

INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de Redactie; deze behoudt zich het recht voor, de stukken te bekorten)

PSYCHOPHARMACA

In nr. XXIV van de Farmacotherapeutische Overzichten (1967) vermeldt tabel II o.a. de effecten, de bijwerkingen en de gemiddelde dosering per dag in verdeelde dosis. Vermoedende dat deze effecten en bijwerkingen zijn aangegeven met betrekking tot de vermelde gemiddelde dosering, zou ik graag het volgende willen opmerken:

Bij de genoemde dosering veroorzaakt dixyrazine (Esucos) in feite praktisch nooit extrapiramidale verschijnselen, noch orthostatische hypotensie. Dat dixyrazine sedatief hypnotisch werkt, is juist, maar de kruisjes bij hepato-toxiciteit en hemato-toxiciteit kan ik uitsluitend als gerechtvaardigd zien door de analogie met andere fenothiazines; maar dan begrijp ik niet, waarom deze kruisjes niet voorkomen bij levomepromazine, perazine, butaperazine en in mindere mate bij thioridazine, aangezien bij mijn weten nooit iets gerapporteerd werd over hepato-toxiciteit of hemato-toxiciteit van dixyrazine.

Anderzijds wil ik graag aannemen dat het oordeel dat meprobaat en de benzodiazepine-derivaten beter blijken te zijn dan hydroxyzine (Atarax), door velen gedeeld wordt; maar of dit voor de banale indicaties van de minor tranquilizers inderdaad zo is, zou ik voorlopig niet als aangevoerd durven te beschouwen, tenzij de commissie over literatuur betreffende een dergelijk vergelijkend onderzoek beschikt.

Tenslotte betreuf ik het dat in het voordeel van hydroxyzine niet vermeld werd dat het 1. nooit toxisch is gebleken; 2. bovendien geen ataxie verwekt; 3. geen kans geeft op verlamming; 4. bij kinderen, bejaarden en allergische patiënten meestal voordelen biedt boven de spierrelaxerende tranquilizers.

Literatuur: Farmacotherapeutische overzichten XXIV (1967) *Ned. T. Geneesk.* **III**, 549.

Brussel, 28 april 1967

Dr. A. REYNTJENS, arts,
hoofd afd. Klinisch
Geneesmiddelenonderzoek
U.C.B.

Na aandachtige lezing van Farmacotherapeutische Overzichten No. XXIV blijven er enige vragen, die ik gaarne ter beantwoording zou willen voorleggen aan de samenstellers.

Vraag: Voor wie is dit overzicht bestemd? Voor de huisarts of voor de psychiater?

De in tabel II genoemde dagdoseringen van een aantal fenothiazinederivaten zijn enigszins discutabel; er wordt met name geen verschil gemaakt tussen ambulante en klinische psychofarmaco-therapie.

Vraag: Op grond van welke gegevens hebben de samenstellers zich laten leiden bij het opgeven van deze doseringen?

Belangrijke schadelijke bijwerkingen van enige fenothiazine-derivaten worden niet vermeld, waardoor men de indruk zou kunnen krijgen dat men zich veilig kan bewegen binnen het door de samenstellers opgegeven doseringsschema. Indien deze indruk juist is, hoe verklaren samenstellers dan het volgende:

Onder „Neuroleptica” wordt bij de bespreking van chloorpromazine (Largactil) als representant van de fenothiazines als bijwerking vermeld: kans op retina-afwijkingen en huidverkleuring bij langdurig gebruik van hoge doseringen. Elders in dit artikel staat: „de bijwerkingen van de nieuwere fenothiazine-derivaten zijn in wezen dezelfde als die van chloorpromazine”.

In het overzicht (tabel II) van fenothiazine-derivaten en aanverwante verbindingen valt het op, dat bij het preparaat thioridazine (Melleril) als enige staat vermeld: „bij hoge dosering kans op toxische retinitis”. NELEMANS (1966) stelt in zijn opmerkingen bij de klinische les van Prof. HENKES (1966): „Voor zover ik weet is er geen enkele aanwijzing dat thioridazine bij een dosering van minder dan 800 mg per dag (een hogere dosering heeft geen enkele zin) voor het hier ter zake doende ongunstiger zou zijn dan andere fenothiazine-derivaten”. Hij breekt hierna zelfs een lans voor thioridazine, met name wegens de geringe hepatotoxiciteit (hetgeen weer niet expliciet door samenstellers van de F.T.O. wordt vermeld).

Vraag: Is het omdat de samenstellers over andere bronnen beschikken dan NELEMANS? Zo ja welke?

Literatuur: HENKES, H. E. (1966) *Ned. T. Geneesk.* **110**, 789. — NELEMANS, F. A. (1966) *Ned. T. Geneesk.* **110**, 1063. — Farmacotherapeutische overzichten XXIV (1967) *Ned. T. Geneesk.* **III**, 549.

Apeldoorn, 24 april 1967

P. J. F. DE VRIES

In ons vorig antwoord is al naar voren gebracht dat de Farmacotherapeutische overzichten in de eerste plaats zijn bedoeld voor de medicus practicus en dat wij de bezwaren inzake de tabel wel kunnen meevoelen. De opmerkingen die Dr. REYNTJENS naar voren heeft gebracht, hebben ons deze bezwaren nog eens extra doen gevoelen. Men dient te beseffen, dat in een tabel waarin veel gebruikte geneesmiddelen naast nieuwere of minder veelvuldig toegepaste zijn opgenomen, aanwijzingen omtrent bijwerkingen in hun onderlinge verhouding slechts relatief zijn. Gegevens over bijwerkingen komen immers pas op de lange duur naar voren.

De opgegeven dosering was bedoeld voor de behandeling van die afwijkingen, welke de medicus practicus in het algemeen zonder specialistische hulp zelf afdoet, hetgeen toch ook wel uit de tekst is te lezen. Dat ook deze dosering op een keuze uit verschillende mogelijkheden berust, wil de commissie gaarne toegeven, maar voor welk overzicht en voor welk geneesmiddel geldt dat niet in meerdere of mindere mate? Het documentatiebureau van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter Bevordering der Pharmacie beschikt naast haar eigen kaartstelsel óók over dat van de buitenlandse zusterorganisaties. Daardoor was het bekend, hoe in het buitenland de keuze was uitgevallen, en deze gegevens bepaalden mede weer onze keuze uit de in de literatuur vermelde doseringen.

Uitgaande van de veronderstelling dat in geval van bijwerkingen de patiënt zich veelal eerst tot zijn huisarts zal wenden, kwamen wij ertoe hem óók te informeren over de mogelijke bijwerkingen van de hogere dosering. Hoewel dus behandeling met deze doses meestal door de specialist wordt ingesteld, kan de medicus practicus bij zijn poliklinisch behandelde patiënten of bij zijn patiënten met proefverlof toch met deze hoge dosering geconfronteerd worden. Het is inderdaad jammer dat dit niet uitdrukkelijk is vermeld.

Wat de toxische retinitis betreft, mogen wij Dr. DE VRIES verwijzen naar MEYLER (1966) waarbij wij echter in het midden willen laten of dit de door hem bedoelde „andere bronnen” zijn. Dat een „zinvolle” doseringssgrens maar al te vaak wordt overschreden, blijkt uit de beschreven gevallen maar al te duidelijk.

's-Gravenhage, 23 mei 1967 Documentatiecommissie voor
Farmacotherapie; Kon. Ned.
Mij ter Bevordering der
Pharmacie