Tabletsplitters zijn onnauwkeurig

Voor veel mensen is het breken van tabletten met de hand moeilijk. Een tabletsplitter lijkt de oplossing. Met de hand kan men echter veel nauwkeuriger breken dan met een splitter.
Tabletten moeten voor kinderen vaak gebroken worden omdat er geen juiste tabletdosis voor hen bestaat en ze de drankvorm vies vinden. Ook vinden sommigen gebroken tabletten makkelijker door te slikken. Met de hand breken is soms moeilijk of pijnlijk en daarom worden vaak tabletsplitters gebruikt. Ook veel instellingen, die dagelijks grote hoeveelheden tabletten moeten halveren, gebruiken tabletsplitters.

Diana van Riet-Nales voerde een experiment uit: ze vergeleek het met de hand breken van een tablet met een tabletsplitter en een keukenmesje. Hiertoe halveerde een 24-jarige studente met goede handfunctie 100 paracetamoltabletten van 500 mg met de hand, met zes verschillende vrij verkrijgbare splitters en met een keukenmesje. De doseernauwkeurigheid en precisie van breken met de hand was veel beter dan met de zes splitters en het keukenmesje. De resultaten van de tabletsplitters en het keukenmesje voldeden bovendien niet aan de eisen die bij registratie van toepassing zijn wat betreft het gemiddeld gewicht per dosis, de gewichtsspreiding en het massaverlies na breken (hoeveelheid gruis). Zo mag het massaverlies niet meer dan 3% zijn. Dit betekent dat veel kinderen een onjuiste en wisselende hoeveelheid medicatie binnen krijgen. Er moet nog hard gewerkt worden aan kindvriendelijke toedieningsvormen van medicatie. Een eerste stap is dat alle tabletten makkelijk met de hand te breken zijn. ■

Lidewij Broekhuizen

Van Riet-Nales DA, et al. The accuracy, precision and sustainability of different techniques for tablet subdivision: breaking by hand and the use of tablet splitters or a kitchen knife. Int J Pharm 2014;466:44-51.

Nazorg bij huidtumoren

Patiënten met een niet-melanocytaire huidtumor zoals het basaalcelcarcinoom (BCC) of het plaveiselcelcarcinoom (PCC) hebben een grote kans om na verloop van tijd een recidief elders op het lichaam te krijgen. Naarmate de tijd verstrijkt na een eerste presentatie van een BCC of een PCC wordt de kans op een recidief wel kleiner. Echter, heeft patiënt eenmaal een eerste recidief gehad, dan stijgt de kans op een nieuw BCC of PCC exponentieel.
Voor dit onderzoek werden ruim 1200 patiënten met een histologisch bewezen niet-melanocytaire huidtumor gemiddeld 5,7 jaar (range van 0 tot 12,3 jaar) gevolgd. Bij de ene helft van de patiënten ging het om een eerste presentatie van een niet-melanocytaire tumor, bij de andere helft om een recidief.

Bij patiënten met een eerste presentatie werd na 1 jaar in 15% van de gevallen een recidief ontdekt, na 5 jaar in ruim 40% van de gevallen en na 10 jaar bij 60%. Als er al een of meer BCC of PCC verwijderd waren, dan was de recidiefkans na 1 jaar bijna 50%, na 5 jaar ruim 80% en na 10 jaar meer dan 90%. De recidiefpercentages verschilden niet voor basaal- of plaveiselcelcarcinomen. Wat verder opviel, was dat de kans op een recidief na de eerste presentatie, als er binnen 2 jaar nog geen nieuwe huidmaligniteit was ontstaan, in de daarop volgende jaren steeds kleiner werd en na 4 jaar minder was dan 5% per jaar. Na correctie voor verschillende confounders waren de kansen op een recidief niet significant anders. Met name het huidtype van de patiënt bleek geen goede voorspeller te zijn voor het optreden van een recidief.

Gezien de relatief grote kans op een recidief van een niet-melanocytaire huidtumor elders op het lichaam is een goede follow-up belangrijk. Zeker als het gaat om de follow-up van het BCC kan de huisarts, in goed overleg met de dermatoloog, een rol spelen. In de eerste jaren na een eerste presentatie lijkt jaarlijkse controle op de aanwezigheid van een recidief aangewezen. Als er binnen twee jaar geen recidief optreedt, kan de frequentie verlaagd worden. Treedt er wel een recidief op, dan moet patiënt verder jaarlijks gecontroleerd worden. ■

Bèr Pleumeekers

Mackenzie RW, et.al. Timing of subsequent new tumors in patients who present with basal cell carcinoma or cutaneous squamous cell carcinoma. JAMA Dermatol 2015;151:382-8.