

INNAME VAN GENEESMIDDELEN TIJDENS DE RAMADAN

Op 24 september 2006 start voor de moslims de jaarlijkse Ramadan, een maand van vasten van zonsopgang tot zonsondergang. Kinderen tot de puberteit, en personen voor wiens gezondheid vasten schadelijk zou kunnen zijn (bv. zwangere vrouwen, tijdelijk zieken, chronisch zieken zoals diabetici), zijn vrijgesteld van vasten. Velen zullen er uit geloofsovertuiging voor kiezen om toch te vasten. Het is in dat geval belangrijk dat de arts met de patiënt bespreekt in hoeverre dit problemen zou kunnen stellen in verband met zijn gezondheid.

Wanneer de patiënt de vastenregel strikt wenst te volgen en dus geen orale medicatie wenst in te nemen tussen zonsopgang en zonsondergang, moet hij begrijpen dat dit problemen kan stellen voor **geneesmiddelen die meerdere malen daags moeten worden ingenomen**. Het overslaan van een dosis of het veranderen van het tijdstip van inname kan leiden tot vermindering in het therapeutisch effect of het optreden van ongewenste effecten, zeker wanneer het een geneesmiddel met een nauwe therapeutisch-toxische grens betreft; problemen zijn beschreven met bv. anti-epileptica en bronchodilatoren. Soms kan men overschakelen op minder frequente toediening, bv. met gebruik van een preparaat met vertraagde vrijstelling. Ook moet er aandacht zijn voor de mogelijkheid dat de concentraties in het organisme, en dus het therapeutisch effect, veranderen doordat de relatie van inname ten opzichte van de maaltijden wordt veranderd; dit is bv. belangrijk voor bisfosfonaten die nuchter moeten worden ingenomen.

Het respecteren van de Ramadan stelt dikwijls problemen in verband met hypoglykemie of hyperglykemie bij **diabetespatiënten**. Zeker aan patiënten met type 1-diabetes, patiënten met (dreigende) diabetescomplicaties, instabiele of slecht gecontroleerde diabetes en zwangere vrouwen met diabetes, moet daarom worden afgeraden te vasten. Wanneer diabetici toch wensen te vasten, is het belangrijk dat de glykemie regelmatig wordt gecontroleerd, en dat het dosisschema van de antidiabetische middelen wordt gerevalueerd. Het is moeilijk eenduidige richtlijnen te geven omtrent eventuele dosisaanpassingen. *Metformine* en de *glitazonen* kunnen vaak als voorheen verdergezet worden; voor metformine kan bij sommigen de weggevallen middagdosis gecompenseerd worden door een ietwat hogere avonddosis; voor de glitazonen kan de dagdosis bv. in één gift 's avonds worden genomen. *Sulfamiden* en *gliniden* veroorzaken frequenter hypoglykemie, en de dosis dient meestal te worden verlaagd; anderzijds kan het, in functie van de omvang van de maaltijd (vaak wordt na zonsondergang een zeer copieuze maaltijd genomen), soms noodzakelijk zijn de avonddosis te verhogen. Patiënten behandeld met *insuline* dienen overdag de “voor-de-maaltijd”-insulines weg te laten of te reduceren, met aanpassing van hun traagwerkende insulines ter compensatie.

Enkele referenties: zie blz. 81

PULMONALE HYPERTENSIE DOOR ANOREXIGENEN: OOK MEER DAN 5 JAAR NA LAATSTE INNAME

Reeds in 1995 werd duidelijk dat amfetaminederivaten gebruikt als anorexigeen, het risico van optreden van pulmonale hypertensie verhogen. Omwille van dit risico (en voor fenfluramine en dexfenfluramine ook omwille van het risico van hartkleplijden) werden deze middelen van de markt teruggetrokken, en werd afleveren ervan, als specialiteit of in magistrale bereiding, in 2001 verboden in België [zie Folia november 1999, april 2002 en februari 2005].

Uit een onderzoek uitgevoerd in Frankrijk in 2003 naar de frequentie, de symptomen en de risicofactoren van pulmonale hypertensie blijkt dat bij 64 van de 674 geïnccludeerde patiënten, de pulmonale hypertensie mogelijk te wijten was aan het gebruik van anorexigenen. Bij ongeveer 40% van deze 64 patiënten traden de eerste symptomen van pulmonale hypertensie pas meer dan 5 jaar na de laatste inname van het anorexigeen op. Het lijkt dan ook aangewezen bij patiënten die in het verleden anorexigenen hebben genomen, aandachtig te zijn in verband met het optreden van symptomen van pulmonale hypertensie (o.a. dyspnoe, moeheid, verminderde inspanningstolerantie), ook al zijn deze middelen in België reeds minstens 5 jaar verboden.

Op basis van casuïstische meldingen is gesuggereerd dat amfetamines, gebruikt als doping of als drug, eveneens pulmonale hypertensie kunnen veroorzaken. Tot nu toe zijn met methylfenidaat, een amfetaminederivaat gebruikt bij ADHD (*Attention-Deficit Hyperactivity Disorder*), geen gevallen van pulmonale hypertensie gerapporteerd.

Naar

Anoniem. Anorexigènes et hypertension pulmonaire: un risque prolongé. *La Revue Prescrire* 2006;26:429

Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Anorexigènes et risque d'hypertension pulmonaire. Communiqué de presse (10 maart 2006). Via <http://agmed.sante.gouv.fr/htm/10/filcoprs/060302.htm>

Humbert M, Sitbon O, Chaouat A, Bertocchi M, Habib G. et al. Pulmonary arterial hypertension in France. Results from a national registry. *Am J Respir Crit Care Med* 2006;173:1023-30

Van Wolferen SA, Vonk Noordegraaf A, Boonstra A en Postmus PE. Pulmonale arteriële hypertensie door amfetaminen gebruikt als drugs of doping. *Ned Tijdschr Geneesk* 2005;149:1283-8

Enkele referenties bij het artikel “Inname van geneesmiddelen tijdens de Ramadan” (blz. 76)

Aadil N, Houti IE en Moussamith S. Drug intake during Ramadan. *Brit Med J* 2004;329:778-82
Al-Arouj M, Bouguerra R, Buse J, Hafez S, Hassanein M, MA Ibrahim et al. Recommendations for management of diabetes during Ramadan. *Diabetes Care* 2005;28:2305-11. Lezersbrief in *Diabetes Care* 2006;29:744-6

Anoniem. Matching diabetes treatment and lifestyle. *Drug and Therapeutics Bulletin* 2005;43:73-77
Crosby SS, Rourke EJ en Warfa MA. Fasting and medical issues during Ramadan (Letters). *JAMA* 2005;294:1618. Commentaar in *JAMA* 2006;295:498