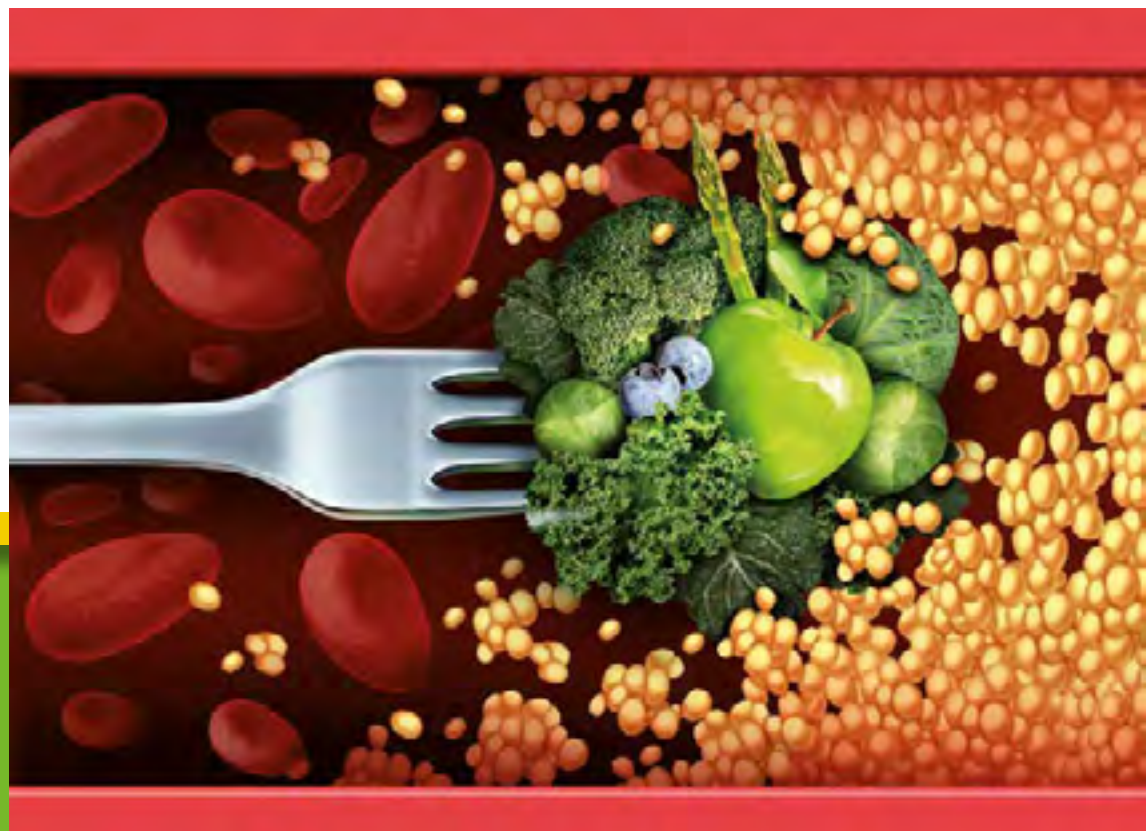


act



Chorestorol: en dan?

NUMMER 8
November 2018

96^e jaargang
verschijnt maandelijks
behalve januari, juli en augustus

FARMACEUTISCH TIJDSCHRIFT

PENSIOEN: geniet u optimaal van de fiscale voordelen?

Stort voor 25/12 om van uw inkomen 2018 af te kunnen trekken!

Het fiscaal voordeel waar u van kunt genieten dankzij de contracten voor pensioenopbouw varieert van 25% tot... **54%**.

Kies voor het contract dat u het MEEST opbrengt!

Contacteer ons en gebruik OPTIMUM PENSIOEN, uw assistent in aanvullend pensioen

<https://pension.curalia.be>



www.curalia.be
info@curalia.be | 02/735.80.55
Curalia, de specialist voor uw pensioen



Curalia | Levensverzekeringsmaatschappij erkend onder nr 0809

- 5** **DOSSIER**
Cholesterol: en dan?
- 13** **TERZAKE**
Warme herfst
- 16** **VERENIGING**
Cyclus dermocosmetica
- 20**
Stagedag op KAVA
- 22** **KAVA PRIJS**
Dubbele antiplaatjetherapie
- 25** **VOORSCHRIFT GESTRIPT**
Therapieresistente depressie
- 28** **FISCAAL**
Pensioen
- 31** **COCKTAIL**
Pharmanology 2018
- 33** **KAVA**
Agenda en personalia

Symfonia ... meer dan ooit actueel

Enkele jaren geleden werd Symfonia door KAVA in de markt gezet. Over de ontstaansgeschiedenis en de eerste stappen kan je meer lezen in vorige AFT's of op de KAVA-site. Erik Lebacqz, KAVA-bestuurder en medebedenker van Symfonia van het eerste uur, maakt anno 2018 een actuele stand van zaken op.

Collega's die het project in een proefopstelling mee uitgetest hadden, waren al even blij als de bedenkers ervan. Door het project de KAVA-prijs te geven voor meest innoverende project, gaf onze vereniging het idee mee een boost.

Enkele maanden (maart 2014) voordien hadden de apothekers (en hun partners) die aanwezig waren op de lancering van Symfonia zich heel positief uitgesproken. Op het evaluatieformulier werd immers volgende vraag gesteld: 'Zou je vroeg of laat in een holdingstructuur stappen als de voor jou geschikte collega's er evenveel vertrouwen in zouden hebben?' Meer dan 80 % van de honderden aanwezigen antwoordden toen al positief.

Algemeen wordt in de bedrijfswereld aangenomen dat een innovatief project vier jaar nodig heeft om werkelijk tot uitvoering te komen en ook hier was dat zeker het geval. We zien dan ook de laatste tijd collega's, na jaren beraad en voorzichtige stappen, kiezen voor die schaalvergroting.

Tijdslijn

- Start proefgroep Symfonia. (2013)
- Ronde van Vlaanderen: lancering. (2014)
- Symfonia-café: uitleg tijdens trajectavonden.
- Stilaan de opstart van de eerste holdings.
- Strategisch weekend van APB naar aanleiding van het meerjarenakkoord. (2017)
- Apotheek 3.0 ontstaat met als belangrijkste project volgens de aanwezigen: 'samenwerking-schaalvergroting-specialisatie'.
- Symfonia staat opnieuw in de schijnwerpers aangezien nieuwe opdrachten rond holdingvorming (in al haar facetten) binnenlopen op KAVA of bij Accountancy KAVA. (2018)

Samenwerken loont

Het Symfonia-project krijgt stilaan een nieuwe vorm. Het klassieke concept veroorzaakte een andere mindset en ook gelijkaardige vormen werden ontwikkeld. Dit vraagt wat uitleg.

Het oorspronkelijke idee bestond erin dat apotheken, al dan niet in elkaars omgeving, samen een holding vormen met volgende voordelen:

- Meer financiële slagkracht
- Work/life balans
- Delen van personeel
- Taakverdeling + specialisatie
- Inkomenszekerheid (ziekte, wegenwerken ...)
- Loon naar werken (bv. iemand die wil afbouwen en een jonge starter)
- Fusies van vergunningsnummers indien wenselijk
- Kwaliteitsverhoging door keuzes te maken ...

Dat had als gevolg dat er veel apothekers afspraken maakten (al dan niet bij een glaasje wijn) om nieuwe dingen uit te proberen en zo ook een begin te maken van financiële samenwerking. Zoals je kan zien zijn er mogelijkheden genoeg. Vanuit Kanaal KAVA en Accountancy KAVA zijn we er om bijkomende uitleg te geven, de bedoelingen van de partners af te tasten en in kaart te brengen wat er nog moet gebeuren vooraleer echt van start te kunnen gaan.

Mogelijke vormen van samenwerking

Integrale samenwerking

De betrokken apothekers besluiten hun apotheekvennootschappen onder een unieke holdingstructuur te plaatsten (inbreng). Iedere apotheker wordt aldus medeaandeelhouder in die holding. Iedere apotheker baat echter zijn eigen apotheek verder uit, maar wordt nu op beleids- en financieel vlak ondersteund door de gemeenschappelijke holding.

Dit integrale samenwerkingsverband geeft buiten de hiervoor opgesomde voordelen tevens een grotere algemene flexibiliteit (bijvoorbeeld het aantrekken van nieuwe partners, einde loopbaantrajecten ...).

Belangrijk daarbij is een stevige ondersteunende aandeelhoudersovereenkomst (intern reglement) die alle deelnemers samen onderschrijven.

Verticale samenwerking

Binnen een bestaande apotheek of een groep van apotheken kan buiten de integrale verkoop van de aandelen (gewone verkoop), ook een geleidelijke overdracht van de aandelen overwogen wor-

den. Vaak hebben de overnemers al een functie van provisor in de betrokken apotheek (of groep van apotheken) en/of doen ze de aankoop samen met een of meerdere collega-apothekers. Bij deze manier van participeren wordt de financiële last gespreid, maar ontstaat ook een intensieve samenwerking tussen de oude en de nieuwe aandeelhouders. Ook deze wijze van samenwerken vergt sluitende overeenkomsten inzake timing, prijsafspraken en overdracht van bevoegdheden.

Feitelijke samenwerking

Deze vorm van samenwerken bestaat natuurlijk al veel langer. Het gaat om apothekers die welbepaalde verrichtingen samen doen zoals in elkaars voorraad kijken, samen aankopen, vakantieregelingen, kortingspolitiek afstellen en dergelijke meer. Meestal is dit echter vrijblijvend zonder overeenkomst en blijft de duurzaamheid ervan wat minder belangrijk te zijn. De talrijke voordelen zoals hiervoor aangehaald zijn dan geen nagestreefde doelen.

Toekomst?

Een aantal factoren die in de toekomst het samenwerkingscontract mee zullen beïnvloeden zijn ongetwijfeld:

- Een mogelijk nieuw businessmodel dat er aankomt, als onze sector het met plannen rond de 'huisapotheker' tot een goed einde kan brengen.
- De interdisciplinaire samenwerking, die in de eerstelijnszones geen theorie zullen blijven, maar werkelijk ook andere financieringsvormen in de zorg voor gevolg zullen hebben.

In de beroepspers houden we jullie in ieder geval op de hoogte van de verdere stappen.

Op mijn bureau hangt al een hele tijd volgende tekst: 'If You change nothing, nothing will change'. Ik denk eraan om er een ander tekstje bij te hangen: 'Stilstaan is achteruitgaan'.

Doen jullie mee? Wij willen alleszins nog meer energie steken in het begeleiden van jullie trajecten.

Bijkomende info:
erik.lebacq@kava.be
03/280 15 10
0470/82 01 21



Apr. Erik Lebacq - bestuurslid KAVA

Cholesterol: en dan?

Cholesterol is een chemische stof die behoort tot de familie van de steroïden en een rol speelt in de vetstofwisseling van mens en dier. Cholesterol is belangrijk voor de aanmaak van bepaalde hormonen en in de celmembranen.

Inleiding

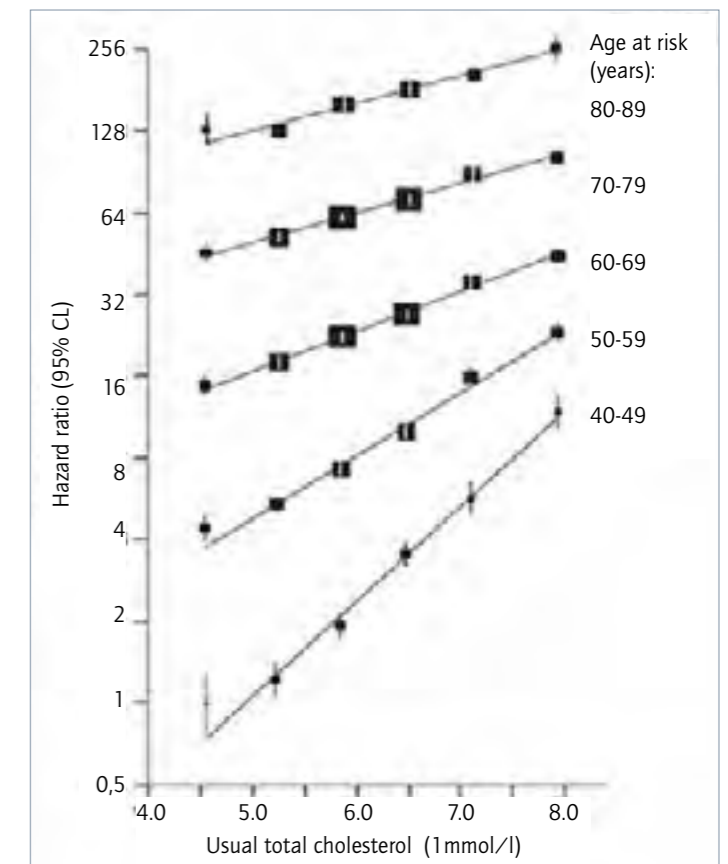
In het menselijk lichaam wordt cholesterol hoofdzakelijk door de lever aangemaakt, ongeveer één gram per dag, wat een veelvoud is van wat dagelijks via de voeding wordt ingenomen (ongeveer 200-300 mg/dag).

In het bloed circuleert cholesterol als deel van lipoproteïnen, gebonden aan eiwitten. Men maakt een onderscheid in deze lipoproteïnen naargelang hun dichtheid: 'low density lipoproteïnen' (LDL), 'intermediate density lipoproteïnen' (IDL), 'high density lipoproteïnen' (HDL), 'very low density lipoproteïnen' (VLDL) en 'lipoproteïen(a)' (Lp(a)). In nuchtere toestand wordt ongeveer 70-80 % van het cholesterol in het bloed getransporteerd op de LDL zodat het totaal cholesterolgehalte in het bloed een weerspiegeling is van het cholesterol gebonden aan LDL. Bij een volwassen persoon met een totaal cholesterolgehalte van 190 mg/dl zal het LDL-cholesterol (LDL-C) ongeveer 130 mg/dl bedragen en het HDL-cholesterol (HDL-C) ongeveer 40-45 mg/dl. Het LDL-C gehalte wordt meestal niet direct bepaald in het labo maar berekend met de Friedewald formule in mg/dl: LDL-C = totaal cholesterol verminderd met (HDL-C + een vijfde van het gehalte aan triglyceriden (TG)). Deze berekening gaat enkel op als het TG gehalte niet hoger is dan 400 mg/dl. Conversiefactoren: cholesterol: 1 mmol/L = 38,6 mg/dl; triglyceriden: 1 mmol/l = 88,5 mg/dl.

Hoewel de mens cholesterol zeker nodig heeft, is een kleine hoeveelheid voldoende. Er zijn toestanden bekend van mensen die op basis van een bepaalde genetische afwijking een erg laag LDL-C hebben van < 20 mg/dl en daarbij in goede gezondheid zijn en blijven. Het probleem situeert zich in de andere richting. Hoe hoger het totale cholesterol of het LDL-C gehalte, hoe groter het risico op de ontwikkeling van atherosclerose van de arteriële vaatwand met als gevolg allerlei 'atherothrombotische cardiovasculaire ziekten' (ATCVZ) ten gevolge van vernauwingen en verstoppingen van slagaders in bijvoorbeeld het hart, de hersenen, de nieren of de onderste ledematen (Emerging risk factors collaboration, 2012). Dit wordt geïllustreerd in *figuur 1* met

gegevens van de Prospective Studies Collaboration (Prospective Studies Collaboration, 2007). Het verband tussen totaal cholesterolgehalte en cardiovasculaire (CV) sterfte wordt weergegeven in diverse leeftijdsgroepen waargenomen in 61 prospectieve studies bij ongeveer 900 000 deelnemers; hoe hoger het totaal cholesterol, hoe groter het risico en dat op alle leeftijden met weliswaar een krachtiger verband op jongere leeftijd.

Uit de resultaten die in *figuur 1* zijn voorgesteld is een definitie van verhoogd totaal cholesterol moeilijk af te leiden. Voor toepassingen in de klinische praktijk kan worden gesteld dat een totaal cholesterolgehalte als te hoog kan worden aanzien vanaf een waarde waarboven het risico op ATCVZ toeneemt en waarvan is aangetoond dat met een verlaging van hogere waarden ATCVZ op een efficiënte en veilige manier kunnen worden voorkomen.



Figuur 1. Verband tussen totaal cholesterolgehalte en cardiovasculaire sterfte in diverse leeftijdsgroepen.

HR: hazard ratio met 95% betrouwbaarheidsinterval
Totaal cholesterol: 1 mmol/l = 38,6 mg/dl

Bron: Prospective Studies Collaboration. Lancet 2007

Niet mee eens, aanvullende ideeën, 100 % akkoord ... uw reacties zijn steeds welkom op aft@kava.be!

Het verband tussen LDL en ATCVZ wordt thans als erg belangrijk en oorzakelijk aanzien (FERENCE, 2017). Het is ook duidelijk aangetoond dat een verlaging van het LDL-C gepaard gaat met preventie van ATCVZ (Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaboration, 2015). Er zijn ook toestanden bekend van mensen die op basis van een genetische afwijking LDL moeilijk afbreken zodat ze leven met een erg hoog LDL-C. Een dergelijke toestand van 'homozygote familiale hypercholesterolemie' gaat gepaard met de ontwikkeling van atherosclerose reeds vroeg in het leven waarbij kinderen met die genetische afwijking ATCVZ ontwikkelen en vaak vroegtijdig overlijden (Cuchel, 2014).

Het moet evenwel benadrukt worden dat ATCVZ een multifactoriële oorzaak hebben waarbij een verhoogd LDL-C een cruciale factor is; maar in de aanwezigheid van andere risicofactoren zoals arteriële hypertensie, roken van tabak of diabetes, zal door interactie tussen die factoren het totale cardiovasculaire risico veel hoger zijn dan men zou vermoeden op basis van het LDL-C

gehalte alleen. Bij een niet-roker met normale bloeddruk zal een verhoogd LDL-C het risico op ATCVZ verdubbelen maar eenzelfde verhoging zal bij een persoon die rookt en hoge bloeddruk heeft gepaard gaan met een vertienvoudiging van het risico.

Andere lipidenfracties zoals HDL-C, TG en Lp(a) houden ook verband met de ontwikkeling van ATCVZ. Het HDL-C gehalte in negatieve zin: hoe lager hoe meer risico; TG en Lp(a) in positieve zin: hoe hoger hoe meer risico. Maar tot heden is er onvoldoende evidentie dat een wijziging van deze fracties tot ziektepreventie leidt, reden waarom ze in de 2016 EAS/ESC guidelines over de behandeling van dyslipidemieën niet als 'targets' worden aanzien (Catapano, 2016); ze kunnen wel worden gebruikt als risico-indicator om het totale CV risico van een persoon in te schatten. Bij personen met hoge TG en een laag HDL-C is een strikte controle van het LDL-C des te belangrijker en dit wordt volgens gegevens uit de EURIKA studie niet optimaal benut (Halcox, 2017).



Verband met voeding

Algemeen wordt aanvaard dat een verhoogd totaal- en LDL-cholesterol met 10-20 % kan worden verlaagd door voedingsaanpassingen.

Dat impliceert in de eerste plaats een matiging van de inname van **verzadigde vetzuren** (saturated fatty acids of SFA's) (vooral C14:0, C12:0 en C16:0) wat neerkomt op minder dierlijke producten. Op basis van de literatuur van interventieonderzoek beschreven in de "Richtlijnen gezonde voeding-2015" besluit de Nederlandse Gezondheidsraad dat er grote bewijskracht bestaat om aan te nemen dat een vervanging van SFA's door enkelvoudig- of meervoudig onverzadigde vetzuren per energieprocent gepaard gaat met een verlaging van het LDL-C van respectievelijk 1,6 en 2,0 mg/dl (Gr – Gezondheidsraad, 2015).

Er is ook aangetoond dat indien men SFA's vervangt door andere macronutriënten, dit best niet gebeurt met koolhydraten met een hoge glycaemische index maar bij voorkeur met enkelvoudig- of meervoudig onverzadigde vetzuren (Li, 2015; Mensink, 2003).

Industriële transvetzuren werden vroeger veel gebruikt in margarines, koek, gebak en snacks. Het werd echter duidelijk dat deze transvetzuren een ongunstig effect hebben op de vetstofwisseling waardoor een verhoging van LDL-C en een reductie van HDL-C; dit leidt tot een flinke verhoging van het risico op ATCVZ. Thans is de hoeveelheid industriële transvetzuren in voedingsmiddelen in veel Europese landen flink verlaagd. In de laatste voedselconsumptiepeiling van 2014 in België bedroeg de gebruikelijke inname van transvetzuren slechts 0,8 g/dag (De Ridder, 2016). De Hoge Gezondheidsraad raadt aan om de inname van industriële transvetzuren zoveel mogelijk te beperken met nul als streefwaarde (Hoge Gezondheidsraad, 2016).

De inname van **poly-onverzadigde vetzuren** (poly-unsaturated fatty acids of PUFA's) helpt bij het verlagen van het totale cholesterolgehalte en van de LDL-C fractie en in het verlagen van het risico op ATCVZ (FAO/WHO, 2010).

Over het effect van **voedingsscholesterol** op LDL-C is de recente literatuur meer omstrepen. Het effect zou erg verschillend zijn van mens tot mens, afhankelijk zijn van het LDL-C waarvan men uitgaat en slechts belangrijk zijn bij ongeveer 20 % van de bevolking, die intestinaal veel cholesterol absorbeert (Berger, 2015; Griffin, 2013).

Praktische aanbevelingen

Bij het nastreven van een evenwichtige voeding die de gezondheid bevordert, blijft het algemeen advies: varieer en doseer. De inname van SFA's in België is nog te hoog (De Ridder, 2016). De verbruikte hoeveelheid van voedingsmiddelen die rijk zijn aan SFA's

zou daarom best gereduceerd worden. Anderzijds kunnen SFA's in sommige voedingsmiddelen vervangen worden door PUFA's. Boter, harde margarine en bak- en braadvetten worden best vervangen door zachte margarine, vloeibaar bak- en braadvet en niet-tropische plantaardige oliën. De industriële transvetzuren moeten verder zo laag mogelijk worden gehouden met een streefwaarde van 0. De inname van n-3 PUFA's ligt te laag vergeleken met de aanbevelingen (Hoge Gezondheidsraad, 2016). De consumptie van vis (ter vervanging van vlees (producten) rijk aan SFA's) en van vetstoffen rijk aan n-3 PUFA's (ter vervanging van vetstoffen rijk aan SFA's) dient dan ook verder gestimuleerd te worden.

Voedingssupplementen

Er zijn op de Belgische markt meerdere voedingssupplementen beschikbaar waarvan beweerd wordt dat ze het LDL-C gehalte verlagen. De supplementen op basis van rode gist rijst bevatten verschillende bestanddelen waaronder het monacoline K dat in alle opzichten gelijk is aan het lovastatine, een medicament dat behoort tot de familie van de statines (zie verder). Deze voedingssupplementen hebben een LDL-C verlagend potentieel maar kunnen ook alle bijwerkingen van statines meebrengen. De samenstelling van deze producten is niet steeds eenduidig, evenmin als de hoeveelheid monacoline K die ze bevatten. Het gebruik van dergelijke producten volgt medisch advies en opvolging; het is geen alternatief voor een medicamenteuze behandeling van een verhoogd LDL-C en deze producten kunnen niet met statines worden gecombineerd (HGR, 2016b). Meer regelgeving is nodig betreffende de samenstelling van deze producten, de hoeveelheid van wat er in steekt en de zuiverheid (De Backer, 2017). Recent heeft de European Food Safety Authority (EFSA) een erg kritisch advies uitgebracht over de veiligheid van voedingssupplementen op basis van rode gist rijst (<https://efsa.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.2903/j.efsa.2018.5368>).

Medicamenteuze behandeling

Preventie van ATCVZ vergt een multifactoriële aanpak. Aanpassingen van bepaalde leefgewoonten die te maken hebben met voeding, lichaamsbeweging en roken van tabak vormen daarbij de eerste stap. Maar dit kan onvoldoende zijn om het totale CV risico laag genoeg te brengen in situaties waarbij ondanks aanpassingen van de leefstijl het LDL-C gehalte hoog blijft bij personen met een verhoogd of sterk verhoogd totaal CV risico.

In **tabel 1** worden categorieën van totaal CV risico voorgesteld. Het is in de groepen met verhoogd tot sterk verhoogd totaal CV risico dat aan een medicamenteuze behandeling van een verhoogd LDL-C zal moeten worden gedacht. Het SCORE model wordt gebruikt om bij ogenschijnlijk gezonde personen het totaal CV risico in te schatten; dit is de kans om tijdens de komende tien

jaar te overlijden ten gevolge van een ATCVZ. Dit model wordt in Europa aanbevolen en werd voor België gerecalibreerd (De Bacquer, 2010).

Zeer hoog risico	<p><i>Personen met:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - gedocumenteerde ATCVZ - diabetes mellitus met orgaanschade zoals proteïnurie of met andere majeure risicofactoren zoals roken van tabak, hypertensie of dyslipidemie - ernstig chronisch nierlijden (GFR < 30 ml/min/1.73 m²) - SCORE ≥ 10 % / 10 jaar
Hoog risico	<p><i>Personen met:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - sterk verhoogde risicofactoren zoals een totaal cholesterolgehalte > 310 mg/dl of een bloeddruk ≥ 180/110 mmHg - diabetes mellitus die niet tot de zeer hoog risicogroep behoren - matig chronisch nierlijden (GFR 30-59 ml/min/ 1.73m²) - SCORE ≥ 5 < 10 % / 10jaar
Matig risico	<p><i>Personen met:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - SCORE ≥ 1 < 5 % / 10 jaar
Laag risico	<p>Personen met</p> <ul style="list-style-type: none"> - SCORE < 1 % / 10 jaar

Tabel 1. Categorieën van totaal CV risico
SCORE: Systemic Coronary Risk Estimation
GFR: Glomerular Filtration Rate



In **figuur 2** zijn strategieën voorgesteld om een verhoogd cholesterolgehalte te benaderen in functie van het totale CV risico en het LDL-C gehalte waarvan men start. Naargelang het risico hoger is en het LDL-C waarvan men uitgaat hoger is, zullen sneller aan de adviezen omtrent leefgewoonten medicamenten worden geassocieerd.

Een medicamenteuze controle van het LDL-C steunt

- in de eerste plaats op statines.
- op de combinatie van ezetimibe met statines.
- op de combinatie van PCSK9-inhibitoren met statines.
- in geval van statine intolerantie, op monotherapie met ezetimibe of PCSK9-inhibitoren.

De plaats van anionenuitwisselaars, fibraten, omega-3-vetzuren en acipimox is beperkt of omstreden.

Anionenuitwisselaars hebben vroeger wel een zeker nut bewezen maar ze moeten in een vrij hoge dosis worden ingenomen om effect te hebben op LDL-C. Dat gaat dan vaak gepaard met veel bijwerkingen op gastro-intestinaal vlak. In combinatie met statines en bij statine intolerantie hebben ze nog een beperkte plaats bij individuele particuliere gevallen; in de EAS/ESC guidelines wordt daaraan een klasse van aanbeveling IIa en IIb gegeven op basis van een 'Level of evidence' C (Catapano, 2016).

Het nut van **fibraten** blijft omstreden; gemfibrozil leek nuttig in enkele trials, maar wordt best niet gecombineerd met statines en is in België niet meer op de markt. Resultaten van post-hoc analyses van enkele trials suggereren dat fenofibraat in combinatie met statines van nut zou zijn in subgroepen van patiënten met diabetes, hoge TG en een laag HDL-C (Bruckert 2011; Jun, 2010). In de guidelines van EAS en ESC wordt daar een klasse aanbeveling IIb aan gegeven op basis van een 'Level of evidence' B (Catapano, 2016). Fibraten hebben wel nut voor de preventie van pancreatitis bij patiënten met extreem hoge TG gehalten.

Totaal CV risico (SCORE) %	LDL-C gehalte				
	<70 mg/dl	70 tot <100 mg/dl	100 tot <155 mg/dl	155 tot <190 mg/dl	≥190 mg/dl
<1	Leefstijl advies	Leefstijl advies	Leefstijl advies	Leefstijl advies	Leefstijl advies, Overweeg medicatie, indien onvoldoende
≥1 tot < 5	Leefstijl advies	Leefstijl advies	Leefstijl advies, Overweeg medicatie, indien onvoldoende	Leefstijl advies, Overweeg medicatie, indien onvoldoende	Leefstijl advies, Overweeg medicatie, indien onvoldoende
≥ 5 tot < 10, of hoog-risico	Leefstijl advies	Leefstijl advies, Overweeg medicatie, indien onvoldoende	Leefstijl advies en veelal medicatie	Leefstijl advies en medicatie	Leefstijl advies en medicatie
≥10 of zeer hoog-risico	Leefstijl advies, Overweeg medicatie ^a	Leefstijl advies samen met medicatie	Leefstijl advies samen met medicatie	Leefstijl advies samen met medicatie	Leefstijl advies samen met medicatie

Figuur 2. Preventie strategieën in functie van het totale CV risico en het LDL-C gehalte bij de aanvang.
Bron: ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. Catapano A et al. Atherosclerosis 2016.

Omega-3 vetzuren hebben in hoge dosis invloed op het vetmetabolisme maar resultaten van meerdere recente trials en meta-analyses stellen het nut ervan voor de preventie van CVZ sterk in twijfel (Abdelhamid, 2018).

Acipimox is op zich nooit getest voor CV preventie maar is verlaten rekening houdend met de negatieve resultaten van trials met niacine (AIM-HIGH Investigators, 2011; HPS2-THRIVE Collaborative, 2014).

Statines

De statines inhiberen het 3-hydroxy-3-methylglutaryl-co-enzym-A-reductase (HMG-CoA-reductase). Dat leidt tot een daling van het LDL-C. Aan statines worden ook andere (pleiotrope) effecten op het atherotrombotische proces toegeschreven.

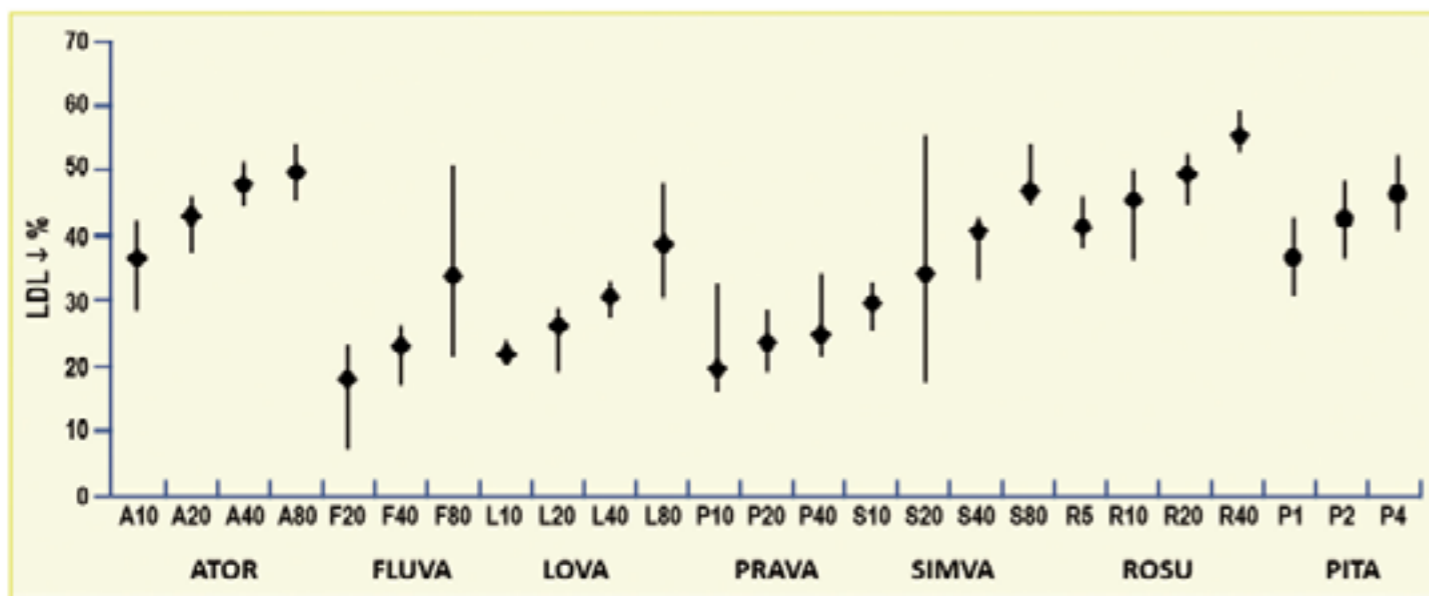
Met statines werd in klinische trials een gunstig effect gezien op de cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit en op de totale mortaliteit, met weinig ernstige ongewenste effecten (CTT Collaboration, 2015). Samengevat kan men stellen dat een verlaging met statines van het LDL-C met ongeveer 40 mg/dl op korte termijn (3-5 jaren) gepaard gaat met 20-25 % preventie van ATCVZ; de winst zou op langere termijn groter kunnen zijn. De relatieve risicoreductie is vergelijkbaar in alle categorieën van totaal CV risico maar de absolute winst zal natuurlijk groter zijn naarmate het totale CV risico van waar men uitgaat hoger is. Het 'number needed to treat' zal derhalve lager zijn in de categorieën met hoog tot zeer hoog risico (zie tabel 1).

Een gunstig effect op CV morbiditeit en mortaliteit is bewezen voor simvastatine, pravastatine, atorvastatine en rosuvastatine en in mindere mate voor fluvastatine. De diverse statines hebben een verschil in potentie (effect per mg) op het LDL-C; atorvastatine en rosuvastatine worden tot de 'krachtigere statines' gerekend. In **figuur 3** is een vergelijking weergegeven van het effect van diverse statines in diverse dosering op het LDL-C; die gegevens berusten op een systematische review en meta-analyses van deze effecten (Weng, 2010).

Maar op een gegeven dosis van een gegeven statine kunnen patiënten erg verschillend reageren en dit niet enkel afhankelijk van hun compliance maar ook op basis van genetische factoren. Opvolging na het instellen van de behandeling is daarom belangrijk.

In recente Europese richtlijnen (Catapano, 2016) wordt aanbevolen om bij personen met een verhoogd cardiovasculair risico een LDL-C < 100 mg/dl na te streven (of een daling van ten minste 50 % wanneer men start met een LDL-C tussen 100 en 200 mg/dl), en bij patiënten met sterk verhoogd cardiovasculair risico een LDL-C < 70 mg/dl (of een daling van ten minste 50 % wanneer men start met een LDL-C tussen 70 en 135 mg/dl).

Om dat te bereiken is vaak een krachtig statine nodig in hoge dosis. Daarom wordt thans aanbevolen om bij patiënten die een acuut coronair syndroom hebben doorgemaakt meteen te starten met de hoogst getolereerde dosis van een krachtig statine en na



Figuur 3. Vergelijking van het effect op LDL-C van diverse statines in diverse dosering. De punten zijn gewogen gemiddelden uit meta-analyses en de verticale lijnen de range tussen de verschillende studies. ATOR = atorvastatine; FLUVA = fluvastatine; LOVA = lovastatine; PRAVA = pravastatine; SIMVA = simvastatine; ROSU = rosuvastatine; PITA = pitavastatine.

Bron: Weng TC, et al. *J Clin Pharm Ther.* 2010.

enkele weken de resultaten te beoordelen zowel wat werkzaamheid als veiligheid betreft. Het bereiken van een erg laag LDL-C gehalte is geen reden tot onrust en vergt geen dosis aanpassing.

Resultaten van meta-analyses van interventie studies met statines en van de meer recente trials met PCSK9-inhibitoren (zie verder) suggereren dat hoe lager het LDL-C kan worden gebracht, hoe meer winst in cardiovasculaire preventie kan worden geboekt. Dat zou impliceren dat bij patiënten met het hoogste risico (bv. snel evoluerende ATCVZ op jonge leeftijd bij patiënten met diabetes of chronische nierinsufficiëntie) een streefwaarde van LDL-C < 50 mg/dL zou kunnen worden overwogen.

De behandeling met statines kan gepaard gaan met ongewenste bijwerkingen. Over de juiste frequentie ervan is er onenigheid; in klinische trials komen bijwerkingen met betrekking tot de spieren erg zelden voor (Collins, 2016). In observationele studies in de praktijk wordt een zeer brede range waargenomen van 5 – 29% (Bruckert, 2005; Taylor, 2018). Het risico van ongewenste effecten is groter bij gebruik van statines in hoge dosis. Een consensus panel van de European Atherosclerosis Society (EAS) heeft aanbevelingen uitgebracht om spierproblemen te beoordelen en er mee om te gaan (Stroes, 2015). Over het nut van het associëren van co-enzym Q10 aan de behandeling met statines om bijwerkingen op de spieren te voorkomen is men het in de wetenschappelijke literatuur oneens (Taylor, 2018).

Een ander panel van de EAS heeft de literatuur overschouwd over effecten van statines op glucosehomeostase, cognitieve, nier- en

leverfunctie, hemorragische beroerten en cataract (Mach, 2018). Een behandeling met statines is geassocieerd met een matige toename van het risico op diabetes mellitus van ongeveer één geval per 1000 patiënten per jaar behandeling; met deze behandeling voorkomt men evenwel vijf nieuwe gevallen van CV ziekte per 1000 patiënten per jaar. Er gaat geen invloed uit op cognitie, nierfunctie of de ontwikkeling van cataract. Leverenzymen kunnen bij 0,5 tot 2 % van patiënten die statines nemen, voorbijgaand oplopen zonder schade aan te brengen; idiosyncratische leverinsufficiëntie komt uiterst zeldzaam voor en het verband met statines is moeilijk te bewijzen. Er is geen verband met het optreden van hemorragische beroerten.

Statines kunnen interageren met andere medicamenten en aldus het risico op bijwerkingen verhogen; antibiotica zoals erythromycine, calciumantagonisten zoals amlodipine en vele andere farmaca maar ook pompelmoessap interageren met simvastatine en atorvastatine via CYP3A4-inhibitoren. Er gaat ook een verhoogd effect uit van vitamine K-antagonisten door fluvastatine en rosuvastatine. Een hoge dosis simvastatine (80 mg per dag) wordt afgeraden wegens een verhoogd risico op rhabdomyolyse.

Ezetimibe en statines

Indien de LDL-C daling onvoldoende wordt geacht ondanks de maximaal getolereerde dosis statines, kunnen andere hypolipemiserende farmaca worden toegevoegd. Bij patiënten met nierinsufficiëntie (SHARP, 2010) en bij patiënten met een recent coronair syndroom (Cannon, 2015) werd voor simvastatine + ezetimibe, ten opzichte van simvastatine alleen, een gunstig effect op de incidentie van ATCVZ vastgesteld.

Ezetimibe inhibeert selectief de intestinale resorptie van cholesterol, wat leidt tot een daling van het LDL-C. De inname van 10 mg/d gaat gemiddeld gezien gepaard met een LDL-C reductie van -15 tot -22 %.

Er zijn geen klinische studies over de eventuele meerwaarde van het toevoegen van ezetimibe aan atorvastatine wat betreft cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit. Het effect op het LDL-C is wel aangetoond en algemeen wordt thans aangenomen dat des te lager men het LDL-C kan brengen des te meer preventief nut kan worden geboekt.

Het effect van ezetimibe in monotherapie op cardiovasculaire morbiditeit of mortaliteit is in klinische interventie studies niet onderzocht maar de inname van 10 mg/dag kan bij statine intolerantie een verhoogd LDL-C met ongeveer 20 % doen dalen.

Ezetimibe wordt algemeen goed verdragen; een lichte toename van leverenzymen is beschreven evenals spieraantasting.

PCSK9-inhibitoren

PCSK9-inhibitoren zijn monoklonale antilichamen die kunnen worden toegediend via subcutane injectie. Ze binden zich selectief aan het enzym proproteïne convertase subtilisine/kexine type 9 (PCSK9); hierdoor wordt de afbraak van de PCSK9-gemedieerde LDL-receptor verhinderd en stijgt de expressie van de LDL-receptoren in de lever. Dat leidt tot een uitgesproken verlaging van het LDL-C. Op dit ogenblik zijn er twee PCSK9-inhibitoren beschikbaar: alirocumab en evolocumab.

Alirocumab is beschikbaar voor 2-wekelijkse subcutane injecties met 75 of met 150 mg; met 75 mg wordt een reductie van het LDL-C van gemiddeld -45 tot -50 % bereikt en met 150 mg tot -60 %.

Evolocumab is beschikbaar voor 2-wekelijkse subcutane injecties met 140 mg waarmee een LDL-C reductie van gemiddeld -60 % kan worden bekomen.

In de FOURIER trial met 27 564 patiënten met gekende ATCVZ en een LDL-C > 70 mg/dl ondanks maximaal getolereerde statines werd de helft toegewezen aan een complementaire behandeling met evolocumab en de andere helft met placebo. Patiënten onder evolocumab zagen hun LDL-C met 59 % verlagen tot een mediane waarde van 30 mg/dl. Na 2 jaar follow-up bedroeg de incidentie van CV sterfte, myocardinfarct en beroerte 7,4 % in de placebo groep versus 5,9 % in de evolocumab groep ($p < 0.001$) (Sabatine, 2017).

In de ODYSSEY OUTCOMES studie werd in een placebo gecontroleerde gerandomizeerde trial het effect van alirocumab onderzocht bij 18 924 patiënten na een acuut coronair syndroom die allemaal een maximaal getolereerde dosis statines namen.

Een samengesteld eindpunt – coronaire sterfte, niet-fataal myocardinfarct, fatale en niet-fatale ischemische beroerte en niet-stabiele angor waarvoor hospitalisatie – kwam voor bij 9,5 % in de alirocumab groep versus 11,1 % in de placebo groep ($p = 0,0003$) (Schwartz, 2018).

Het veiligheidsprofiel van beide PCSK9-inhibitoren lijkt goed. De meest frequent voorkomende bijwerkingen waren nasofaryngitis en lokale injectie-reacties. Ook bij patiënten die een erg laag LDL-C gehalte bereikten (< 25 of < 15 mg/dl) werden geen bijzondere bijwerkingen waargenomen.

Er zijn geen klinische studies uitgevoerd over het effect van deze producten in monotherapie op cardiovasculaire incidentie maar





bij patiënten met statine intolerantie en sterk verhoogd totaal CV risico inclusief een sterk verhoogd LDL-C zouden ze kunnen worden overwogen.

Op dit ogenblik is de kostprijs van deze producten nog erg hoog zodat de terugbetaling beperkt is tot patiënten met bijzonder hoog cardiovasculair risico bij wie een sterk verhoogd LDL-C met andere middelen onvoldoende onder controle kan worden gebracht. De terugbetaling door het RIZIV is onderworpen aan bepaalde voorwaarden (zie www.bcfi.be of www.riziv.be). De veiligheid van PCSK9-inhibitoren op langere termijn moet verder zorgvuldig worden opgevolgd.

Nieuwe ontwikkelingen

Ondanks al het succes dat werd geboekt in de behandeling van een verhoogd LDL-C gehalte ter preventie van ATCVZ blijft het residueel risico op deze ziekten bij veel patiënten nog vrij hoog. De streefwaarden voor LDL-C die zijn voorgesteld op basis van wetenschappelijke evidentie worden door een meerderheid van

de patiënten niet gehaald. Meer aandacht is nodig voor compliance en voor een actieve inzet van artsen en apothekers.

Maar innovatief onderzoek naar medicamenten die direct het atherosclerose proces kunnen afremmen of voorkomen blijft essentieel. Nieuwe moleculen zitten in de pijplijn gericht op diverse aspecten van de vetstofwisseling bijvoorbeeld op de inhibitie van het PCSK9-eiwit (Fitzgerald, 2017), op de synthese van vetzuren en cholesterol (Bilen, 2016), op de inhibitie van ApoC3 (Gaudet, 2015) en op een verhoogd Lp(a) gehalte (Bucci, 2016). Laat ons hopen dat dit mag leiden tot verdere succesverhalen.

Literatuurlijst

Uitvoerige literatuurlijst is op eenvoudige vraag verkrijgbaar na mail naar aftredactie@kava.be

*Guy De Backer
Ere-gewoon hoogleraar
Universiteit Gent*

Warme herfst

Waarin voorzitter Philippe Van Reeth terugblijkt op APB Bondsraad en KAVA Bestuur van de voorbije twee maanden, na een ondertussen weeral lang vervlogen zomerperiode.

APB

Medical devices & co

Traditioneel zijn vakantieperiodes steeds iets rustiger, ook op professioneel vlak. Dit jaar leek het niet anders, ware het niet dat plots een donkere wolk uit het niets opdook: de quasi volledige liberalisering van de medical devices. Uit het niks, of toch niet helemaal? Op de bondsraad van juni l.l. werd al gemeld dat minister De Block werkte aan een KB dat de distributie van steriele medische hulpmiddelen en de drug-alike buiten de officina zou toelaten.

Eigenaardig, want er komen ook nieuwe EU richtlijnen aan in 2020, waarbij de drug-alikes in een hogere risicoklasse zouden vallen. Elke lidstaat kan dan nog uitzonderingen formuleren in het belang van de volksgezondheid (het zogenaamde subsidiariteitsprincipe).



‘Waarom dan nu?
Politieke motieven?
Feit is dat dit nieuws heel wat bezorgde
reacties heeft losgeweekt bij onze leden.’

Als initiatief werd daarom een werk/discussievergadering gepland. Jammer genoeg moesten we vaststellen dat de interesse minimaal was, misschien omwille van het tijdstip midden in de vakantie? Dat betekent echter niet dat we op KAVA bij de pakken blijven zitten. Er wordt onderzocht of bijsturing op één of andere manier toch niet mogelijk zou zijn: ‘is er een gevaar voor volksgezondheid’ of ‘wat zijn de keuzes van verkoopkanaal van de betrokken firma’s’. Daarnaast denken we ook aan opleiding, zodat we goed voorbereid de ‘strijd’ kunnen aangaan. Tenslotte verdedigen we het principe ‘samen uit, samen thuis’. Indien extra voorwaarden voor onze sector worden opgelegd, dan wensen wij die ook toegepast op andere kanalen.

Strategie 3.0 en afspraken rond meerjarenkader

Op 29 september stond een terugkoment ingepland na de voorjaarsessie van de strategische oefening die APB organiseerde (lees ook vorige AFT's). Vijftig enthousiaste collega's hebben die bijgewoond. Bedoeling is om een doorstart te geven aan de negen thema's die begin dit jaar werden geselecteerd. Het was niet steeds evident om deze werkgroepen samen te brengen, maar de aanstelling van een nieuwe PMO (een soort projectcoördinator) moet hierin verandering brengen. Gezien het belang voor de toekomst van onze apotheken wordt al binnen de zes maanden een nieuw overleg georganiseerd. Met dank aan enkele gemotiveerde collega's van KAVA die hieraan actief deelnemen!

Op de laatste Bondsraad van 18 september werd een stand van zaken gegeven betreffende het meerjarenkader (MJK), anderhalf jaar later. We moeten vaststellen dat de voor 2018 aangekondigde afspraken nog niet werden gerealiseerd. De te volgen procedure en juridische aspecten liggen hiervan aan de basis, evenals de goedkeuring van de wet diverse 7. Vooral het invoeren van het wachthonorarium, gekoppeld aan de openbare aankondiging van de nachtwachten, ligt moeilijk bij onze collega's, evenals op het bestuur van KAVA. Wij hebben ons als vereniging geëngageerd om het MJK loyaal uit te voeren.

Indien echter akkoorden niet worden uitgevoerd zoals afgesproken ...

Deze boodschap zal dan ook aan het Directiecomité van APB worden overgemaakt.

Maar als het goed gaat, mag het ook gezegd worden: de beslissing van de ministerraad van 4 april l.l., met onder andere de afschaffing van de retributie, de stabilisering en de indexatie van de economische marge is een goede zaak voor de apothekers. De druk vanuit Antwerpen mag hierbij niet onderschat worden! Normaal on track voor januari 2019. We blijven dit uiteraard van nabij opvolgen. Ook de vergoeding van de huisapotheker lijkt de goede kant uit te gaan. De totale remuneratie en de economische marge zijn lichtjes gestegen tegenover vorig jaar, er is echter een daling in de VOS-en wachthonoraria.

FMD

Als uitsmijter, de op komst zijnde regelgeving Falsified Medicines Directive. De richtlijn inzake vervalste geneesmiddelen (FMD 2011/32EU) wordt van kracht in februari 2019 en moet voorkomen dat niet-conforme geneesmiddelen in de legale distributieketen terechtkomen. Op zich een goed initiatief, maar met heel wat (praktische en financiële) consequenties voor de softwarehuizen, en niet op zijn minst voor ons als apotheker. We komen hier zeker nog in onze nieuwsflashes op terug. Wordt vervolgd ...

KAVA

Bovenstaande items kwamen natuurlijk ook op de bestuurstafel van KAVA terecht en gaven regelmatig aanleiding tot boeiende discussies. Daarnaast waren de laatste maanden twee onderwerpen niet weg te slaan op ons Bestuur: de openbare aankondiging van de nachtwachten en de invoering van de nieuwe geowacht wachtplanning.

Geowacht

Bij de goedkeuring van het meerjarencader werd ook de publicatie van de nachtwachten op apothek.be aangekondigd, in afwachting van een niet-betalend nummer. Gestart in januari 2018, werd aan de collega's gevraagd, om na elke nachtwacht een door KAVA opgestelde enquête in te vullen. Het standpunt van het bestuur is duidelijk: loyaal met de andere beroepsverenigingen, tenzij op termijn zou blijken dat zich een veiligheidsprobleem voordoet, of er een toename zou zijn van het fenomeen 'nightshopping'. Ondertussen zijn de resultaten (tot medio mei) bekend. En die zijn toch wel verassend: in de pro-



vincie Antwerpen is er geen toename van het aantal nachtelijke consultaties. Integendeel, voor Groot-Antwerpen zelf is er zelfs een lichte daling vastgesteld. Toch blijven ons tegenstrijdige reacties bereiken. Elke enquête heeft haar statistische beperkingen en recenter cijfermateriaal zou zeker nuttig zijn. Maar laat het nu net die regio's zijn waar relevante cijfers ontbreken om een beeld te vormen van eventuele overlast.

'Vandaar nogmaals een warme oproep aan allen om consequent de (vernieuwde) enquête in te vullen.'

Enkel op deze manier kunnen we objectief inschatten hoe onze collega's de nachtwachten ervaren.

Geowacht: nieuwe wachtregeling

Meer dan vijf jaar geleden werd de wachtdienst geautomatiseerd met de invoering van Geowacht, een initiatief dat op KAVA werd ontwikkeld, maar dat ondertussen op nationaal vlak werd uitgerold. Het huidige systeem botste op zijn grenzen waardoor een hervorming nodig was om een performante en structurele oplossing te ontwikkelen. Het Geowacht vzw bestuur koos daarom voor wachten per dag. De omschakeling

naar dagwachten heeft heel wat voeten in de aarde gehad. En ook bij onze collega's is dit een gevoelig onderwerp. Dat merken we aan de talrijke reacties en vragen die ons bereiken. Wij nemen dit heel ernstig, en zoeken naar gepaste oplossingen, zeker wat de weekendwachten betreft. De keuze voor dagwachten is echter geen beslissing van KAVA alleen. Mocht op termijn blijken dat dit moeilijk haalbaar is, dan zullen we zeker de nodige stappen zetten om dit bij te sturen. Die mogelijkheid bestaat, zo werd bevestigd door het Geowacht bestuur, na evaluatie natuurlijk, want bijkomende programmatie betekent ook bijkomende investeringen. Democratische beslissingen nemen is niet gemakkelijk voor een bestuur, maar laten we in een eerste fase enkele maanden aanzien, en nadien een peiling uitvoeren om na te gaan hoe dit wordt ervaren. Momenteel is het wat het is, we kunnen dit niet zomaar omkeren, maar er wordt zeker naar jullie geluisterd ...

Naast al deze hot items waren er natuurlijk ook nog andere onderwerpen op de agenda: Midden Vlaanderen, VAN, verdere ontwikkelingen betreffende de Pharmaceutical APP, de Ronde van België... Maar daar komen we later nog zeker op terug!

Beste collega's, na een warme zomer belooft het ook nog eens een warme herfst te worden, en dat heeft niks met klimaatopwarming te maken. Integendeel ... We wensen over deze onderwerpen zo open en transparant mogelijk met jullie te communiceren, maar aarzel niet indien u zelf vragen of opmerkingen hebt, alle reacties zijn steeds welkom op acties@kava.be.

Alvast tot binnenkort op KAVA!

Apr. Philippe Van Reeth – voorzitter KAVA



URIAGE

EAU THERMALE

INNOVATIE

Xémose

**DE 1^e OLIEBALSEM
DIE DE ZEER DROGE HUID
BESCHERMT**

VOORKOMT NIEUWE OPSTOTEN,
48U* LANG



VERZACHTENDE OLIEBALSEM
TEGEN KRABBen

JAVA – cyclus dermocosmetica

De Jonge Apothekers Van Antwerpen (JAVA) voelden het kriebelen en organiseerden daarom op woensdag 26/09 en woensdag 10/10 een cyclus dermocosmetica. Op de eerste lesavond kwamen enkele enthousiaste dermatologen spreken over jeuk, eczeem en veel voorkomende actieve bestanddelen in crèmes. De tweede lesavond had heel wat tips en tricks in petto. Op een minicosmeticabeurs kwamen enkele firma's een specifieke lijn van hun gamma toelichten. A-derma, Avène, La Roche-Posay, Uriage en nieuwkomer Tinge waren van de partij. Nieuwigheden werden uit de doeken gedaan, het geheugen werd hier en daar grondig opgefrist, overzichtelijke steekkaarten werden verdeeld, de producten uitgebreid getest, maar de vertegenwoordigers stonden bovenal paraat om een antwoord te geven op vragen uit de praktijk. Voor iedereen die deze cyclus heeft moeten missen, volgen hier nog enkele highlights.



Oorzaak en behandeling van jeuk

Jeuk is geen aandoening op zich. Het is een symptoom dat voortkomt uit een onderliggend probleem. Het kan bijvoorbeeld optreden door een ontsteking van de huid, maar ook zwangerschap, medicatie, neurologische en psychologische aandoeningen kunnen jeuk veroorzaken. Bij minstens 10 % van de patiënten is de oorzaak onbekend.

Aangezien de oorzaken van jeuk zo verschillend zijn, is de behandeling vaak ook uiteenlopend. Toch zijn er een aantal algemene tips die aan de patiënt kunnen worden meegegeven:

- **Droge huid vermijden:** een droog klimaat, hitte en frequent wassen zijn not done. Bij het wassen is een zachte, niet-alkalische zeep, douche- of badolie het meest aangewezen. Dagelijkse hydratatie van de huid, zeker na het wassen, mag eveneens niet vergeten worden.



- **Wassen:** het douchewater mag niet te warm zijn en een bad duurt best maximaal 20 minuten. Nadien wordt de huid best drooggedept, in plaats van gewreven.
- **Andere te vermijden factoren:** irriterende stoffen, stress, heet voedsel, grote hoeveelheden alcohol en warme dranken.
- **Kledij:** zachte, ademende stoffen zoals katoen, worden het beste verdragen.

In eerste instantie probeert men de onderliggende oorzaak aan te pakken, dit vaak in combinatie met een symptomatische behandeling.

We onderscheiden

- **topische behandelingen:** lokale glucocorticoïden, lokale anesthetica, capsaiïne, zink, menthol, kamfer en immunomodulators, zoals tacrolimus.
- **systemische behandelingen:** antihistaminica, systemische glucocorticoïden, gabapentine, pregabaline, bepaalde antidepressiva (zoals mirtazapine, SSRI's), cyclosporine, methotrexaat, UV-fototherapie, thalidomide en opioïde receptor antagonisten.

Weetjes in verband met antihistaminica

- Bij urticaria kunnen antihistaminica tot 4x de aangeraden dosis veilig ingenomen worden.
- De evidentie van antihistaminica bij jeuk blijft beperkt tot slechts enkele aandoeningen: urticaria, allergische reacties op medicatie, insectenbeten.
- De rol van histamine in de meeste vormen van chronische jeuk is minimaal.

Eczeem ter hoogte van ogen en oren

Er zijn drie vormen van eczeem die voorkomen aan de ogen en oren: contact-, atopisch en seborroïsch eczeem. Eczeem rond de ogen komt vaker voor bij vrouwen dan bij mannen.

Een **contacteczeem** kan zowel van allergische (eerder jeukend) als irriterende (eerder brandend, stekend) oorsprong zijn. De huid rond de ogen is zeer dun en komt bovendien het vaakst in contact met vreemde producten, aangezien we onze ogen onbewust dikwijls aanraken. Ter hoogte van de oren komt contacteczeem ook regelmatig voor. Ook hier komt de huid in contact met vreemde producten, zoals haarproducten, juwelen, hoorapparaten, telefoons ...

Contacteczeem wordt behandeld door verdachte producten te mijden, maar ook door het krabben en wrijven te onderdrukken. Vochtige kompressen kunnen verkoeling brengen rond de ogen. Bij de oren worden emollientia opgestart. Indien nodig kan een lokaal corticosteroïd, bijvoorbeeld 1 % hydrocortisone acetaat, gestart worden. Er kan eveneens een huidtest uitgevoerd worden om de oorzaak te achterhalen.



Atopisch eczeem wordt getypeerd door donkere zones (door het vele wrijven) en komt vaak voor in huidplooiën. Bij oren geeft het frequent een infra-auriculaire fissuur, vaak met een surinfectie. Ook hier wordt gestart met vochtige kompressen (oog) en emollientia (oor) en een lokaal corticosteroïd als aanvalsbehandeling. Als onderhoud worden emollientia gebruikt.

Seborroïsch eczeem komt vooral voor op plaatsen met een hoge talgproductie. Rond de ogen is dit vaak in de wenkbrauwen, maar ook op de ooglidrand (blefaritis).



Bestanddelen in cremes

Dimethicone

De structuur van dimethicone, gebaseerd op dat van silicone, is een polymeer met een hoog moleculair gewicht. Hierdoor kan het niet door de huid en vormt het een barrière, waardoor de hydratatie van de huid verbeterd wordt en infecties verminderd. Het kan ook rimpels opvullen en wordt vaak gecombineerd met irriterende bestanddelen, door zijn anti-irritatieve en -inflammatoire werking. Ook in luizenproducten kan het gebruikt worden in een concentratie tot 100 %. Een groot voordeel is dat het door zijn puur fysische werking nooit resistentie geeft. Contactallergieën zijn niet bekend, waardoor het – ook voor baby's en kinderen – een veilig product is.

Hyaluronzuur

Hyaluronzuur, één van de belangrijkste onderdelen van de extracellulaire matrix, komt van nature voor in bindweefsel, zenuwweefsel en de epitheelcellen. Wanneer iemand ouder wordt, zal de aanmaak van hyaluronzuur verminderen. Dat zal resulteren in rimpels en een drogere huid. Om deze reden wordt dit product vaak in anti-aging crèmes en capsules gebruikt. Het bestaat ook in injecties, voor dezelfde indicatie. Zo wordt er geprobeerd om de lichaamseigen voorraad aan te vullen.

Allergische reacties kwamen vroeger vaak voor, omdat hyaluronzuur uit hanenkammen werd geïsoleerd (waardoor het sporen van kippenproteïnen kon bevatten). Nu wordt dit bio-

technologisch geproduceerd, waardoor allergische reacties nog zelden gezien worden. Hyaluronzuur is veilig voor zwangeren en tijdens de borstvoeding tenzij het om injecties gaat, die worden beter gemeden.



Shea butter of karitéboter

Door het hoge gehalte aan onverzeepbare delen, antioxidanten en vitamine A en E in karitéboter, is het sterk hydraterend en werkt het ook anti-aging. Het lijkt op natuurlijke lipiden, waardoor het een Natural Moisturizing Factor is (NMF). Het wordt goed verdragen.

Panthenol

Panthenol wordt gebruikt in een groot arsenaal aan huid- en haarproducten. Het is een vitamine B5-analoog, een cruciale speler in de vetzuren synthese. Hierdoor herstelt het de huidbarrière en bevordert het de hydratatie en de wondgenezing. Dit laatste werd enkel getest op minder diepe wonden.

Lokale tretinoiden

Adapalene en tretinoïne spelen een belangrijke rol in de behandeling van acné, door hun comedolytische en anti-inflammatoire werking. Daarnaast kunnen ze ook gebruikt worden voor de behandeling van hyperpigmentatie (in combinatie met hydroquinone).

Retinol en retinaldehyde zijn minder irriterende alternatieven voor tretinoïne, maar zijn ook minder sterk werkzaam (retinol is 20 x minder actief dan tretinoïne).

Aluminiumverbindingen

Aluminiumverbindingen zijn de actieve bestanddelen van heel wat anti-transpiranten. Recent werden deze aluminiumverbindingen vaak in een negatief daglicht geplaatst, desondanks worden ze nog steeds beschouwd als de eerstelijnsbehandeling van overmatig zweeten. Ze werken door het verstopping van de zweetklieren en dienen 's avonds aangebracht te worden. Dit omdat zweetklieren dan minder actief zijn, waardoor de behandeling efficiënter is. Ze kunnen jeuk en/of branderigheid veroorzaken na het aanbrengen. Er is weinig tot geen evidentie dat aluminiumverbindingen borstkanker zouden veroorzaken. De resultaten bekomen in studies zijn vaak niet eenduidig en zijn bovendien meestal uitsluitend in vitro.

Aprs. Hanne Neefs & Karolien Vertessen – actieve JAVA'ers

Stagedag op KAVA: Wie of wat kan de jonge apotheker helpen?



De dag werd ingeleid met een vriendelijk onthaal waarna een korte les werd gegeven door o.a. de voorzitter van KAVA. Hierbij werden de verschillende diensten bij KAVA voorgesteld.

Na een korte pauze werd er een inleiding gegeven over tarifiering. Hierbij kwam de wetgeving aan bod i.v.m. voorschriften en de voorwaarden voor terugbetaling van geneesmiddelen. Bij een volgende presentatie kreeg je nuttige info voor starters op de arbeidsmarkt. Er werd kort toegelicht wat de rechten zijn als bediende op vlak van verloning en vakantiedagen en welke regels gelden als zelfstandige.

Vervolgens werden nog twee presentaties gegeven, over IPSA en CEBAM. CEBAM is een instituut dat instaat voor het bezorgen van correcte medische informatie aan de zorgverleners. IPSA biedt de opleidingen en bijscholingen aan die zorgverleners jaarlijks moeten volgen. Er werd info gegeven van hoe

en wanneer je ze kan bereiken, wanneer je hen kan gebruiken en hoe ze je kunnen helpen.

In de namiddag werd er een basis gelegd voor tarifiering in de praktijk en over de verschillende soorten apothekersoftware. Allereerst werden de studenten gevraagd een keuze te maken uit het aanbod van software waaruit je als apotheker kunt kiezen: Farmad, Officinal of Corilus.

Over het gekozen programma werd dan een interessante voorstelling gegeven door één van de medewerkers van de betreffende software. Hierin werd het gebruiksgemak aangegevoeld, hoe de communicatie verloopt met verschillende gezondheidsinstellingen en hoe men de medicatiehistoriek van de patiënt eenvoudig kan bijhouden. Kortom, hoe je het gebruikt in de apotheek en welke voordelen je kan behalen door het gebruik ervan.

In een korte les over tarifiering kreeg men eerst een basis over de wetgeving, alle factoren waarmee men rekening moet houden (de kost van de producten, apothekerkosten ...) en hoe dit door de apotheker zelf berekend kan worden. Nadien kreeg men de nodige hulpmiddelen en was er ook een interactieve workshop om dit zelf eens in de praktijk uit te voeren.

Samengevat was het een zeer leerrijke dag voor de apothekers in spe met een introductie tot de basisaspecten van het leven

als apotheker en wat daarbij te zien komt. Er was een goede afwisseling tussen de presentaties en de meer interactieve lessen waardoor de concentratie optimaal kon blijven. De belangrijke aspecten die je niet te horen krijgt op de universiteit, hoe het er dus eigenlijk in het echt aan toe gaat, krijg je hier in deze presentaties. Je komt in contact met verschillende organisaties die belangrijk zijn voor de latere carrière als apotheker en je leert in welke situaties je op hen mag rekenen en wat ze kunnen bieden.



Dubbele antiplaatjestherapie na coronaire interventie: de zoektocht naar de optimale duur

In het vorige AFT (AFT 7/2018) las u een samenvatting van de winnende KAVA (jury)prijs 'Onderzoek naar de perceptie inzake biosimiliars van TNF α remmers' van Evan Mertens. De winnaar van de publieksprijs werd Marie Vermeersch. Een samenvatting van haar masterproef die ze onder begeleiding van promotor prof. Vincent Segers schreef, kan u hieronder lezen. Meteen het tweede artikel van opnieuw een zeer waardevolle lading masterproeven van de Universiteit Antwerpen.

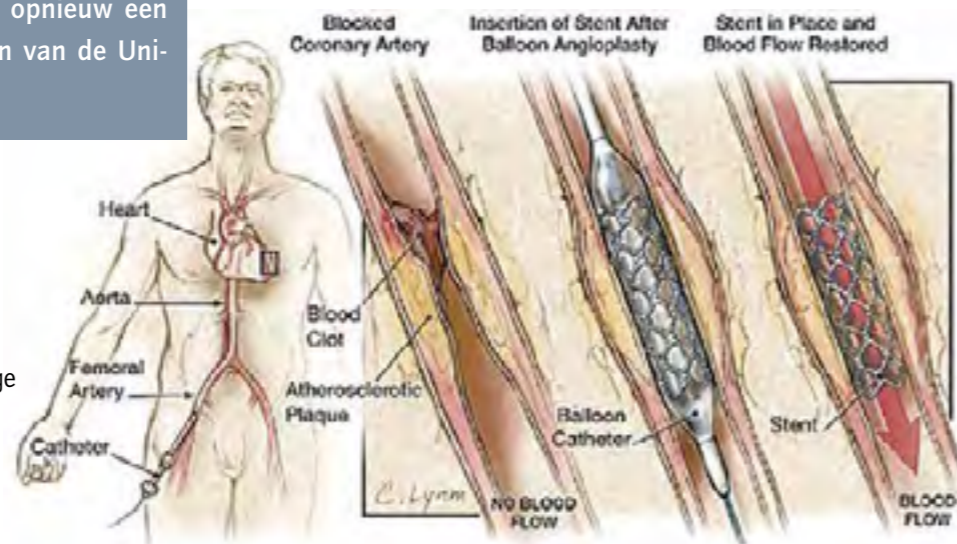
Inleiding

Meer dan één op vier Belgen sterft ten gevolge van hart- en vaatziekten en in de meerderheid van de gevallen is coronairlijden de oorzaak. Hoewel vanaf de jaren '70 een dalende trend in mortaliteit door coronairlijden waargenomen wordt in de Westerse wereld, blijft het wereldwijd de belangrijkste doodsoorzaak en zien we heden ten dage een toename in het aantal patiënten met coronairlijden. Deze ogenschijnlijke paradox valt te verklaren door een steeds ouder wordende populatie, een reductie van de coronaire risicofactoren door primaire en secundaire preventie en een continue verbetering van de geneeskunde en de kwaliteit van de gezondheidszorg.

Coronairlijden

Coronairlijden is, naast de meest voorkomende vorm van hart- en vaatziekten, ook wereldwijd de belangrijkste oorzaak van sterfte en invaliditeit bij zowel mannen als vrouwen. In de grote meerderheid van de gevallen ligt coronaire atherosclerose, een chronische

en dynamische aandoening van de arteriewand, aan de oorsprong. De behandeling van coronairlijden omvat levensstijladviezen, stringente controle van alle risicofactoren, medicatie en afhankelijk van de klinische presentatie (stabiel coronairlijden of een acuut coronaire syndroom) en de klachten kan er een coronaire revascularisatie met een percutane coronaire interventie (zie *figuur 1*) of een coronaire arteriële bypassoperatie volgen.



Figuur 1. Stentimplantatie in een vernauwde kransslagader via een ballonkatheter.
Uit: Torpy JM, et al. JAMA. 2004;291(6):778.

De behandeling van coronairlijden met percutane coronaire interventies

Binnen het vakgebied van de interventionele cardiologie staan onderzoek en innovatie nooit stil. Bewijs hiervan is de enorme evolutie van coronaire interventies in de voorbije veertig jaar. In het begin werd uitsluitend een ballon gebruikt om het vat te verbre-

den, maar omwille van talrijke tekortkomingen werden *bare-metal stents* ontwikkeld. Hiermee werden significant minder gevallen van abrupt sluiten van het vat gezien. Een eerste nadeel van deze stents is stentfalen ten gevolge van in-stent restenose, waardoor het vaatlumen opnieuw vernauwt na stentplaatsing. Omwille van dit probleem werden geneesmiddelfreuzende (*drug-eluting*) stents ontwikkeld, waarbij een antiproliferatief geneesmiddel via een polymeer aan de stents gebonden wordt.

Een tweede nadeel van stents is stenttrombose, een fenomeen dat optreedt wanneer een lichaamsvreemd voorwerp in contact komt met bloed. Het wordt veroorzaakt door trombusvorming in of nabij de stent, wat opnieuw kan leiden tot een afsluiting van het vat. Stenttrombose heeft een belangrijke klinische impact aangezien het sterk gerelateerd is aan myocardinfarct, sterfte en herhaalde revascularisatie. Stenttrombose kan op eender welk moment na stentplaatsing optreden en is tot op vandaag nog steeds de meest gevreesde complicatie van stenting.

Vrij snel na de ontwikkeling van de eerste *drug-eluting stents* werd een toename in het aantal late tot zeer late stenttromboses gezien, wat leidde tot de ontwikkeling van meer doeltreffende en veiligere geneesmiddelfreuzende stents. Deze zogeheten tweedegeneratie *drug-eluting* stents verminderden het risico op late tot zeer late stenttrombose, revascularisatie, sterfte en myocardinfarct en zijn vandaag nog steeds de meest gebruikte stents. Kortgeleden werden volledig bioresorbabele stents (*scaffolds*) geïntroduceerd, waarmee momenteel nog onderzoek over de doeltreffendheid aan de gang is.

Dubbele antiplaatjestherapie na coronaire interventies

Iets meer dan twintig jaar geleden werd de meerwaarde van dubbele antiplaatjestherapie, onder de vorm van een lage dosis acetylsalicylzuur en een P2Y₁₂-inhibitor, na coronaire stentplaatsing ontdekt ten opzichte van de conventionele anticoagulantia. Sindsdien is dubbele antiplaatjestherapie, zonder twijfel, de antitrombotische behandeling bij uitstek na een coronaire interventie. De toevoeging van een P2Y₁₂-inhibitor aan acetylsalicylzuur vermindert het risico op ischemische events en cardiovasculaire sterfte, in vergelijking met acetylsalicylzuur in monotherapie. Dit gebeurt door het voorkomen van stenttrombose en het verminderen van het risico op nadelige gevolgen van plaqueruptuur, ook in niet-gestente coronaire vaatsegmenten.

Helaas geeft de combinatie van twee bloedplaatjesaggregatiemmers een verhoogd risico op majeure, niet-fatale bloedingen in vergelijking met acetylsalicylzuur alleen. Dit bloedingsrisico is bovendien proportioneel gerelateerd aan de duur van dubbele

antiplaatjestherapie. Majeure bloedingen zijn daarenboven niet onschuldig, aangezien ze geassocieerd worden met het heroptreden van coronaire ischemie, herhaalde ziekenhuisopname, hoge zorgkosten, een verminderde levenskwaliteit en een grotere kans op overlijden.

De optimale duur van dubbele antiplaatjestherapie

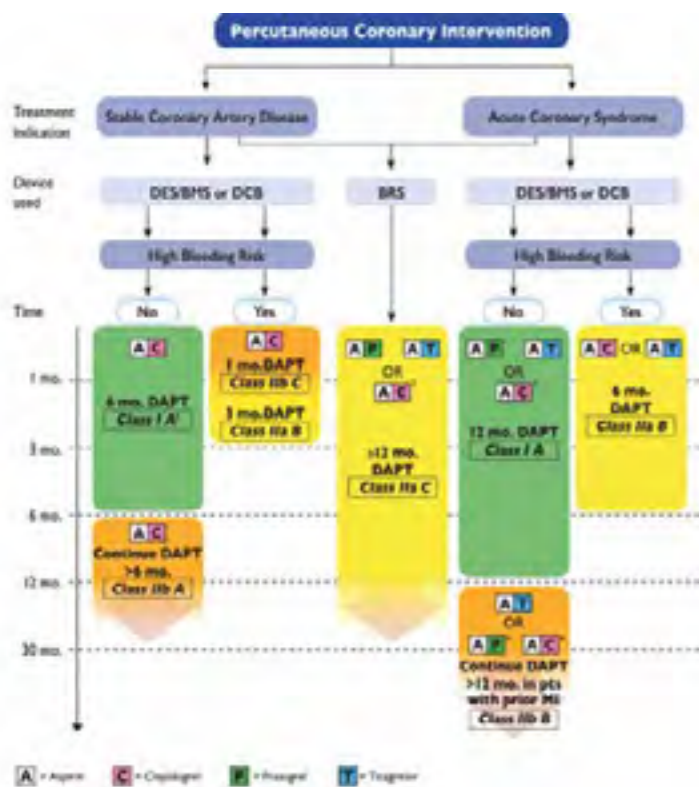
In de cardiologie wordt een belangrijk onderscheid gemaakt tussen stabiel coronairlijden en acute coronaire syndromen (acuut myocardinfarct met of zonder ST-elevatie en instabiele angina pectoris). Coronaire interventies kunnen zowel bij patiënten met stabiel als acuut coronairlijden uitgevoerd worden, maar enkel bij patiënten met acute coronaire syndromen kon een duidelijke verbetering van de overleving aangetoond worden. Het is ook geweten dat patiënten die een acuut coronair syndroom doormaken een hoger onderliggend cardiovasculair risico en bijgevolg ook een hoger risico voor recidief hebben dan patiënten met stabiel coronairlijden. Het is dus logisch te verklaren dat de duur en het type van antiplaatjestherapie verschillen naargelang de klinische presentatie.

De optimale duur van dubbele antiplaatjestherapie is daarentegen geen simpel gegeven en is nog steeds niet geheel opgehelderd. Dit vormt een belangrijk klinisch probleem, aangezien miljoenen patiënten een stent krijgen, een te korte of te lange behandelingsduur van dubbele antiplaatjestherapie niet risicoloos is, stenttrombose potentieel levensbedreigende gevolgen inhoudt en ook omdat de optimale duur van dubbele antiplaatjestherapie bescherming biedt op ischemisch vlak.

In de huidige Europese richtlijnen heeft men gestreefd naar een zo goed mogelijke consensus over de optimale duur van dubbele antiplaatjestherapie. Er wordt aanbevolen om patiënten met stabiel coronairlijden na stenting in te stellen op een behandeling van zes maanden, bestaande uit acetylsalicylzuur en clopidogrel, onafhankelijk van het stenttype. Een kortere therapie kan aangewezen zijn indien een chirurgische ingreep is gepland in de nabije toekomst of indien de patiënt een zeer hoog bloedingsrisico heeft. Een langere behandelingsduur kan zinvol zijn bij patiënten met stabiel coronairlijden die de therapie gedurende zes maanden goed hebben verdragen, geen bloeding complicaties doormaakt hebben en die bovendien een laag bloedingsrisico hebben.

Voor patiënten met een doorgemaakt acuut coronair syndroom geldt de sterke aanbeveling van twaalf maanden dubbele antiplaatjestherapie, bij voorkeur met prasugrel of ticagrelor als P2Y₁₂-inhibitor en eveneens onafhankelijk van het stenttype. In het geval van contra-indicaties, zoals een zeer hoog bloedingsrisico, zou het

stoppen van de P2Y₁₂-inhibitor na zes maanden overwogen moeten worden. Een korter regime moet echter de uitzondering blijven en moet afgewogen worden tegen het residueel trombotisch risico. Daartegenover dient per patiënt nauwgezet geëvalueerd te worden of de duur van dubbele antiplaatjesterapie verlengd moet worden, indien de therapie gedurende twaalf maanden goed verdragen werd (zie figuur 2). De DAPT en PEGASUS-TIMI 54 trial toonden dat dubbele antiplaatjesterapie langer dan een jaar wel degelijk een effectieve therapeutische strategie kan zijn, aangezien dit het risico op ischemische events en cardiovasculaire sterfte vermindert in welbepaalde hoogrisicopatiënten na een eerder door-gemaakt myocardinfarct.



Figuur 2. De Europese richtlijnen 2017
Uit: Valgimigli M, et al. Eur Heart J. 2018;39(3):213-60.

Hieruit kan besloten worden dat een op maat gemaakte aanpak, waarbij rekening gehouden wordt met zowel het ischemisch risico, het bloedingsrisico als de voorkeuren van de patiënt, de beste manier is om de duur van dubbele antiplaatjesterapie in te stellen. De standaard behandelingsduur is namelijk niet voor elke patiënt de meest optimale duur. Voor de instelling van de optimale duur van dubbele antiplaatjesterapie kan gebruik gemaakt worden van risicoscores zoals de DAPT en de PRECISE-DAPT score.

Niet-cardiale chirurgie bij patiënten op dubbele antiplaatjesterapie

Het blijft een uitdaging om exact te weten wanneer het risico na stenting voldoende gedaald is zodat zonder te veel zorgen een niet-cardiale chirurgische ingreep uitgevoerd kan worden. Aangezien chirurgie binnen de eerste zes maanden na de plaatsing van een drug-eluting stent geassocieerd is met een verhoogd risico op complicaties, in vergelijking met chirurgie uitgevoerd in de periode na zes maanden, en om het risico op bloedingen en bloedtransfusies te reduceren, raden de huidige Europese richtlijnen aan om electieve chirurgie uit te stellen tot na de aangewezen duur van antiplaatjesterapie. Indien het niet mogelijk is om dringende chirurgie uit te stellen, kan de operatie uitgevoerd worden vanaf minimaal dertig dagen na stentplaatsing, onafhankelijk van het stenttype.

Farmaceutisch luik: patiëntenenquête

Naast een literatuurstudie werd ook een onderzoek uitgevoerd om op een indirecte manier te peilen naar de kennis over en therapietrouw van dubbele antiplaatjesterapie van 44 recent gestente patiënten. Uit deze studie is onder andere naar voren gekomen dat de basiskennis over coronairlijden en dubbele antiplaatjesterapie zwak is bij een groot deel van de patiënten. We kunnen besluiten dat er nog werk is om alle gestente patiënten het belang en de ernst van een strikte therapietrouw voor een levensreddende therapie als dubbele antiplaatjesterapie te doen inzien. Bovendien schat meer dan de helft van de patiënten zijn kennis omtrent de behandeling laag in en vinden meerdere patiënten dat ze onvoldoende uitleg kregen over hun plaatjesremmers bij opstart door zowel de cardioloog als door de apotheker. Hieruit leren we dat er een duidelijke nood is aan meer patiëntgerichte educatie, regelmatige follow-up en een betere begeleiding van patiënten op dubbele antiplaatjesterapie. Die taak ligt niet enkel bij de cardioloog, maar ook bij de huisarts en de (huis)apotheker.

Op basis van de tekortkomingen uit de patiëntenenquête werd een patiëntenfolder opgesteld, maar therapieontrouw is dikwijls een multifactorieel probleem en daarom is het van belang een oplossing te bieden die zich toespitst op meerdere domeinen. In de toekomst is er nood aan de verdere uitwerking van nieuwe ideeën en aan de investering in nieuwe methoden om de therapietrouw te bevorderen, vanuit de overheid.

Apr. Marie Vermeersch en prof. Vincent Segers (U Antwerpen)

Therapieresistente depressie

Uitgaand van een voorschrift ingezonden door een van onze redactieraadsleden of lezers lichten we in deze rubriek een casus toe die zich reëel in een officina heeft afgespeeld. Alle aspecten rond een voorschrift kunnen aan bod komen: van noemenswaardige magistrale formules, over minder alledaagse tarifiering tot interessante wisselwerkingen, een boeiend gesprek enz. U kan dergelijke voorschriften met 'bijzonder karakter' (blijven) toesturen via mail (voorschriftgestript@kava.be) of per gewone post naar KAVA (Lange Leemstraat 187, 2018 Antwerpen). Uw actieve inbreng is de drijfkracht achter deze rubriek. Misschien ziet u dan binnenkort uw bijzondere praktijkcasus (geanonimiseerd) hier verschijnen!

Therapieresistente depressie

Thomas lijdt aan een majeure depressieve stoornis. Dat is een aandoening die gepaard gaat met negatieve gevoelens en verlies van plezier en interesse, maar ook met slaapproblemen, vermoeidheid, concentratieproblemen en suïcidale gedachten. Een majeure depressie treft ongeveer 14 % van de bevolking. Onze patiënt Thomas ondervond onvoldoende beterschap bij een eerste behandeling die bij hem werd ingesteld met een standaard antidepressieve therapie. Dat wordt een therapieresistente depressie (TRD) genoemd. Een uniforme definitie voor deze aandoening bestaat er evenwel niet. Wel werden er pogingen ondernomen om de ernst van de therapie-resistentie te categoriseren om zo de klinische aanpak te standaardiseren.

Bij ongeveer 50 % van de depressies slaat de standaardtherapie onvoldoende aan. Het al dan niet reageren op een farmacologische behandeling kan meerdere oorzaken hebben die ofwel intrinsiek bij de patiënt liggen (genetisch polymorfisme) ofwel meer aan omgevingsfactoren te wijten zijn zoals een te lage dosis, een behandeling die nog niet lang genoeg ingesteld is, onvoldoende hoge plasmaspiegels, een slechte therapietrouw of andere co-morbiditeit zoals bijvoorbeeld angstpsychose.

Indien deze modificeerbare factoren uitgesloten werden en er toch geen verbetering vastgesteld wordt, kan men overgaan tot een aantal farmacotherapeutische acties die bij veel patiënten met TRD nog wel beterschap kunnen brengen.



 0.00000.00.000		Naam en voornaam van de voorschrijver <i>Dr. De Gaper</i>	
DOOR DE VOORSCHRIJVER IN TE VULLEN: Naam en voornaam van de rechthebbende: <i>Thomas, 43 jaar</i>			
Voorbehouden aan het verpakkingsvignet		<i>R/ Escitalopram 20mg 1 x / dag bij het ontbijt</i> <i>Mirtazapine 30 mg 1 x / dag 's avonds</i> <i>Risperidone 5mg 1 x / dag 's avonds</i>	
Stempel van de voorschrijver AFT Lange Leemstraat 187 2018 Antwerpen		Datum en handtekening van de voorschrijver <i>22/11/2018</i>	
Uitvoerbaar vanaf voornoemde datum of vanaf:			
GENEESMIDDELENVOORSCHRIFT			

Eerstelijnsbehandeling van depressie

Bij depressieve klachten die een medicamenteuze aanpak vereisen start men doorgaans eerst met een SSRI (selectieve serotonine heropname inhibitor) of een TCA (Tricyclisch antidepressivum). De keuze tussen een TCA of een SSRI wordt gemaakt op basis van de te mijden nevenwerkingen, de mogelijke interacties met andere geneesmiddelen en co-morbiditeit. TCA's hebben

vooral anticholinerge effecten (monddroogte, obstipatie, urinereëntie, verwardheid), orthostatische hypotensie en duizeligheid, cardiovasculaire ongewenste effecten (hypotensie, tachycardie, ritmestoornissen), slaperigheid en sufheid. TCA's zijn bij overdosering potentieel letaal wegens onomkeerbare geleidingsstoornissen (AV-blok). SSRI's geven meer kans op gastro-intestinale problemen (nausea, diarree, gastro-intestinale bloedingen), neurologische ongewenste effecten (geeuwen, slapeloosheid, angst, agitatie en agressief gedrag). Voor zowel TCA's als SSRI's zijn er zowel farmacokinetische als dynamische interacties. Een belangrijk nadeel bij opstart van een SSRI is dat het soms meerdere weken kan duren alvorens de therapie begint aan te slaan.

Binnen de groep van de SSRI's is er onvoldoende wetenschappelijk bewijs om op basis van effectiviteit een bepaald product naar voren te schuiven. Ook al zijn er enkele studies die sertraline en escitalopram als een weinig meer effectief beschouwen. Binnen de groep van de TCA's zou amitriptyline de meest effectieve zijn. Voor de behandeling van therapieresistente depressies zouden deze verschillen mogelijks van belang kunnen zijn.

Wanneer men een TCA opstart, kan men best met een lage dosis beginnen en geleidelijk aan verhogen over een periode van enkele weken tot de therapeutische dosis. Amitriptyline wordt omwille van het sedatief effect bij voorkeur 's avonds ingenomen, nortriptyline omwille van het activerend effect best 's morgens. SSRI's kunnen aan de therapeutische dosis opgestart worden, best 's ochtends bij het ontbijt. Bij opstart van een antidepressivum verhoogt in eerste instantie het risico op zelfmoord. Het effect van de therapie is ook niet maximaal van bij het begin. Na vier tot zes weken zou het effect wel merkbaar moeten zijn.

De nieuwere NSRI's (noradrenaline en serotonine reuptake inhibitoren) zoals venlafaxine en duloxetine hebben geen expliciete meerwaarde en vertonen doorgaans meer ongewenste effecten. Venlafaxine is mogelijk wel iets actiever dan de andere SSRI's, maar het klinisch belang is onduidelijk. Mogelijk is dit wel van belang bij therapieresistente depressies.

De oudere MAO inhibitoren zijn geen eerste keuze wegens hun potentiële toxiciteit en kans op ernstige interacties met andere geneesmiddelen en tyraminehoudende voedingsproducten.

Behandeling van therapieresistente depressie

Wanneer de therapie na zes tot acht weken niet aanslaat en factoren zoals te lage dosis, onvoldoende therapietrouw etc. zijn uitgesloten, beginnen we te spreken van een therapieresistente depressie (TRD). Enkele farmacologische strategieën kunnen ver-

volgens aangewend worden om alsnog beterschap te verkrijgen bij de patiënt.

De eerste optie is het **verhogen van de dosis** van het antidepressivum tot boven de officieel aangeraden dosis. Gezien de grote interindividuele verschillen in respons bij patiënten en in plasmaconcentratie kan dit zeker eerst geprobeerd worden. Bij een stevige verhoging zoals een verdubbeling of verdrievoudiging zijn er enkele meta analyses die aantonen dat er een significante verbetering kan optreden bij SSRI's, zeker als er al een gedeeltelijke verbetering was wanneer de gewone dosering ingenomen werd. Dosisverhoging van een TCA zou volgens beperkte gegevens wel effectief zijn, al moet rekening gehouden worden met een te verwachten toename van ongewenste effecten.

Ook het **wijzigen van de klasse** van antidepressivum, bijvoorbeeld van SSRI naar NSRI of TCA maar nog steeds in monotherapie, is een mogelijk werkzame aanpak. Hoewel er weinig klinische evidentie rond bestaat, is de individuele patiënt soms wel gebaat bij een switch. Zeker als er zo goed als geen respons is op het eerste antidepressivum en/of er aanzienlijk wat nevenwerkingen zijn, kan een wijziging van klasse overwogen worden. Een beperkt aantal patiënten was zelfs gebaat bij een switch tussen de SSRI's. Bij een switch is het belangrijk de dosis van het eerste antidepressivum geleidelijk aan opgedreven wordt (http://wiki.psychiatrienet.nl/index.php/Main_Page voor gedetailleerde switchtabellen).

Vervolgens kan men ook **verschillende klassen van antidepressiva combineren**. Al moet er hier wel rekening gehouden worden met medicamenteuze interacties en mogelijk sterkere ongewenste effecten. De evidentie uit de literatuur voor dergelijke combinaties is eerder beperkt. Combineren doet met het best met serotonine heropname inhibitoren (SSRI's of NSRI's) enerzijds en inhibitoren van de presynaptische receptoren (NaSSA's zoals mirtazapine en mianserine) of serotonine antagonist en reuptake inhibitoren (SARI's) anderzijds (trazodone). Combinaties die afgeraden worden omwille van negatieve resultaten zijn TCA's samen met monoamineoxidase inhibitoren (MAO's) en SSRI's. Deze laatste combinatie geeft een sterk verhoogd risico op serotonine syndroom.

Ten slotte kan men opteren voor een **augmentatiestrategie** waarbij het antidepressivum gecombineerd wordt met een product uit een andere geneesmiddelengroep zoals een antipsychoticum van de tweede generatie, een stemmingsstabilisator of thyroïd hormoon.

Als antipsychotica kunnen aripiprazole, olanzapine, quetiapine en risperidone ingezet worden. De dosis van deze antipsychotica is lager dan wat men meestal gebruikt tegen schizofrenie. Meestal treedt er reeds verbetering op in de eerste week van de

behandeling. Er zijn aanwijzingen dat de depressieve patiënt iets gevoeliger is voor nevenwerkingen van antipsychotica dan de psychotische patiënt. Zo komt gewichtstoename onder aripiprazole meer voor bij depressieve patiënten, terwijl dit bij psychotische patiënten meestal heel beperkt blijft.

Een andere augmentatiestrategie is de toevoeging van lithium. Lithium is een stemmingsstabilisator die kan toegevoegd worden aan het SSRI of TCA. Lithium moet minstens twee tot vier weken toegevoegd worden alvorens de respons te evalueren. Bij voldoende remissie wordt de therapie minstens twaalf maanden verdergezet. In meta-analyses doet de lithiumgroep (46,1 % remissie) het duidelijk beter dan de placebo groep (25,4 % remissie). Zeker bij patiënten waar er toch lichte tekenen zijn van bipolariteit bij een normale depressie doet lithium het goed. Ook het suïciderisico daalt sterk onder lithiumtherapie. Hoewel mooie data, wordt lithium in de praktijk toch minder ingezet bij therapieresistente depressie dan de antipsychotica van de tweede generatie. Waarschijnlijk speelt de noodzakelijke en continue monitoring van de lithium plasmaspiegels bij deze patiënten een rol in zijn beperkte populariteit.

Ook andere geneesmiddelen worden onderzocht op eventuele effectiviteit als augmentatietherapie zoals lamotrigine, thyroïd hormoon suppletie, buspirone en pindolol. De gegevens voor lamotrigine zijn beperkt, al zou het toch effectief zijn bij patiënten met zeer ernstige depressieve symptomen. Thyroïd hormoon suppletie onder de vorm van T3 (tri-iodothyronine) of T4 (L-thyroxine) is in enkele studies onderzocht met wisselend succes. T3 heeft een sterker effect dan T4 en in bepaalde studies een vergelijkbaar effect met lithium, maar wordt wel veel beter verdragen waardoor de therapie toch minder makkelijker stopgezet wordt. T4 in lage dosis zou effectief zijn, maar grootschalige studies ontbreken. Een nadeel van T3 therapie is dat het interfereert met het metabolisme van de schildklier als het wordt toegediend aan patiënten zonder hypothyroïdie. De duur van de therapie kan dus best beperkt worden tot enkele weken. Voor het anxiolyticum en 5HT_{1A} receptor agonist buspirone is er haast geen evidentie en pindolol, β -blokker eb 5HT_{1A} antagonist zou het effect van andere antidepressiva kunnen versnellen, zonder het effect op langere termijn te verbeteren.

Naast doorgedreven farmacotherapie is het meestal ook belangrijk in te zetten op psychotherapie en kunnen ook nieuwere technieken die gebaseerd zijn op neurostimulatie een plaats hebben in de behandeling van TRD.

Samenvattend

Thomas leidt aan een therapie resistente depressie. Ondanks het feit dat Thomas therapietrouw was en de juiste dosering

ingesteld werd, reageerde hij onvoldoende op escitalopram in monotherapie. In eerste instantie werd het tweede antidepressivum mirtazapine toegevoegd. Er zijn aanwijzingen dat de combinatie van SSRI met mirtazapine effectiever zou zijn dan de geneesmiddelen in monotherapie. Bovendien kan mirtazapine als toevoeging de slaap verbeteren en kunnen er minder seksuele bijwerkingen van SSRI zijn door de combinatie. Wel moet er opgepast worden voor nevenwerkingen als sedatie en gewichtstoename. Ook deze combinatie had naar alle waarschijnlijkheid onvoldoende effect waardoor als augmentatietherapie nog een antipsychoticum van de tweede generatie wordt toegevoegd. In deze casus is de keuze op aripiprazole gevallen, een nieuwer product dat een partiële agonist is van D2-receptoren. Aripiprazole is door de FDA goedgekeurd voor deze indicatie en wordt in een lage dosis van 5 mg/dag geïnitieerd. Deze dosis kan eventueel later verhoogd worden tot 20 mg/dag. Bijwerkingen zoals acathisie, rusteloosheid en beperkte gewichtstoename zijn opgetekend. Indien deze combinatie aanslaat, zal ze langere tijd volgehouden moeten worden. Het afwegen van de risico's van langdurige inname van deze medicatie tegenover de verbetering van de gemoedsgesteldheid van de patiënt zal een blijvende oefening worden voor de zorgverleners.

Referenties

1. Domus Medica. Depressie bij volwassenen. Richtlijn voor goede medische praktijkvoering. T. Declercq et al. Gevalideerd door CEBAM Okt. 2016
2. Major depressive disorder. Otte C. et al Nat Rev Dis Primers 2016 Sep 15;2:16065
3. Evidence-based pharmacotherapy of treatment-resistant unipolar depression. Dold M et al. Int J Psychiatry Clin Pract. 2017 Mar;21(1):13-23.
4. Second generation antipsychotics in the treatment of major depressive disorder: An update. Sheng-Min Wang et al. Chonnam Med J 2016;52:159-172
5. If at first you don't succeed. A review of the evidence for antidepressant augmentation, combination and switching strategies. Connolly & Thase. Drugs 2011 Jan 1 ;71(1) :43-64.
6. A comparison of lithium and T3 augmentation following two failed medication treatments for depression : a STAR-D report. Nierenberg AA et al. Am J Psychiatry 2006 :163 :1519-30
7. Lithium for depression : A review and guidance for safety monitoring. Touma K.T.B. et al. Innov Clin Neurosci. 2017;14(3-4) :24-29

Apr. Dominique Jans –
praktijkassistent Departement Farmaceutische
Wetenschappen U Antwerpen

Een richtlijn voor de aanvraag en het behoud van uw pensioen

Deze fiscale rubriek wordt inhoudelijk uitgewerkt door accountancy KAVA in samenwerking met externe belastingconsulenten. De keuze van de artikels is dus écht op maat van officina apothekers.

We krijgen van onze apothekers vaak de vraag welke acties we moeten ondernemen om hun pensioen in orde te brengen. We zullen in dit artikel beknopt antwoord geven op de meest gestelde vragen in dit verband.

- Wanneer moet ik mijn pensioen aanvragen?
- Welke acties moet ik ondernemen om te kunnen genieten van mijn pensioen?
- Mag ik nog bijverdienen na mijn pensioen?
- Moet ik nog sociale bijdragen betalen als ik met pensioen ben?
- Is er een mogelijkheid tot vervroegde pensionering?
- Zijn er gevolgen verbonden aan een vervroegde pensionering?

Wanneer moet ik mijn pensioen aanvragen?

Indien u op de wettelijke leeftijd van 65 jaar met pensioen gaat, zal u 15 maanden voorafgaand aan uw 65^e verjaardag een brief toegestuurd krijgen van de federale overheidsdienst voor Pensioenen (FOD Pensioenen) met een aanvraag tot pensionering. Als u hierop wil ingaan, moet u de brief invullen en terugsturen. U moet één jaar wachten tot uw pensioenuitkering effectief ingaat. Dit is overigens ten vroegste één maand na de datum waarop u de 65-jarige leeftijd heeft bereikt.

Als u nog niet wenst met pensioen te gaan, mag u deze brief negeren en kan u op een later tijdstip uw pensioen elektronisch aanvragen via www.pensioenaanvraag.be. Let op: hierbij moet u ook rekening houden met een wachttijd van één jaar voor de effectieve uitkering van uw pensioen.

De overheid heeft beslist dat vanaf 2025 de wettelijke pensioenleeftijd 66 jaar zal zijn en deze wordt nog eens opgetrokken in 2030 naar een leeftijd van 67 jaar indien men geen 45 loopbaan jaren kan voorleggen.

Welke acties moet ik ondernemen om te kunnen genieten van mijn pensioen?

Er zijn drie situaties waarin u zelf geen pensioenaanvraag moet doen omdat het dan automatisch wordt gedaan door de overheid. In alle andere gevallen dient u dus zelf uw aanvraag te verrichten, online (via bovenstaande website) of via een bevoegd kantoor.

Situatie 1

U wordt 65 jaar en u was zelfstandige of helper en daardoor onderworpen aan het sociaal statuut van de zelfstandigen. Hiervoor dient u in België te wonen uiterlijk de eerste dag van de vijftiende maand voorafgaand aan uw 65^e verjaardag.

Situatie 2

Uw rechten op een overlevingspensioen als zelfstandige of helper worden automatisch onderzocht. Hiervoor moet u zelf geen aanvraag doen. Dit wordt automatisch gedaan indien u 65 wordt binnen de twaalf maanden na het overlijden van uw echtgeno(o)t(e).

Situatie 3

Uw rechten op een rustpensioen wegens lichamelijke ongeschiktheid worden onderzocht in een pensioenregeling van de openbare sector. Tijdens dit onderzoek wordt er vastgesteld dat u zelfstandige bent geweest. U dient ten vroegste op 59-jarige leeftijd lichamenlijk ongeschikt verklaard te worden.

Sociale bijdragen

Het is aangeraden om een melding te doen aan de sociale kas indien uw pensioen effectief ingaat. Als u blijft werken zal u verlaagde sociale bijdragen betalen op de hieronder bepaalde maximum inkomsten.

Indien u nalaat deze melding te doen, zal u sociale bijdragen betalen op het referentie inkomen van drie jaar geleden. Ach-

teraf zal er een regularisatie plaatsvinden. U zal dus veel te veel sociale bijdragen betalen en u bent het geld voorlopig kwijt.

De aanvraag voor de verlaging van de sociale bijdragen moet samengaan met een objectieve reden. Pensionering zelf wordt aanzien als een objectieve reden door de sociale kas.

Mag ik nog bijverdienen na mijn pensioen?

U hoort vaak dat u na uw pensioen onbeperkt mag bijverdienen. Dit is enkel mogelijk indien u geniet van een rustpensioen vanaf de wettelijke pensioenleeftijd of na het behalen van een 45-jarige loopbaan (zie hiervoor). Indien u geniet van een overlevingspensioen of een vervroegd pensioen dan zijn er wél inkomensgrenzen vastgesteld die u hieronder kan vinden in een tabel.

GRENSBEDRAGEN					
VOOR PENSIOENLEEFTIJD			NA PENSIOENLEEFTIJD		
Netto belastbaar	Met Kinderlast	Zonder Kinderlast	Netto belastbaar	Met Kinderlast	Zonder Kinderlast
Rustpensioen	€ 6.417,00	€ 9.626,00	Rustpensioen	Onbeperkt	Onbeperkt
Overlevingspensioen	€ 14.942,00	€ 18.677,00	Overlevingspensioen	€ 18.536,00	€ 22.547,00

Als u het toegelaten inkomen overschrijdt met minder dan 100 % wordt uw pensioen voor dat jaar evenredig verminderd. Overschrijdt u het toegelaten inkomen met 100 % of meer, dan wordt uw pensioenuitkering integraal geschorst voor dat jaar.

Als de gepensioneerde zelfstandige verkiest om niet meer bij te werken dan moet hij best contact opnemen met de mutualiteit indien hij een laag inkomen heeft uit de pensioenen. Hiervoor heeft hij mogelijk recht op een verhoogde terugbetaling door de mutualiteit. Het statuut van de gepensioneerde wordt automatisch meegedeeld aan de mutualiteiten.

Moet ik nog sociale bijdragen betalen als ik met pensioen ben?

U dient enkel nog sociale bijdragen te betalen indien u een actieve gepensioneerde blijft. Dit wil zeggen dat u nog steeds bijverdient nadat u met pensioen bent. De hoogte van de sociale bijdragen hangt af van uw inkomsten.

Als u geniet van een vervroegd pensioen, is het van belang dat uw inkomsten de hieronder vermelde grens niet meer dan 100 % overschrijdt. Indien dit het geval is zal uw pensioen wegvallen en zullen uw sociale bijdragen berekend worden conform het hoofdberoep.

Blijft u echter binnen de voorgestelde grens dan betaalt u maximum 3,675 % van het bedrag dat cumuleerbaar is met uw pensioen. Hieronder vindt u een tabel met de maximumbijdragen die u moet betalen bij vervroegd pensioen en normale pensioenleeftijd.

Als u 65 jaar bent of 45 jaar loopbaan kan bewijzen, mag u onbeperkt bijverdienen en betaalt u een sociale bijdrage van 14,7 % berekend op het onbegrensde inkomen van drie jaar geleden.

Indien het loon van de actieve gepensioneerde op jaarbasis onder de grens van 2998,29 EUR blijft, zijn er geen sociale bijdragen verschuldigd.

MAXIMUMBIJDRAGEN PER KWARTAAL VOOR ZELFSTANDIGEN DIE EEN RUSTPENSIOEN ONTVANGEN		
Vervroegd pensioen	Maximuminkomen	Maximumbijdrage 2018
Zonder Kinderlast	€ 6.417,00	€ 243,01
Met Kinderlast	€ 9.626,00	€ 364,55
Normale pensioenleeftijd		
Met / Zonder Kinderlast	onbeperkt	€ 3.277,06

Is er een mogelijkheid tot vervroegde pensionering?

Vanaf 1 februari 2018 kan uw pensioen ten vroegste ingaan vanaf de eerste dag van de maand volgend op uw 63^e verjaardag. U moet ook een minimumloopbaan kunnen bewijzen. Als uw pensioen ten laatste ingaat op 1 januari 2019, moet uw loopbaan minimum 41 jaar tellen. Indien deze ingaat vanaf 1 februari 2019, wordt uw minimumloopbaan opgetrokken naar 42 jaar.

Hiervoor komen de kalenderjaren in aanmerking die u pensioenrechten geven in onderstaande stelsels:

- Het zelfstandigenstelsel.
- Andere wettelijke Belgische pensioenstelsels (werknemers en ambtenaren).
- Buitenlandse pensioenstelsels waarvoor er internationale overeenkomsten over sociale zekerheid gelden.

De bovenvermelde regel is de algemene regel van vervroegd pensioen. De overheid heeft ook nog een aantal afwijkingen in verband met de minimumleeftijd en minimumloopbaan waar-

door u nog vroeger met vervroegd pensioen mag gaan indien de voorwaarde vervuld is.

AFWIJKINGSMAATREGELEN VERVROEGD PENSIOEN

Minimum-leeftijd	Minimumloopbaan	
	Ingang 01/02/17 t.e.m. 01/01/19	Ingang vanaf 01/02/19
60 jaar	43 jaar	44 jaar
61 jaar	42 jaar	43 jaar
62 jaar	42 jaar	43 jaar

Zijn er gevolgen verbonden aan een vervroegde pensionering?

Sinds 1 januari 2016 zijn de verzekeringsmaatschappijen verplicht tot de uitkering van de gespaarde reserves (kapitalen) op het moment van pensionering. Indien men effectief met pensioen gaat, moet de verzekeraar de groepsverzekering of vrij aanvullend pensioen voor zelfstandigen (VAPZ) uitbetalen. U kan de pensionering niet verzwijgen omdat Sigedis (een overheidsinstantie) de verzekeraar automatisch verwittigt bij pensionering.

Hogere taxatievoet Groepsverzekering

Indien de groepsverzekering uitgekeerd wordt op 65 jaar of later bedraagt de taxatie 10 % indien men kan voorleggen dat men de laatste drie jaar vóór pensionering actief was, indien dit niet het geval is, bedraagt de taxatie 16,5 %.

Wordt de groepsverzekering voor 65 jaar uitgekeerd, dan zijn volgende percentages van toepassing:

TAXATIE BIJ VERVROEGDE UITKERING GROEPSVERZEKERING

Leeftijd	64 jaar	63 jaar	62 jaar	61 jaar	60 jaar
Taxatie	16,50%	16,50%	16,50%	18%	20%

VAPZ

Indien de VAPZ uitgekeerd wordt op 65 jaar of later, dan wordt deze tien jaar lang belast aan een omzettingsrente van 5 % per jaar. Indien men de leeftijd van 65 jaar niet bereikt heeft bij

de uitkering zal men belast worden aan een omzettingsrente gedurende vijftien jaar. Het percentage van de omzettingsrente is afhankelijk van de leeftijd waarop de uitkering gebeurt.

OMZETTINGSRENTE PENSIOENEN

Leeftijd	Fictieve rente	Duurtijd
- 40 jaar	1,00%	13 jaar
41 - 45 jaar	1,50%	13 jaar
46 - 50 jaar	2,00%	13 jaar
51 - 55 jaar	2,50%	13 jaar
56 - 58 jaar	3,00%	13 jaar
59 - 60 jaar	3,50%	13 jaar
61 - 62 jaar	4,00%	13 jaar
63 - 64 jaar	4,50%	13 jaar
65 + jaar	5,00%	10 jaar

Personenbelasting

Indien men overweegt om bij te verdienen na de pensionering, houdt men ook het best rekening met de gevolgen die zich uiteten in de personenbelasting. In een toekomstige bijdrage zullen we deze gevolgen en vooral de mogelijkheden om deze belastingdruk te temperen bespreken.

Hebt U nog vragen, aarzel dan niet. Wij zijn ter beschikking!

Team Accountancy KAVA

Bronnen

- <https://www.ikbenzelfstandige.be/infobank/faq/wanneer-kan-ik-als-zelfstandige-met-pensioen-mag-ik-nog-verder-werken-1>
- <http://www.rsvz.be/nl/faq/wanneer-en-hoe-moet-ik-aanvragen-om-op-pensioen-te-gaan>
- <http://www.rsvz.be/nl/faq/kan-ik-als-zelfstandige-vervroegd-met-pensioen-gaan>
- <https://www.nn.be/nl/blog/kapitalevragen/hoe-werkt-de-fictieve-rente-op-de-80-regel-bij-een-vapz>

Bij Accountancy KAVA
weet men er meer over. Contacteer daarom

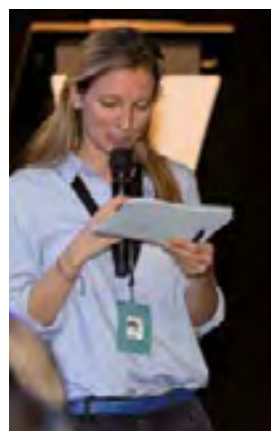
Accountancy KAVA cbva
Lange Leemstraat 187, 2018 Antwerpen
Tel. 03/280 15 49
accountancy@kava.be - www.accountancy.kava.be

Pharmanology 2018 (PH18)



Ontmoeten, leren, kennismaken, ervaringen uitwisselen, vernieuwen, ontdekken, lachen, innoveren, farmaceutische zorg, software, wetenschap ... Er viel ook deze editie weer heel wat te beleven op de Farmabeurs. Enkele sfeerfoto's van een meer dan geslaagd PH18 weekend.





AGENDA 2018

DATUM	ACTIVITEIT	WAAR?	INLICHTINGEN TEL.
19/11/18	IPSA: begeleiding van mijn diabetespatiënt	extern 20u00-22u30	03/280 15 01
21/11/18	MFO: Zuid op schema	KAVA 20u15-22u00	03/280 15 01
22/11/18	Senioren voordracht	KAVA 14u30-17u30	03/280 15 01
22/11/18	Accountancy KAVA: cyclus overname (balans lezen deel I)	KAVA 20u15-22u00	03/280 15 01
27/11/18	Pharmacy Online	KAVA 20u00-22u30	03/280 15 01
28/11/18	IPSA: antibiotica casuïstiek	KAVA 20u00-22u30	03/280 15 01
28/11/18	Efficiënt vergaderen (regioverantwoordelijken)	KAVA 20u00-22u30	03/280 15 01
29/11/18	Train the trainer MFO DOAC Antwerpen	KAVA 12u30-14u30	03/280 15 01
29/11/18	Accountancy KAVA: cyclus overname (balans lezen deel II)	KAVA 20u15-23u00	03/280 15 01
29/11/18	Medicatiehistorieken: inflammatie en pijn	extern 20u00-22u30	03/280 15 01
1/12/18	Weekend medication review	KAVA 13u00-19u00	03/280 15 01
2/12/18	Weekend medication review	KAVA 9u30-16u30	03/280 15 01
5/12/18	Efficiënt vergaderen (regioverantwoordelijken)	KAVA 20u00-22u30	03/280 15 01
6/12/18	Accountancy KAVA: cyclus overname (waardebepaling apotheek)	KAVA 20u15-23u00	03/280 15 01
10/12/18	Accountancy KAVA: van succes tot successie	KAVA 20u15-23u00	03/280 15 01
11/12/18	MFO: Zuid op schema	KAVA 20u15-22u00	03/280 15 01
12/12/18	Stagedag: huidverzorging en WS thuiszorg, bezoek aan Belmedis	KAVA 8u30-17u00	03/280 15 01
13/12/18	Accountancy KAVA: cyclus overname (interpretatie leningen)	KAVA 20u15-23u00	03/280 15 01
17/12/18	Farmant: de nieuwe geneesmiddelen	extern 20u30	
20/12/18	Accountancy KAVA: cyclus overname (mogelijke partners bij overname)	KAVA 20u15-23u00	03/280 15 01
20/12/18	Medicatiehistorieken: gastro-enterologie	extern 20u00-23u00	03/280 15 01

Voor meer info, surf naar de rubriek 'Activiteiten' op de KAVA-website: www.kava.be/activiteiten

PERSONALIA

Geboortes

CHARLOTTE

Op 6 oktober 2018, tweede kindje van de heer en mevrouw Jan en Sarah Spaas-Broeckx; kleindochter van collega en mevrouw Dirk en Chris BROECKX-Van de Ven uit Antwerpen.

CHI LOU

Op 28 oktober 2018, tweede kindje van de heer en collega Yiu Wah en Riet Yau-VAN DEN BROECK uit Broechem.

KAVA wenst de jonge ouders van harte proficiat!

Overlijdens

Op 7 oktober 2018 overleed op de leeftijd van 90 jaar collega Carlos TYTGAT uit Mortsel, echtgenoot van collega Paula DE KETELAERE; vader en schoonvader van de heer en collega Wim en Diane Tytgat-WAUTERS uit Mortsel.

KAVA betuigt de familieleden haar oprechte deelneming.





ANTWERPS FARMACEUTISCH TIJDSCHRIFT
NUMMER 8 - 2018

96^e jaargang
Tijdschrift van de Koninklijke Apothekersvereniging van Antwerpen
Verschijnt 9x per jaar
Wettig erkende beroepsvereniging

Hoofredacteur
Apr. Karen Delaetere

Verantwoordelijke uitgever
Apr. Kris Deckers
Lange Leemstraat 187 - 2018 Antwerpen
Tel: 03/280 15 01 - Fax: 03/218 57 40

Internet: <http://www.kava.be>
E-mail ons als u vragen heeft met betrekking tot :
lidmaatschap leden@kava.be
redactie aft aftredactie@kava.be
adverteren advertenties@kava.be
abonnementsen allerlei abbonn@kava.be
accountancy acc@kava.be
tarifieringsdienst tarifieringsdienst@kava.be
juridische aangelegenheden jurist@kava.be
personeelszaken personeel@kava.be
algemeen info@kava.be

Redactieraad
- Aprs. K. Delaetere, S. Gielen, L. Hooft,
D. Kenis, E. Maes en A. Robberechts.
- N. Carpriau en A. Meskens.

De wachtdienstregeling Antwerpen is te bekomen

via Internet: <http://www.geowacht.be>
via Centraal telefoonnummer: 0903/99 000

Lay-out en Druk
Daddy Kate nv
Laarbeeklaan 70 • 1090 Brussel
Tel: 02 333 00 00
www.daddykate.be

D/1990/3286/01
ISBN 90-70472-287

In volgend AFT:

- *Dossier prostaatklachten*
- *Klare labowaarden: schildklieraandoeningen*
- *Pharmanology 2018*
- *Project voorkamerfibrillatie*
- *Masterproef 'Nieuwe inzichten in het ijzermetabolisme'*

AFT 9 van 2018 verschijnt in december!

Wenst u artikelen te scannen, digitaal op te slaan, te drukken, meermaals te kopiëren of commercieel te gebruiken?
Contacteer Pieter Goossens: pieter.goossens@kava.be.

Slechts volgende advertenties worden toegelaten: geregistreerde geneesmiddelen met bijsluiters; niet-geneeskrachtige producten met APB-controlerlabel; diensten in de farmaceutische sector; niet-farmaceutische producten en diensten. De adverteerders mogen niet in concurrentie zijn met de verschillende KAVA-diensten en/of strijdig zijn met de algemene belangen, verdedigd door de KAVA. Zij mogen ook niet strijdig zijn met de eer en de waardigheid van het beroep. Om deze redenen kan elke inlassing geweigerd worden door de verantwoordelijke uitgever. Onafgezien van deze voorwaarden berust de verantwoordelijkheid van de inhoud van de opgenomen reclame bij de firma die de advertentie plaatst en niet bij de uitgever.

Abonnementsvoorwaarden

Leden van de Koninklijke Apothekersvereniging van Antwerpen ontvangen het tijdschrift uit hoofde van hun lidmaatschap. Abonnementen voor niet-leden (€ 40,28/jaar inclusief btw) worden stilzwijgend telkens voor een jaar verlengd indien niet vóór 1 december een schriftelijke opzegging is ontvangen. Abonnementen kunnen worden onderschreven door storting van het verschuldigd bedrag op rek. nr. BE18 6451 3333 9265 met vermelding van referentie abbon. AFT 2018. Losse nummers zijn verkrijgbaar aan € 5,50. Adreswijzigingen en dergelijke dienen uitsluitend te worden gericht aan de Administratie van het AFT, Lange Leemstraat 187, 2018 Antwerpen of via abonn@kava.be.

APOTHEEKINRICHTING | AMENAGEMENT D' OFFICINES



Postweg 297 | 1602 Vlezenbeek
T 02 532 43 56 | Fax 02 532 15 46
www.pharmadecor.be | info@pharmadecor.be



Successieplanning brengt gemoedsrust. Ook als u zich nog te jong voelt.

Zelfs als uw pensioen nog veraf is, is stilstaan bij successie verrijkend. Onze experts berekenen hoeveel u nodig hebt om later financieel onafhankelijk te zijn en wat er overblijft om de kinderen ooit een duwtje in de rug te geven.

Successieplanning gaat over de organisatie van een zorgeloze toekomst voor u en uw naasten. En dat doet u best op een moment dat er nog genoeg ruimte is om te plannen en bij te sturen. Weet u trouwens wie uw wettelijke erfgenamen zijn?

Neem uw nalatenschap daarom vandaag in handen en kom naar onze infoavond op maandag 10 december bij KAVA in de Lange Leemstraat 187 in Antwerpen.