

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 posttherpetische 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 gewent 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