

Farmacotherapie van emesis ten gevolge van cytostatica

BAGGERMAN (1982) schrijft in zijn artikel dat van domperidon geen bijwerkingen gesignaleerd zijn. Wij willen graag op een zeer onaangename bijwerking wijzen, die bij adequate behandeling snel verdwijnt.

Onlangs zagen wij bij een 24-jarige patiënte met een acute myeloïde leukemie op de zevende dag van haar eerste remissie-inductiekuur het beeld van een acute dystonie ontstaan. Binnen twee minuten na toediening van 5 mg biperideenlactaat (Akineton) intraveneus verdwenen de verschijnselen volledig. Dit middel werd gegeven omdat bekend is dat met een antiparkinsonmiddel verschijnselen van acute dystonie goed bestreden kunnen worden (HOES en SANGSTER 1981).

Op de dag dat deze verschijnselen werden waargenomen gebruikte patiënte als medicatie domperidon (3 dd 10 mg intraveneus), lynestrenol (2 dd 5 mg oraal), foliumzuur (1 dd 5 mg oraal), allopurinol (4 dd 100 mg oraal), partiële antibiotische decontaminatie (PAD)-capsules (4 dd 3 caps. oraal; iedere dosis bevattende neomycine-sulfaat 250 mg, amfotericine B 250 mg, en polymixine B 1 miljoen eenheden), nalidixinezuur (2 dd 1 g oraal) en cytarabine (2 dd 180 mg intraveneus). Verschijnselen van acute dystonie zijn tot nu toe alleen toegeschreven aan het gebruik van neuroleptica (HOES en SANGSTER 1981) en niet aan andere geneesmiddelen die patiënte kreeg. Toediening van domperidon werd na het optreden van deze verschijnselen gestaakt, terwijl de andere medicatie in dezelfde doseringen gecontinueerd werd. De verschijnselen keerden niet meer terug.

Door SOL (1980) en DEBONTRIDDER (1980) werden eerder twee patiënten beschreven met extrapiramidale verschijnselen, die waarschijnlijk door domperidon veroorzaakt werden. Het lijkt ons aannemelijk, dat ook bij onze patiënte de verschijnselen door domperidon veroorzaakt werden. Vermeld dient te worden dat de dosering van domperidon niet te hoog was aangezien de door de producent geadviseerde dosering van 1 mg/kg/24 uur niet werd overschreden bij deze 45 kilogram wegende vrouw (*Repertorium farmaceutische spécialités* 1982).

Voor de behandeling van acute dystonie zijn uit de groep antiparkinsonmiddelen diverse preparaten beschikbaar, o.a. biperideenlactaat, orfenadrine, benzotropine en methixeen. HOES en SANGSTER hebben hiervan een overzicht gegeven.

Literatuur: BAGGERMAN, C. (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 803. – DEBONTRIDDER, O. (1980) *Lancet II*, 802. – HOES, H.J.A.J.M. en B. SANGSTER (1981) *Geneesmiddelenbull.* 15, 59. – SOL, P. (1980) *Lancet II*, 802. – *Repertorium farmaceutische spécialités* (1982) bl. 235.

Leiden, juli 1982

S. LABATTO
P.J. VAN DEN BROEK
F.C. HENNY
J.G. VAN DIJK

Inderdaad is de hierboven beschreven bijwerking van domperidon in tegenspraak met de veronderstelde afwezigheid van penetratie in het corpus striatum door domperidon. AGID e.a. (1979) hebben van deze afwezigheid op elegante wijze, en met succes, gebruik gemaakt door bij de behandeling van parkinsonisme met bromocriptine domperidon toe te voegen ter onderdrukking van de perifere bijwerkingen zonder aantasting van het centraal dopaminerge effect.

Anderzijds is hyperprolactinemie als gevolg van domperidon beschreven (SEGRESTAA e.a. 1979); de prolactine-afgifte staat onder dopaminerge controle op hypothalamair niveau.

De veronderstelde afwezigheid van domperidon in het CZS berust op penetratie-onderzoekingen bij de rat m.b.v. gelabeld domperidon. Maar ook in dier-farmacologisch onderzoek is in hogere dosering bij de hond remming van het vermijdingsgedrag waargenomen, hetgeen wijst op penetratie van het nigrostriatum (VAN NUETEN en SCHUURKENS 1981). Kortom, de mist rondom deze problematiek is nog verre van opgetrokken.

Overigens moet een mogelijk verband tussen cytostatica-gebruik en parkinsonisme niet zonder meer worden uitgesloten. BORANIC en RAIC (1979) beschrijven extrapiramidale bijwerkingen als gevolg van een vincristine-adriamycinebehandeling.

Literatuur: AGID, Y., A.M. BONNET, F. LHERMITTE e.a. (1979) *Lancet I*, 570. – BORANIC, M. en F. RAIC (1979) *Biomedicine* 31, 124. – NUETEN, J.M. VAN en J.A.J. SCHUURKENS (1981) In: *Progress with domperidon*. Royal society of medicine series, vol. 36. Academic Press, Londen. – SEGRESTAA, J.M., J. GUERIS, D. JULIEU e.a. (1979) *Thérapie* 34, 437.

Eindhoven, augustus 1982

C. BAGGERMAN

Discussie euthanasie

In hun artikel vragen de collegae MEIJER en ROOS (1982) om collegiale kritiek of bijval. Gaarne wil ik beginnen met het betuigen van sympathie voor de van grote zorgvuldigheid getuigende wijze van benadering van dit probleem. Het is duidelijk de bedoeling van de schrijvers om paal en perk te stellen aan een ongebreideld „euthanasiasme”. Toch wil ik hun enige kritische opmerkingen niet onthouden.

In hun artikel wordt over „euthanasie” gesproken, zonder dat daarbij onderscheid gemaakt wordt tussen „actieve” en „passieve” euthanasie. Ik neem aan dat zij dit niet met opzet gedaan hebben, ervan uitgaande dat deze adjectiva soms verwarrend werken. Het weglaten van een nadere precisering sticht echter nog grotere verwarring. Indien aan de door schrijvers genoemde voorwaarden is voldaan en patiënt en behandelende arts tot de overtuiging zijn gekomen dat alleen euthanasie nog uitkomst kan brengen, zou deze handelwijze, mits uitgevoerd met optimale waarborgen, toelaatbaar zijn. Maar wat achten de schrijvers dan toelaatbaar: het weglaten van voortdurende beademing, kunstmatige voeding, enz. of het toedienen van een dodelijke dosis morfine? Naar mijn mening bestaat er tussen deze twee manieren van handelen een hemelsbreed verschil. Uit eigen ervaring weet ik dat artsen vaak de neiging hebben veel te lang door te gaan met het „behandelen” van patiënten die in de stervensfase van een ongeneeslijke ziekte verkeren en ik onderschrijf dan ook gaarne de kritiek die schrijvers hierop uiten. Maar om dan maar van het ene uiterste in het andere te vervallen en de kunstmatige voeding te vervangen door een dodende spuit gaat mij beslist te ver, ook om principiële redenen: wij, artsen, hebben niet te beslissen over leven en dood, ook niet over het tijdstip van de dood. De mens wikt, God beschikt. En indien God, in Zijn ondoorgrondelijke raadsbesluiten, het zo beschikt heeft dat de stervende mens nog enige tijd moet lijden, dan moeten wij, artsen, dat