

ter en waren het hoogst na 16 uur. Bij een sinustachycardie waren bloeddruk en CA hoger dan bij een sinusbradycardie. Een sterk verhoogd catecholaminegehalte heeft prognostisch een ongunstige betekenis. Na een infarct aan de voorwand of anterolateraal waren de CA-spiegels en de hartfrequentie hoger dan na een onder- of achterwandinfarct. Het CA-gehalte was eveneens hoger bij patiënten met ventriculaire extrasystolen of met korte perioden van ventriculaire tachycardie. Volgens sommigen bevorderen CA het ontstaan van ventriculaire extrasystolen en andere

ritmestoornissen. Anderzijds zal de door een aritmie verminderde pompfunctie van het hart de secretie van CA stimuleren. Bèta-blokkerende middelen verlagen de sterfte bij voorwand- of anterolaterale infarcten, waarschijnlijk doordat zij het ontstaan van levensgevaarlijke ritmestoornissen tegengaan.

Literatuur: NADEAU, R. A. en J. DE CHAMPLAIN (1979) *Amer. Heart J.* 98, 548.

S. BERREKLOUW

MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

Subsidies Nederlands Astma Fonds

Het Nederlands Astma Fonds verleent subsidie voor fundamenteel en toegepast wetenschappelijk onderzoek op het terrein van Chronische Aspecifieke Respiratoire Aandoeningen (CARA).

Aanvragen voor 1981 kunnen worden ingediend tot 1

juni 1980. De hiervoor benodigde formulieren zijn verkrijgbaar bij het bureau van het Nederlands Astma Fonds, Postbus 5, 3830 AA Leusden; tel. 033-941814.

Vervolgaanvragen voor reeds gesubsidieerde projecten dienen voor 1 augustus in het bezit van het Nederlands Astma Fonds te zijn. De benodigde formulieren zullen tijdig aan betrokkenen worden toegezonden.

INGEZONDEN

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

Het belang van vroegtijdige onderkenning van herpes zoster

Met grote belangstelling heb ik de klinische les van collega VAN DER DRIFT (1980) gelezen. Ik ben het geheel met schrijver eens dat de diagnose herpes zoster te dikwijls met een zekere gelatenheid wordt aanvaard zonder alles in het werk te stellen om de afschuwelijke gevolgen te voorkomen, die deze ziekte kan aanrichten.

Helaas komt het lang niet in alle gevallen tot een diagnose in een zo vroeg stadium dat behandeling met amantadine nog zinvol is. Het is misschien goed erop te wijzen dat er voor deze „spijtoptanten” nog een andere behandeling bestaat. Een epidurale injectie in het aangestaste gebied met een depotpreparaat van een corticosteroid, gemengd met een lokaal anaestheticum, voorkomt naar mijn ervaring een postherpetische neuralgie, mits dit binnen drie weken na het ontstaan van de huidruptie wordt toegediend. De injectie is vrijwel pijnloos en kan gemakkelijk poliklinisch geschieden. Op deze manier kan nog in een betrekkelijk laat stadium worden ingegrepen bij een heftig verloop van de ziekte of bij patiënten, die voor een postherpetische neuralgie zijn voorbeschikt.

Literatuur: DRIFT, J. H. A. VAN DER (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 377.

Amsterdam, maart 1980

M. E. SLUIJTER

VAN DER DRIFT wijst in zijn klinische les op de mogelijkheid respectievelijk het belang van een vroegtijdige (dit is vóór het eruptieve stadium) herkenning van herpes zoster. De auteur hecht vooral waarde aan het „belang”, gezien de titel van zijn les. Hij stelt dit tegenover „de relatieve onverschilligheid” voor een vroege diagnose, die zou kunnen

worden verklaard door het (nog) ontbreken van een „passende behandeling”.

Dit laatste is een bekend fenomeen, het voorhanden komen van therapieën (passend of niet passend overigens) beïnvloedt het diagnostisch waarnemingsvermogen van de arts. Vroege diagnostiek (een sleutelwoord in de hedendaagse gezondheidszorg) heeft zin als het gaat om een belangrijke aandoening die op betrouwbare wijze in een vroeg stadium is op te sporen. Dit is een noodzakelijk, maar niet voldoende vereiste. Het moet óók vaststaan dat de vroege diagnostiek consequenties heeft. Men moet kunnen interveniëren in het ziekteproces om een gunstiger beloop of genezing van de aandoening te bewerkstelligen.

Herpes zoster is een karakteristiek ziektebeeld, dat in de eruptieve fase gemakkelijk is te diagnostiseren (ROSS e.a. 1975). Aangenomen mag worden dat dit de betrouwbaarheid van morbiditeitsregistratie van deze aandoening gunstig beïnvloedt. De incidentie van herpes zoster in de huisartspraktijk bedraagt 3 à 4 nieuwe gevallen per 1000 patiënten per jaar. De continue morbiditeitsregistratie van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut toont een gemiddelde jaarlijkse incidentie van 2 à 3 nieuwe gevallen per 1000 patiënten per jaar (zie de tabel).

OLIAMANS (1969) en FRY (1979) vermelden een incidentie van 2 respectievelijk 4 gevallen per 1000 patiënten. HODGKIN (1979) komt tot een incidentie van 3,5 à 4,5 per 1000 ingeschreven patiënten per jaar. Herpes zoster is dus een tamelijk frequente aandoening (in een gemiddelde huisartspraktijk 10 tot 15 nieuwe gevallen per jaar).

Het natuurlijke beloop van een ziekte is te vervolgen vanaf het moment waarop de diagnose wordt gesteld. Bij herpes zoster is dat in de praktijk in de regel het moment waarop de huidrupties optreden. Wisselend naar leeftijd en geslacht stellen circa 25% (SANDERS 1968) van de herpes zoster-patiënten zich reeds eerder, in het pre-eruptieve stadium, in verbinding met hun huisarts. Deze patiënten

Leeftijdsklasse	Incidentie
30 - 39	1
40 - 49	2
50 - 59	4
60 - 64	5,5
65 - 74	6,5
75 en ouder	7,5

ervaren hun klachten wellicht als dusdanig hinderlijk, dat zij de huisarts consulteren.

Uit het onderzoek van SANDERS bleek, dat bij deze patiënten de kans op objectieve zenuw- of zintuigstoornissen groter is (10%) dan bij degenen die pas in het eruptieve stadium de arts consulteren (1%). Wat betreft (postherpetische) pijn was dit verschil minder groot (10% respectievelijk 7%). SANDERS vond op 1116 patiënten met herpes zoster, 3 maanden na de eruptie, bij 1% enige, en bij 5% nog matige pijnklachten. Slechts één patiënt had 12 maanden na de eruptie nog ernstige pijnklachten. HODGKIN vermeldt globaal bij 5% van zijn patiënten „postherpetische neuralgie”. De term „post-herpetische neuralgie” wordt in de literatuur overigens over het algemeen verre van precies gedefinieerd.

In een betrekkelijk ongeselecteerde bevolkingsgroep zoals een aantal huisartspraktijken, blijkt herpes zoster in de regel een onschuldige aandoening te zijn die weliswaar enige weken pijn en andere klachten met zich meebrengt, doch waarbij min of meer ernstige complicaties een uitzondering zijn. Weinig patiënten worden voor deze aandoening verwezen (2 à 3%) en bij 75% wordt door de huisarts geen of een zeer eenvoudige therapie ingesteld.

Wanneer men nu denkt aan „vroegtijdige diagnostiek” dient men om te beginnen een aantal gegevens op een rijtje te zetten: (mogelijke) ernst van het ziektebeeld, de frequentie en de aard van mogelijke complicaties, de frequentie van het ziektebeeld, de theoretische en de praktische mogelijkheden van vroege opsporing, de consequenties van al of niet opsporen, het effect van eventuele therapeutische maatregelen, enz. Tot op zekere hoogte zijn de criteria van Wilson en Jungner (WHO) óók bij de klinische diagnostiek van belang.

De bekende maar overigens relatief zeldzame complicaties van herpes zoster zouden een reden kunnen zijn om patiënten die hiervoor gedisponeerd zijn vroegtijdig op te sporen. Een en ander vanuit de veronderstelling dat deze complicaties zijn te voorkomen of in hun uitwerking zijn te beperken. Men zou bijvoorbeeld de patiënten met preherpetische klachten die hun huisarts raadplegen in dezen als een „risicogroep” kunnen beschouwen. Het gaat dan overigens nog om een betrekkelijk klein risico. Bij deze patiënten zou men een behandeling met bijvoorbeeld amantadine kunnen overwegen voorzover er een redelijke zekerheid bestaat dat dit een passende (d.w.z. effectieve en niet-schadelijke) therapie is.

VAN DER DRIFT vermeldt successen met deze behandeling bij een tiental patiënten. Hij besluit tot een gunstige invloed op de pijn bij herpes zoster-patiënten. Wat is de basis van deze conclusie? Zijn onderzoekpopulatie telt 10, misschien 12 patiënten. Afgezien van het bijzonder kleine aantal patiënten is niet op voorhand aan te nemen, dat het

hier om een aselectieve, laat staan representatieve steekproef van herpes zoster-patiënten gaat. De auteur beschrijft interessante casuïstiek waaraan niets méér dan hoogstens de opvatting is te ontnemen dat een onderzoek naar de mogelijkheden en de zin van een vroegtijdige herkenning van herpes zoster wenselijk is. Hierbij dient men er tevens vanuit te gaan dat er sterke aanwijzingen bestaan, dat bijvoorbeeld de vroegtijdige toediening van amantadine het natuurlijke beloop van de aandoening in gunstige zin beïnvloedt. Dit vereist een wat andere benadering dan de persoonlijke ervaring dat het helpt. Het vereist, met andere woorden, een verantwoord onderzoek zoals de pilot-study van VAN REE (1977) naar het vermeende gunstige effect (ROSELLE 1959) van diodynamische stromen op het beloop van herpes zoster. De literatuur is overigens niet eensluidend over welke therapie dan ook.

Voor de behandeling van de overgrote meerderheid van herpes zoster-patiënten kan de praktizerende (huis)arts thans niet op goede gronden de voorkeur geven aan andere dan eenvoudige analgetische therapie. Het peilend onderzoek van VAN REE, dat weliswaar niet dubbel-blind maar toch verantwoord werd opgezet, gaf geen steun aan de veronderstelde gunstige werking van diodynamische stroom.

Over de werkelijke waarde van (vroegtijdige) toediening van amantadine verkeren wij in het ongewisse. Persoonlijke ervaringen bij een niet aselectieve en zeer kleine groep patiënten gelden sinds lang niet meer als een verantwoorde basis voor conclusies. Al met al staat de zin van een vroegtijdige opsporing van herpes zoster geenszins vast, laat staan dat het belangrijk is voor de praktizerende huisarts.

Een klinische les zal, dunkt ons, vooral beogen praktizerende artsen kennis te doen nemen van nieuwe ontwikkelingen of van weinig onderkende valkuilen bij het medisch handelen. Men mag dan hopen dat de lezers er hun voordeel mee kunnen doen. Zij moeten daarvoor nogal eens hun routine veranderen. Om de „relatieve onverschilligheid” ten opzichte van de vroege diagnostiek van herpes zoster te doen omslaan in een enthousiast en actief opsporingsbeleid zijn echter andere en wetenschappelijk meer verantwoorde argumenten nodig dan die welke VAN DER DRIFT in zijn enthousiasme voor de vroege diagnostiek van herpes zoster ons, lezers, voorhoudt.

Literatuur: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut (1978) *Continue morbiditeitsregistratie*. – DRIFT, J. H. A. VAN DER (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 377. – FRY, J. (1979) *Common diseases*. M.T.P. Press, Lancaster. – HODGKIN, K. (1973) *Towards earlier diagnosis*. Churchill Livingstone, Edinburgh. – OLIEMANS, A. P. (1969) *Morbiditeit in de huisartspraktijk*. Stenfert Kroese, Leiden. – REE, J. W. VAN (1977) *Huisarts & Wetenschap* 20, 135. – ROSELLE, M. N. DE e.a. (1959) *Scalpel*, 27. – ROSS, C. e.a. (1975) *J. Roy. Coll. gen. Practit.* 25, 29. – SANDERS, H. W. A. (1968) *Herpes zoster in de huisartspraktijk*. Proefschrift Nijmegen.

Nijmegen, maart 1980

H. G. M. VAN DER VELDEN

Het boeiend artikel van collega VAN DER DRIFT (1980) heb ik niet alléén met genoegen gelezen. Ik maak me bezorgd, dat het aanleiding zal geven tot een ongeremd gebruik van amantadine bij beginnende herpes zoster. Het is altijd verleidelijk om, wanneer enthousiast aanbevolen wordt tegen een aandoening die soms onaangename complicaties geeft en waartegen geen werkzaam middel bekend is, het dan maar te gebruiken. De beschreven ziektege-