

- ¹⁰ Ouriel K, May AG, Ricotta JJ, DeWeese JA, Greene RM. Carotid endarterectomy for nonhemispheric symptoms: predictors of success. *J Vasc Surg* 1984; 1: 339-45.
- ¹¹ Breslau PJ. Ultrasonic Duplex scanning in the evaluation of carotid artery disease. Maastricht, 1982. Proefschrift.
- ¹² Hennerici M, Freund HJ. Efficacy of CW-Doppler and Duplex system examinations for the evaluation of extracranial carotid disease. *J Clin Ultrasound* 1984; 12: 155-61.

J. BUTH

Eindhoven, februari 1986

Keratitis dendritica in een huisartsenpraktijk

Naar aanleiding van de discussie 'Keratitis dendritica in een huisartsenpraktijk' tussen de collegae Baggen en Hendrikse (1986; 131-2) wil ik gaarne een opmerking maken. Het verbaast mij dat geen van beide collegae ook maar het geringste inzicht toont, dat de op grond van morfologische argumenten gestelde diagnose 'herpes simplex virus-infectie', bevestigd kan worden door virusisotatie. De therapie behoeft daarbij geen minuut later te beginnen; de behandelende arts heeft een controle of hij deze therapie terecht heeft ingesteld. Herpes simplex-virus is niet het enige virus dat de conjunctivae en (of) cornea kan aantasten. Nederland beschikt over verschillende zeer goede laboratoria voor virusdiagnostiek. Verzending per post van het materiaal, in daartoe te verstrekken transportmedium, beïnvloedt de isolatie niet ongunstig.

In verband met de prognose van deze toch nog altijd ernstige aandoening lijkt mij de zekerheid die verkregen kan worden de kosten meer dan waard.

G. J. P. SCHAAP,
medisch microbioloog

Rotterdam, januari 1986

Ja, inderdaad. Ik dank u voor de suggestie.

J. L. BAGGEN

Brunssum, februari 1986

Ik ben het volledig eens met collega Schaap dat identificatie van het oorzakelijke micro-organisme bij iedere infectie te prefereren is. De praktijk leert echter dat dit in de oogheelkunde vaak op moeilijkheden stuit. Bovendien is dit bij herpes simplex-ooginfecties vrijwel nooit nodig, daar de klinische bevindingen voor zichzelf spreken. Voor het afnemen van materiaal bij mogelijke herpes simplex-infectie zal er additionele corneabeschadiging veroorzaakt moeten worden, hetgeen uiteraard niet gewenst is. Een simpele afschraping van de conjunctiva is niet voldoende. In het geval van een abrasio corneae wordt er wel voldoende materiaal afgenomen. Dan is echter de diagnose op klinische gronden reeds gesteld en dient virusisotatie uitsluitend ter bevestiging hiervan.

Bij andere virale ooginfecties waarbij de diagnose klinisch niet zo zeker te stellen is, kan virusisotatie zeker van nut zijn en is dit natuurlijk verre te prefereren boven het ongericht voorschrijven van aciclovir. Ook bij diagnostische problemen van primaire herpes simplex-infecties, bijvoorbeeld bij kinderen, is uitgebreide diagnostiek zoals virusisotatie, cytologie en serologie uiteraard wel van belang.

Deskundige beoordeling van de corneasensibiliteit (die vrijwel altijd in meerdere of mindere mate verlaagd is), fluorescentiepatroon, eventuele vesiculaire erupties en niet te vergeten anamnese blijven de belangrijkste criteria voor de diagnose en voor het instellen van de therapie.

F. HENDRIKSE

Nijmegen, februari 1986

Enkele kanttekeningen bij de perispinale toediening van farmaca

Gràag zouden wij willen reageren op het commentaar van de collegae Roos et al. (1986; 59-61). Wij zijn het geheel eens met de auteurs dat op theoretische basis diverse eisen kunnen worden gesteld aan de perispinale toediening van geneesmiddelen. Het gaat hierbij vooral om de afwezigheid van hulpstoffen en conserveermiddelen en een optimale pH van 5-8.¹ Voor de praktijk is dit niet altijd haalbaar in verband met stabiliteit van de farmaca. Toch worden oplossingen met een afwijkende pH veelvuldig toegepast.

1. De epidurale toediening van commercieel verkrijgbare of zelfbereide lokale anaesthetica zonder of met adrenaline.

	<i>pH zonder adrenaline</i>	<i>pH met adrenaline</i>
Xylocaine	6,7 - 7,0	3,5 - 4,2*
Citanest	6,6 - 6,9	3,5 - 4,2*
Marcaine	5,0 - 6,0	3,0 - 5,0*
Scandicaine	5,0 - 6,0	3,3 - 4,3
Lidocaine FNA	6,5 - 6,8	3,4 - 3,8
Lidocaine USP	5,0 - 7,0	3,3 - 5,5
Lidocaine BP	-	3,0 - 4,5

*Astra Pharmaceutica BV Rijswijk.

Lokale anaesthetica met adrenaline bevattende oplossingen oxyderen en derhalve wordt aan deze oplossingen natriumpyrosulfiet (0,1%) als anti-oxydans toegevoegd. Terwille van de stabiliteit van het adrenaline hebben deze oplossingen een relatief lage pH (gemiddeld 3,5-4,0). Het inspuiten van dit mengsel in de epidurale ruimte wordt door de patiënt als zeer pijnlijk ervaren. Het is om deze reden dat wij in navolging van Bromage de adrenaline kort voor gebruik aan een oplossing van lokale anaesthetica toevoegen.²

2. Epiduraal toe te dienen opiaten worden dikwijls gemengd met glucose-oplossingen van 5%, die in de praktijk ook een pH hebben van minder dan 4,5.³

Gaarne zouden wij van de auteurs vernemen of wij uit hun kanttekeningen mogen concluderen dat het perispinaal toedienen van deze oplossingen niet langer geïndiceerd is. Daarnaast zijn wij van mening dat het vermelden van uitsluitend een zuurgraad zonder inzicht in de buffercapaciteit van de oplossing een enigszins vertekend beeld geeft.

LITERATUUR

- ¹ Meer YG van der, Loenen AC van. Epidurale toediening van geneesmiddelen: een overzicht. *Pharm Weekbl* 1982; 117: 1209-21.
- ² Bromage PR. Epidural analgesia. Philadelphia: Saunders, 1978: 285.
- ³ Pinckaers JWM, Nijhuis GMM, Dirksen R. Epidural and spinal nicomorphine: the incidence of side effects. In: Cools AR, Nijhuis GMM, eds. Analgesia by peridural and spinal opiates. Oss: Nourypharma, 1980: 129-39.

J. J. DE LANGE

A. C. VAN LOENEN

Amsterdam, januari 1986

Wij danken de collegae De Lange en Van Loenen voor hun reactie en interessante vragen.

1. Wij zijn van mening dat het perispinaal toedienen van lokale anaesthetica met epinefrine (adrenaline) niet langer geïndiceerd is. Behalve de in het artikel reeds genoemde hemodynamische veranderingen zijn de volgende punten eveneens van belang: