

- 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 virusisolatie. 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 virusisolatie uitsluitend ter bevestiging hiervan.

Bij andere virale ooginfecties waarbij de diagnose klinisch niet zo zeker te stellen is, kan virusisolatie 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 virusisolatie, 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:

– Toevoeging van epinefrine aan lidocaïne en bupivacaïne leidt waarschijnlijk niet tot de verwachte verlenging van de werkingsduur na perispinale toediening.¹⁻⁴

– Ofschoon de pH van het lokale anaestheticum met epinefrine bereid volgens Bromage compatibel is met liquor wordt ook met deze methode natriummetabisulfaat aan de patiënt toegediend. – Wegens de kans op het maken van vergissingen bij het zelf toevoegen van epinefrine aan een lokaal anaestheticum (en de ernstige consequenties die overdosering kan hebben) moet deze methode worden afgeraden.¹

Het in ons artikel niet vermelde preparaat Citanest bevat het conserveermiddel methylparahydroxybenzoesuur.

2. Het mengen van opiaten met glucose 5% impliceert over het algemeen dat een pH verkregen wordt van minder dan 4,5. Wanneer opiaten worden gemengd met NaCl 0,9% worden isotone oplossingen bereid met een acceptabele pH.

Onlangs is in de apotheek van het Dijkzigt-ziekenhuis een methode ingevoerd waarbij aseptisch morfine (ampullen: 1 ml = 10 mg) wordt toegevoegd aan 50 ml NaCl 0,9% in een steriel infuusflesje. De pH van de aldus bereide oplossing bedraagt 5-6. Deze methode, die zowel binnen als buiten het ziekenhuis bij patiënten met een maligne aandoening wordt toegepast, blijkt zeer zelden (0,25%) een contaminatie in de fles te veroorzaken. (De patiënten liepen daarbij geen bacteriële besmetting op.)

Wij zijn het met de collegae De Lange en Van Loenen eens dat het uitsluitend vermelden van de zuurgraad zonder inzicht in de buffercapaciteit van de oplossing een vertekend beeld kan geven. Zolang echter nog onvoldoende onderzoek is verricht naar de bufferende werking van de epidurale en intrathecale vloeistof is het gewenst dat injectievloeistoffen voor perispinale toediening een pH van 5-7 hebben.

LITERATUUR

- 1 Sitsen JMA, Besse TC. Toepassing van middelen voor plaatselijke verdoving anno 1985. *Gebu* 1985; 19: nr 14.
- 2 Burm AGL. Pharmacokinetics and clinical effects of lidocaine and bupivacaine following epidural and subarachnoid administration in man. Leiden: 1985. Proefschrift.
- 3 Chambers WA, Littlewood DG, Logan MR, Scott DB. Effect of added epinephrine on spinal anesthesia with lidocaine. *Anesth Analg* 1981; 60: 417-20.
- 4 Chambers WA, Littlewood DG, Scott DB. Spinal anesthesia with hyperbaric bupivacaine effect of added vasoconstrictors. *Anesth Analg* 1982; 61: 49-52.

P. J. ROOS
R. DIRKSEN
M. J. RUTGERS
J. M. W. COOLEN

Rotterdam/Nijmegen, februari 1986

Directe diagnostiek van Chlamydia trachomatis met monoklonale antistoffen: diagnose zonder kweek?

Collega de Wit et al. rapporteerden onlangs dat de gevoeligheid van een directe immunofluorescentie (IF)-test met monoklonale antistoffen voor de diagnostiek van *Chlamydia trachomatis*-urethritis een beperkte gevoeligheid van 83% had ten opzichte van de klassieke kweekmethode; de specificiteit was 98% (1985; 1824-7). Terecht stelden zij dat verder onderzoek nodig is, met name bij andere groepen dan hun bezoekers van een venereologische polikliniek, aler de directe IF-methode als volwaardig alternatief voor de kweekmethode kan worden beschouwd. Met dezelfde directe IF-test (fa. Merck) vergeleken wij de gevoeligheid en specificiteit van de directe methode ten opzichte van een kweek op met cycloheximide behandelde McCoy-cellen voor de detectie van *C. trachomatis* in cervixweefsel van 243 vrouwen die de polikliniek bezochten van een algemeen ziekenhuis

(Diakonessenhuis, Utrecht). Bij 17 vrouwen (7,0%) werden *C. trachomatis* gekweekt; ten opzichte van de kweek was de gevoeligheid van de directe IF-test 70,6% en de specificiteit 99,6% indien wij, volgens de instructies van de fabrikant, het criterium voor positieve uitslag op ≥ 10 kenmerkende fluorescerende structuren per preparaat stelden. Bij verlaging van het criterium naar één of meer kenmerkende fluorescenties steeg de gevoeligheid naar 82,4% maar daalde de specificiteit naar 90,7%. Dit verlies aan specificiteit leidde tot een onacceptabele daling van de voorspellende waarde van een positieve directe IF-test (van 92,5% naar 40,3%!) bij onze groep patiënten; de voorspellende waarde van een negatieve directe IF-test werd nauwelijks beïnvloed (97,8% resp. 98,6%). De Wit et al. hanteerden ≥ 5 fluorescenties per preparaat voor een positieve directe IF-test en komen daarmee in hun populatie (met een ruim 2,5 maal hogere prevalentie van *C. trachomatis*-infecties) tot positief en negatief voorspellende waarden van 90,3%, resp. 96,3%. Berekend naar onze populatie zou hun criterium bij de door hen gevonden waarden voor gevoeligheid en specificiteit echter leiden tot een positief voorspellende waarde van slechts 75,3% en een negatief voorspellende waarde van 98,7%.

De waarde van de directe IF-test op *C. trachomatis* hangt derhalve sterk af van de te onderzoeken groep patiënten; waar relatief lage prevalenties van *C. trachomatis*-infecties te verwachten zijn moet het criterium van een positieve uitslag van de directe IF-test ≥ 10 fluorescenties per preparaat blijven. In dat geval kan de directe IF-test als een redelijk, maar niet volwaardig, alternatief van de kweekmethode worden beschouwd.

H. A. VERBRUGH

Oktober 1985

Wij kunnen ons vinden in de conclusies van collega Verbrugh voor wat betreft het strengere criterium (≥ 10 kenmerkende fluorescenties per preparaat) in populaties met lagere prevalenties van *C. trachomatis*-infecties.

F. S. DE WIT
J. D. BOS
J. J. E. VAN EVERDINGEN
K. W. SLATERUS

Amsterdam, november 1985

Behandeling van patiënten met pancreaskopcarcinoom

Plaatsing van een endoprothese in de galwegen is een waardevolle aanwinst voor de palliatie van maligne galwegobstructies bij patiënten die beter niet geopereerd kunnen worden, maar het kan geen panacee zijn voor de meeste patiënten met een pancreaskopcarcinoom, zoals de collegae Kalsbeek (1986; 117-20) en Huibregtse et al. (1986; 120-3) suggereren. Pancreaskopcarcinoom uit zich in obstructie-icterus, duodenumobstructie en pijn. Alleen met een operatie kunnen deze drie symptomen doeltreffend palliatief behandeld worden en kan 5% van de patiënten genezen.

Vergelijking van de bevindingen van Kalsbeek en van Huibregtse et al. met operatieve respectievelijk endoscopische behandeling wijst daar dan ook op. In Kalsbeeks onderzoek is één vergeefse laparotomie verricht (2%). Plaatsing van een endoprothese is echter bij ca. 10% van de patiënten technisch niet mogelijk. De sterfte in de eerste maand na aanleg van een biliodigestieve anastomose bedraagt 14%, na plaatsing van een endoprothese is dit 9,5%, toch niet zo'n groot verschil als vermeld door Obertop in zijn commentaar (1986; 100-2). Cholangitis en recidief van icterus komen na choledochojejunostomie weinig voor, doch werden bij 37,5% van de patiënten met