

Ingezonden

(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten; stukken die langer zijn dan 1 kolom druks komen niet voor plaatsing in aanmerking)

Lithiumtherapie bij cluster-hoofdpijn

Gaarne zou ik willen reageren op het artikel 'Lithiumtherapie bij cluster-hoofdpijn' van collega Wentges (1985; 2155-7). Aan de in dit artikel beschreven therapievormen zou ik gaarne de volgende behandeling willen toevoegen. Onlangs werd door Kittrelle et al. melding gemaakt van de behandeling van cluster-hoofdpijn door middel van intranasale toediening van 1 ml van een 4% lidocaïne-oplossing aan de symptomatische zijde.¹ Nadat zij bij 5 patiënten na toediening van 0,4 mg nitroglycerine sublinguaal een aanval hadden geïnduceerd, verminderde de intensiteit van de aanval na toediening van de lidocaïne bij 4 van de 5 patiënten binnen 3 minuten met 75 tot 100%. Interessant is bovendien het feit dat bij 2 van deze 4 patiënten de aanvalsfrequentie met 90 tot 100% afnam. De auteurs eindigen dan ook met de conclusie dat 'when used in this manner by well-instructed patients, lidocaine appears to be a safe, effective treatment for acute cluster headache.'

LITERATUUR

- 1 Kittrelle JP, Grouse DS, Seybold ME. Cluster headache: local anesthetic abortive agents. Arch Neurol 1985; 42: 496-8.

R.S. HOLSCHER

Utrecht, november 1985

Ongewenste reacties op lokale anaesthetica en de behandeling daarvan

Naar aanleiding van het artikel van Kerckamp et al. (1985; 2353-6) kwamen twee vragen op. De eerste betreft intraveneus toegediend calcium. In 1943 kreeg ik veel te maken met behandeling van difterie en met kleine ongevallen waarvoor toen tetanuspreventie noodzakelijk werd geacht: beide met het desbetreffende serum. Als reactie zag men vaak urticaria: type I; men sprak van 'serumziekte'. Dit werd toen behandeld met calciumgluconaat i.v. met spectaculair resultaat: bij de patiënt een enorm gevoel van warmte en een snelle regressie van de hevige jeuk. Later zag ik nog eenmaal op het spreekuur (tussendoor) een jonge man van circa 23 jaar die acuut een aanval van urticaria met een forse bronchospasmus had gekregen: het geheel zag er nogal onrustbarend uit. Anamnestic was er geen oorzaak te vinden. Ook in dit geval heb ik naar het calciumgluconaat gegrepen met snel een gunstig resultaat: na een half uur in de wachtkamer als verkoeverruimte (wat een afschuwelijk woord) kon hij op eigen benen naar huis. Vraag: verdient dit middel nog een plaatsje in het in het artikel opgesomde therapeutische arsenaal?

Verder ben ik nieuwsgierig naar de frequentie van genoemde reacties: als ik dit verhaal zo lees, zou ik zelfs het kleinste wondhechtinkje onder plaatselijke verdoving niet meer buiten het ziekenhuis durven verrichten.

H. VAN BEEK

Arnhem, december 1985

Naar aanleiding van het commentaar van collega Van Beek zou ik het volgende willen opmerken. De behandeling van een anafylactische reactie met calciumgluconaat lijkt niet zinvol. Gezien de ernst is het nodig om een middel te gebruiken dat direct werkzaam is en bedreigende circulatoire en respiratoire verschijnselen behandelt. Het middel van eerste keus is adrena-

line.¹ Zuiver theoretisch beschouwd is het toedienen van calcium gecontra-indiceerd, daar voor de release van mediators uit de mest- en basofiele cellen calciumionen noodzakelijk zijn.² Een laag serumcalciumgehalte vermindert de release van de mediators uit de mest- en basofiele cellen.³

De door collega Van Beek beschreven patiënten hebben waarschijnlijk geen type I-allergische reactie doorgemaakt. Bij injectie van serum ziet men vaak de zogenaamde serumziekte, welke tot het type III (complex-mediated) behoort. Bij de laatste patiënt die beschreven wordt, zijn geen oorzakelijke factoren (antigenen) aan te wijzen, hoewel hier toch sprake is van een door histamine veroorzaakte reactie. Een mogelijke verklaring voor het gunstige effect na toediening van calciumgluconaat bij de beschreven patiënten zou wellicht te maken hebben met het feit dat bij een acute stijging van het serumcalciumgehalte de concentraties van de hormonen aldosteron en cortisol en van de neurotransmitter ACTH in het serum verhoogd worden.⁴

De frequentie van de type I-reactie (anafylaxie) bij gebruik van lokale anaesthetica van het amide-type is uiterst zeldzaam; in de literatuur worden geen exacte cijfers gegeven. De allergische reacties met het ester-type komen aanzienlijk meer voor. Slechts 1% van alle reacties bij het gebruik van lokale anaesthetica zijn allergisch, waarvan 80 tot 90% van het type IV.⁵ Gebruik van lokale anaesthetica is derhalve verantwoord, mits men de maximale doseringen niet overschrijdt. Wel moet men altijd beseffen dat een anafylactische reactie kan optreden, waarvoor men de therapeutische farmaca beschikbaar moet hebben.

LITERATUUR

- 1 Fath JJ, Cerra FB. The therapy of anaphylactic shock. Drug Intell Clin Pharm 1984; 18: 14-21.
- 2 Bowman WC, Rand MJ. Textbook of pharmacology, 2e ed. Oxford: Blackwell, 1980: 24-30.
- 3 Kaliner M, Wasserman SI, Austen KF. Immunologic release of chemical mediators from human nasal polyps. N Engl J Med 1973; 289: 277-81.
- 4 Issac R, Raymond JP, Rainfray M, Ardaillou R. Effects of an acute calcium load on plasma ACTH, cortisol, aldosterone and renin activity in man. Acta Endocrinol 1984; 105: 251-7.
- 5 Adriani J, Zepernick R. Allergic reactions to local anesthetics. South Med J 1981; 74: 694-9.

H. E. M. KERCKAMP

Nijmegen, december 1985

Keratitis dendritica in een huisartsenpraktijk

Op zichzelf is het verheugend dat de oogheekunde binnen de huisartsengeneeskunde een toenemende belangstelling ondervindt. Dit kan leiden tot selectievere en wellicht minder onnodige verwijzingen naar de oogarts. Het is echter een verkeerde ontwikkeling als hierdoor ernstige oogafwijkingen onjuist zouden worden behandeld of veelvuldig ten onrechte zouden worden gediagnostiseerd.

Het herpes simplex-virus veroorzaakt één van de moeilijkst te behandelen ooginfecties. Snelle onderkenning en juiste therapie in de vroegste fase van de aandoening zijn van groot belang. Indien de infectie nog niet tót in het corneastroma is doorgedrongen, kan snelle en gecontroleerde lokale verwijdering van het aangestaste epitheel essentieel zijn. Ook het medicamenteuze beleid vereist kennis en ervaring om de resttrobelingen van de cornea en de recidieven tot een minimum te beperken. Ook