

werd de registratie van rimonabant door de *Food and Drug Administration* uitgesteld (13 juni 2007) omwille van twijfels in verband met de veiligheid. Klinische studies wijzen inderdaad op een verhoogd risico van neurologische en psychiatrische ongewenste effecten, met inbegrip van depressie, angst, zelfmoordgedachten en convulsies. Na herevaluatie van de beschikbare gegevens, vooral inzake de psychiatrische effecten, besloot het EMEA (19 juli 2007) dat de risico-batenverhouding van rimonabant gunstig is, maar dat rimonabant niet mag gebruikt worden bij patiënten met een depressieve stoornis of patiënten behandeld met een antidepressivum; de behandeling moet gestopt worden wanneer tekenen van depressie optreden. [Zie ook Transparantiefiche « Behandeling van obesitas », met updates]

- Hoofdstuk 14.3.2. **Bupropion**, dat reeds beschikbaar was onder de specialiteitsnaam Zyban® om rookstop te vergemakkelijken, is sinds december 2007 beschikbaar onder de

specialiteitsnaam **Wellbutrin®** voor de behandeling van episodes van majeure depressie. Bupropion is een inhibitor van de heropname van catecholamines; zijn werkingsmechanisme en ongewenste effecten zijn dan ook vergelijkbaar met deze van de tricyclische antidepressiva.

- Hoofdstuk 14.6.1. **Carbetocine (Pabal®)** is een langwerkend oxytocine-analoog, beschikbaar sinds december 2007, voor de preventie van uterusatonie na keizersnede onder peridurale of spinale anesthesie. De voornaamste ongewenste effecten van carbetocine zijn gastro-intestinale last, vasomotorische warmte-opwellingen, hoofdpijn, beven en pruritus. Voorzichtigheid is geboden bij vrouwen met migraine, astma of cardiovasculaire aandoeningen.

- Hoofdstuk 14.11. **Idursulfase (Elaprase®)** is een recombinant enzym voor de behandeling van het Hunter-syndroom (type II-mucopolysaccharidose), te wijten aan een tekort aan iduronaat-2-sulfatase. Het gaat om een weesgeneesmiddel.

Flash

- De behandeling van reumatoïde artritis werd reeds besproken in de Folia van maart 2005. Wat de **behandeling van reumatoïde artritis in het beginstadium** betreft, toont een recente studie [*Ann Intern Med* 2007;146:406-15, met editoriaal 146:459-60] dat vroegtijdig starten van een basisbehandeling toelaat de ziekte onder controle te houden bij de meeste patiënten, wat ook de initiële behandeling is (monotherapie of associatie), en voor zover de behandeling individueel wordt aangepast. In deze studie was een behandeling waarbij van bij het begin meerdere basisbehandelingen werden geassocieerd, na één jaar doeltreffender

dan monotherapie, maar niet meer na 2 jaar. Wanneer daarenboven rekening wordt gehouden met de ongewenste effecten en de kostprijs van de behandelingen, lijkt het redelijk om, in samenspraak met een reumatoloog, bij de meerderheid van de patiënten te starten met één enkele basisbehandeling (meestal methotrexaat) en deze dan progressief aan te passen. De auteur van een editoriaal dat recent verscheen in de *British Medical Journal* [2007;335:56-7] vestigt evenwel de aandacht op het feit dat bij de patiënten met factoren die wijzen op een ongunstige prognose, van bij het begin kan overwogen worden meerdere basisbehandelingen te associëren.