

kans dat een maagspoeling een klinisch belangrijke hoeveelheid zal verwijderen (o.a. afhankelijk van de tijd sinds de inname) en het risico van de procedure (o.a. aspiratie, slokdarmtrauma), moeten worden afgewogen.

- Uitlokken van braken met *ipecaasiroop* heeft geen plaats meer.
- Voor het gebruik van *laxativa* of van *melk* bij intoxicaties zijn er geen argumenten.

### Antidota

- *Glucose* en *glucagon* zijn aangewezen bij ernstige hypoglykemie, bv. door overdosering van hypoglykemiërende middelen (cf. supra).
- *Naloxon* is nuttig in geval van respiratoire depressie door opiaatintoxicatie (cf. supra).
- *Flumazenil* is in het kader van een benzodiazepine-intoxicatie in principe niet aangewezen in de eerste lijn (cf. supra).
- *Acetylcysteïne* wordt intraveneus gebruikt bij acute intoxicatie met paracetamol (optimaal binnen de 8 uren na inname); in de Belgische situatie waar spoedgevallendiensten nooit ver weg zijn, is de toediening

van acetylcysteïne vóór de ziekenhuisopname niet wenselijk en ook niet haalbaar.

In een ziekenhuis dat patiënten met een acute intoxicatie opvangt, dient uiteraard een reeks antidota in voorraad te zijn. Op de website van het Antigifcentrum ([www.antigifcentrum.be](http://www.antigifcentrum.be)) is gedetailleerde uitleg te vinden over deze antidota en over waar ze kunnen verkregen worden.

### Enkele referenties

Anoniem. Intoxication aiguë par ingestion médicamenteuse: premiers soins. Traiter une détresse vitale, évaluer le risque d'aggravation, et, le cas échéant, de détresse psychique. *La Revue Prescrire* 2010;30:356-64

Philips H, D Sutter A, Buylaert W, De Paepe P, Calle P en Schrans D. Gebruik van medicatie bij urgenties. Via [http://www.domusmedica.be/images/stories/aanbevelingen/ab\\_medicatie\\_bij\\_urgenties.pdf](http://www.domusmedica.be/images/stories/aanbevelingen/ab_medicatie_bij_urgenties.pdf)

Website van het Antigifcentrum: <http://www.antigifcentrum.be/sommaire.php?lang=nl>, kies "Gezondheidswerkers"

## Goed om te weten

### HORMONALE SUBSTITUTIETHERAPIE EN RISICO VAN INVASIEVE BORSTANKER

[Reeds verschenen in de rubriek Goed om te weten" op onze website op 22/11/2010]

Ongeveer 5 jaar na stoppen van hormonale substitutietherapie is er nog steeds een verhoogd risico van invasieve borstkanker.

In de *JAMA* verschenen op 20 oktober 2010 [2010;304:1684-92, met editoriaal 1719-20] de resultaten van een follow-up van een van de studies van de *Women's Health Initiative* (WHI).

- De oorspronkelijke publicatie van deze studie dateert van 2002. Het ging om een

gerandomiseerde, placebo-gecontroleerde studie over hormonale substitutietherapie (HST) op basis van geconjugeerde oestrogenen + medroxyprogesteronacetaat. Deze studie werd in 2002 vroegtijdig gestopt, na een gemiddelde behandelingsduur van 5,6 jaar, omwille van een verhoogd risico van

invasieve borstkanker en coronaire acciden-  
ten; de risico-batenverhouding werd om-  
wille van deze risicotoename's ongunstig  
bevonden, ondanks een daling van het risico  
van colorectale kanker en van fracturen [zie  
Folia november 2002 en oktober 2003].

- In de Folia van mei 2008 werden de resul-  
taten besproken van een bijkomende follow-  
up van gemiddeld 2,4 jaar na stoppen van de  
HST (totale follow-upduur dus ongeveer 8  
jaar): de resultaten wezen nog steeds op een  
verhoogd risico van invasieve borstkanker.

- In de *JAMA*-studie van 2010 worden  
de resultaten in verband met borstkanker-  
risico besproken na een bijkomende fol-  
low-up van meer dan 5 jaar na stoppen van  
de HST; de totale follow-upduur bedroeg  
gemiddeld 11 jaar.

- Meer dan 5 jaar na stoppen van de studie  
bleef het risico van invasieve borstkanker  
bij de vrouwen die HST hadden geno-  
men statisch significant verhoogd: inci-  
dentie van 0,42% per jaar ten opzichte  
van 0,34% per jaar onder placebo. Dit  
komt overeen met een *Number Needed to  
Harm* (NNH) van 1.250 per jaar (bere-  
kend over een totale follow-up van 11  
jaar, waarvan gemiddeld 5,6 jaar behan-  
deling en 5,4 jaar follow-up na stoppen  
van de behandeling), d.w.z. dat per 1.250  
vrouwen die HST hadden genomen, er  
per jaar één bijkomend geval was van in-  
vasieve borstkanker t.o.v placebo.

Ter vergelijking, de NNH in de oor-  
spronkelijke publicatie van 2002 bedroeg  
eveneens 1.250 per jaar (berekend over  
een behandelingsduur van gemiddeld 5,6  
jaar): dit wijst er dus op dat het extra ri-  
sico van invasieve borstkanker door HST  
in de eerste jaren na stoppen van de be-  
handeling niet afneemt.

- De borstkankers in de HST-groep waren  
frequentier klierpositief.
- De mortaliteit ten gevolge van borst-  
kanker was hoger bij de vrouwen die  
HST hadden genomen dan in de place-  
bogroep; het verschil was nipt statistisch  
significant. Bij de vrouwen die HST had-  
den gekregen waren er, vergeleken met  
placebo, per jaar per 10.000 vrouwen,  
1,3 meer overlijdens ten gevolge van  
borstkanker. De gegevens wijzen ook op  
een toename van de totale mortaliteit na  
borstkankerdiagnose in de HST-groep  
per 10.000 vrouwen.

De risico-batenverhouding van HST zoals  
toegepast in de hier besproken WHI-studie  
(geconjugeerde oestrogenen + medroxy-  
progesteronacetaat), blijft dus meer dan  
5 jaar na stoppen, ongunstig. De auteur  
van het editoriaal benadrukt dat niet be-  
wezen is of een kortdurende behandeling  
met HST ter verlichting van menopauzale  
symptomen, wel veilig is voor wat het risi-  
co van borstkanker betreft. Hij dringt erop  
aan onderzoek daarover uit te voeren.