

Primum non nocere

Casus

Mevrouw A is op 77-jarige leeftijd door verhuizing naar een verzorgingshuis bij ons in de praktijk gekomen. Haar voorgeschiedenis vermeldde PTCA, PMR, chronisch pijnsyndroom, wervelkanaalstenose en de aanleg van een dubbelloops ileostoma vanwege obstipatieklachten door verstoorde darmmobilititeit na uterusextirpatie. Rondom haar verhuizing speelde ook een onderzoek bij de geriater naar haar cognitieve problemen. Zij had het onderzoek echter als zodanig belastend ervaren dat ze afzag van verder bezoek aan de geriater voor een diagnose-adviesgesprek.

Op verzoek van mevrouw en haar familie hebben wij in overleg met de geriater het diagnose-adviesgesprek gevoerd. Aan de hand van de bevindingen bij de anamnese, de neuropsychologische onderzoeken en de bevindingen bij de MRI hebben we de diagnose dementie op basis van de ziekte van Alzheimer gesteld. Naast uitleg over het te verwachten beloop van de ziekte hebben we als medicatie cholinesteraseremmers voorgesteld.

Na bedenktijd is mevrouw A gestart met rivastigminepleisters, in de dosering van 4,6 mg/24 uur. Na 2 weken hebben we de bijwerkingen geëvalueerd, waarna de dosis werd opgehoogd naar 9,5 mg/24 uur. De balans was positief: haar spraakvermogen was verbeterd, zij had minder aansturing nodig in haar ADL-taken en, daarna of daardoor, leek haar stemming verbeterd.

Een maand na het ophogen van de dosering bezocht ze het spreekuur in verband met buikpijnklachten. Lichamelijk onderzoek leverde geen afwijkingen op en we hebben haar enkele adviezen gegeven. Veertien dagen later had mevrouw A hevige buikpijn. Zij was bleek, klam en vertoonde bewegingsdrang. Haar buik was bij onderzoek geprikkeld. We stuurden haar met spoed door. Onderzoek op de SEH leverde geen verklaring op voor de klachten. Acht dagen hierna werden we gebeld voor een spoedvisite, nadat de huisartsenpost die nacht al een visite had afgelegd. Daarop stuurden we haar opnieuw met spoed door en opnieuw werd er geen verklaring voor de klachten gevonden.

We overwogen dat de klachten verband konden houden met de recente start van rivastigmine. De behandeling is hierop gestaakt. In de 9 maanden hierna hebben zich geen vergelijkbare incidenten voorgedaan.

BESCHOUWING

Het oude adagium 'primum non nocere' geldt in de huidige tijd meer dan ooit, nu aandacht voor polyfarmacie en multimorbiditeit bij onze kwetsbaarste patiënten (de ouderen) hoog in het vaandel staat. Dat dit niet altijd even makkelijk is, willen we uitleggen aan de hand van deze casus.

De CBO-Richtlijn Diagnostiek en medicamenteuze behan-

deling van dementie stelt dat medicamenteuze behandeling een zinvolle aanvulling kan zijn op niet-medicamenteuze interventies.¹ Er zijn echter bijwerkingen beschreven van medicamenteuze behandeling (NNH = 12).² Een deel van de bijwerkingen is gastro-intestinaal van aard en lijkt daarom samen te hangen met orale toediening. Rivastigminepleisters zijn net zo effectief als orale toediening. De gastro-intestinale bijwerkingen daarvan zijn gering, vergelijkbaar met die van placebo, maar zijn wel mogelijk.³ Er is overigens slechts beperkt onderzoek gedaan naar de redenen van staken van de behandeling.⁴

Bij onze patiënte was er sprake van een ongewenste situatie: het met spoed bezoeken van medisch-specialistische zorg in verband met hevige buikklachten. De relatie met het starten van de rivastigminepleisters is niet vanaf het begin heel duidelijk geweest. Een bruikbaar concept over bijwerkingen van geneesmiddelen wordt weergegeven met de schaal van Naranjo.⁵ Als we deze schaal voor onze patiënte invullen, komen we tot een score van 5: een waarschijnlijke, ongewenste geneesmiddelreactie. De verbetering van een aantal klachten die horen bij haar dementie en haar toegenomen lijdensdruk na het staken van de rivastigmine waren een pleidooi voor herintroductie. Een ontredderde patiënte, lijdend aan helse buikpijnen, die angstig reageert op de doorverwijzing naar het ziekenhuis is daarentegen een sterk pleidooi voor het niet meer herintroduceren van dergelijke middelen.

Specialisten en kaderartsen ouderengeneeskunde zullen in de toekomst ongetwijfeld vaker met deze problematiek in aanraking komen. Primum non nocere: het lijkt zo simpel... ■

LITERATUUR

- 1 CBO-Richtlijn Diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementia. Utrecht: CBO, 2005.
- 2 Lancot KL, Hermann N, Yau KK, Khan LR, Liu BA, Loulou MM, et al. Efficacy and safety of cholinesterase inhibitors in Alzheimer's disease: a meta-analysis. *CMAJ* 2003;169:255-64.
- 3 Dillon S. Rivastigmine Transdermal Patch, a review of its use in the management of dementia of the Alzheimer's type. *Drugs* 2011;71:1209-31.
- 4 Gardette V, Andrieu S, Lapreyre-Mestre M, Caley, Cantat C, Ousset PJ, et al. Predictive factors of discontinuation and switch of cholinesterase inhibitors in community-dwelling patients with Alzheimer disease: a 2-year prospective, multicentre, cohort study. *CNS Drugs* 2010;24:431-42.
- 5 Naranjo CAA. Method for estimating the probability of adverse drug reactions. *Clin Pharmacol Ther* 1981;30:239-45.