

35

SYMPTOOMBEHANDELING BIJ PATIENTEN IN DE TERMINALE FASE VAN ONGENEESLIJKE AANDOENINGEN: Obstipatie en het gebruik van laxantia (7, slot)

PRIK BORD

35

NIEUWE GENEESMIDDELEN
Cilazapril (Vascase®) ACE-remmer

36

LET OP!
ACE-remmers niet in de zwangerschap

36

FTO
De casusbespreking

37

PROMOTIONELE ACTIVITEITEN
Briljante producten die de eetlust niet bederven

37

BOEKENPLANK
Adviezen voor farmacotherapie: hypertensie

SYMPTOOMBEBANDELING BIJ PATIENTEN IN DE TERMINALE FASE VAN ONGENEESLIJKE AANDOENINGEN:

Obstipatie en het gebruik van laxantia (7, slot)*

Inleiding

Defecatie wordt onder andere op gang gehouden door een adequate opname van voedsel met voldoende vezels en vocht, alsmede ruime lichaamsbeweging. In de eindfase van het leven is hiervan vaak geen sprake. Onder normale omstandigheden is de defecatiefrequentie bij driekwart van de bevolking vijf- tot zevenmaal per week en bij een kwart is die frequentie hoger of lager.

Men spreekt pas van obstipatie als de frequentie zo laag is dat er klachten door ontstaan en de defecatie moeilijk wordt. Obstipatie kan gepaard gaan met een onaangenaam opgezet gevoel in de buik, misselijkheid, buikpijn, een onaangename smaak in de mond en een malaisegevoel. Niet zelden geeft het ook anorexie. Bij ernstige obstipatie kan de faeces zo sterk indikken en hard worden, vooral in het rectum maar ook wel in hoger gelegen colongedeelten, dat het lozen onmogelijk wordt. Men spreekt dan van impactie. Dit kan gepaard gaan met diarree doordat nog niet ingedikte faeces er langs sijpelt en soms ook met incontinentie voor deze vloeibare faeces. In extreme gevallen kunnen de klachten en verschijnselen doen denken aan een organische darmafsluiting.

Het is begrijpelijk dat bij patiënten in de eindfase van hun leven gemakkelijk obstipatie ontstaat. De lichaamsactiviteit is sterk afgenomen, het voedselgebruik flink vermindert, vooral van vezelrijke bestanddelen, en de algehele zwakte bemoeilijkt het persen. Ook kan uitdroging ontstaan door te weinig drinken, braken of door koorts. Vaak kunnen patiënten ook niet meer naar het toilet, waardoor het defeceren nog moeilijker wordt. Depressies hebben een ongunstig effect. Tenslotte veroorzaken sommige geneesmiddelen obstipatie. Dit geldt vooral voor opioïden, die niet zelden worden gegeven om de pijn te bestrijden bij bijvoorbeeld kanker, maar ook voor spasmolytica, zoals atropine, mebeverine, propantheline, neuroleptica waaronder fenothiazinepreparaten en antidepressiva, zoals tricyclische verbindingen.

Obstipatie moet worden voorkómen dan wel worden verlicht. Bij de terminale patiënt is deze aandoening niet alleen een additionele verzwarende factor van de last die hij of zij reeds draagt, maar ook een factor die de algemene toestand verder doet verslechteren. ■

Laxantia

Het effect en het gebruiksgemak van laxantia verschillen nogal per individuele patiënt. Daarom volgt hier een zo

compleet mogelijk overzicht van de verschillende groepen laxantia:

a. Volumevergrotende middelen, bijvoorbeeld zemelen (cellulose en hemicellulose), zwelmiddelen (polymeren van polysacchariden), zoals fijngemalen psylliumvezels en sterculiagom (plantaardig slijm).

b. Zouten, zoals magnesiumsulfaat (bitterzout), natriumsulfaat (glauberzout), magnesiumcitraat, magnesiumoxide, dinatriumwaterstoffosfaat. De werking berust voornamelijk op het feit dat deze zouten slecht worden gesorbeerd. Door hun osmotische werking trekken zij water aan naar het darmlumen. Vaak ontstaat binnen 1-2 uur diarree, meestal met flinke darmkrampen.

c. Glijmiddelen, zoals vloeibare paraffine (al of niet samen met fenoltaleïne in diverse preparaten).

d. Niet-resorbeerbare suikers, bijvoorbeeld lactulose. Ook deze geven een osmotische diarree.

e. Contactlaxantia. Hieronder worden middelen verstaan, die door directe inwerking op het darmslijmvlies, vooral van het colon, de resorptie en secretie van water en zouten beïnvloeden. Hierdoor ontstaat een toename van de hoeveelheid vocht in de darm, wordt de peristaltiek van de darm gestimuleerd en worden in het colon de segmentale contracties van de wand (de haustrering) verminderd.

Onderscheiden worden:

- Anthracenen: met name de plantaardige glycosiden senna- en rhamnus (cascara), en het synthetische glycoside dantron.
- Fenylmethanen: fenoltaleïne en bisacodyl.
- Ricinusolie (wonderolie).
- Docusaat, dioctylsulfosuccinaat (DOSS).

Al deze middelen kunnen per os worden gegeven. Sommige worden ook in klysma's en zetpillen verwerkt, zoals docusaat, bisacodyl en natriumfosfaat. ■

De behandeling van obstipatie bij bedlegerige, verzwakte patiënten

Voorkómen is beter dan genezen, met andere woorden: laat obstipatie niet ontstaan, neem tijdig maatregelen. Daarmee kan een patiënt veel ongerief worden bespaard.

Informatie. Informeer naar de defecatiefrequentie, de consistentie en de hoeveelheid van de faeces, het gemak waarmee faeces kan worden geloosd, het al of niet gebruik van laxeertabletten, zetpillen, klysma's en naar het gebruik van opioïden of andere geneesmiddelen.

Onderzoek. Onderzoek de buik om na te gaan of weerstanden zijn te voelen, die zouden kunnen berusten op faecesmassa's. Toucheer om de vulling van het rectum en de consistentie van de faecesmassa te kunnen beoordelen.

Niet-medicamenteuze behandeling. Aandringen op grotere porties vezelrijk voedsel of meer lichaamsbewe-

* Dr J.H.M. van Tongeren, onder medeverantwoordelijkheid van de redactiecommissie

ging zal weinig succes hebben bij de desbetreffende patiëntengroep. Wel kan ervoor worden gezorgd dat de patiënt voldoende vocht krijgt. Zelf naar het toilet gaan of een 'zitje' naast het bed geeft meer kans van slagen op defecatie dan een bedpan. Laat de defecatie noteren. Streef naar een defecatiefrequentie van eenmaal per 1-3 dagen.

Medicamenteuze therapie. In de regel verdient het aanbeveling het probleem eerst niet-medicamenteus aan te pakken, want menig terminale patiënt wordt reeds intensief met andere geneesmiddelen behandeld. Wel is het verstandig om voor patiënten die opioïden krijgen, een laxerend middel routinematig voor te schrijven, want het obstiperend effect van de opioïden is voorspelbaar en niet op andere wijze tegen te gaan. Bij alle andere patiënten zullen laxerend middel pas worden gebruikt als andere benaderingen onvoldoende helpen.

Bij niet ernstige obstipatie zijn middelen voor toediening per os geschikt, bijvoorbeeld bisacodyl of sennapreparaten met gereguleerde afgifte. Bij onvoldoende resultaat eerst de dosis verhogen. Daarna pas eventueel een ander middel gaan gebruiken of meer dan één middel voorschrijven. Lactulose kan ook heel effectief zijn. Een hoge dosis lactulose kan naast buikkrampen, zoals de andere middelen ook kunnen geven, veel gasvorming veroorzaken.

Is er reeds sprake van flinke obstipatie dan tevens zetpillen (bisacodyl of glycerol) of klysma's. Als klysma's zijn bruikbaar de combinatie docusaat/natriumcitraat/glycerol in een klein klysma (10 ml) of docusaat of fosfaat in een groot klysma (100 ml). Zijn er verschijnselen van darmobstructie, dan dient men eerst na te gaan of deze inderdaad berust op ingedikte faeces en niet op tumorgroei, een streng enz. Bij twijfel alleen middelen rectaal geven en pas laxantia per os toedienen als de obstructie is opgeheven.

Behandeling van faecesimpactie. Bij impactie is een vaste of zelfs harde faecesmassa in het rectum te voelen. Geef een docusaat- of ricinusolieklisma (100-150 ml) en

vraag de patiënt te proberen dit zo lang mogelijk (een nacht) in te houden. Brokkel voorzichtig daarna de faecesmassa met de vinger af en verwijder de brokstukjes. Is het grootste deel verwijderd, ga dan verder met klysma's. Eventueel kan eerst worden verdoofd door toediening van lidocaïnezetpillen. ■

Trefwoorden: terminale fase; obstipatie in de - ; laxantia in de - , medicamenteuze behandeling in de -

Stofnaam	Merksnaam®
atropine	Atropine inj. vlst. FNA, Atropine (merkloos, div.fabr.)
bisacodyl	Bisacodyl zetpil FNA, Bisacodyl (merkloos, div.fabr.), Dulcolax, Nourilax, Toilax, Zwitsalax N
docusaat	Dioctylsulfosuccinaat klysma FNA, Samengesteld docusaatklysma FNA, Norgalax
fenoltaleïne	Ex-lax, Fructines 'Vichy', Fenoltaleïne (merkloos, div.fabr.)
glycerol	(sterke) Glycerol zetpillen FNA, Glycerol (merkloos, div.fabr.)
lactulose	Duphalac, Lactulose (merkloos, div.fabr.), Legendal, Sirolax
magnesiumcitraat	Magnesiumcitraat drank FNA
magnesiumoxide	Magnesiumoxide (merkloos, div.fabr.)
magnesiumsulfaat	Andrews laxeerzout, Magnesiumsulfaat (merkloos, div.fabr.)
mebeverine	Duspatal Retard 200
natriumsulfaat	Natriumsulfaat drank FNA
paraffine	Agarol mild, Paraffine emulsie FNA, Paraffine emulsie met fenoltaleïne FNA, Paraffine (merkloos, div.fabr.)
propantheline	Pro-Banthine, Propantheline (merkloos, div.fabr.)
psyllium	Metamucil, Volcolon
ricinuspreparaat	Aromatisch ricinusolie drank FNA, Wonderolie (merkloos, div.fabr.)
sennapreparaat	Alosan, Bekunis (kruidenthee), Franklinthee, Sennasiroop (merkloos, div.fabr.), Sennocol, X-Prap
sterculiagom	Normacol

Literatuurreferenties

- Twycross RG, Lack SA. Control of alimentary symptoms in far advanced cancer, 166-207. Churchill Livingstone, Edinburgh 1986.
- Michels JJM. Laxantiagebruik door ouderen in de alledaagse praktijk. Gebu 1987; 21: 51-56.

Geneesmiddelenbulletin

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

Adviesraad: dr H. Mattie (voorzitter), Leiden; P.C.M. van den Berg, anesthesist, Amsterdam; L. Bienfait, arts, Rijswijk; prof. dr J.R.B.J. Brouwers, Heerenveen; prof. dr E. van der Does, Rotterdam; 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; dr A.L.M. Kerremans, Helmond; dr J.F.F. Lekkerkerker, Enschede; prof. dr M.F. Michel, Rotterdam; 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. drs. 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 / mw. J.J. Doorschodt-van der Steenhoven, mw. M. Klopper, mw. H.G. Oetomo-Ratha, Postbus 5406, 2280 HK Rijswijk (ZH), Telefoon (070)3360370, Fax (070)3360589

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 veeleenvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke wijze ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever en/of 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 juni 1992, inkooprijzen excl. BTW.

Cilazapril

Vascase® (Roche Nederland BV)
Tabletten 0,5, 2,5 en 5 mg
ACE-remmer

De fabrikant claimt bij de positionering van cilazapril als belangrijkste eigenschap de beschermende werking op de vaatwand. Kan de nieuwe ACE-remmer nog iets nieuws bieden dat de andere zes in ons land verkrijgbare ACE-remmers niet hebben?

Cilazapril is geregistreerd voor alle graderingen van essentiële hypertensie. In tegenstelling tot enkele andere ACE-remmers is het niet geregistreerd voor decompensatio cordis. Het wordt als 'prodrug' voor ongeveer 60% geabsorbeerd en snel omgezet in de actieve vorm cilazapriilaat, dat onveranderd in twee fasen via de nieren wordt uitgescheiden. De halveringstijd in de initiële fase is 1,5-2 uur en die in de terminale fase 30-50 uur, hetgeen een aanwijzing is voor de hoge mate van binding met ACE. Voor de werking van de ACE-remmers kan worden verwezen naar het overzichtsartikel in Gebu 1991; 25 (8): 37-41.

Uit placebogecontroleerd onderzoek blijkt dat cilazapril (2,5-5 mg 1 dd) op een effectieve wijze de bloed-

druk verlaagt bij patiënten met lichte tot matige essentiële hypertensie. De antihypertensieve werking is vergelijkbaar met die van standaarddoseringen hydrochloorthiazide, propranolol, atenolol, captopril en enalapril.

Evenals andere ACE-remmers vermindert cilazapril bij hypertensieve ratten de hypertrofie van de linker-ventrikel en de vaten. Verder verbetert het bij hypertensieve ratten de coronaire bloeddoorstroming in de ventrikels. De onderzoekers geven daarbij zelf al aan: 'Er zijn echter geen gegevens over de coronaire bloeddoorstroming die ons zouden veroorloven om aan te nemen dat onze resultaten van toepassing zijn op hypertensieve patiënten.' Tenslotte is bij normotensieve ratten gebleken dat het na beschadiging van de vaatwand door balloncatheterisatie de vorming van neointima voor 80% voorkomt. In onderzoek bij primaten, namelijk bavianen, kon dit echter niet worden bevestigd en was het resultaat niet beter dan zonder behandeling.

Volgens door de fabrikant samengestelde gegevens uit diverse onderzoeken bij meer dan 3700 patiënten is de aard en de frequentie van bijwerkingen ongeveer vergelijkbaar met

die van andere ACE-remmers. De meest vóórkomende waren hoofdpijn (4,5%), duizeligheid (3,3%), vermoeidheid (1,7%) en hoesten (1,6%). In dergelijke onderzoeken wordt de patiënt meestal niet naar specifieke symptomen gevraagd. Bij verschillende andere, afzonderlijke onderzoeken bleek hoest echter de meest vóórkomende bijwerking te zijn. Overigens lijkt deze hoest bij alle ACE-remmers veel vaker voor te komen dan aanvankelijk werd gedacht. In een vergelijkend onderzoek werden de volgende frequenties van hoest gevonden: captopril 11,5%, enalapril 24,7% en cilazapril 13,3%.

Wat de interacties en contra-indicaties betreft gelden de voor ACE-remmers gebruikelijke voorzorgsmaatregelen. Toepassing van ACE-remmers tijdens de zwangerschap en de periode van borstvoeding wordt ontraden (zie ook ACE-remmers en zwangerschap in dit Gebu Prikbord). De gebruikelijke dosering is 2,5 à 5 mg eenmaal per dag. Blijkens vergelijkende onderzoeken is de door de WHO vastgestelde dagdosis van 2,5 mg aan de lage kant waardoor de prijsvergelijking binnen de groep ACE-remmers gunstig uitpakt.

Plaatsbepaling

Cilazapril is een ACE-remmer die de bloeddruk even effectief verlaagt als hydrochloorthiazide, propranolol, atenolol, captopril en enalapril. Het is niet geregistreerd voor decompensatio cordis. Wat de bijwerkingen betreft lijkt het zich niet te onderscheiden van andere ACE-remmers. De bij ratten aangetoonde, gunstige effecten op de vaat-

wand zijn niet bevestigd bij primaten. Deze kunnen dus niet van toepassing worden verklaard op hypertensieve patiënten. Volgens de vastgestelde gemiddelde dagdosis van 2,5 mg onderscheidt het zich gunstig van de andere ACE-remmers wat de dagprijs betreft, maar het is de vraag of dit ook in de praktijk zal blijken op te gaan.

stofnaam	merknaam	gemid. dagdosis	gemid. dagprijs
cilazapril	Vascase®	2,5 mg	0,99
andere ACE-remmers		4-50 mg	1,16-1,99

LET OP!**ACE-remmers niet bij zwangerschap**

Onlangs heeft de Food and Drug Administration (FDA) kenbaar gemaakt dat alle 'Angiotensin Converting Enzyme' (ACE)-remmers dienen te worden voorzien van een duidelijke waarschuwing dat deze tijdens het tweede en derde trimester van de zwangerschap dienen te worden vermeden.

Het gebruik van ACE-remmers in het tweede en derde trimester van de zwangerschap kan, mogelijk vanwege het bloeddrukverlagend effect, leiden tot foetale hypotensie, nierfunctiestoornissen en abortus/vruchtdood. Oligohydramnien kan leiden tot contracturen, schedelhypoplasie en craniofaciale misvormingen. Het gebruik tijdens het eerste trimester van de zwangerschap lijkt volgens de beschikbare gegevens geen verhoogd risico op aangeboren afwijkingen met zich te brengen.

Een waarschuwing voor de foetale effecten van ACE-remmers staat in ons land en in de VS al jarenlang in de bijsluiters vermeld. Desondanks zijn er in de afgelopen vijf jaar in de VS 50 nieuwe gevallen gemeld van aangeboren afwijkingen die in verband worden gebracht met het gebruik van ACE-remmers. Alle artsen in de VS zijn nu nog eens schriftelijk op de hoogte gesteld van de gevaren van ACE-remmers tijdens de zwangerschap. De bijsluiters zullen een opvallende waarschuwing in een apart ka-

der gaan bevatten. De Amerikaanse apothekers is verder gevraagd om bij de aflevering van ACE-remmers aan vrouwen in de vruchtbare leeftijd voortaan een sticker op het etiket te plakken met de tekst: 'Als u zwanger wilt worden, raadpleeg dan meteen uw arts voor omschakeling naar een ander geneesmiddel'.

Dit voorbeeld laat zien dat een stof niet noodzakelijkerwijs alleen tijdens het eerste trimester (organogenese), maar ook juist in het tweede en derde trimester schadelijk kan zijn. Het is verder van belang om goed de literatuur te blijven volgen over geneesmiddelen, waarvan bepaalde effecten die niet naar voren kwamen uit dierexperimenten, pas blijken door toepassing op grote schaal bij de mens. Volgens onze informatie wordt momenteel in ons land in overleg tussen het College ter beoordeling van Geneesmiddelen en de betrokken fabrikanten gewerkt aan wijziging van de bijsluitertekst. Het idee van een speciale 'zwangerschapssticker' verdient in ons land nadere bestudering.

FDA warning on ACE inhibitors. Lancet 1992; 339: 804.

Voor artsen en apothekers is de teratologie informatiedienst (RIVM) telefonisch bereikbaar: 030 - 74 20 17

Aandachtspunten tijdens de bespreking. Bij de presentatie van de casus moeten interpretaties en discussies over de diagnostiek en de indicatie worden vermeden. Beschouw deze als een vaststaand gegeven. Het centrale thema is immers de farmacotherapie.

Voorkom een ongestructureerde discussie. Geef elke deelnemer de tijd om eerst kort een antwoord op papier te zetten. Stel aan de hand van de gegeven antwoorden vervolgens de onderwerpen van de discussie vast. Let daarbij vooral op opvallende verschillen tussen de antwoorden.

Waar vind ik casussen? Een probleem voor een FTO is vaak: waar haal ik een geschikte casus vandaan? Er zijn verschillende bronnen aan te wijzen:

- 'Oefenboek farmacotherapie' van H. Mattie (uitgeverij Bunge). Het recept staat centraal in deze casussen.
- Casussen verkrijgbaar bij Stichting O&O over een groot aantal onderwerpen.
- Gevalsbeschrijvingen in de kennistoetsen van het Samenwerkingsverband Interfacultair Overleg Huisarts-geneeskunde. Deze kunnen worden bewerkt tot casussen.

U kunt casussen natuurlijk ook zelf maken. De voorbereidende huisarts levert de patiëntgegevens en de probleemstelling bij een bepaalde indicatie. De apotheker maakt een overzicht van geneesmiddelen bij deze indicatie en adviezen voor een keuze hieruit, eventueel ondersteund met literatuur.

Vraagstelling. De bespreking van de casus wordt in goede banen geleid door een adequate vraagstelling. Dit vergt inzicht van de voorbereiders van het FTO. Zij moeten ervoor zorgen dat de vragen gaan over de belangrijkste (te verwachten) discussiepunten.

Bijvoorbeeld: bij een casus over cystitis zou één van de vragen moeten luiden: 'Welk middel kiest u en welke kuurlengte?' Evenzo bij hypertensie: 'Wanneer begint u met behandelen en met welk middel?'

De vragen kunnen gaan over alle zaken waarmee huisarts en apotheker te maken hebben. Geneesmiddelenkeuze is natuurlijk het belangrijkste, maar ook onderwerpen als substitu-

FTO**De casusbespreking**

In een casusbespreking wordt aan de hand van een voorbeeldsituatie op papier, onderlinge kennis en ervaring over het voorschrijven uitgewisseld. Het bespreken van een casus in het FTO is een goede manier om elkaars voorschrijfgewoonten en motieven om bepaalde middelen voor te schrijven, te leren kennen. Wat u leert uit zo'n specifieke casus gebruikt u om te komen tot algemene uitspraken over het voorschrijven bij een bepaalde indicatie.

Eisen aan een casus. Een casus die geschikt is voor gebruik bij het

FTO moet voldoende, ondubbelzinnige informatie bevatten over de diagnose of de indicatie en over de leeftijd en het geslacht van de patiënt, die anoniem dient te blijven. De casus dient kort en representatief te zijn voor een bepaalde indicatie of een probleem in de huisartsenpraktijk. Anders gezegd: de casus moet een routine weerspiegelen. Een casus die niemand herkent of die een zeer specifieke situatie beschrijft, is ongeschikt. Soms wordt bij de casus al een medicatiehistorie gegeven maar meestal betreft het alleen een gevalsbeschrijving met enkele vragen.

tiebeleid en patiëntenvoorlichting kunnen aan de orde komen.

Daarnaast moeten de vragen precies worden geformuleerd. Als u op zoek bent naar de keuze van een middel en de dosering, is 'Welk recept schrijft u uit?' een betere vraag dan 'Wat is uw beleid?'

Tot slot een voorbeeld ontleend aan het 'Werkboek voor farmacotherapie-overleg':¹

Een 80-jarige man, bekend met prostaathypertrofie, blijkt nu een anurie te hebben van ongeveer 12 uur. Gezien de slechte cardiovasculaire toestand is in een eerder stadium een operatie te riskant gebleken. In overleg met de uroloog wordt gekozen voor een verblijfs catheter.

1. Welk catheter plaatst u?

2. Kiest u een opvangsysteem?

- zo ja, welk?

- zo nee, wat doet u dan?

3. Zijn er maatregelen nodig ter preventie van het dichtslippen van het systeem of ter preventie van een urineweginfectie?

- zo ja, welke?

- zo nee, waarom niet?

4. Na enige weken ontwikkelt de patiënt een urineweginfectie en heeft klachten en hoge koorts. Wat schrijft u voor? Schrijf uw recept.

1. Terra, R. e.a.: Werkboek voor farmacotherapie-overleg. Utrecht: Stichting O&O, Utrecht 1989, pagina 89. Telefoon 030 - 31 28 42.

PROMOTIONELE ACTIVITEITEN

Brijlante producten die de eetlust niet bederven

Op de foto in de advertentie staat een man afgebeeld, die zich in een kamerjas met honkbalpet op het kale hoofd buigt over een fornuis. De begeleidende tekst luidt: 'Novaban® zorgt ervoor dat chemotherapie de eetlust niet bederft'. De eerste associatie is die met een bekende reclamecampagne waarin kinderen vlak vóór het eten nog een MilkyWay mogen nemen 'want MilkyWay bederft de eetlust niet'. Door deze banalisering van het sterk werkzame tropisetron wordt ten onrechte de indruk gewekt alsof het geen enkele bijwerking zou hebben. Verder wordt gesuggereerd dat dankzij het middel de patiënt zich weer kiplekker zou voelen, terwijl volgens Gebu

Prikbord 1992; 26 (6): 30 ook tropisetron geen oplossing biedt voor de misselijkheid na chemotherapie.

Onlangs gleed verder nog een 'bijzondere brief over een briljant produkt' in onze brievenbus. Na openen van deze in de vorm van een kartonnen briljant uitgevoerde brief, blijkt het te gaan om een aanprijzing voor Lucrin® Depot. Dit is geen briljant om uw partner mee te verblijden, maar een geneesmiddel voor de behandeling van onder meer gemetastaseerd prostaatacarcinoom.

Over smakeloosheid gesproken!

BOEKENPLANK

Adviezen voor farmacotherapie: hypertensie

In Gebu Prikbord 1992; 26 (3): 18 werd de grote behoefte aan onafhankelijke, direct toepasbare informatie voor gebruik tijdens FTO benadrukt. Het is dan ook verheugend, dat recent het eerste deel van een reeks adviezen voor farmacotherapie beschikbaar is gekomen. Deze uitgaven van de Stichting O&O komen tot stand onder auspiciën van de stuurgroep FTO, waarin zijn vertegenwoordigd de CMPC, KNMP, LHV, NHG, VNZ en het ministerie van WVC, kortom een zeer breed samengesteld forum dat garant staat voor een objectieve informatievoorziening onder het groene keurmerk van het farmacotherapie overleg.



Is er na het verschijnen van de standaard, de consensus, het nieuwe Kompas en de artikelenreeks over hypertensie in het Ned Tijdschr Geneeskd en Gebu nog behoefte aan opnieuw een publikatie over dit onderwerp?

Na lezing van het boekje kan het antwoord zonder meer 'ja' luiden. In zeer duidelijke taal wordt in een aantrekkelijke lay-out een concreet advies gegeven voor het medicamenteuze beleid bij hypertensie, dat voornamelijk is gebaseerd op de genoemde bronnen. Steeds wordt door middel van literatuurverwijzingen naar de oorspronkelijke bronnen verwezen, waarbij tevens kleine verschillen in accent tussen de bronnen worden vermeld. Uitgegaan wordt van het onderscheid tussen het beleid bij hypertensie met en zonder co-morbiditeit. De keuze voor een bepaalde groep antihypertensiva wordt in diverse welomschreven gevallen, bijvoorbeeld bij CARA, angina pectoris en stemmingsstoornissen gemotiveerd. Waar nodig wordt binnen de groepen zelf een voorkeur uitgesproken voor een bepaalde subgroep of een bepaald geneesmiddel. Duidelijke tabellen maken de brochure zeer overzichtelijk.

De informatie kan worden aanbevolen voor elke FTO-groep en andere geïnteresseerden die alles over geneesmiddelen bij hypertensie in een bestek van 20 pagina's A3 bij de hand willen hebben. Met belangstelling worden dan ook de volgende uitgaven in de reeks afgewacht over de onderwerpen CARA, pijn en generiek voorschrijven.

Adviezen voor farmacotherapie: hypertensie. Gratis verkrijgbaar bij Stichting O&O (Postbus 1555, 3500 BN Utrecht) en de FTO-coördinatoren van LHV en KNMP. ISBN 90-5054-089-9, Utrecht 1992, 20 pagina's. Telefoon: 030 - 31 28 42.

Door een fout in de behandeling van de elektronisch opgemaakte pagina's zijn, in het laatst verschenen nummer van het Geneesmiddelenbulletin, een aantal storende afbreekfouten blijven staan.

De uitgever en de drukker bieden de lezers hiervoor hun welgemeende excuses aan.