

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 oogheelkunde 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.¹⁻³ 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.¹ 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).² 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.³ 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 oogheelkunde.

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 oogheelkunde 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 voor nodeloos 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.¹ Ramsey et al. constateerden een stabilisatie of verbetering van de visus in 134 ogen van 67 diabetespatiënten die één tot zeven jaar na de transplantatie waren onderzocht.² 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.

De visus kan na de transplantatie mede ongunstig worden beïnvloed door eventuele opportunistische infecties met intra-oculaire gevolgen. Bij een prospectief oogheelkundig na-onderzoek van enkele jaren uitgevoerd bij 37 hemodialyse- en 156 niertransplantatiepatiënten ontstond bij 83% van de laatstgenoemde groep een iatrogen cataract als gevolg van het gebruik van corticosteroiden in de periode na de transplantatie; bij 30% van deze patiënten daalde de visus hierdoor tot 0,5-0,6.³

LITERATUUR

- 1 Jansen J.L.J. Therapeutische mogelijkheden bij patiënten met terminale nierinsufficiëntie als gevolg van diabetische nefropathie. *Ned Tijdschr Geneesk* 1979; 123: 117-24.
- 2 Ramsey RC, Hobloch WH, Barbosa JJ, et al. The visual status of diabetic patients after renal transplantation. *Am J Ophthalmol* 1979; 87: 305-10.
- 3 Polak BCP. Ophthalmological complications of haemodialysis and kidney transplantation. Leiden, 1980. Proefschrift.

B. C. P. POLAK
S. RIASKOFF

Rotterdam, december 1985

De opmerkingen van de collegae Polak en Riaskoff vormen een welkome aanvulling op ons artikel. De nadelige effecten van hemodialysebehandeling op de diabetische retinopathie kunnen voor een belangrijk deel voorkomen worden door diabetespatiënten te behandelen met continue ambulante peritoneale dialyse. Laatstgenoemde vorm van nierfunctievervanging verdient daarom ons inziens bij deze patiënten de voorkeur.

Corticosteroiden kunnen inderdaad op verschillende manieren visusproblemen veroorzaken bij transplantatiepatiënten, ongeacht de oorzaak van de oorspronkelijke nieraandoening. Onder de opportunistische ooginfecties komt de keratitis herpetica het meest voor. Dank zij het beschikbaar komen van betere virustatica (o.a. aciclovir) kan blijvende schade tegenwoordig meestal voorkomen worden. Het ontstaan van cataract is waarschijnlijk niet alleen afhankelijk van de duur van de corticosteroidtherapie maar ook van de dosis. De introductie van het nieuwe immunosuppressivum ciclosporine maakt het mogelijk de corticosteroiddosis na transplantatie sterk te verminderen. Een verdere dosisreductie kan worden verkregen door afstotingsreacties niet te behandelen met hoge doses prednison, maar met antithymocytenoglobuline. In een gerandomiseerd onderzoek konden wij aantonen dat hierdoor het gemiddelde totale prednisongebruik in de eerste 3 maanden na transplantatie statistisch significant daalde van 4250 mg naar 3329 mg, terwijl bovendien de rejecties effectiever bestreden konden worden.¹ Deze ontwikkelingen zullen het 'uitzicht' voor zowel diabetische als niet-diabetische transplantatiepatiënten zeker verbeteren!

LITERATUUR

- 1 Hoitsma A.J. Treatment of rejection of human kidney grafts with rabbit antithymocyte globulin. Nijmegen, 1984. Proefschrift.

A. J. HOITSMA
J. F. M. WETZELS
J. H. M. BERDEN
R. A. P. KOENE

Nijmegen, december 1985

De uitgeslagen tand

Een uitgeslagen tand die niet onmiddellijk wordt gereplanteerd, dient in afwachting van de replantatie vochtig of nat bewaard te worden. De lengte van de extra-alveolaire periode alsmede de osmolariteit en samenstelling van de bewaarvloeistof bepalen het succes van de replantatie in hoge mate. Baart (1985; 2251-2)

beveelt – terecht – een zo kort mogelijke extra-alveolaire periode aan en noemt de mogelijke bewaarvloeistoffen: speeksel, melk of water. Dit laatste nu, behoeft een belangrijke nuancering. Uit de artikelen van Blomlöf en medewerkers blijkt dat het bewaren van de tand in (kraan)water de prognose van de daarop volgende replantatie zeer ongunstig beïnvloedt.¹⁻³ Dit in tegenstelling tot bewaren in celkweekmedium, fysiologisch water, melk en speeksel. Gezien de situatie op straat of op het sportveld, schoolplein, enz., lijkt het dus van belang om tandartsen, artsen, ouders, begeleiders en potentiële slachtoffers te wijzen op de 'omstandigheid' dat de uitgeslagen tand niet in water bewaard moet worden. Men dient te adviseren om de tand, na vluchtig afspoelen of schoonzuigen, direct terug te zetten of als dit om welke reden dan ook niet mogelijk blijkt, de tand te bewaren in melk. Melk (volle of halfvolle melk, niet: karnemelk) blijkt een uitstekend alternatief voor celkweekmedium of fysiologisch water, en biedt een nog betere prognose dan het alternatief speeksel. Het droog of in water bewaren van de tand vernietigt het wortelvlies en deze bewaarmethode moet ten zeerste worden ontraden. In een recent artikel werd dit nog nader toegelicht en gedocumenteerd.⁴

LITERATUUR

- 1 Blomlöf L. Milk and saliva as possible storage media for traumatically exarticulated teeth prior to replantation. *Swed Dent J Suppl* 1981, 8. Proefschrift.
- 2 Blomlöf L, Otteskog P, Hammarström L. Effect of storage media with different ion strengths and osmolalities on human periodontal ligament cells. *Scand J Dent Res* 1981; 89: 180-7.
- 3 Lindskog S, Blomlöf L, Hammarström L. Mitoses and microorganisms in the periodontal membrane after storage in milk or saliva. *Scand J Dent Res* 1983; 91: 465-72.
- 4 Moorer WR. De uitgeslagen tand; met melk meer mans. *De Tandartspraktijk* 1985; 6: 5-6.

W. R. MOORER

Amsterdam, december 1985

Tanden van het blijvende gebit worden uit de mond geslagen door vechtpartijen of sportongevallen. Andere oorzaken komen veel minder voor,^{1,2} vooral bij jongens in de leeftijdsgroep 7-10 jaar.^{3,4}

Adviezen over een bewaarmedium voor uitgeslagen tanden dienen eenduidig en praktisch te zijn. Zo zal melk voor een uitgeslagen tand veelal niet voorhanden zijn. Bovendien heeft het advies melk te gebruiken als nadeel dat er in praktijk verwarring kan ontstaan, omdat volle, halfvolle en taptemelk wel mogen, maar karnemelk en yoghurt niet. Of was het andersom?

De opmerkingen van collega Moorer zijn feitelijk juist en de door hem aangehaalde publikaties over in vitro-studies zijn mij bekend. Toch meende ik te moeten kiezen voor de voorkeursvolgorde: uitgeslagen tand bewaren: (a) in de tandkas; (b) in speeksel; (c) in melk; (d) in water.

Deze volgorde is in de praktijk juist gebleken en ik weet me geruggeleund door het recente advies van het 'Ad hoc Committee on treatment of avulsed tooth' van de 'American Association of Endodontists'.

Overigens ben ik bijzonder blij met de reactie van collega Moorer, omdat door een dergelijke discussie melk als voortreffelijk bewaarmedium voor uitgeslagen tanden de aandacht krijgt die het verdient.

LITERATUUR

- 1 Andreasen JO. Etiology and pathogenesis of traumatic dental injuries. A clinical study of 1298 cases. *Scand J Dent Res* 1970; 78: 329-42.
- 2 Kemp WB. Evaluation of 71 replanted teeth. *J Endodontology* 1977; 3: 30-5.