



6 november 2019

Onderwerp

1. Verslag vorige vergadering

- Het actiepunt over BOS CI 33 oxycodon is onder handen, medio deze maand volgt overleg met de deskundige door Sander.

2. PharmaPartners: CI uitbreiding naar 20

Het aantal vast te leggen CI's wordt met versie 512 van Pharmacom uitgebreid naar 20. Dit zal medio 2020 zijn.

3. Nieuwe interactie

- IA 4XX hydroxychloroquine – QT-verlengers
Healthbase deelt de interacterende middelen vooralsnog niet in op risico. Bij de KNMP is de inschaling gemaakt op hoog en laag risico. SHB gaat hier nog wel naar kijken maar op dit moment is de toegevoegde waarde van deze indeling op de signaaldruk/praktische afhandelingen nog zeer beperkt.
- IA 4XX selexipag – CYP2C8-remmers
Geen opmerkingen.
- IA 4XX selexipag – rifampicine
Rifampicine kan niet altijd gemakkelijk worden vervangen door rifabutine. Het is echter de enige uitwijkmogelijkheid die er is en ook in andere interacties wordt toegepast. Er komen 2 aanvullingen in de aanvullende tekst:
 - Een toelichting wat te doen bij kortdurend gebruik van rifampicine bij meningokokken
 - Een nadere duiding van de termijn van de laatste afhandeling (hoe lang duurt het tot de inductie is verdwenen).
- IA 4XX TCA's – valproïnezuur
Geen opmerkingen over de tekst.

4. CI Bariatrische chirurgie

De uitwerking van deze CI wordt erg op prijs gesteld. Specifieke opmerkingen over de tekst en de BOS teksten:

- Er wordt gevraagd of er een verwijzing moet worden opgenomen naar de obesitaskliniek. In de laatste alinea staat reeds dat er o.a. naar informatie van de obesitaskliniek is gekeken, maar dit was niet de primaire bron.
- Onderaan pagina 2 is een passage over ulcera bij een restmaag of bij de aansluiting (naadulcera). Die laatste zijn een groot probleem. Bij NSAID's kan ook in de restmaag een ulcus ontstaan. De opmerking wordt opgenomen in de tekst.
- Scope van de CI: valt de maagband hier wel onder omdat er geen weefsel is weggesneden? Er zijn nu te weinig studies om een specifiek advies te geven per ingreep. Vandaar dat alle ingrepen onder dezelfde CI vallen. Er is geen CI-ICPC koppeling, dus bij een maagband kun je zelf besluiten als zorgverlener het niet op te nemen. Er zijn geen studies beschikbaar op basis waarvan je hem kan

uitsluiten. In de praktijk zal je maatwerk doen en wil je wel een signaal hebben. Het is niet uit te sluiten dat er in de toekomst een uitsplitsing van de CI's komt indien er meer studies zijn gedaan met alle verschillende ingrepen. Dit is wel onwenselijk gezien de workload en de vervuiling die dat met zich meebrengt, maar op basis van de huidige beschikbare informatie, is 1 CI voor nu de beste oplossing.

- Vitamine D 50.000 IE wordt bovenop de dagelijkse aanvulling gegeven. Dit wordt duidelijker vermeld in de tekst.
- Het Dumpingsyndroom moet duidelijker uitgelegd worden, waarom gebeurt dit en wat gebeurt er (fysiologisch)?
- Bij diuretica staat er dehydratatie i.p.v. dehydratie. Waarom moeten diuretica vlak na de operatie vermeden worden? Patiënten krijgen weinig vocht binnen doordat zij moeten wennen aan de verkleinde maag. De combinatie met diuretica lijkt niet handig. Er is echter te weinig evidence om diuretica te bewaken in deze CI. Nu dus voorkeur voor een zo laag mogelijke dosering.
- Is er goed zicht op de vitaminesupplementen die patiënten innemen? De inname hiervan is lastig voor de huisarts inzichtelijk te maken. LB koppelt de bekende vitaminepreparaten aan een BP, zodat het in de medicatiestatus komt en er op bewaakt kan worden. Dit advies ook opnieuw opnemen in de tekst. In de praktijk is het handig na te vragen of er een vitamine wordt gebruikt.
- Op pagina 11 staat een opmerking over een noodanticonceptivum; hier moet 'oraal' bij vermeld worden.
- Het wordt niet hard afgeraden om pleisters te plakken, terwijl dit door overtollige huid lastig kan zijn. Er is geen evidence voor verminderde werkzaamheid/gebruiksgemak door overtollige huid dan wel de operatie. Er zijn mogelijk wel plekken huid beschikbaar. In de BOS-tekst wordt daarom opgenomen advies te geven aan de patiënt over waar de pleisters te plakken.
- Op pagina 14 is discussie over de afhandeling van de inhalatiecorticosteroiden (ICS). Er is bij patiënten vaak geen strikte indicatie voor deze middelen omdat ze vaker benauwdheidsklachten hebben. Liever benoemen gebruik ICS liefst vermijden, en de passage over strikte indicatie weghalen.
- Deferasirox of deferoxamine: eerstgenoemde is al laatste keus, dus is vermijden niet altijd mogelijk. Dit graag verwerken in afhandeling. Rabeprazol heeft geen indicatie voor maagbescherming, dit moet ook op andere plekken moeten nagelopen of dit wel mag zo.
- Op pagina 16 wordt vermeld dat het NSAID vervangen moet worden. Het vervangen van een NSAID is in de praktijk lastig vanwege drempel naar opioïd.
- Slow release preparaten zijn nu nog niet onderzocht, deze volgen mogelijk later.

5. CI Morbide obesitas

a. CM tekst

Anders dan bij bariatrische chirurgie zijn voor deze CI geen goede richtlijnen beschikbaar, vandaar het volgen van de werkgroep.

Er zijn enkele opmerkingen bij de tekst:

- Voor de vermageringsmiddelen geldt dat naast orlistat ook liraglutide is geregistreerd.

- Qua etiologie is veel eten en weinig bewegen een ouderwetse gedachte die inmiddels is weerlegd. Deze passage graag nuanceren. Er zijn subgroepen waarbij verschillende mechanismen leiden tot ernstig overgewicht. Vooral hormonale disbalans speelt een rol (insulineresistentie, leptineresistentie).
- Op bladzijde 3 bij ciprofloxacin oraal en overige heparines (gebrek aan gegevens/geen evidence) wordt geen advies gegeven. Wel is een andere omschrijving gewenst, nl. er is geen advies voor dosisaanpassing beschikbaar.
- De vraag over de MIC in de afhandeling van tazobactam/piperacilline kan wel worden gesignaleerd in de poliapotheek. Dus deze kan worden voorzien van een afhandeling (signaal naar voorschrijver).
- Er wordt gevraagd of de startdosering cumarines anders is bij mensen met overgewicht? Dit is onbekend. Werkgroep geeft wel aan dat in studies 20-30% hogere dosering nodig was. De FNT geeft bij navraag aan dat een signaal vanuit de apotheek niet nodig is. Waarschijnlijk kan het iets langer duren voordat adequate antistolling is bereikt bij die patiënten. Akkoord om geen signaal te geven.

b. BOS teksten

Er zijn enkele opmerkingen bij de BOS-teksten:

- Bij de BOS van de DOAC's valt op dat het aantal kilo's hier wordt vermeld. Is het niet logischer om de BMI te bekijken? In de studies is op basis van gewicht gekeken, dus daarom wordt dit ook in de adviezen aangehouden.
- Bij rivaroxaban mist een 't' bij weegt, maar de formulering wordt sowieso aangepast.
- Heparines: Dalteparine profylactisch 7500 IE als dosering wordt niet herkend in de praktijk. Navragen waar 7500 IE vandaan komt bij werkgroep. Als je een hoger gewicht hebt, wat dan te doen qua dosis?

6. G-updates

a. aug 2019

Geen opmerkingen.

b. sep 2019

Geen opmerkingen.

7. OV tekst pleisters

Geen opmerkingen.

8. Jaarverslag 2019

Geen opmerkingen.

9. Jaarplan 2020

- Er wordt meer prioriteit gevraagd voor de interacties met QT verlengende medicatie. Er zijn op dit gebied de laatste tijd de nodige verbeteringen doorgevoerd. Denk hierbij aan clinical rules van het Erasmus MC. Vooral de afhandeling is lastig in de praktijk. Het onderwerp staat op de to-do-list, maar de herziening van CYP IA's staan nu hoger in de prioritering. Dit graag opnieuw bekijken!

10. BOS teksten lactatie

BOS tekst bromocriptine/cabergoline:

Graag toevoegen dat bij indicatie anders dan lactatieremming, de borstvoeding kan verminderen.

De rest van de teksten worden zonder aanpassingen vastgesteld.

11. Rondvraag en sluiting

- Marijn vraagt naar de vastlegging van CI 6 en 9: hoe wordt in de praktijk deze CI vastgelegd? De uitsplitsing van de CI heeft meer nadelen dan voordelen. Vaak ligt het inderdaad vast op 2 nummers. Het kan met een NI worden opgelost, maar dan mis je ook de overschakeling als iemand start met insuline gebruiken. Volgende keer een voorstel voor een samenvoeging presenteren.
- Marten merkt op dat ketoconazolcrème bij kinderen wordt voorgeschreven, terwijl dit volgens de SPC niet mag. Het kinderformularium is hier echter leidend.
- Marten merkt ook op dat bij CVRM thiazides + beta-blokkers liever niet gecombineerd moeten worden, behalve bij hartfalen. Dit vanwege het langetermijnrisico op het ontwikkelen van DM2. Beta-blokkers zijn sowieso geen eerstekeusmiddelen. Dit wil je niet achteraf corrigeren maar vooraf ondervangen. Dit geldt bijvoorbeeld ook voor het risico van thiazides op huidkanker. Met een slim formularium kun je dit opvangen, maar dit is nog niet zover. Ook de medicatiebewaking kan in zijn huidige vorm deze wens niet ondersteunen.