

Pas op met pijnstillers voor ouderen

Groot gebruik, groot risico

Pijnstillers worden bij veel patiënten en aandoeningen toegepast. Mede door dit veelvuldig gebruik zijn pijnstillers verantwoordelijk voor een groot aantal bijwerkingen en een groot aandeel van de geneesmiddel-gerelateerde ziekenhuisopnamen. Vooral ouderen vormen een kwetsbare groep.

Tekst | Mark de Groot en Kees van Grootheest



De kans dat een bijwerking van een pijnstiller ernstig is, neemt toe met de leeftijd.

Bij 24 % van 106 in het ziekenhuis opgenomen 70-plussers is sprake van een ernstige geneesmiddelbijwerking, zo blijkt uit de studie van Mannese e.a. In 12 % van de casussen was de bijwerking ook de reden van opname. Een valincident, een gastro-intestinale bloeding of hematurie en het gebruik van meer dan drie geneesmiddelen bleken risico-indicatoren te zijn [1]. Ook buiten het ziekenhuis zorgen bijwerkingen bij ouderen voor een aanzienlijke belasting van de zorg. Een cohortstudie met 30.397 patiëntjaren noteerde 1523 bijwerkingen, waarvan 38 % als ernstig en 28 % als vermijdbaar werd geclassificeerd. Bij de patiënten die ouder waren dan 65 jaar waren pijnstillers in 22 % gerelateerd aan vermijdbare bijwerkingen [2].

In een recentere studie van Pirmohamed e.a. bleken in Engeland bijwerkingen verantwoordelijk voor 6,5 % van alle ziekenhuisopnamen en legden ze beslag op 4 % van de bedden capaciteit. 72 % van de bijwerkingen was mogelijk vermijdbaar geweest [3]. De

mediane leeftijd van de patiënten die waren opgenomen vanwege een bijwerking, was tien jaar hoger dan de mediane leeftijd van patiënten met een niet aan een bijwerking gerelateerde ziekenhuisopname. Vooral NSAID's (29,6 %), diuretica (27,3 %) en antistollingsmedicatie (10,5 %) waren verantwoordelijk voor de bijwerking-gerelateerde ziekenhuisopnamen.

Ziekenhuisopname

Pijnstillers – in het bijzonder de NSAID's – geven dus een hoog risico op bijwerkingen en op een ziekenhuisopname als gevolg daarvan. Ouderen boven 75 jaar hebben sowieso een ongeveer tienmaal zo hoge kans op een acute ziekenhuisopname dan de gehele populatie. Daarbij komt dat het percentage vermijdbare opnamen bij ouderen het hoogst is [4]. Uit het HARM-onderzoek blijkt dat het voorkomen van bijwerkingen en het percentage ziekenhuisopnamen in Nederland goed vergelijkbaar is met de bovengenoemde internationale getallen. NSAID's staan ook in dit onderzoek in de top-3 van genees-

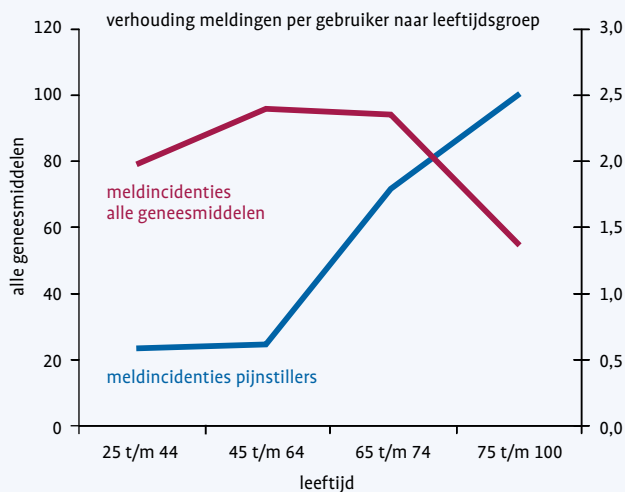
middelen die bijdragen aan het aantal vermijdbare ziekenhuisopnamen [5].

De meldingen aan het Nederlands Bijwerkingen Centrum Lareb van bijwerkingen van pijnstillers bij ouderen ondersteunen dat beeld. Van de meldingen die Lareb tussen 1 januari 2001 en 15 september 2007 ontving, valt op dat de meeste klachten van pijnstillers bij ouderen boven 65 jaar gastro-intestinale klachten (17 %) betreffen, zoals een maag- of darmbloeding, een ulcus of misselijkheid. Daarna volgen dermatologische klachten (14 %, met name huiduitslag, jeuk en angio-oedeem) en aandoeningen van het zenuwstelsel (13 %, vooral duizeligheid, slaperigheid en hoofdpijn).

Om een globale indruk te krijgen van de relatieve risico's bij ouderen die pijnstillers gebruiken, relateerden wij deze meldingen aan de voorschrijfgegevens van het College voor zorgverzekeringen (www.gipdatabank.nl).

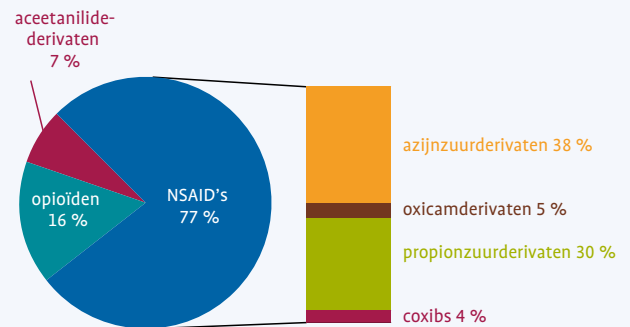
Het absolute aantal meldingen van bijwerkingen op alle geneesmiddelen is het hoogst bij vijftigers. Voor meldingen over pijnstil-

Meeste bijwerkingen bij vijftigers



Het aantal meldingen bij Lareb van bijwerkingen voor pijnstillers en alle overige geneesmiddelen per leeftijdscategorie.

NSAID's belangrijkste pijnstillers



Bron: College voor zorgverzekeringen (www.gipdatabank.nl)

Verdeling van de aantallen gebruikers van pijnstillers in Nederland in 2006. De coxibs spelen anno 2006 met 4 % slechts een kleine rol. Wat het aandeel is van zelfzorgmedicatie is niet vastgesteld.

lers ligt dit maximum eveneens bij deze leeftijdscategorie. Maar wanneer we het aantal meldingen relateren aan het aantal gebruikers, dan blijkt dat het relatieve aantal meldingen op alle geneesmiddelen het hoogst is in de leeftijdscategorie 45 tot en met 65 jaar. Als we alleen naar pijnstillers kijken, blijkt echter dat het relatieve aantal meldingen op deze middelen toeneemt met de leeftijd. Bij ouderen zijn pijnstillers dus relatief vaker de oorzaak van een bijwerking dan bij jongeren. De kans dat een bijwerking van een pijnstiller ernstig is, neemt bovendien toe met de leeftijd. Bij 65-plussers is die kans anderhalf maal zo hoog als bij jongere personen.

Van de meldingen op pijnstillers bij ouderen betrof 42 % coxibs. Dit percentage is tweemaal zo hoog als bij andere patiënten, maar over dezelfde periode gebruikten 65-plussers ruim tweemaal zo vaak een coxib als pijnstiller als mensen onder 65 jaar. Momenteel zijn NSAID's de belangrijkste groep pijnstillers, de coxibs spelen

anno 2006 met 4 % slechts een kleine rol. Wat het aandeel is van zelfzorgmedicatie is niet vastgesteld.

In de praktijk

Wat voor het voorschrijven van geneesmiddelen in het algemeen geldt, gaat in versterkte mate op voor het voorschrijven van pijnstillers. Afnemende lever- en nierfuncties bij ouderen leiden tot een verminderde eliminatie van geneesmiddelen. Ook de veranderende lichaamssamenstelling, door afname van de spiermassa en toename van het vetpercentage, heeft gevolgen voor de farmacokinetiek. Daarnaast zijn de sociale context en de frequente polyfarmacie bij ouderen risicofactoren voor het optreden van bijwerkingen [6].

Recent is een aantal adviezen gepubliceerd die gebruikt kunnen worden om bijwerkingen van NSAID's bij ouderen te voorkomen. Van den Bemt e.a. adviseren bij ieder herhaalrecept van een NSAID de noodzakelijkheid voor het middel te heroverwegen en

te kiezen voor een zo kort mogelijke gebruiksduur en een zo laag mogelijke dosering. Bij het ontstaan van dyspeptische klachten bij een niet-selectieve NSAID heeft het toevoegen van een protonpompremmer de voorkeur boven vervanging door een selectieve NSAID [7]. Merle e.a. en Brouwers e.a. benadrukken het belang van een regelmatige herbeoordeling van de medicatielijst en een adequaat gebruik van de mogelijkheden die automatisering biedt [6, 8]. Vanzelfsprekend is goede samenwerking tussen apotheker en arts essentieel voor een goede farmacotherapie.

Dr. M.C.H. de Groot is medisch bioloog, dr. A.C. van Grootheest is arts. Beiden zijn werkzaam bij het Nederlands Bijwerkingen Centrum Lareb te Den Bosch.

Correspondentie: m.degroot@lareb.nl.

Literatuur

Zie voor de literatuurreferenties de digitale versie van dit artikel op pw.nl.

LITERATUUR

- 1 Mannesse CK, Derkx FH, De Ridder MA, et al. Contribution of adverse drug reactions to hospital admission of older patients. *Age Ageing*. 2000;29(1):35-9.
- 2 Gurwitz JH, Field TS, Harrold LR, et al. Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. *JAMA*. 2003;289(9):1107-16.
- 3 Pirmohamed M, James S, Meakin S, et al. Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18 820 patients. *BMJ*. 2004;329(7456):15-9.
- 4 Van der Hooft CS, Sturkenboom MC, Van Grootheest AC, et al. Adverse drug reaction-related hospitalisations: a nationwide study in the Netherlands. *Drug Saf*. 2006;29(2):161-8.
- 5 Division of Pharmacoepidemiology & Pharmacotherapy. Hospital admissions related to medication (HARM). Utrecht; Utrecht Institute for Pharmaceutical Sciences: 2006. http://www.nvza.nl/kr_nvza/uploaddb/download_object.asp?atoom=8895&VolgNr=83.
- 6 Brouwers JRB, Taxis K. Medicatiegerelateerde problemen bij ouderen. *Patient Care*. 2007;34(7/8):19-23.
- 7 Van den Bemt BJJ, Benraad HB, Rasker JJ. Cardiovasculaire en gastro-intestinale risico's bij selectieve en niet-selectieve NSAID's. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2007;151(19):1062-7.
- 8 Merle L, Laroche ML, Dantoine T, et al. Predicting and preventing adverse drug reactions in the very old. *Drug Aging*. 2007;22(5):375-92.