

Casus aios

De kennelijk onuitroeibare term 'assistent' wordt ook gebruikt in het journaaltje *Casus aios* (H&W 2008;51:4). Dit is een zeer verwarrende term die geen recht doet aan degene om wie het gaat. Het gaat namelijk over *artsen* in opleiding tot specialist en niet over *assistenten* in opleiding tot specialist. Ook voor patiënten is de term 'arts-assistent' zoals die in het ziekenhuis wordt gebruikt, niet te begrijpen. Het is voor hen niet duidelijk dat zij werkelijk een arts voor zich hebben. Meerdere keren per dag moet je dus uitleggen dat je wel degelijk bevoegd en bekwaam bent om de betreffende patiënt te behandelen, hetgeen tot gevolg heeft dat je het consult begint met een enorm wantrouwen van de patiënt jegens zijn of haar behandelend arts van dat moment. Laten we de term 'arts-assistent' voor goed verlaten en slechts spreken over arts in opleiding tot specialist (aios) of arts niet in opleiding tot specialist (anios). Dit schept voor de patiënt in ieder geval een hoop duidelijkheid.

B. Arntzen, *aios huisartsgeneeskunde*

Antwoord

Arntzen heeft gelijk: aios staat voor arts in opleiding tot specialist. Een pijnlijke misser. Zijn pleidooi voor afschaffing van de term assistent is ons uit het hart gegrepen. Een dergelijke misser kon overigens niet voorkomen toen een aios nog gewoon een haio was.

de redactie

FTR Pijnbestrijding

In het kader van een wetenschapsopdracht die de eerste auteur deed voor haar huisartsenopleiding heeft zij zich nader verdiept in de recent in dit tijdschrift gepubliceerde *Farmacotherapeutische richtlijn Pijnbestrijding* van het NHG.¹ Wat daarin opviel was de tabel op het samenvattingskaartje over de keuze voor een bepaald NSAID bij patiënten met een verhoogd gastro-intestinaal en/of cardiovasculair risico.

De richtlijn baseert zich hierbij vrijwel uitsluitend op meta-analyses van observationeel onderzoek waarbij het risico op het optreden van een bepaalde complicatie bij gebruik van de verschillende NSAID's berekend wordt ten opzichte van het risico op dezelfde complicatie bij niet-gebruikers. Hierdoor zijn er geen getallen bekend die duidelijk maken of de gevonden verschillen in relatieve risico's significant van elkaar verschillen.

Het enige onderzoek waarbij de verschillende NSAID's direct met elkaar zijn vergeleken is van matige kwaliteit (of tenminste zeer matig beschreven).

Het advies over de keuze voor diclofenac bij gelijktijdig gebruik van acetylsalicylzuur is uitsluitend gebaseerd op onderzoek met biochemische (en dus secundaire) eindpunten, waarbij ibuprofen de werking van acetylsalicylzuur tegen zou gaan. Naproxen is in dit kader in het geheel niet onderzocht.

De keuze voor diclofenac lijkt onvoldoende onderbouwd, temeer daar eerder genoemd onderzoek aanwijzingen geeft dat diclofenac een hoger risico op cardiovasculaire complicaties zou kunnen geven.

Wij zijn van mening dat er onvoldoende wetenschappelijk bewijs is om een advies te geven over een voorkeur voor een bepaald NSAID in bepaalde situaties, zoals weergegeven in de tabel in de richtlijn en vinden dan ook dat het NHG dit deel van de richtlijn zou moeten intrekken. In een situatie waarin de huisarts dagelijks bloot staat aan verleidings-technieken om verantwoorde farmacotherapie om te buigen naar minder goed onderbouwde middelen met 'bijzondere werkingsmechanismen', lijkt het niet verstandig dat het NHG daaraan een bijdrage van hetzelfde niveau gaat leveren.

Marloes Botterweg, *aios, Siep Thomas*

Verduijn MM, Folmer H. *Farmacotherapeutische richtlijn Pijnbestrijding*. *Huisarts Wet* 2007;50:601-15.

Antwoord

De volledige tekst van de FTR Pijnbestrijding vermeldt de overwegingen voor de eerste keuze van een NSAID bij een

verhoogd gastro-intestinaal en/of cardiovasculair risico zoals deze op het samenvattingskaartje vermeld staan. De noten vermelden de onderbouwing hiervan. De volledige tekst van de richtlijn is overigens: 'vermijd NSAID-gebruik zo veel mogelijk bij een verhoogd gastro-intestinaal of cardiovasculair risico. Combineer een NSAID met een protonpompremmer (of eventueel misoprostol) als het gastro-intestinale risico verhoogd én NSAID-gebruik onvermijdelijk is. Schrijf NSAID's alleen bij dwingende noodzaak, en na zorgvuldige afweging van de voordelen, voor aan ouderen en aan patiënten met een verminderde nierfunctie, hypertensie, hartfalen of atherosclerotisch hart- en vaatlijden. Geef bij voorkeur diclofenac, als een NSAID noodzakelijk is bij patiënten die een lage dosering acetylsalicylzuur gebruiken (overweeg dan nadrukkelijk maagbescherming toe te voegen).'

Omdat goed onderzoek waarin verschillende NSAID's direct met elkaar vergeleken worden bij patiënten die acetylsalicylzuur als trombocytenaggregatieremmer gebruiken ontbreekt, baseert de richtlijn zich hierbij inderdaad voornamelijk op meta-analyses van observationeel onderzoek. De conclusie van de noot vermeldt dat waarschijnlijk alle NSAID's, zeker in hoge doseringen, een verhoogd risico op hart- en vaatziekte geven en daarom beter niet voorgeschreven kunnen worden aan patiënten met een aangetoond hart- en vaatlijden en aan patiënten met een verhoogde kans op een ischemisch vaatincident. Bij naproxen lijkt het cardiovasculaire risico vooralsnog het kleinst; daarom geven we aan dit middel de voorkeur bij patiënten met een verhoogd cardiovasculair risico die (nog) geen acetylsalicylzuur gebruiken.

Het bewaken op interacties gebeurt uiteraard in het kader van patiëntveiligheid. Daarvoor wordt gebruikgemaakt van het interactiebestand dat door het WINAp in de G-Standaard is verwerkt.

De FTR baseert, zoals bij interacties door ons gebruikelijk is, het advies om bij voorkeur diclofenac te geven bij noodzakelijke combinatie van een NSAID met