

Luc Bonneux is arts en epidemioloog. Hij werkt momenteel in een verpleeghuis.

### Luc Bonneux

## Meneer Janssen had geen boodschap aan levensverlenging



### Oudere geneeskunde

**M**eneer Janssen\* is 93 jaar, geestig en nog scherp als een mes. Hij wordt verraden door een zeer ernstige aortaklepstenose, maar hij heeft iedere operatie pertinent geweigerd. Hij is onlangs opgenomen wegens ernstig hartfalen, mede door de novo boezemfladder, en komt 'revalideren'. Hij is uitbehandeld en heeft een actieve doodswens sinds enige jaren, maar ons gesprek over euthanasie wordt gauw opgeluisterd door grappen en grollen. De dag erna wordt hij dood gevonden, vermoedelijk een plotse hartdood. Ik ben blij voor hem: zijn wens is verhoord.

De cardioloog had meneer Janssen eerder op de vitamine-K-antagonist fenprocoumon getrakteerd, dit geheel volgens de richtlijn van boezemfladder. Meneer Janssen had echter geen boodschap aan levensverlenging. Na uitleg mocht de fenprocoumon onmiddellijk worden gestopt.

Deze hoogbejaarde, maar bijzonder intelligente man slikte een middel met een delicate balans van voor- en nadelen zonder dat hij daar enig benul van had, voor een doel dat hem niet interesseerde. Ik heb überhaupt nog niemand getroffen die meer dan een oppervlakkige notie had van het doel en de bijwerkingen van deze antistolling. En ik kan deze stelling uitbreiden naar plaatjes- en protonpompremmers, cholesterol- en bloeddrukverlagers. De polyfarmacopie van preventie rust op het gebrek aan benul waarvoor dit moet dienen.

Wat een patiënt hoort te weten over enige preventieve behandeling is het *number needed to treat* (NNT) en het *number needed to harm* (NNH) gedurende een klinisch relevante tijdsduur. Dat is lastig, als de arts die zelf niet kent. Ik heb deze kerncijfers gezocht voor de oude anticoagulantia. In de epidemiologie is een oudere meer

dan 70 jaar; de meerderheid van mijn patiënten is boven de 85. Deze hoge leeftijd is vooral relevant voor het NNH, gezien de kans op complicaties fors toeneemt met leeftijd en kwetsbaarheid. Dat kerncijfer is een goed bewaard geheim – in observatiestudies is de kans op bloedingen met ernstig gevolg een stuk hoger dan de kans op beroerte. Het NNH is dus een veelvoud van het NNT. En wat is de kans op een niet-fatale beroerte? Een fatale beroerte die iemand boven de 85 in coma en uit het leven knikkert is geen slechte dood. Wat ik zou willen weten over orale anticoagulantia: hoeveel niet-fatale beroertes voorkomen ze en hoeveel bloedingen met ernstige gevolgen veroorzaken ze in mijn patiëntenpopulatie.

Je zou soms denken dat ouderenzorg de spits van de geneeskunde moet vormen. Ziekenhuizen zijn een veredelde geriatrie. Naast een inflatie aan specialismen, strijden internisten in ouderengeneeskunde, gerieters en 'specialisten in de ouderengeneeskunde' met huisartsen om het vege hoogbejaarde lijf. Ouderengeneeskunde is echter oudere geneeskunde. Artsen bedenken wat, maar evidencebased patiënteninformatie is even bereikbaar als de Andromeda-nevel per motorfiets. Het besluit tot chemoprophylaxe (preventieve therapie met medicijnen) is geen regel van een goddelijke richtlijn, maar een afwegen met de patiënt van het nut van behandeling op basis van de beste gegevens over het NNT en het NNH. Dat hoort geen ver afgelegde sterrenstelsel te blijven, maar een concreet doel te bereiken in afzienbare tijd. Daartoe is goed onderzoek nodig met eindpunten relevant voor ouderen. Dat is een waardig bestaan, meer dan sterfte. ■

\* Naam, kenmerken en patiëntgeschiedenis zijn veranderd.