

Thiazinamium

Tot mijn genoegen las ik in het artikel van *Meyboom* dat thiazinamium (Multergan®) nog op de 'ideaallijst' staat. Terstond toog ik naar de apotheek: geen ampullen te krijgen. Een telefoontje naar de firma Rhône-Poulenc leerde mij dat alle ampullen uit de handel zijn genomen, dat de apotheken alle voorraad hebben moeten inleveren, en dat alle huisartsen dat eigenlijk ook moeten doen (ook de duurdere wegwerpspuiten?). De injectievloeistof zou slechts zeven maanden houdbaar zijn.

Wat nu? Of ben ik de enige die gewoon niet aan thiazinamium kan komen?

M. van Bommel

¹ Meyboom WA. Het ampullenétui – een toetsingsproject. *Huisarts Wet* 1988; 31: 80-8.

Naschrift

Het is een genoegen te merken dat artikelen niet alleen worden geplaatst, maar ook gelezen.

Inderdaad zijn ongeveer twee jaar geleden de ampullen thiazinamium uit de handel genomen. Terzijde zij opgemerkt dat hieraan economische motieven ten grondslag lagen; de werkzaamheid stond niet ter discussie. Op aandrang van met name huisartsen is het middel vervolgens in – veel duurdere – wegwerpspuiten weer in de handel gebracht. De houdbaarheid daarvan was echter zeer beperkt, mogelijk zelfs minder dan een jaar. Daarop is ook de verkoop van deze toedieningsvorm gestaakt.

De stof is echter wel verkrijgbaar. Apothekers kunnen daarmee in principe de ampullen – een FNA preparaat – bereiden. Het probleem is, dat officine apotheken hiertoe veelal niet zijn uitgerust. In het algemeen kan men echter in overleg met ziekenhuis-apothekers wel het een en ander bereiken. In ampulvorm zal de houdbaarheid in de auto van de huisarts zo'n twee jaar zijn.^{1 2}

W. A. Meyboom

¹ Commissie Praktijkvoering van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Ampullenlijst 02.11.87. Utrecht: Nederlands Huis-

artsen Genootschap, 1987.

² Vink-Stephan JJ. De houdbaarheid van geneesmiddelen, met speciale aandacht voor de dokterstas en de apotheek van de apotheekhoudende huisarts. *Ned Tijdschr Geneesk* 1988; 132: 804-6.

Intramusculair

Meyboom vermeldt in de ideaallijst 1985 bij digoxine als toedieningsweg 'i.m./i.v.'.¹ Intramusculaire toediening is echter niet aan te bevelen, aangezien dit pijnlijk is en kan leiden tot hevige lokale irritatie, spier necrose en een onvoorspelbare biologische beschikbaarheid. Bovendien wordt met intramusculaire toediening geen sneller effect bereikt.

Wanneer men het noodzakelijk acht om een snelle inleiding van behandeling met digoxine te bewerkstelligen – zoals bij ernstige longstuwung ten gevolge van atriumfibrillatie of -flutter met een hoge kamersfrequentie – heeft men de keuze tussen orale en intraveneuze toediening. Deze keuze is afhankelijk van de snelheid waarmee het therapeutisch effect moet worden verkregen, en van de vraag of de patiënt het middel per os kan innemen. Intraveneuze toediening heeft het voordeel dat de onzekere factor van de resorptie niet van invloed is op het moment waarop de maximale werking verwacht kan worden.

G. van Leijenhorst,
Wellcome Nederland BV

¹ Meyboom WA. Het ampullenétui – een toetsingsproject. *Huisarts Wet* 1988; 31: 80-8.

Naschrift

Deze reactie bevestigt nog eens dat onze expertise met digoxine zeer beperkt is. Tijdens de proefperiode deed de indicatie zich niet voor. In de 'Ideaallijst 1987' is het middel onder andere daarom niet meer opgenomen. De beperking tot alleen de intraveneuze toedieningsweg sterkt ons daarin.

W.A. Meyboom

Secondary prevention of vascular disease by prolonged antiplatelet treatment *Antiplatelet Trialists' Collaboration. Br Med J* 1988; 296: 320-2.

Randomised trial of prophylactic daily aspirin in British male doctors *Peto R, Gray R, Collins R, et al. Br Med J* 1988; 296: 313-6.

Preliminary report: Findings from the aspirin component of the ongoing physicians' health study *The Steering Committee. N Engl J Med* 1988; 319: 262-4.

Aspirin all round? *Orme M. Br Med J* 1988; 296: 307.

De geschiedenis van aspirine tegen hart- en vaatziekten neemt zijn aanvang in 1967, toen werd ontdekt dat aspirine het plaatjesenzym cyclo-oxygenase irreversibel onwerkzaam maakt, en daardoor de plaatjesaggregatie remt. In het vaatwandendotheel daarentegen vindt een dosisafhankelijke en reversibele remming plaats van de productie van prostacycline, hetgeen juist een thrombusbevorderend effect heeft. Dit betekent dat in de sindsdien uitgevoerde trials bij patiënten met hart- en vaatziekten niet alleen aspirine zelf, maar ook verschillende doses van het middel een belangrijke rol spelen in het beoordelen van het preventieve effect.

De Antiplatelet Trialists' Collaboration vat de resultaten samen van 31 gerandomiseerde trials die zijn uitgevoerd bij patiënten met TIA's, CVA, instabiele angina pectoris en myocardinfarct; in alle onderzoeken werden met plaatjesaggregatieremmers behandelde patiënten vergeleken met niet-behandelde patiënten en werd het preventief effect van deze remmers op een recidief vaatincident beoordeeld. Alles bij elkaar zijn ruim 29.000 patiënten in dergelijke trials opgenomen.

De therapie met aggregatieremmers bleek geen invloed te hebben op de niet-vasculaire mortaliteit; de morbiditeit en mortaliteit van vaatincidenten werd bij het gebruik van aggregatieremmers met respectievelijk 30 en 15 procent gereduceerd. Opmerkelijk is dat geen verschil werd gevonden tussen de verschillende doses aspirine (minimaal 300 en maximaal 1500 mg) en een eventuele combinatie van aspirine met dipyridamol (Persantin®).

Heeft het zin om een gezonde populatie aspirine te geven ter preventie van cerebro- en cardiovasculaire aandoeningen? In 1978 werd aan 5139 gezonde Britse mannelijke artsen gevraagd dagelijks 500 mg aspirine te gebruiken; hun morbiditeit en mortaliteit werd vergeleken met een groep van 1710 artsen die geen vorm van aggregatieremmers hadden geslikt.

In beide groepen kwamen evenveel infarcten of andere vaatincidenten voor. Hoewel de mortaliteit in de aspirinegroep 10 procent lager lag, bleek dit niet significant te zijn en ging het om niet-vasculaire aandoeningen.