

Maagzuur

Het is bekend dat reflux een veelvoorkomende klacht is en daarmee samenhangend behoort de maagzuurremmer tot de meest voorgeschreven medicijnen. Zo'n 12% van de volwassen Nederlandse bevolking gebruikt deze middelen en het meestgebruikt zijn de protonpompremmers (PPI's), zoals omeprazol en pantozol. Omdat deze middelen zo goed werken blijven veel patiënten ze gebruiken, terwijl dat vaak niet nodig is. Hoe krijgen we deze groep mensen van de maagzuurremmers af?

In een recente RCT onderzocht men de

farmacologische afhankelijkheid van PPI's. Twee groepen patiënten kregen 2 soorten potjes: groep 1 (n=141) had een pot placebotabletten voor dagelijks gebruik en pantozol 20 mg in het 'zo nodig' potje. Bij groep 2 (n=62) was het precies andersom. Van de patiënten die dagelijks placebo kregen, stopte 19% met de 'zo nodig' PPI en verminderde 33% de 'zo nodig'-dosis naar 2 tot maximaal 6 tabletten per week. De rest bleef dagelijks PPI's gebruiken. In de controlegroep gebruikte 91% minder dan 2 'zo nodig' placebotabletten per week.

Dat de placebo het goed doet valt min of meer te verwachten. Wel is verrassend dat patiënten die al lange tijd PPI's gebruiken, vrij goed in staat zijn tot dosisvermindering en het 'zo nodig' gebruiken in plaats van continu slikken. Deze kennis is goed bruikbaar bij het verminderen van het chronisch PPI-gebruik. (KJ)

Van der Velden A. Long-term treatment of gastro-oesophageal reflux disease in primary care [proefschrift]. Hoofdstuk 4: Pharmacological dependency in chronic treatment of GORD: a randomized controlled clinical trial. Utrecht: Universiteit Utrecht, 2008.

Weg met malaria?

Nederlandse huisartsen zien niet vaak patiënten met een malaria-infectie, maar ze zien wel vaak patiënten die vakanties boeken naar malariagebieden. En ondanks het preventief slikken van bijvoorbeeld atovaquon/proguanil of mefloquine kan het toch misgaan. Met name *Plasmodium Falciparum* ontwikkelde in sommige gebieden resistentie tegen deze middelen.

Er is echter een nieuw middel op de markt waarmee men de malaria-epidemie afdoende denkt te kunnen aanpakken. Het gaat om de stof artemisinine, die geschikt is voor zowel behandeling als preventie van malaria. De verbinding wordt gewonnen uit de plant zomeralsem (*Artemisia annua*), al lang bekend in de traditionele Chinese kruidengeneeskunde, maar tot voor kort schaars omdat dit plantje niet overal wil groeien.

De Amerikanen lukte het recent om de stof door genetische modificatie te laten maken in gistcellen. Hiermee zal aan de krappe leverbaarheid een eind komen. Dat is goed nieuws, ook voor toeristen die op vakantie een malaria-infectie oplopen. Het enige probleem is dat er ook bij deze stof resistentie op lijkt te treden. Waar voorheen het middel de bloedstroom binnen 48 uur zuiverde van de malariaparasiet, duurt het nu langer. Dat bleek bij

onderzoek nabij de Thais-Cambodjaanse grens. Op deze plek verscheen rond 1950 ook de eerste chloroquine-resistente malariaparasiet. Gelukkig duurt het jaren voordat een resistentie zich over de wereld verspreidt. Om dit proces tegen te gaan, adviseert de WHO om artemisinine nu altijd te combineren met een ander middel.

De komende jaren lijkt het middel artemisinine dus een effectief malariamedicijn, ook voor geïnfecteerde toeristen, mits in combinatie met een ander middel. (KJ)

Fukuda MM. Evidence of artemisinin-resistant malaria in Western Cambodia. NEJM 2008;359:2619-20.



Foto: Shutterstock/Vladimir Yitek