kostprijs op van f 97.820,-, nog aanzienlijk hoger dan de prijs in de VS dus.

Deze prijs wordt door de fabrikant onder meer verdedigd door te wijzen op de hoge ontwikkelingskosten van \$ 100 miljoen, het kleine aantal poten-

tiële patiënten (4000-5000/jaar) en het argument dat deze het middel slechts gemiddeld een half jaar zouden gebruiken. Andere berekeningen laten echter een potentieel patiënten-aantal zien van 14-15.000 en een gebruik gedurende gemiddeld één jaar.

Een onderzoek² naar de prijsopbouw van Aids-middelen kwam verder tot de conclusie dat deze in een recordtempo zijn ontwikkeld en dat de kosten fors onder de geschatte \$ 231 miljoen liggen, die tegenwoordig nodig zijn om een nieuw geneesmiddel te ontwikkelen. Bovendien neemt de overheid een groot deel van de onderzoekskosten voor haar rekening. Ook de lange tijd die verstrijkt tussen de ontwikkeling en de registratie van een geneesmiddel is voor Aids-middelen niet van toepassing, omdat speciale versnelde registratieprocedures gelden. Gepleit wordt tenslotte voor een directe prijscontrole op Aids-middelen om deze voor alle patiënten bereikbaar te maken. Het is de vraag wanneer ook in ons land aandacht zal worden gegeven aan dit probleem.

1. Studies of ocular complications of AIDS research group, in collaboration with the AIDS clinical trials group. Mortality in patients with the acquired immunodeficiency syndrome treated with either foscarnet or ganciclovir for cytomegalovirus retinitis. N Engl J Med 1992; 326: 213-220.
2. Griffin MT. AIDS Drugs and the pharmaceutical industry: a need for reform. Am J Law Med 1991; 17: 363-410.

GVS IN HET KORT

In het GVS is per 1 oktober 1992 weer een aantal zaken veranderd. In deze rubriek noemen we enkele interessante wijzigingen.

N.B. Plaatsing van een produkt in het GVS hoeft niet automatisch te betekenen dat het produkt al in de handel is.

Niet ingedeeld bij andere onderling vervangbare geneesmiddelen en dus volledig vergoed

Proscar® tablet 5 mg met de werkzame stof finasteride is op bijlage 6 geplaatst. Dit middel wordt toegepast bij benigne prostaathypertrofie. Het remt de vorming van dihydrotestosteron uit testosteron, hetgeen resulteert in een regressie van de hy-

perctrofie. Anti-androgenen (cyproteron en flutamide) en LHRH-analoga hebben een overeenkomstig effect, maar een ander werkingsmechanisme. Daarnaast is het toepassingsgebied van deze middelen anders en verschillen zij qua bijwerkingen van finasteride. Ook α -blokkers worden bij prostaathypertrofie toegepast. Zij verschillen in werkingswijze, in gewenste en ongewenste werkingen en komen niet geheel overeen in toepassingsgebied.

Tears Plus Unitdose® oogdruppels met de stoffen polyvinylalcohol en polyvidon zijn op bijlage 6 geplaatst. Dit middel wordt toegepast bij aandoeningen met verminderde traansecretie. Omdat de oogdruppels nog niet zijn ingedeeld in het GVS is dit produkt vooralsnog op bijlage 6 geplaatst.

Wel ingedeeld bij onderling vervangbare geneesmiddelen

Noceptin® tabletten 10, 30, 60, 100 mg met gereguleerde afgifte en MS Contin® tabletten 10, 30, 60, 100, 200 mg zijn in één groep op bijlage 5 geplaatst. Beide geneesmiddelen bevatten morfine in tabletten met gereguleerde afgifte, waarbij de afgiftepatronen in belangrijke mate overeenkomen.

Sotaloli hydrochloridum tabletten 80 en 160 mg zijn als merkloos produkt met dezelfde werkzame stof als Sotacor® tabletten 80 en 160 mg in een nieuw gevormde groep op bijlage 5 geplaatst. Voor Sotacor® geldt een overgangstermijn van twee maanden, zodat hiervoor per 1 december 1992 een vergoedingslimiet ingaat.

Questran A® poeder 4 g in sachet met als werkzame stof colestyramine is geplaatst op bijlage 5 in de groep van de antilipaemica (galzuurbindende harsen), waarin reeds Questran poeder 4 g in sachet voorkomt. Questran A bevat echter als zoetstof aspartaam.

BOEKENPLANK

Cara

Door de wereldwijde toename van Cara en de veranderde inzichten in de behandeling, met meer nadruk op bestrijding van het ontstekingsproces, zijn er de laatste tijd veel publicaties verschenen over de farmacotherapie bij Cara.

In navolging van het buitenland verscheen er een consensusverklaring van kinderlongartsen over de behandeling van astma bij kinderen.¹ Door het NHG werden vervolgens de standaarden 'Astma bij kinderen'² en 'Cara bij volwassenen'³ gepubliceerd. Samen met nog enkele andere bronnen is dit de basis geweest voor het opstellen van het boekje 'Cara-adviezen voor farmacotherapie'. Het is het tweede deel in een reeks (zie Gebu 1992; 26: 37 over hypertensie) adviezen, bedoeld als basismateriaal voor farmacotherapie-overleg en tot stand gekomen onder auspiciën van de Stuurgroep FTO (KNMP, LHV, NHG, VNZ, WVC).

In een notedop wordt hierin allereerst ingegaan op het ontstaan en de achtergronden van Cara. Vervolgens wordt aangegeven onder welke omstandigheden een bepaalde groep Cara-middelen de voorkeur heeft en welke middelen binnen elke groep eerste keuze zijn. Tevens komen de voor- en nadelen van de verschillende toedieningsvormen aan bod. Apart wordt ingegaan op astma bij kinderen en de therapie bij acute, ernstige benauwdheid. De 'Adviezen voor farmacotherapie' zijn gratis verkrijgbaar bij Stichting O&O (030 - 31 28 42) en bij de FTO-coördinatoren van de LHV en de KNMP.

1. Laag J van der, Aalderen WMC van, Duiverman EJ et al. Astma bij kinderen; consensus van kinderlongartsen over lange-termijnbehandeling. II. Behandeling. Ned Tijdschr Geneeskde 1991; 135: 2319-2323.
2. Dirksen WJ, Geyer RMM, Haan J de et al. NHG-standaard Astma bij kinderen. Huisarts en Wet 1992; 35: 355-362.
3. Waart MAC van der, Dekker FW, Nijhoff S et al. NHG-standaard CARA bij volwassenen: behandeling. Huisarts en Wet 1992; 35: 437-443

Op aanvraag zijn de standaarden ook beschikbaar in uitgebreide vorm, incl. wetenschappelijke verantwoording en literatuurlijst: NHG, Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht, 030 - 88 17 00.

Het GeneesmiddelTeam

Artsen van het GeneesmiddelTeam verzorgen Gebu-presentaties voor FTO-groepen. De presentaties zijn gebaseerd op recente artikelen uit het Geneesmiddelenbulletin. Onderwerpen tot nu toe zijn: 'Acute infecties bij kinderen en het gebruik van antibiotica', 'De behandeling van obesitas' en 'De behandeling van obstipatie'. De leden van het GeneesmiddelTeam zijn in staat om op korte termijn met behulp van een overheadprojector een presentatie te geven. Het GeneesmiddelTeam is te bereiken onder telefoonnummer 03456-9919.

Het GeneesmiddelTeam is een initiatief van het Ministerie van WVC.