

| 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-

schiedenissen echter bewijzen m.i. niet, dat de gunstige keer in het beloop van herpes zoster door de amantadine-therapie veroorzaakt is. Herpes zoster heeft immers een uiterst grillig beloop. Volgens de door mij geraadpleegde virologen verhindert amantadine in vitro niet het doordringen van het zoster-virus in gecultiveerde cellen. Ook dit maakt een klinische werkzaamheid onwaarschijnlijk. Ik meen dan ook, dat we nog zeer terughoudend moeten blijven met het toedienen van amantadine bij herpes zoster.

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

Warmond, april 1980

M. K. POLANO

Met grote belangstelling heb ik de Klinische Les van prof. VAN DER DRIFT (1980) gevolgd. Met onze ervaring in een pijnkliniek kan ik hem gaarne bijvallen dat postherpetische neuralgieën tot de meest onbehandelbare pijnsyndromen behoren en dat iedere methode om acute herpes zoster te couperen om een postherpetische neuralgie te vermijden met beide handen aangegrepen dient te worden. Zijn defaultisme over het bestaan van een passende behandeling kan ik niet delen; reeds enkele jaren behandel ik patiënten met acute herpes zoster in het gelaat of van de romp met een serie homolaterale stellatumblokkaden met bupivacaine 0,25% en zulks met goede resultaten. Het laatste jaar is deze methode voor herpes zoster in het cervicale en thoracale gebied vervangen door een in principe éénmalige toediening van 2 ml lidocaine 1% + 80 mg methylprednisolon epiduraal in het betreffende cervicale of thoracale segment. Deze methode is niet nieuw; KLYSNER (1975) beschreef een serie van 270 patiënten; SLUIJTER (1979) beschreef de techniek in een handboek over pijn en ondergetekende heeft hierover gerefereerd in de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (LAGAS 1980). Natuurlijk is het toedienen van enige tabletten met – voornamelijk – weinig bijwerkingen een aanmerkelijk eenvoudiger behandeling; toch lijkt voor blokkaden door de anesthesioloog een indicatiegebied te blijven bestaan. In de klinische les werd de nadruk gelegd op het belang van een vroegtijdige medicamenteuze behandeling; gezien het werkingsmechanisme van dit preparaat lijkt dit ook noodzakelijk. Behandeling van reeds bestaande herpes zoster in de 2e en 3e week na het uitbreken van de erupties geeft nog steeds indrukwekkende resultaten en voorkomt tot nu toe in mijn serie een postherpetische neuralgie. Ook voor deze behandeling geldt overigens dat het één en ander alleen zinvol is in de acute fase van de herpes zoster; de resultaten bij postherpetische neuralgie zijn slecht. De neuroloog moet vóór de dermatoloog in consult geroepen worden bij acute herpes zoster; indien beide specialisten te laat met dit beeld geconfronteerd worden lijkt het zinnig om de anesthesioloog uit te nodigen het ziektebeeld de pas af te snijden.

Literatuur: DRIFT, J. H. A. VAN DER (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 377. – KLYSNER, A. M. en W. H. DAM (1975) *Treatment of acute herpes zoster and of the postherpetic syndrome with blocks.* (Abstracts of the First World Congress on Pain. Florence). – LAGAS, H. M. (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 32. – SLUIJTER, M. E. (1979) In: *Admiraal e.a. Pijn en pijnbehandeling*, bl. 98. De Tijdstroom, Lochem.

Rotterdam, maart 1980

H. M. LAGAS

In zijn klinische les spreekt prof. VAN DER DRIFT (1980) over het tot nog toe ontbreken van een passende „behandeling”. Enkele jaren geleden maakten de fysiotherapeuten ons attent op de behandeling d.m.v. diadynamische stroom. Hierbij wordt de patiënt, met erytheem en evt. huidrupties, gedurende 1-2 weken elke dag behandeld. De therapie wordt voortgezet tot de huidrupties verdroogd zijn.

In het laatste jaar werden op deze manier 33 patiënten behandeld. In 5 gevallen werd nog pijn gemeld na 2 weken behandeling. Deze postherpetische pijn reageerde erg goed op een behandeling met interferentie.

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

's-Gravendeel, maart 1980

A. L. LIGTMANS
W. NOORDHOEK
J. W. BAAN

Daar VAN DER DRIFT in zijn klinische les (1980) bij een zosterpatiënt twee specialisten gewenst acht, is het misschien wel nuttig om bij deze les nog drie andere specialisten in consult te roepen, ten behoeve van de wellicht in verwarring gebrachte lezer van zijn artikel.

De eerste consulent is een viroloog, die de lezer informeert dat het virus van herpes zoster niet identiek zou zijn aan dat van waterpokken (een veronderstelling die al honderd jaar geleden naar voren werd gebracht), maar dat dit hetzelfde virus is. Het bewijs hiervoor is reeds meer dan 20 jaar geleden door WELLER geleverd, die beide virussen in de weefselkweek en immunologisch met elkander vergeleek en hun onomstotelijke identiteit kon vaststellen. Dit resultaat is sindsdien door vele anderen bevestigd. Een goed overzicht van deze situatie kan de lezer aantreffen in het uitvoerige caput selectum, dat dr. KAPSENBERG (1967) aan de problematiek wijdde, en dat blijkbaar niet de aandacht heeft gekregen die het verdient.

De tweede consulent is een klinisch farmaceut, die samen met de viroloog er op zal wijzen dat amantadine (Symmetrel), uitsluitend als prophylacticum toegediend, een zekere werking heeft ten opzichte van influenza A-virus, wellicht ook ten opzichte van influenza virus type C, maar bijvoorbeeld niet voor influenza B-virus en dat de werking op virussen van de herpesgroep (waar het varicella zoster-virus toe behoort) in het geheel niet bewezen is, en a priori bovendien onwaarschijnlijk. Beiden zullen er bovendien op wijzen dat het toedienen van een dubieus geneesmiddel aan 12 patiënten, en op grond daarvan een gunstige werking te beschrijven, een methode is die in feite als ontoelaatbaar beschouwd moet worden sinds 1919, toen BLEULER zijn werk publiceerde: „Das autistisch-undisziplinierter Denken in der Medizin und seine Überwindung”. Hij stelde hierin de eis dat de werking van een geneesmiddel alleen vastgesteld kan worden op basis van een goed uitgevoerd dubbelblind onderzoek, en in een aantal goede Angelsaksische medische tijdschriften wordt bijna altijd aan deze eis voldaan. De verstandige (d.w.z. ongelovige) lezer zal de miraculeuze therapeutische resultaten dus gewoon naast zich neerleggen.

Tenslotte wijst de farmaceut er op dat zelfs de producent van Symmetrel, over het algemeen niet afkerig van het pousseren van zijn produkten, aangeeft dat de aanbevolen dosering 2 × 100 mg per dag is, die in bijzondere gevallen overschreden kan worden tot 3 × 100 mg per dag. De dosering van 4 × 100 mg, een enkele maal door VAN DER