

Volgnr. 29

Verantw. uitgever: Medisch Farmaceutisch Comité

december 2008

(tel 22966, fax 24974, mfc@uzgent.be)

Keuze laaggedoseerd aspirine

Acetylsalicylzuur wordt vaak voorgeschreven ter preventie van cardiovasculaire aandoeningen. In de literatuur bestaat er heel wat onduidelijkheid en controverse over de dagelijkse dosis (81 tot 325 mg) en of deze dezelfde is voor alle subpopulaties. Acetylsalicylzuur-gerelateerde toxiciteit is dosis-gerelateerd wat niet geldt voor de efficaciteit. Volgens de huidige beschikbare evidentie wordt een dagelijkse dosis aanbevolen van 75 tot 81 mg (Campbell et al. JAMA 2007;297:2018-2024), voor alle subpopulaties. Hogere dosissen geven enkel meer bijwerkingen (bloedingen) en geen lagere morbiditeit en mortaliteit. Hiermee rekening houdend werd enkel het enterisch omhulde preparaat Asaflow[®] 80 mg op het UZGent formularium weerhouden. Dit preparaat is tevens terugbetaald (ambulant: terugbetalingscategorie B, hospitalisatie: binnen forfait). Aspegic[®] 100 mg (dispergeerbaar preparaat) is beschikbaar voor patiënten met slikproblemen of ingeval de medicatie via sonde moet worden toegediend.

Waarschuwingen omtrent het gebruik van gadolinium

In een nieuwsbrief van de WHO verscheen een waarschuwing omtrent nefrogene systemische fibrose na gebruik van gadolinium (contraststof). Er wordt aangeraden om de nierfunctie na te kijken vóórleer contraststoffen toe te dienen. Dit betekent het berekenen van de klaring; serumcreatinine nakijken is niet voldoende gezien moet rekening gehouden worden met leeftijd, gewicht en geslacht (klaring berekenen volgens de formule van Cockcroft-Gault; opletten bij klaring van minder dan 30ml/min).

Specialiteitsnamen van gadolinium houdende contraststoffen: Dotarem[®], Gadovist[®], Magnevist[®], Multihance[®], Omniscan[®], Vasovist[®].

Waakinfuus

Een waakinfuus wordt regelmatig gestart op het ogenblik van opname in het ziekenhuis, en heeft als doel een intraveneuze toegangsweg te verzekeren voor eventuele toediening van geneesmiddelen. Het infuus wordt meestal geplaatst op het ogenblik van de bloedafname om een tweede punctie te voorkomen. Het plaatsen van een waakinfuus is o.a. verantwoord bij klinisch onstabiele patiënten en bij patiënten met potentieel levensbedreigende aandoeningen.

De literatuurgegevens tonen aan dat ongeveer 1/3 van alle bij de opname gestarte waakinfuzen overbodig zijn (1). Dit cijfer werd echter bekomen uit post hoc analyses, en dient bijgevolg met de nodige omzichtigheid te worden geïnterpreteerd. Bijvoorbeeld op de spoedgevallendienst zullen de meeste patiënten met retrosternale pijn terecht een waakinfuus krijgen. Bij een groot aantal van deze patiënten blijkt dat na diagnostische investigaties geen ernstige oorzaak wordt gevonden, en waarvoor post hoc geen infuus nodig was.

Een waakinfuus kan lokale en systemische complicaties veroorzaken. De incidentie van oppervlakkige tromboflebitis bedraagt 7% tot 22%. Lokale infecties treden op bij 0,1 tot 7% van de patiënten. Ernstige infecties zijn zeldzaam (0,04 tot 0,1%). Om het risico op bovenstaande complicaties te beperken dient een waakinfuus na 72 uren verwijderd te worden of in een andere perifere vene te worden geplaatst (2).

Contra-indicaties voor het plaatsen van een waakinfuus zijn o.a. een ontstoken bloedvat en/of huid rondom het bloedvat, een veneuze trombose van de arm, de voorgeschiedenis van lymfeklieruitruiming ter hoogte van de oksel en de aanwezigheid van een dialyseshunt ter hoogte van de arm.. Bij patiënten die nog een dialyseshunt dienen te krijgen t.h.v. de arm dient het infuus geplaatst te worden in de contralaterale arm; indien dit niet mogelijk is dient het infuus zo perifeer mogelijk aangebracht te worden (t.h.v. de handrug).

Wanneer het infuus voor een intraveneuze therapie, hydratatie, de toediening van bloed of bloedproducten of contraststoffen dient, spreekt men over een therapeutisch infuus.

De twee meest frequent gebruikte oplossingen voor een waak- en een therapeutisch infuus zijn fysiologische oplossing (natriumchloride 0.9%) en glucose 5%. Om de intraveneuze toedieningsweg open te houden is een minimaal debiet van 250 ml per 24 uur noodzakelijk (3, 4).

Referenties

1. Vandenbos F, Basar A, Tempesta S, Fournier JP, Bertrand F, Vanesland L, Oualid H, Dunais B, Dellamonica P, Roger PM. Relevance and complications of intravenous infusion at the emergency unit at Nice university hospital. *Journal of Infection* 2003; 46: 173-176.
2. Smith T, Pritchard-Howarth M, King D. Are intravenous cannulae still being misused? *Br J Clin Pract* 1996; 50: 466-467.
3. Nelson RR, Tebbs SE, Richards N, Elliott TS. An audit of peripheral catheter care in a teaching hospital. *J Hosp Infect* 1996; 32:65-9.
4. Couzigou C, Lamory J, Salmon-Ceron D, Figard J, Vidal-Trecan GM. Short peripheral venous catheters: effect of evidence-based guidelines on insertion, maintenance and outcomes in a university hospital. *J Hosp Infect*. 2005; 59:197-204.