Wat de media berichtgeving betreft over de ontstekingsremmers (NSAI) en de mogelijke nevenwerkingen op het gebied van hart- en vaatziekten in een recente studie: die is zeker correct.

Daarenboven moet men naast de risico’s betreffende hart- en vaatlijden ook de risico’s voor andere bijwerkingen zoals maag- en darmproblemen en vermindering van nierfunctie niet vergeten.

De besproken gegevens en risicofactoren vragen echter duiding. De betekenis van de studie voor de praktijk dient bekeken.

De relatieve risico’s van ontstekingsremmers in het algemeen zijn natuurlijk al jaren bekend, prominent in de aandacht gebracht naar aanleiding van de Vioxx story begin jaren 2000. Ook dit medicament komt in de recente studie trouwens weer aan bod als meer risicovol maar is inmiddels van de markt. Toen waren er al kritische geluiden te horen over andere ontstekingsremmers o.a. diclofenac.

De beste duiding naar patienten toe is dus deze die de wetenschappelijke gegevens vertaalt naar de dagelijkse praktijk:

1/Elk medicijn heeft mogelijke nevenwerkingen en bij het voorschrijven moet steeds een afweging gemaakt worden tussen mogelijke nevenwerkingen en de noodzaak van dit medicijn (ev alternatieve mogelijkheden steeds overwegen zoals andere medicijnen, kiné, hulpmiddelen en dergelijke) en dit steeds voor de persoon in kwestie (en dus niet theoretisch). Zo is bijvoorbeeld de nood aan ontstekingsremmers bij reumatoide artritis duidelijk afgenomen door het gebruik van andere effectieve therapieen. Ook bij artrose bestaat al jaren een richtlijn die in eerste instantie pijnstillers (paracetamol) en een niet medicamenteuze aanpak zoals educatie en kinesitherapie voorstelt, en alleen bij onvoldoende resultaat aanvullend ontstekingsremmers.

2/Daarenboven zijn de beschreven nevenwerkingen in deze studie blijkbaar dosis afhankelijk. Dit betekent dat steeds de laagst effectieve dosis moet voorgeschreven/ingenomen worden. Verder zal men voor pijn en stijfheid bij artrose met een intermittente therapie werken, en niet met een continu gebruik van ontstekingsremmers.

 3/In het artikel wordt ook vermeldt dat deze nevenwerkingen vooral gelden voor ouderen en ook dit is gekend: men dient steeds de afweging te maken naargelang de individuele risico’s. Leeftijd is een risicofactor op meerdere niveaus (ook voor maaglijden en ontstekingsremmers) en in deze studie geldt dit ook voor patiënten met bestaand hart- en vaatlijden.

4/De algemene boodschap is uiteraard dat elke patient zijn individuele situatie moet bespreken met zijn vertrouwde arts. Op eigen initiatief chronisch deze middelen gebruiken is niet aangewezen en de meeste zijn trouwens voorschriftplichtig.

5/Zelfs als men enkele risico’s bij zichzelf herkent moet dit niet onmiddellijk aanleiding zijn tot paniek. Als men een theoretisch risico op een hartinfarct heeft van 2% betekent een verdubbeling van het risico door ontstekingsremmers dat deze patient een theoretisch risico van 4% heeft. Bij deze risicofactoren moeten in de praktijk uiteraard steeds ook andere risicofactoren bekeken worden zoals roken, obesitas, hoge bloeddruk etc. Alle mogelijke risico’s moeten in de individuele situatie worden bekeken.