

Het belang van vroegtijdige onderkenning van herpes zoster

In klinische lessen in het Ned. T. Geneesk. wordt over het algemeen naar aanleiding van één of meer ziektegeschiedenissen een stukje medische theorie naar voren gehaald, waarop naar de mening van de auteurs de aandacht eens moet worden gericht. Het zijn stukken die wellicht een grote lezersschare treffen: er is immers iets uit te leren. Dat dacht ik ook toen ik begon aan de les van prof. VAN DER DRIFT (1980) „Het belang van vroegtijdige onderkenning van herpes zoster”. Wat we volgens de docent daaruit moeten leren is: herpes zoster vroeg herkennen opdat in een vroeg stadium amantadine kan worden voorgeschreven. Dat heeft namelijk een gunstige invloed op de pijn.

Als huisarts was ik verheugd te lezen dat prof. BAROLIN uit Oostenrijk heeft medegedeeld dat er een middel is dat de pijn, die af en toe na herpes zoster blijft aanhouden, kan voorkomen of verzachten. Bedroefd werd ik echter toen ik na lang speurwerk in de medische literatuur, voor deze bewering geen grond kon ontdekken. Dan maar eens naar de casus gekeken. In de sappig vertelde ziektegeschiedenissen kwam ik echter geen patiënt tegen wiens klachtenbeloop een illustratie vormde voor de door BAROLIN gesuggereerde werking van amantadine. Nee het middel schijnt mij aan de hand van de gepresenteerde gevallen nog beter toe: het bestrijdt de pijn bij herpes zoster al in de acute fase. „Ondanks de massale huidrupties zakte de pijn binnen 2 dagen in sterke mate af. . . .”. „Na 3 capsules met 100 mg amantadine nog op dezelfde dag de pijn aanzienlijk afgenomen”. „Amantadine (4 capsules van 100 mg per dag) deed de pijn binnen 2 dagen verdwijnen, evenals de hyperpathie”. De conclusie van de schrijver is dan ook: „Gezien de gunstige invloed op de pijn van amantadine, gedurende 10 dagen ingenomen in een dosis van 300-400 mg per dag in de preherpetische of in het begin van de herpetische fase, is een vroege diagnose van belang”.

Toen ik dat las begreep ik de waarde van vroege diagnostiek en was zeer verheugd over de therapeutische consequentie daarvan. Maar de vreugde was van korte duur, want de hapklare casusbrokken begonnen op te spelen. Zij worden immers niet gebruikt als adstructie bij de „Barolintheorie” over de therapeutische waarde van amantadine (voorkomen van late pijn) maar vormen een staketsel voor een eigen „theorie” en dat kan natuurlijk niet.

Als VAN DER DRIFT met deze les wil aantonen dat amantadine verlichting brengt in de acute pijn bij herpes zoster vergeet hij de bedrieglijkheid van een uncontrolled experiment (WULFF 1976). Onder andere worden veronachtzaamd (1) het natuurlijk beloop van herpes zoster (1 op de 20 patiënten heeft na 4 weken nog pijn (SANDERS 1968); (2) het placebo effect; (3) de bias van de clinicus; (4) de criteria voor de diagnose herpes zoster (2 patiënten hadden herpes zoster „sine eruptione”) en de definitie van postherpetische pijn.

Herpes zoster is een ziekte die vooral en in een vroeg stadium bijna uitsluitend door de huisarts wordt gezien. Uit persoonlijke mededelingen is me gebleken dat de laatste

maand amantadine door huisartsen is voorgeschreven aan patiënten met gordelroos. Of dat terecht is en met welk doel precies kan alleen worden aangetoond in een „controlled therapeutical trial”. Dat is nog niet gebeurd. Een casuïstische mededeling kan leuk zijn om te lezen, maar zegt niets, ook al heeft de professor er zelf gif op ingenomen (amantadine 3 dd. 100 mg) en zal de farmaceutische industrie anders beweren.

Dat de redactie van het tijdschrift heeft gemeend een casuïstische mededeling naar aanleiding van een niet bewezen effect van een geneesmiddel met onbekende werking te moeten presenteren als klinische les vind ik onbegrijpelijk en is mijns inziens beleidsmatig onjuist.

Literatuur: DRIFT, J. H. A. VAN DER (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 377. – SANDERS, H. W. A. (1968) *Herpes Zoster in de huisartspraktijk*. Proefschrift Nijmegen. – WULFF, H. R. (1976) *Rational diagnosis and treatment*. Blackwell.

Amsterdam, april 1980

J. BOEKE

(Discussie gesloten)

REDACTIE

Lupus Erythematodes Disseminatus

In het referaat van SWAAK (1980) wordt Lupus Erythematodes Disseminatus afgekort met LED. De afkorting LED wordt van oudsher gebruikt voor Lupus Erythematodes Discoides, de tot de huid beperkte vorm van LE. Voor de gedissemineerde vorm wordt de afkorting SLE gebruikt: gesystematiseerde vorm. De term LED voor de gesystematiseerde of gedissemineerde vorm scheidt verwarring.

Literatuur: SWAAK, A. J. G. (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 436.

Haarlem, maart 1980

A. W. THÖNE

Dat de afkorting LED „van oudsher” gebruikt wordt voor Lupus Erythematodes Discoides blijft voor rekening van collega THÖNE. Vormen afkortingen niet de geheimsaamheid van onze moderne maatschappij? Met het toenemend gebruik van afkortingen uit oogpunt van beknoptheid en gemak neemt de kans toe dat een bepaalde lettercombinatie verschillende betekenissen kan hebben. Dikwijls is dit geen bezwaar omdat uit de context duidelijk blijkt wat bedoeld wordt. Mocht hierover ook maar de geringste twijfel bestaan dan moet bij het eerste gebruik van de afkorting de betekenis worden uitgelegd door ervóór (of erna) de volledige term te noemen; uiteraard geldt dit ook voor het gebruik van minder bekende afkortingen. In het bewuste referaat is aan deze voorwaarde voldaan, zodat verwarring met Lupus Erythematodes Discoides werd uitgesloten.

April 1980

REDACTIE