**Verslaglegging FTO**

Datum en duur van FTO: 19-10-2021, 9.00-10.30

Aanwezigen vermelden ( alleen SO en VS, vanwege accreditatiepunten) : Excuus, ivm rommelige start, dit kopje niet gezien en niet genotuleerd.

Voorzitter: Sam Schoon

Notulist: Vivian Franken

Terugkoppeling eerdere presentaties:

**Osteoporose – Elena Norman**

Elena heeft gesproken met klinisch geriater vanuit de opleiding.

Website: [www.thennt.com](http://www.thennt.com). Laat wetenschappelijk bewijs zien wat de effecten van medicatie zijn.

Bij postmenopauzale vrouwen met eerdere facturen heeft 80% geen effect van therapie met bisfosfonaten gedurende 3 jaar op preventie van wervelfracturen en 99% heeft geeft baat bij therapie in preventie van heupfracturen.

Bij postmenopauzale vrouwen zonder eerdere facturen heeft 100% geen effect van therapie met bisfosfonaten gedurende 3 jaar.

Elena heeft een kahoot gemaakt om de kennis nog eens op te frissen.

1. typische fracturen osteoporose: Wervel, pols en heup.
2. Risiscofactoren voor osteoporose: Vrouwen in menopauze, roken en alcoholmisbruik.
3. Welke ziekte of medicatie kan secundaire osteoporose veroorzaken: Anti-hormonale therapie na mammaca
4. Niet medicamenteuze behandeling: valpreventie, leefstijladviezen, eiwitrijkevoeding en calcium en vitamine D
5. Eerste keuze bij medicamenteuze behandeling: alendroninezuur per os, risedroninezuur per os
6. Contra-indicatie behandeling bisfosfonaten: nierinsufficientie, strictuur oesfagus of achalasie, risico op aspiratie
7. Wanneer moet er gestat met bisfosfonaten bij gebruik glucocorticosteroiden: Dosering >15mg per dag, doserins 7.5-15mg bij mannen

Discussie

Guido: moeten bisfosfonaten in onze doelgroep nog gebruikt worden gezien het weinig effect. Serge: Bij langdurig liggende patiënten kan het juist wel zinvol zijn

Guido: Bij PG patienten lijkt het niet zo zinvol

Paul: Wellicht toevoegen als levensverwachting boven x aantal jaar is het nog wel zinvol kan zijn

Ingrid: behandelduur is sowieso maar 5 jaar

Elena: Na 5 jaar moet effect en risico evalueerd worden. Zonder DEXA onderzoek wordt laagdrempelig behandeling NIET geadviseerd

Bij levensduur van 1, 2 of 3 jaar is behandeling niet zinvol

Conclusie/toevoegen aan formularium: Na 5 jaar behandeling evalueren behandeling en risicofactoren. Bij korte levensduur niet starten of eventueel gestarte medicatie stoppen.

**Vragen het rode oog - Ingrid van Soest**

* Alarmsymptomen: pijn, visusdaling, lichtschuwheid
* Welke oorzaken geven meestal een rood oog zonder alarmsymptomen: episcleritis, subconjunctivale bloeding, bacteriële conjunctivitis
* Waar of niet waar:
  + episcleritis behoeft geen behandeling: WAAR
  + Episcleritis komt net als scleritis vaker voor bij systeem aandoeningen: WAAR (reuma/bechterew)
  + Keratoconjunctivits sicca kan tranende ogen geven WAAR
  + Een virale conjunctivitis moet met chlooramfenicol oogdruppels worden behandeld NIET WAAR

2) Onderwerp 1: Epilepsie

Presentatie door: Kirsten Hillen

Superviserend of samenwerkend SO in geval van basisarts: Suzanne Arts

Kort inhoudelijk beschrijven van bespreekpunten uit PPTX

Bronnen:

* 17 juni 2020 richtlijn epilepsie NVN 2017: Lokale handreiking epilepsie voor de specialist ouderengeneeskunde regio Arnhem-Nijmegen
* 2015: Nascholing – Diagnostiek en behandeling van epilepsie, Huisarts en Wetenschap
* Farmacotherapeutisch Kompas

Definitie epilepsie:

* verzamelnaam voor aandoeningen waarbij herhaaldelijk een insult optreedt door veranderingen in de elektrische activiteit in de hersenen.
  + Minstens 2 ongeprovoceerde (zonder voorafgaande prikkel) insulten of reflexinsulten (opgewekt door externe prikkel) met minstens 24u tussen de aanvallen
  + 1 ongeprovoceerd insult of reflexinsult met een groot herhalingsrisico
  + Epilepsiesyndroom

Epidemiologie

* + Onderzoek MUMC+:
  + Jaarlijkse incidentie 30 per 100.000
  + Voor groep 65+: 120 per 100.000

Classificatie:

* focale epilepsie, gegeneraliseerde epilepsie, onbekend, speciale epilepsiesyndromen
  + Focale epilepsie:
    - motorisch: trekking in 1 deel van gezicht, of 1 arm of 1 been.
    - Somatosensorisch, autonome of hogere cerebale functie, psychische verschijnselen
  + Gegeneraliseerde epilepsie
    - Absence: verminderd bewustzijn
    - Myoklonisch
    - Klonische (schokken)
    - Tonsiche (verkramping)
    - Tonisch klonisch
    - Atone (plotse verslapping)
  + Onbekend
  + Speciale epilepsiesyndromen
* DD: vaak verwarring met een syncope (verschillen staan reeds in formularium)
* Casus: Dhr A, 65jaar
  + Uitgebreide neurocognitieve stoornis door traumatisch hersenletsel met gedragsstoornissen door diverse ongegelukken. Bekend bij GGZE
  + 2013 TIA, **2020-03 epileptisch insult, scan cerebrum gb**, DM, Trombose
  + Medicatie epilepsie: Depakine chrono mga 2dd1, ZN diazepam 2 mg/ml klysma 2.5ml
  + GV dec besluit valproine spiegel bepalen
  + Valproine 37 (normaal 50-100)
  + 11-3 stop diazepam klysma zn, ivm wandelen buiten. Start midazolam neusspray 1 puf in ieder neusgat zn
  + 24-3 insult, ledematen trillen, niet aanspreekbaar, waarna midazolam neusspray
  + Na aanval weer valproinezuurspiegel: 28 (normaal 50-100)
  + Overleg neuroloog: ophogen depakine 2dd750mg
  + Spiegel na 3 weken 64, sindsdien aanval vrij

Wanneer spiegelbepaling

* Verandering medicatie
* Na een aanval
* Bij het vermoeden van bijwerkingen of geneesmiddelinteracties, m.n. bij polyfarmacie;
* Twijfel aan therapietrouw
* Bij fenytoinegebruik
* Relevante comorbiditeit en comedicatie

Bij goed ingestelde patiënt ip geen periodieke controle. Dit staat nog wel in enkele medicatie protocollen.

Overweging wel periodiek: zodat je een uitgangswaarde hebt als er een event voorvalt

Indien patiënten anti epileptica gebruiken ivm met psychiatrische aandoeningen is periodieke controle wel geïndiceerd. Daarbij is het ook lastiger om onderscheid te maken tussen medicatie problemen of psychiatrische achteruitgang. Een insult is makkelijker te classificeren.

Welke afspraken worden er gemaakt ten aanzien van formularium, handelswijze of anders?

Aanvalsmedicatie

* Midazolam 5-10 mg in de wangzak druppelen. Mag ook sc of im maar dan 10mg ivm firstpass
* Clonazepam: .Lange halfwaardetijd
* Diazepam

Voorstel voor verandering in formularium

Neusspray wordt niet in formularium vermeldt, voorschrijven bij patiënten die veel buiten wandelen

Clonazepam uit formularium halen

Lange halfwaardetijd en niet in werkvoorraad aanwezig

Onderhoudsmedicatie

Altijd iom neuroloog

Wel/niet starten iom patient/familie afhankelijk van: type epilepsie, ernst en frequentie van aanvallen, prognose, leefpatroon van de patiënt, voor en nadelen van medicamenteuze behandeling

Start met monotherapie, bij ouderen voorkeur lamotrigine en levetiracetam

Bij onvoldoende effect stap over naar ander middel van eerste keus

Valproinezuur

* Dosering 10-20 mg/kg in 2 doses, wekelijks verhogen met 5-10 mg/kg tot het gewenste therapeutische effect.
* Start dosis 300mg 2dd, onderhoudsdosering tenminste 500mg 2dd op geleide van bijwerkingen.
* De maximale dosering kan tussen verschillende patiënten variëren. Zie lab onderzoek.

Levetiracetam

* Start met 2 dd 250 mg, na 2 weken verhogen tot therapeutische dosering van 2 dd 500 mg; indien nodig iedere 2 weken met 2 dd 250 mg verhogen tot maximaal 2 dd 1500 mg.
* Clcr 50–79 ml/min: 2 dd 500–1000 mg,
* Clcr 30–49 ml/min: 2 dd 250–750 mg,
* Clcr < 30 ml/min: 2 dd 250–500 mg.
* Bij ernstige leverfunctiestoornis in combinatie met een creatinineklaring < 60 ml/min: onderhoudsdosering halveren.

Carbamazepine

* Dosering retard start 2dd 100-200 mg, geleidelijk verhogen tot gewoonlijk 2dd 400 mg (max. 1200 mg).
* Preparaat zonder gereguleerde afgifte; doseerinterval aanpassen.
* Controleer regelmatig bloedbeeld, leverfunctie en Na - concentratie. Zie lab onderzoek.
* Zie ook reden van voorschrijven melden op recept.

Voorstel toevoegen formularium

Toevoegen Lamotrigine

* + begindosering 25 mg 1×/dag gedurende 2 weken, daarna 50 mg 1×/dag gedurende 2 weken. Verder per 1–2 weken met max. 50–100 mg verhogen tot een onderhoudsdosering van 100–200 mg per dag in 1 of 2 giften, zo nodig tot 500 mg per dag.
  + Bij matige leverinsufficiëntie (Child-Pugh graad B) de start-, titreer- en onderhoudsdoseringen met de helft verlagen; bij ernstige leverinsufficiëntie (Child-Pugh graad C) met 75%.
  + Bij een verminderde nierfunctie kunnen lagere onderhoudsdoseringen effectief zijn.

Voorschrijfgedrag

* + Voornamelijk midazolam, clonazepam, lamotrigine, valproinezuur en levetiracetam, gabapentine
  + Zeldzamer diazepam, carbemazepine, brivaracetam, oxcarbazepine, fenytoine, fenobarbital, perampanel, gabapentine, lacosamide

Zijn er specifieke leerdoelen benoemd en welke?

* Bevorderen van up-to-date kennis over medicatie bij epilepsie
* Afwegingen om wel/niet te starten met epilepsie medicatie
* Onderscheid structurele medicatie en rol bij symptoomverlichting
* Leren van elkaars afwegingen om wel/niet een spiegel te bepalen

Wat zijn de genoemde mogelijkheden voor vervolg en toetsing?

Toetsen kennis en medicatiebeleid bij epilepsie

Toevoegen van aanvullingen in formularium (voor volgend FTO)

Vragen:

Sam: midazolam neusspray in formularium. Nadeel is kleinste verpakkingdosis bevat 65 doses. Terwijl maar 1-2 per jaar nodig is. Hierin zit verandering, nieuwe medicatie wordt aan gewerkt.

Midazolam druppels in buffer en neusspray op individuele basis.

Laura: Graag zo nodig medicatie voor patiënten voorschrijven die ook standaard medicatie gebruiken

Diane: levotiracetam wordt vaak gebruikt, worden er vaak bijwerkingen ondervonden. Bij patiënten die wat traag zijn/gemotiveerd moeten worden is dit een goede optie, bij mensen die juist al heel druk zijn is dit een minder goed plan.

Let op bij levotiracetam: specifieke huidafwijkingen (steven-johnsen) dan direct stoppen met medicatie

Is er anti-epileptica die maar 1 keer per dag worden gebruikt: ja, maar wel zeldzame middelen, dus altijd in overleg met neuroloog.

Wanneer is volgend FTO? 6 december

Wie bereid volgende keer FTO voor? Terugkoppeling Suzanne en Kirsten, Schilklierafwijkingen (Anke), slaapstoornissen (Frederique, Marianne)

Gezien het oktober is dient de planning voor komend jaar gemaakt te worden. Guido heeft al een lijstje, dit wordt naar Sam gestuurd.

Marianne is afgestudeerd als VS en gaat vanaf nu Sam versterken in de FTO commissie

Powerpoint en aantekeningen doormailen naar Annelies, Sam en Guido.