

Codeïne

Bij het doorlezen van de Farmacotherapeutische Richtlijn Pijnbestrijding (H&W 2007;50:601-15) en het overzichtskaartje valt het mij op dat codeïne relatief weinig aandacht krijgt.

Op het overzichtskaartje komt de naam codeïne niet als zodanig voor; ook niet bijvoorbeeld tussen stap 1A en 1B als toevoeging bij paracetamol, of bij stap 2. Ook in de richtlijn zelf in H&W bij Stap 2 op bladzijde 603 komt codeïne beperkt aan bod in vergelijking met tramadol. Heeft dat te maken met het feit dat tramadol relatief veel aandacht krijgt via de farmaceutische industrie, terwijl aan codeïne niet veel te verdienen valt?

Ad van Dongen

Antwoord

De volledige tekst van de richtlijn vermeldt precies de overwegingen voor het ontbreken van codeïne op het samenvattingskaartje, de noot vermeldt de onderbouwing hiervan.

De in Nederland beschikbare combinatiepreparaten van paracetamol met zowel codeïne als tramadol, raden wij in onze richtlijn allebei af. De werkzaamheid van de combinaties is niet in gerandomiseerd dubbelblind onderzoek vergeleken met de afzonderlijke bestanddelen. Daarnaast zijn er twijfels over de juistheid van de toegepaste dosering van deze combinaties en de dosering kan bij gebruik van vaste combinaties niet worden afgesteld op de individuele behoefte van de patiënt.

De toevoeging van codeïne staat inderdaad niet op het samenvattingskaartje vermeld omdat de pijnstillende dosering van codeïne (vanaf 30-60 mg per keer) veel obstipatieklachten geeft (wat toevoeging van een laxans noodzakelijk maakt) en omdat sommige patiënten codeïne niet kunnen omzetten in het werkzame morfine.

Tramadol is, in tegenstelling tot codeïne, in Nederland wel verkrijgbaar in verschillende pijnstillende doseringen en veroorzaakt veel minder obstipatie. Tramadol heeft andere beperkingen: het is minder

geschikt bij acute pijn (vanwege de noodzaak tot insluipend doseren en langzaam intredende analgetische werking) en minder geschikt bij langdurige pijn (vanwege afhankelijkheid en onthoudingsverschijnselen).

Vanwege de zeer beperkte plaats van zowel codeïne als tramadol vermelden we (net als de richtlijn 'Pijn' van de integrale kankercentra en het *Farmacotherapeutisch Kompas*) dat stap 2 meestal overgeslagen wordt bij heftige pijn.

*Monique Verduijn, Henk Folmer,
Afdeling Richtlijnontwikkeling en wetenschap,
sectie farmacotherapie NHG*

Koffie is heel gezond, toch?

Met veel plezier hebben we als AIOS deelgenomen aan het NHG-Congres op 23 november. Het congres wist op een elegante wijze kanttekeningen te plaatsen bij het huidige samenspel tussen geneeskunde en farmacie. Het obligate congresstasje was dit jaar dan ook alleen gevuld met een NHG-pen en een ogenschijnlijke literatuur-update over het gebruik van koffie.

Doordat onze naïeve geest recentelijk is bijgeslepen over misleidende voorlichtingcampagnes vanuit de farmaceutische industrie, besloten wij eens te kijken wie het Voorlichtingsbureau voor Koffie en Gezondheid nu eigenlijk is. Een korte zoektocht op internet leert dat het de Vereniging van Nederlandse Koffiebranders en Theepakkers (VNKT) is. Zij behartigen volgens hun website de belangen van de Nederlandse Koffiebranders en Theepakkers. Dit wekt toch minimaal de schijn dat deze organisatie er belang bij heeft om het product koffie positief neer te zetten. Het boekje *Koffie, hart en bloedvaten* noemt uitsluitend gunstige effecten van koffiedrinken. Het boekje is gelardeerd met tal van wetenschappelijke publicaties. Een paragraaf waarin ze uitleggen hoe ze naar deze literatuur gezocht hebben ontbreekt echter, waardoor het boekje geen evidence-based karakter heeft. Een korte search in PubMed (zeker geen systema-

tische review) onthult bovendien minder rooskleurige effecten van koffie op het gebied van kanker.^{1,2} Maar stel nu dat koffie inderdaad positieve effecten heeft op hart- en vaatziekten, is het dan toch verstandig om hiervoor reclame te drukken op een congresstas waarmee de Nederlandse huisartsen sinds 23 november rondlopen?

Nu is sponsoring tegenwoordig een voorwaarde om een congres te kunnen organiseren. Het verdient dus ook een groot compliment dat het NHG de moed heeft gehad om de andere kant van sponsoring, reclame en voorlichting door de farmaceutische industrie centraal te stellen op het congres.

Kritisch zijn ten opzichte van de farmacie is nu misschien geaccepteerd, maar hoe moeten we ons opstellen ten opzichte van partijen die onze aandacht vestigen op hun invulling van een 'gezonde leefstijl'? Wie o wie maakt ons wakker en zegt dat de reclame-uitingen voor het gebruik van koffie, thuishoort in het rijtje grapjes zoals de NHG-Standaard Stoppen met nagelbijten en de leefstijlpil Havidol?

E.A.G. Bergs, S.T. Houweling

- 1 Larsson SC, Giovannucci E, Wolk A. Coffee consumption and stomach cancer risk in a cohort of Swedish women. *Int J Cancer* 2006;119:2186-9.
- 2 Zeegers MP, Tan FE, Goldbohm RA, Van den Brandt PA. Are coffee and tea consumption associated with urinary tract cancer risk? A systematic review and meta-analysis. *Int J Epidemiol* 2001;30:353-62.

Antwoord

Het doet ons een groot genoegen dat de briefschrijvers te midden van veel van hun collega aios deel hebben genomen aan het NHG-Congres. De toevoeging van reclame aan de NHG tas in de vorm van een grapje in de lijn van Havidol en de NHG-Standaard Stoppen met nagelbijten was een goed idee geweest. De koffiebrochure, die eerder al bij H&W was ingesloten, valt daar niet onder en is gewoon reclame die ook als zodanig herkenbaar is. Reclame, dus met selectieve presentatie van de evidence. Opname van reclame in uitingen van het NHG betekent niet dat

bestuur of redactie de inhoudelijke argumentatie van de reclame onderschrijft. Dat geldt ook voor deze reclame.

Sponsoring of reclame voor koffie, banken auto's en dergelijke is in onze ogen overigens van een andere orde dan genees-

middelenreclame. Hypotheken, auto's en koffie zijn geen medische voorzieningen die op voorschrift van de dokter worden aangeschaft en door de verzekeraar gefinancierd. We komen in een grijs gebied als men aan bepaalde middelen gezond-

heidsclaims koppelt.

We blijven de reclame in H&W controleren en zullen goed nadenken over de congrestartas van volgend jaar, wellicht onder het genot van een kopje koffie.

Arno Timmermans, Ted van Essen

Cochrane-review

Immunotherapie met allergeeninjecties bij mensen met seizoensgebonden allergische rhinitis

Calderon MA, Alves B, Jacobson M, Hurwitz B, Sheikh A, Durham S. Allergen injection immunotherapy for seasonal allergic rhinitis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 1. CD001936. DOI: 10.1002/14651858.CD001936.pub2.

Achtergrond Allergische rhinitis komt vaak voor. Vooral in westerse landen kan tot 30% van de volwassen bevolking hier last van hebben. Seizoensgebonden allergische rhinitis hangt meestal samen met blootstelling aan pollen. Immunotherapie met allergeeninjecties is mogelijk een effectieve behandeling. Bij deze behandeling horen uitgebreide preventieve maatregelen omdat anafylactische shock en acute dood gevaren zijn van immunotherapie. Dit is een barrière voor de toepasbaarheid van deze mogelijk effectieve behandeling in de huisartsenpraktijk.

Doel Deze Cochrane-review onderzoekt de effectiviteit en veiligheid van specifieke subcutane allergeeninjecties ten opzichte van placebo-injecties bij de behandeling van seizoensgebonden allergische rhinitis.

Methode Alleen dubbelblinde gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken kwamen in aanmerking voor deze Cochrane-review. Patiënten in deze onderzoeken moesten een aangetoonde seizoensgebonden allergische rhinitis hebben, met behulp van een positieve huidpriktest of RAST-test op pollen van bomen, grassen of kruiden. De onderzochte behandeling was het geven van meerdere injecties met een enkel allergeen, verge-

leken met placebo-injecties. De auteurs stelden geen eisen aan het aantal injecties, de gebruikte doseringen en de duur van de behandelingen.

Voor deze Cochrane-review is gezocht in de gangbare registers als MEDLINE en EMBASE, aangevuld met specifieke databases en trialregisters.

Alle onderzoeken kregen een kwaliteitsoordeel over de randomisatieprocedure, mogelijk selectieve uitval en de mate van blinding. Op basis van deze drie criteria kreeg elk onderzoek een eindoordeel, gebaseerd op de kans op vertekende resultaten. Onderzoeken met een hoog risico op vertekende resultaten werden buiten beschouwing gelaten.

Resultaten Uit de samenvattingen van 1111 onderzoeken selecteerden de auteurs 276 mogelijk geschikte onderzoeken. Daarvan voldeden er 52 aan de insluitingscriteria. De meeste onderzoeken vielen uit omdat ze methodologisch niet goed genoeg waren, of omdat ze niet specifiek over immunotherapie gingen. Van deze 52 bleven er na de kwaliteitsbeoordeling 47 over. Er bleken relevante verschillen te zijn tussen de duur en de dosering van de immunotherapie in de verschillende onderzoeken. Desalniettemin werden de uitkomstmaten van de geselecteerde onderzoeken zoveel mogelijk samengevoegd voor een zogenaamde 'gepoolde' analyse. Op basis van dagboekregistraties geeft zowel immunotherapie als het gebruik van anti-allergische medicijnen een significant sterkere afname van symptomen dan placebo. Hetzelfde patroon was zichtbaar in onderzoeken die symptomen en medicijngebruik maten met vragenlijsten en bij onderzoeken die keken naar specifiek symptomen

van allergische rhinitis, conjunctivitis of bronchiale symptomen. Vijf onderzoeken maakten gebruik van een specifieke kwaliteit-van-leven-vragenlijst. Immunotherapie verbetert de kwaliteit van leven zowel klinisch als statistisch.

Bij een deel van de onderzoeken zijn ook metingen gedaan om de werking van immunotherapie te ontrafelen. Daarbij bleek onder andere dat immunotherapie leidt tot een toename van IgG en een verminderde gevoeligheid voor de behandelde allergenen bij provocatietests. Effecten op specifiek IgE varieerden van geen effect tot een toename van specifiek IgE. Maar één onderzoek toonde een daling van specifiek IgE aan.

Immunotherapie kan zowel lokale als systemische reacties geven. In de meeste gevallen zijn deze volledig reversibel na behandeling. De meeste systemische reacties zijn niet-specifiek (hoofdpijn, arthralgie, ongemak), of mild van aard (toename rhinitis of geringe bronchiale reacties). Reacties als urticaria en oedeem treden bij ongeveer 7% van de behandelde mensen op. Anafylactische shock treedt bij minder dan 1% op en geen enkel onderzoek beschreef incidenten met fatale afloop.

Conclusie auteurs De auteurs concluderen dat immunotherapie een veilige en effectieve behandeling is voor mensen met seizoensgebonden allergische rhinitis. Immunotherapie is bruikbaar als mensen niet op andere behandelingen reageren. Bij de toepassing van immunotherapie moeten mensen bewaakt worden om bijwerkingen snel en adequaat te behandelen.