

bruik, de frequentie en de duur van school- of werkverzuim.

In het algemeen kan worden gesteld dat de CARA-patiënt die min of meer regelmatig klachten heeft en meermaals per jaar gedurende langere tijd in zijn normale activiteiten wordt geremd, op gezette tijden geneesmiddelen en specialistisch onderzoek behoeft. In hoeverre daarna geregelde, specialistische controle noodzakelijk is, moet van patiënt tot patiënt en in goed overleg tussen alle betrokkenen worden vastgesteld.

Thans is het nog vaak zo, dat de specialist patiënten krijgt aangeboden die reeds vele jaren last van hun CARA hebben. Bij hen blijken nogal eens de mogelijkheden tot behandeling beperkt te zijn door anatomische veranderingen (emfysemen, bronchusdeformaties). Het moet door intensieve samenwerking mogelijk zijn, in de toekomst deze categorie patiënten geleidelijk te verkleinen.

Diverse aspecten zijn wegens ruimtegebrek niet aan de orde gekomen. Wij noemen nog kort de beoordeling van de woonomstandigheden, waarbij in het bijzonder de CARA-nazorgdiensten van de Kruisvereniging een belangrijke bijdrage leveren. Bij de woonomstandigheden noemen wij het probleem van de verontreiniging binnenshuis (formaldehyde!, rook), een probleem dat bij de huidige neiging tot isolatie van woningen een nieuwe dimensie heeft gekregen. Tot slot wijzen wij graag op het Nederlands Astma Fonds, dat over vele aspecten van onderzoek en behandeling van de CARA-patiënt goede adviezen kan geven.

Graag willen wij onze dank betuigen aan de collegae W. Chr. Berg, G.H. Koëter, A. Löwenberg en J.G.R. de Monchy voor de waardevolle adviezen die wij bij het schrijven van dit caput selectum van hen mochten ontvangen.

BRIEVEN AAN DE REDACTIE

Verdient toediening van 8-methoxypsoralen in de vorm van Meladinine-tabletten de voorkeur bij PUVA-therapie?

L.M.L. STOLK¹ EN R.H. CORMANE²

Door de firma Boehringer Ingelheim worden in Nederland Meladinine-tabletten in de handel gebracht. Deze tabletten, die 10 mg 8-methoxypsoralen (8-MOP) bevatten, worden uit West-Duitsland geïmporteerd, waar zij vervaardigd worden door de

¹Apotheek en ²afdeling Dermatologie van het Academisch Ziekenhuis bij de Universiteit van Amsterdam, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam.

LITERATUUR

- BOOY-NOORD, H., N.G.M. ORIE en K. DE VRIES (1971) *J. Allergy clin. Immunol.* 48, 344.
- BORK, L.E. VAN (1979) *The effects and side-effects of oxyphenonium bromide in chronic obstructive lung disease after four different ways of administration.* Congress-verslag, International Congress on Respiratory Diseases, Bazel.
- BOUSHY, H.A., M.J. HOLTZMAN, J.R. SNELLER e.a. (1980) *Amer. Rev. resp. Dis.* 121, 389.
- DAVIES, A.O. en R.J. LEFKOWITZ (1980) *J. clin. Endocr.* 51, 599.
- HERZOG, H. (1980) *Respiration* 39, Suppl. 1.
- JONKMAN, J.H.G. (1977) *Thiazinamium methylsulfate, bio-analysis and pharmacokinetics.* Proefschrift Groningen.
- KOËTER, G.H., J.H.G. JONKMAN, K. DE VRIES e.a. (1981a) *Brit. J. clin. Pharmacol.* 12, 647.
- KOËTER, G.H., H.J. SLUITER, J. DE MONCHY e.a. (1981b) *Ned. T. Geneesk.* 125, 1084.
- LÖWENBERG, A. (1981) *Geneesmiddelenbulletin* 15, 5, 9.
- OGILVIE, R.J. (1978) *Clin. Pharmacol.* 3, 267.
- ORIE, N.G.M. (1980) *Progr. Resp. Res.* 14, 248.
- ORIE, N.G.M., H.J. SLUITER en A. LÖWENBERG (1980a) In: J. VANDEPITTE en E. YOURASSOWSKY, *Recente ontwikkelingen in de infectieuze respiratoire pathologie*, bl. 63. Excerpta Medica, Amsterdam.
- ORIE, N.G.M., H.J. SLUITER, K.J. DE VRIES e.a. (1961) *Ned. T. Geneesk.* 105, 2136; (1980b) In: *Controversen in de geneeskunde*. II, bl. 222. Bunge, Utrecht.
- PEPYS, J. en B.J. HUTCHCROFT (1975) *Amer. Rev. resp. Dis.* 112, 829.
- SLUITER, H.J. en K. DE VRIES (1974) *Ned. T. Geneesk.* 118, 1084.
- SOOTHILL, J.F., C.R. STOKES, M.W. TURNER e.a. (1976) *Clin. Allergy* 6, 305.
- SULLEY, G.O., G.J. GLEICH, R.E. JORDON e.a. (1977) In: M. LICHTENSTEIN en K.F. AUSTEN, *Asthma*, bl. 283. Academic Press, New York.
- WIERS, P.W.J. (1977) *Functie van bijnierschors en testis bij patiënten met CARA*, bl. 47. Proefschrift Groningen.

Februari 1982

In dit artikel worden in een „cross-over”-onderzoek serumconcentraties vergeleken na toediening per os van respectievelijk Meladinine-tabletten en Oxoralen-capsules van de firma Elder (USA). Significant hogere „biologische beschikbaarheid” en serumconcentraties werden gemeten na het innemen van de Meladinine-tabletten. Bovendien werden maximale serumconcentraties eerder bereikt (gemiddeld 1,4 uur na het innemen).

Een snelle en goed voorspelbare absorptie is inderdaad van groot belang in verband met het juiste tijdstip van bestralen (WAGNER e.a. 1981). Bovendien zijn snelle absorptie en hoge serumconcentraties van belang in verband met het minder voorkomen van intra-individuele variatie van de serumconcentraties (SCHÄFER-KORTING en KORTING 1982).

Behalve bovengenoemde preparaten is 8-MOP echter in Nederland ook verkrijgbaar als Geroxalen-capsules van de firma Gerot uit Oostenrijk, geïmporteerd door de firma Labaz en als Methoxaleen-capsules eveneens van de firma Gerot uit Oostenrijk, geïmporteerd door de firma Albic. Deze twee preparaten zijn identiek. In een vergelijkend onderzoek van 7 handelspreparaten van 8-MOP door MENNE e.a. (1981) werd geen verschil waargenomen in de hoogte van de serumconcentraties na het innemen van respectievelijk Oxoralen, Meladinine en Geroxalen.

Bovendien zijn in verscheidene recente onderzoeken 8-MOP-preparaten beschreven, waarvan de biofarmaceutische en farmacokinetische eigenschappen gunstiger lijken dan die van Meladinine. Het gaat hier om twee buitenlandse preparaten, nl. capsules met 8-MOP in oplossing van de Oostenrijkse firma

Gerot (NITSCHKE e.a. 1981; LANGNER en WOLSKA 1982) en tabletten van de Noorse firma Nyegaard (THUNE 1978). Deze preparaten zijn weliswaar nog niet in Nederland geregistreerd, maar kunnen eventueel (na invullen van een zogenaamde bewustheidsverklaring door de arts) geïmporteerd worden.

Behalve fabriekspreparaten kunnen ook in de eigen ziekenhuisapotheek bereide preparaten toegepast worden. Door ons (STOLK 1982) zijn twee toedieningsvormen met zeer snelle en voorspelbare absorptie ontwikkeld: 8-MOP-drank en 8-MOP-microklysma.

Naar onze mening wordt door de firma Boehringer Ingelheim een eenzijdige en onvolledige voorstelling van zaken gegeven, waaruit ten onrechte geconcludeerd zou kunnen worden, dat Meladinine bij PUVA-therapie het preparaat van de eerste keus is.

LITERATUUR

- HERFST, M.J. en F.A. DE WOLFF (1982) *Brit. J. clin. Pharmacol.* 13, 519.
LANGNER, A. en H. WOLSKA (1982) *Arch. dermat. Res.* 271, 461.
MENNE, T., K.E. ANDERSEN, E. LARSEN e.a. (1981) *Acta dermat.-venereol. (Stockh.)* 61, 137.
NITSCHKE, V., M. RAFF en H. BARDACH (1981) *Arch. dermat. Res.* 271, 11.
SCHÄFER-KORTING, M. en H.C.H. KORTING (1982) *Arch. dermat. Res.* 272, 1.
STOLK, L.M.L. (1982) Proefschrift Amsterdam.
THUNE, P. (1978) *Acta dermat.-venereol. (Stockh.)* 58, 149.
WAGNER, G., C. HOFMAN, U. BUSCH e.a. (1981) *Brit. J. Derm.* 101, 285.

Augustus 1982

VRAAG EN ANTWOORD

(De beantwoording van de in deze rubriek gestelde vragen berust op gegevens, ons verstrekt door daartoe geraadpleegde deskundigen)

Revaccinatie tegen tetanus: wanneer herhalingsinjectie(s) ?

Vraag 47. Er bestaat enige verwarring over het aantal jaren na een volledige immunisatie tegen tetanus waarin niet, dan wel met een enkelvoudige of met een aantal injecties moet worden gerevaccineerd. Is er verandering in het beleid gekomen sedert de beantwoording van vraag 23 in 1979?

Literatuur: Vraag 23 (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 1307.

Antwoord. Dank zij de goede antigene eigenschappen van het tetanustoxoïde kon de herhalingsinjectie voor het op peil houden van de basisimmuniteit (verkregen na volledige immunisatie) worden verlengd van 5 jaar tot 15 à 20 jaar.

Profylactische enting na verwonding is niet nodig in het eerste jaar na volledige immunisatie. Zodra dit

jaar voorbij is kan men volstaan met een eenmalige toediening van tetanustoxoïde, waarna de genoemde termijn van 15 à 20 jaar opnieuw ingaat. Is deze verstreken dan dient een profylactische enting gevolgd te worden door twee injecties, één resp. 7 maanden later.

Menselijke anti-tetanus-immuunglobuline mag alleen worden gegeven als de getroffen patiënt ongevaccineerd is of als zodanig wordt beschouwd, dus ná de genoemde termijn van 15 à 20 jaar. Het is derhalve belangrijk goed na te gaan of iemand gevaccineerd is tegen tetanus. Daarom behoort het bewijs van enting bij de persoonlijke gegevens (zoals paspoort, rijbewijs, zakagenda) te worden bewaard.

Ook in de Verenigde Staten van Amerika wordt de kwaliteit van het tetanusvaccin positief gewaardeerd. Daar luidt het advies thans: actieve immunisatie behoeft pas een herhalingsdosis om de 10 jaar; bij verwonding in de eerste 5 jaar na de laatste dosis is