

## 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.<sup>1</sup> 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.<sup>1</sup> 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.<sup>2</sup> Een laag serumcalciumgehalte vermindert de release van de mediators uit de mest- en basofiele cellen.<sup>3</sup>

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.<sup>4</sup>

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.<sup>5</sup> 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

bij optimale specialistische behandeling zijn echter complicaties soms niet te vermijden en kan er uiteindelijk een corneatransplantatie noodzakelijk zijn.

In het artikel van Baggen (1985; 2213-6) wordt bij patiënte A in korte tijd driemaal van diagnose gewisseld. Na een delay van 3 dagen wordt er voor het begin van de herpes simplex-therapie geen sensibiliteitsonderzoek gedaan. Ook bij patiënt D is geen sensibiliteitstest verricht. Dit is één van de meest specifieke onderzoeken bij deze ooginfectie. Bij patiënte A was reeds een anaestheticum toegediend, maar bij het vermoeden van een dermate ernstige ooginfectie moet dan na enkele uren deze test alsnog verricht worden. Overigens is het zeer onwaarschijnlijk dat bij een herpes simplex-infectie de sensibiliteit na één dag volledig is hersteld. Het is niet goed te begrijpen dat vervolgens een lokaal corticosteroïdpreparaat wordt toegediend zonder dat de patiënt door een oogarts is gezien; er kunnen hierdoor ernstige complicaties ontstaan, ook al wordt hierbij aciclovir-oogzalf gegeven. Vrijwel zeker lijkt de diagnose herpes simplex-infectie bij de patiënten A en B ten onrechte gesteld te zijn. De afgedrukte foto is van slechte kwaliteit en laat geen conclusie toe. Ook de ziektegeschiedenis van patiënt C is niet overtuigend. De in de oogheekunde veel gebruikte kleurstof Bengaals rood kleurt o.a. avitale cornea-epitheelcellen, ook zonder dat er een epitheeldefect is. Bij veel ooginfecties, onschuldige en ernstige, kan deze kleurstof een veelheid van patronen geven. Indien uitsluitend hierop wordt afgegaan zal men vaak, zoals in dit artikel het geval lijkt te zijn, ten onrechte herpes simplex diagnosticeren.

Het is niet juist dat in specialistische leerboeken niet voldoende zou worden ingegaan op de vroege diagnostiek van herpes simplex.<sup>1-3</sup> Terecht stelt de auteur dat huisartsen beter oogheelkundig geïnstrueerd moeten worden. Door verschillende oogheelkundige klinieken in Nederland worden cursussen en instructiedagen georganiseerd.

#### LITERATUUR

- 1 Grayson M. Diseases of the cornea. St. Louis: Mosby, 1979; 125-48.
- 2 Pavan-Langston D. Manual of ocular diagnosis and therapy. 2nd ed. Boston: Little, Brown, 1985; 82-5.
- 3 Coster DJ. Herpes simplex. In: Fraunfelder FT, Roy FH, ed. Current ocular therapy. Philadelphia: Saunders, 1980; 60-2.

F. HENDRIKSE

Nijmegen, december 1985

De vijandige toon van de reactie van collega Hendrikse verbaast mij. Ik had van oogartsen-zijde anders verwacht. De literatuur geeft aan dat aciclovir een dusdanig krachtig antiherpetisch middel is dat herpetische ooginfecties eigenlijk niet meer bij de oogarts zouden mogen terecht komen. Aciclovir al of niet met débridement van het aangetaste cornea-epitheel geeft geen verschil in eindresultaat.<sup>1</sup> De huisarts is in staat – indien hij zijn oogheelkundig vak verstaat – de ziekte binnen korte tijd te genezen. Dreigende complicaties dient hij/zij te verwijzen naar de oogarts.

Bij patiënte A zou ik driemaal van diagnose hebben gewisseld. Ik spreek dit nadrukkelijk tegen. Bij patiënte A bestond waarschijnlijk het zeer zeldzame, wisselende beeld van een primaire ooginfectie door het herpesvirus type I. Newell zegt daarover: 'Primary infection of the eye is rare. It is initiated by herpes vesicles on the lips followed by a unilateral *ulcerative blepharitis* with preauricular adenopathy. Follicular, or pseudo-membranous, *conjunctivitis* may occur with regional *lymphadenopathy*. The rare corneal involvement resembles small *phlyctenular* spicules . . .' (cursivering van mijn hand).<sup>2</sup> Er is dus zeker geen sprake van een 'delay van drie dagen' in betekenis zoals doorgaans bedoeld.

Bij patiënte A werd de sensibiliteit niet getest, omdat door

mij een anaestheticum werd gebruikt. Collega Hendrikse zegt dat ik enkele uren later alsnog deze test had moeten doen. Voor mij stond de diagnose 'herpetische ooginfectie' op dat moment evenwel vast. Bovendien is bekend dat in beginstadiën van herpes simplex-infecties van het oog de sensibiliteit van de cornea niet tot nauwelijks verminderd is.<sup>3</sup> Een positieve dan wel negatieve uitslag van het testen van corneasensibiliteit zou aan mijn beleid niets hebben veranderd. Alvorens corticosteroïden aan patiënte A werden toegediend, werd door mij uitvoerig overleg gepleegd met een oogarts, zoals werd vermeld.

Collega Hendrikse twijfelt aan de diagnose keratitis dendritica bij patiënten A en B, maar beide patiënten hadden het typische beeld van een vertakte cornealaesie, die specifiek is voor een herpetische ooginfectie. Van de kleurendia's is door het drukproces veel van de kwaliteit van het beeld verloren gegaan. De door Bengaals rood veroorzaakte artefacten zien er anders uit. Indien vervolgens Bengaals rood één dag eerder kleurt dan fluoresceïne (laat ik het zo stellen) en dit dus beschouwd kan worden als een vorm van vroege diagnostiek, dan ben ik deze vorm van vroege diagnostiek niet tegengekomen in de door mij geciteerde leerboeken oogheekunde.

Het commentaar van collega Hendrikse kon niet beter de teneur illustreren van bijna alle nascholingen aan huisartsen door specialisten: 'Huisarts, blijf met je vingers overal vanaf!' Ik ben van mening dat de nascholing oogheekunde aan huisartsen in Nederland zodanig zal moeten worden veranderd dat men echt leert. De huisarts wordt bijna dagelijks geconfronteerd met een rood oog, dat meestal onschuldig is. Elk rood oog doorsturen is geen oplossing. Ernstige oogafwijkingen worden gemist juist omdat de meeste onschuldig zijn. Zolang de huisarts niet wordt geleerd elk rood oog verantwoord te onderzoeken, moet gevreesd worden voorodeloos visusverlies bij patiënten. Oogartsen weten toch dat het tijdstip van het begin van de behandeling het grote probleem bij herpetische ooginfecties is.

#### LITERATUUR

- 1 Goudsmit J, Noordaa J van der. Antiherpetica en hun indicaties. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 597-602.
- 2 Newell FW. Ophthalmology. 5th ed. St. Louis: Mosby, 1982.
- 3 Draeger J, Lüders M, Winter R. Aesthesiometrie bei Herpes Corneae. In: Sundmacher R, ed. Herpetische Augenerkrankungen. München: Bergmann, 1981.

J. L. BAGGEN

Brunsum, december 1985

### *Niertransplantaties bij patiënten met diabetische nefropathie*

Met belangstelling lezen wij in het artikel van Hoitsma et al. (1985; 2256) dat niertransplantatie bij patiënten met terminale nierinsufficiëntie ten gevolge van een diabetische nefropathie in een groot percentage een gunstig beloop heeft. Ook de prognose quoad visum is in het algemeen na de transplantatie gunstiger bij patiënten met een diabetische retinopathie. Stabilisatie van de retinopathie en de visus na de transplantatie werd reeds beschreven door Jansen.<sup>1</sup> Ramsey et al. constateerden een stabilisatie of verbetering van de visus in 134 ogen van 67 diabetepatiënten die één tot zeven jaar na de transplantatie waren onderzocht.<sup>2</sup> Toediening van anticoagulantia tijdens de dialyseperiode en bloeddrukschommelingen kunnen de retinopathie ongunstig beïnvloeden, zodat regelmatige oogheelkundige controle noodzakelijk is. Het is ook onze ervaring dat de diabetische retinopathie stabiel wordt of verbetert na transplantatie, zodat deze nierfunctie-vervangende therapie overwogen moet worden bij diabetici met een terminale nierinsufficiëntie en dreigende visusdaling ten gevolge van een snel progressieve diabetische retinopathie.