

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 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

DRIFT toegepast, moet dus als nogal overdreven beschouwd worden. Dit is ook de plaats om er op te wijzen dat de populariteit van het middel nogal geleden heeft onder de vrij ernstige bijwerkingen die het kan veroorzaken die onder andere doen denken aan de werking van wekaminen.

De laatste en belangrijkste consulent is de huisarts. Deze spreekt onder andere door de mond van dr. SANDERS die in 1968 promoveerde op een beschrijving van 1222 zosterpatiënten die door 220 huisartsen werden waargenomen. Uit zijn materiaal blijkt dat slechts enkele procenten van deze patiënten na herstel van hun zoster nog neuralgische klachten hebben, die na enkele maanden meestal verdwenen zijn. Ook wijst hij er op dat deze complicatie vaak door neurologen gezien wordt, terwijl deze bijna nooit een normale zosterpatiënt onder ogen krijgen, waardoor de publikaties uit die hoek altijd een veel te ernstig beeld van de aandoening geven. Volgens dit grondige onderzoek van SANDERS doet de gordelroos zich aan de huisarts voor als een onschuldige huidziekte, terwijl de specialist uit zijn geselecteerd materiaal een ander beeld krijgt.

Samenvattend: men zende een zosterpatiënt naar een verstandige huisarts, die hem onnodige therapie, anders dan bemoedigend toespreken, zal besparen.

Literatuur: BLEULER, E. (1927) *Das autistisch-undisziplinierete Denken in der Medizin und seine Überwindung*. 4e druk. Springer, Berlijn. – DRIFT, J. H. A. VAN DER (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 377. – KAPSENBERG, J. (1967) *Ned. T. Geneesk.* III, 1530. – SANDERS, H. W. A. (1968) *Herpes zoster in de huisartsenpraktijk*. Proefschrift Nijmegen. – WELLER, TH. H. e.a. (1958) *J. exp. Med.* 108, 843.

Amsterdam, maart 1980

F. DEKKING

De klinische les van prof. VAN DER DRIFT (1980), waarin bestrijding van de postherpetische pijn door toediening van amantadine wordt beschreven, is voor ons aanleiding tot enig commentaar.

Het is duidelijk de bedoeling van een klinische les het geneeskundige handelen in goede richting te stimuleren. Toch moeten wij opmerken dat voorzichtigheid geboden is bij de interpretatie van resultaten van therapie bij een kleine groep patiënten, met een zo variabel ziektebeeld als herpes zoster. Vooropgesteld moet worden, dat bij de therapie van herpes zoster twee aspecten duidelijk uit elkaar moeten worden gehouden. In de eerste plaats is er de symptomatische therapie, gericht op het opheffen van ongemakken van de ziekte, en daarnaast een causale therapie, gericht op de bestrijding van het varicella zoster-virus. Wat het eerste betreft, publiceerde GALBRAITH reeds in 1973 een dubbelblind, met placebo vergeleken, onderzoek met amantadine bij 100 patiënten met herpes zoster. Hij vond, dat wanneer gedurende de eerste 4 weken de pijn verdween, er geen verschil in postherpetische pijn bestond tussen de amantadinegroep en de placebogroep. Van de patiënten die langer dan 28 dagen postherpetische pijnen hadden, behoorde 32% tot de amantadinegroep en 68% tot de placebogroep. Wat de causale therapie van herpes zoster betreft bleek toediening van amantadine niet van invloed te zijn op het genezingsproces van de huidlaesies, noch remmend te werken op het verschijnen van nieuwe blaasjes.

De publikatie van GALBRAITH was aanleiding om in het virologisch laboratorium in Leiden de invloed van amantadine (Symmetrel) op de groei van het varicella zoster-virus en andere herpes-virussen in vitro te bestuderen. Er

bleek bij de therapeutische concentraties geen enkele invloed op de replicatie van de virussen te zijn. Proeven met het chemisch verwante tromantadine (Virus-Merz) vielen eveneens negatief uit.

Van de nieuwere middelen blijkt het aciclovir een grote activiteit te hebben tegen het varicella zoster-virus en tegen andere herpes-virussen. Van toxiciteit van deze stof voor patiënten is tot heden niets gebleken. Wij hopen binnenkort in dit tijdschrift over de eerste resultaten te berichten.

Literatuur: DRIFT, J. H. A. VAN DER (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 377. – GALBRAITH, A. W. (1974) *Brit. med. J.* IV, 693.

Leiden, april 1980

J. VERSTEEG

J. W. M. VAN DER MEER

De afgelopen 30 jaar is door mij deelgenomen aan enkele lang lopende projectmatige onderzoeken, waaruit nogal wat harde publikaties zijn geresulteerd. De belangstelling van een „patiënt gebonden” neuroloog strekt zich echter verder uit, reden waarom ik mij in de periode 1949-1977 in en buiten de Ursulakliniek te Wassenaar intensief bezig gehouden heb met de persisterende postherpetische neuralgie. Ook nu nog beroert mij deze ten zeerste. Bij een systematisch retrospectief onderzoek, verricht in 1965 is door mij de impressie getoetst aan de hand van een aantal therapie resistent post-zoster neuralgieën, dat deze gekenmerkt zouden zijn door heftige pijnen, optredende kort voor het uitbreken of tijdens de eerste dagen van de huidruptie. Uit het onderzoek leek een bevestiging voort te vloeien. Contacten met andere neurologen in ons land, gedachteswisselingen met neurologen uit buitenlandse centra, benevens prospectief onderzoek tussen 1965 en 1980 gaf verdere steun aan deze gedachte. Uiteraard mag men dit gegeven niet omkeren.

In de periode 1965-1970 zag ik van 10 bevriende huisartsen alle gordelroospatiënten (163). Bij 24 (22 > 50 jaar) waren er ernstige pijnen in de eerste fase, bij 20 hiervan ontwikkelde zich een voor therapie weinig gevoelige persisterende post-zoster neuralgie. Zulks was het geval bij 2 van de overige 139. Vanaf 1970 behandelde ik deze patiënten met de door collega SLUYTER beschreven vormen van therapie, zij het op een wat primitieve wijze met behulp van de techniek, welke ik in 1953 voor andere vormen van pijn van dr. A. C. DE VET, destijds hoofd neurochirurgie St. Ursulakliniek, geleerd had. Succes trad 2 à 3 maanden na het begin van de aandoening echter niet of nauwelijks meer op.

Het is ook bekend, dat neurochirurgisch ingrijpen, zelfs stereotactische uitschakeling van de contralaterale nucleus ventralis posterior thalami weinig helpt. Naar mijn eigen ervaring heeft toepassing van „fysiotherapeutische electro-techniek” in een latere fase ook weinig zin, doch mijn ervaring hieromtrent is beperkt.

Circa 2 jaar terug werd ik tijdens een neurologisch symposium geconfronteerd met de door prof. BAROLIN en zijn medewerkers behaalde successen met behulp van amantadine in de fase vóór het uitbreken van de huidruptie of in de eerste dagen hiervan. Het betrof patiënten met uitgesproken pijnklachten. Een aantal neurologen, waaronder ondergetekende, besloot na te gaan in hoeverre de bevindingen bevestigd konden worden, na korte tijd later kennis genomen te hebben van enkele Duitstalige publikaties van BAROLIN over zijn resultaten.

Amantadine werd, gedurende 10 dagen, op 2 uitzonde-