

Titreren van morfine niet nodig

In veel recente handboekjes en richtlijnen over terminale zorg wordt aangeraden om morfine langzaam naar de 'goede' dosering te titreren door laag te beginnen met een snelwerkend preparaat en elke vier uur de dosering te verhogen totdat de pijn adequaat bestreden is. De totale dosering per 24 uur kan dan omgerekend worden naar morfine met een vertraagde afgifte. Dat advies blijkt geen voordelen te hebben boven gewoon gelijk een tablet morfine met een vertraagde afgifte. Noorse onderzoekers onderzochten of titreren met een snelwerkend preparaat de pijn sneller stilt dan titreren met een traagwerkend. Ze randomiseerden 40 patiënten in een goed opgezet onderzoek. Als start werden eerst alle analgetica behalve NSAID's afgebouwd en kregen alle patiën-

ten twee dagen ketobemidone (een μ -opioïdagonist) als rescue-medicatie. Daarna werd begonnen met 60 mg morfine per dag. De groep met traagwerkende morfine kreeg eenmaal per dag het werkzame preparaat en viermaal (elke 4 uur) een placebo. De groep met snelwerkende morfine kreeg dat andersom. De pijn was acceptabel bij een score <3 op een 7-punts VAS en minder dan 2 rescue-doseringen per dag. De morfine ging in vaste stappen omhoog. Bij de snelwerkende-morfinegroep duurde het 2,1 dag tot de pijn acceptabel was en 1,7 dag bij de traagwerkende-morfinegroep. In de laatste groep was er minder vermoeidheid dan bij de patiënten die met snelwerkende morfine werden behandeld. In beide groepen waren de meeste patiënten tevreden.

De trial is klein, maar toch voldoende groot om een klinisch relevant geacht verschil van anderhalve dag op te kunnen sporen. Extra scholing om Nederlandse huisartsen te leren eerst te titreren en dan pas een vertraagd werkend morfinepreparaat voor te schrijven, kan dus wel achterwege blijven. Er zijn in de palliatieve zorg belangrijker problemen (zie ook de klinische les op pagina 388). (JZ)

Klepstad P, et al. Immediate- or sustained-release morphine for dose finding during start of morphine to cancer patients: a randomized, double blind trial. Pain 2003;101:193-8.

Infectieziekten horen prominent op de (na)scholingsagenda

Huisartsen moeten meer geschoold worden op het gebied van infectieziekten. Dit is een aanbeveling in een rapport van de Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO) over de kennisinfrastructuur infectieziekten. Infectieziekten staan weer volop in de belangstelling, zeker gezien de recente ontwikkelingen met SARS en de vogelpest, die ook humane slachtoffers eist. Na de ontdekking en wereldwijde toepassing van antibiotica na de Tweede Wereldoorlog en de uitroeiing van het pokkenvirus in de jaren '70 waren we ervan overtuigd dat de infectieziekten verslagen waren. De aids-epidemie en de toenemende antibioticaresistentie hebben ons weer bescheiden gemaakt. Infectieziekten zijn mondiaal de grootste doodsoorzaak. Behalve onderzoek naar de oorzaak en de bestrijding van infectieziekten is een goede surveillance van groot belang. Een goede surveillance, maar ook vroegtijdige signalering staat of valt met alerte (huis)artsen in de eerste lijn, die infectieziekten melden aan de

GGD's. Deskundigheidsbevordering is dan ook van groot belang volgens de RGO. De Raad stelt zelfs voor om een kaderprogramma infectieziekten bij het NHG in te stellen, overigens zonder zich over de invulling hiervan uit te laten. Je zou kunnen denken aan het verbeteren van de kennis over de signaleringsinfrastructuur van infectieziekten, vaccinatie van risicogroepen, alertheid op oude en nieuwe infectieziekten. Vooral het vaststellen van risicogroepen kan een taak zijn van de huisarts. De uitvoering van griepvaccinatie is hiervan een mooi voorbeeld, maar ook kleine kinderen met frequent recidiverende otitiden zouden baat kunnen hebben bij een pneumokokkenvaccinatie. De al bestaande huisartsennetwerken en surveillancesystemen zouden volgens de RGO prima instrumenten zijn om meer informatie te krijgen over risicogroepen. Hiertoe zou de registratie van infectieziekten gekoppeld moeten worden aan andere morbiditeitsgegevens en zorg-

processen. Kortom, ook voor huisartsen bestaat er nog voldoende uitdaging om infectieziekten te diagnosticeren, te behandelen en te registreren. Het gaat niet allemaal vanzelf over. (RD)

Raad voor Gezondheidsonderzoek. Advies Kennisinfrastructuur Infectieziekten. Publicatie 40, Den Haag, april 2003.



Foto: Transworld/Contact Press Images