



Deprescribing

Pierre Chevalier, médecin généraliste

Argan: “Weten artsen dan helemaal niets volgens jou?”

Béralde: “Wel zeker, mijn broer. Zij weten het meeste van alles, kunnen mooi Latijn spreken, kennen alle ziektenamen in het Grieks, kunnen alle ziekten beschrijven en onderverdelen in categorieën; maar ziekten genezen, daar kennen ze niets van.”

Molière. Le malade imaginaire. Derde bedrijf, scène 3.

Het ene voorschrift is het andere niet

In medische termen betekent een voorschrift elke therapeutische aanbeveling die al dan niet wordt vastgelegd in een recept.

In de tijd van Molière bestonden de voorschriften van erkende artsen over het algemeen uit lavementen en aderlatingen. Tegenwoordig gaat het bij medische voorschriften meestal over een voorschrift van een geneesmiddel.

In de omgangstaal is het voorschrift (van de arts) of het recept het document dat de arts (de voorschrijver) opstelt op het einde van de raadpleging en waarmee de patiënt zijn of haar geneesmiddel(en) kan afhalen bij de apotheker. In de loop van de laatste eeuwen zijn we op het vlak van voorschriften geëvolueerd van lavementen en aderlatingen naar een wereld van aspirine en statines. Maar in welke mate draagt het voorschrijven van deze geneesmiddelen iets bij aan het ‘genezen van een ziekte’?

De ingebeelde arts

‘Een ziekte genezen’. Is dat het cholesterolgehalte verlagen? Of verhinderen dat bloedplaatjes aggregeren tot een bloedprop die een kransslagader verstopt? Momenteel zijn dat vaak de therapeutische doelstellingen bij het voorschrijven van een geneesmiddel. De arts ‘denkt’ dat het voorgeschreven geneesmiddel de ziekte zal ‘genezen’ of ‘voorkomen’ en dat de patiënt beschermd is tegen de ziekte of in ieder geval tegen de risico’s ervan. Door een statine voor te schrijven denkt de arts dat de patiënt geen myocardinfarct zal doormaken en hieraan dus ook niet zal sterven. Voor deze arts is het zeer moeilijk om aan te nemen dat statines alleen maar leiden tot een risicovermindering die varieert in functie van de patiëntkenmerken en van de relatieve werkzaamheid van het geneesmiddel. In identiek dezelfde omstandigheden kan zowel 1 op 10 als 1 op 1 000 patiënten baat hebben bij een statine. De balans opmaken tussen de potentiële voor- en nadelen van statines wordt soms nog moeilijker als meer frequente ongewenste effecten de overhand krijgen op de mogelijke winst (zelfs op het vlak van kosteneffectiviteit) (1). Om al deze elementen te integreren moeten we overstappen van ‘het genezen van ziekten’ naar ‘de beste zorg verlenen aan een specifieke patiënt’... veraf van de ingebeelde arts.

Zorg voor de patiënt

De jury van de RIZIV-consensusvergadering over het rationele gebruik van hypolipemiërende middelen (2014) wijst er in haar rapport herhaaldelijk op “om bij het starten van een behandeling (*n.v.d.r. met statines*) rekening te houden met het profiel van de patiënt (levensverwachting, voedingstoestand, co-morbiditeit en andere patiëntgerelateerde factoren (*n.v.d.r. zoals bv. leeftijd*))” (2).

In 2015 publiceerden Kutner et al. een RCT waarvan de resultaten argumenten aangeven voor de mogelijkheid om geen voorschrift of geen herhalingsvoorschrift op te maken. Ze onderzochten de risico’s en de voordelen van het stoppen met statines bij patiënten met een beperkte levensverwachting (3). Deze patiënten kregen initieel statines

voorgeschreven voor zowel primaire als secundaire preventie. De auteurs includeerden 381 volwassenen met een levensverwachting die varieerde van 1 maand tot 1 jaar. 49% van de patiënten had kanker en de gemiddelde leeftijd bedroeg 74 jaar. Voor de primaire uitkomstmaat ‘sterfte na 60 dagen’ was er geen significant verschil tussen de patiënten die gestopt waren met statines en de patiënten die verder een statine kregen. Deze primaire uitkomstmaat was echter niet de oorspronkelijke primaire uitkomstmaat van het originele protocol. De auteurs wijzigden de oorspronkelijke primaire uitkomstmaat ‘overleving’, omdat in de loop van de studie de mediane overlevingstijd langer bleek dan voorzien, namelijk ongeveer 9 maanden (dus 3 maal meer dan de initiële inschatting). Dat wijst er eens te meer op hoe delicaat de medische prognose van een patiënt kan zijn. Bij de patiënten die gestopt waren met statines verbeterde de kwaliteit van leven en was er minder nood aan andere behandelingen. Deze overwegingen om adequaat geen statines voor te voorschrijven (‘deprescribing’) kan ook veralgemeend worden naar andere geneesmiddelenklassen, zeker bij ouderen (4,5). Het is een overweging die per patiënt en per geneesmiddel moet gebeuren.

Besluit

Niet voorschrijven is een onderdeel van een klinische aanpak gebaseerd op Evidence-Based Medicine (bewijs van werkzaamheid en tolerantie/veiligheid) die de balans bepaalt tussen de potentiële voordelen en risico's voor een welbepaalde patiënt. Overleg en onderhandeling met de patiënt met verduidelijking van de mogelijke voordelen en risico's, en rekening houdend met het feit dat steeds voor de patiënt om een risico-inschatting gaat, zal leiden tot het al dan niet (opnieuw) voorschrijven.

Referenties

1. Odden MC, Pletcher MJ, Coxson PG, et al. Cost-effectiveness and population impact of statins for primary prevention in adults aged 75 years or older in the United States. *Ann Intern Med* 2015;162:533-41.
2. RIZIV. Het rationeel gebruik van de hypolipemiërende geneesmiddelen. Consensusvergadering van 22-05-2014 – Conclusies - Juryrapport.
3. Kutner JS, Blatchford PJ, Taylor DH, et al. Safety and benefit of discontinuing statin therapy in the setting of advanced, life-limiting illness: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med* 2015;175:691-700.
4. Farmaka. Stoppen met voorschrijven. *Geneesmiddelenbrief. FormulR/info* 2014;21:17-22
5. Farmaka. Deprescribing : Deel 2. *Geneesmiddelenbrief. FormulR/info* 2015;22:31-5