

duur tot aan het eerste recidief en de frequentie van het aantal recidieven tussen de aciclovir-groep en de placebo-groep.

In een derde onderzoek dat onlangs werd verricht bij 60 vrouwen met een eerste aanval van herpes genitalis werden de resultaten van Corey et al. min of meer bevestigd.⁷

Wil men recidieven doeltreffend bestrijden, dan zal men het middel continu moeten geven.

In beide laatste onderzoeken waren er onafhankelijk van de behandeling wel duidelijke verschillen in recidiefrequentie tussen patiënten met een herpes simplex-virus type 1- en type 2-infectie: type 1 recidiveert veel minder vaak dan type 2.

LITERATUUR

- 1 Bryson YJ, Dillon M, Lovett M, et al. Treatment of first episodes of genital herpes simplex virus infection with oral acyclovir. A randomized double-blind controlled trial in normal subjects. *N Engl J Med* 1983; 308: 916-21.
- 2 Corey L, Nahmias AJ, Guinan ME, Benedetti JK, Critchlow CW, Holmes KK. A trial of topical acyclovir in genital herpes simplex virus infections. *N Engl J Med* 1982; 306: 1313-9.
- 3 Mertz GJ, Critchlow CW, Benedetti J, et al. Double-blind placebo-controlled trial of oral acyclovir in first episode genital herpes simplex virus infection. *JAMA* 1984; 252: 1147-51.
- 4 Bryson Y, Dillon M, Lovett M, Bernstein D, Garratty E, Soyre J. Treatment of first episode genital HSV with oral acyclovir: long term follow-up of recurrency. *Scand J Infect Dis* 1985; 47 (suppl): 70-5.
- 5 Mindel A. Treatment and prevention of herpes genital infection. *J Antimicrob Chemother* 1984; 14 (suppl A): 75-83.
- 6 Corey L, Mindel A, Fife KH, Sutherland S, Benedetti J, Adler MA. Risk of recurrence after treatment of first-episode genital herpes with intravenous acyclovir. *Sex Transm Dis* 1985; 12: 215-8.
- 7 Mindel A, Weller IVD, Faherty A, Sutherland S, Fiddian A, Adler MW. Acyclovir in first attacks of genital herpes and prevention of recurrences. *Genito-urin Med* 1986; 62: 28-32.

J. J. E. VAN EVERDINGEN

Diversen

Amnestische episoden na gebruik van midazolam

Midazolam (Dormicum) is een wateroplosbaar benzodiazepine dat zowel oraal, intramusculair als intraveneus kan worden toegediend. Bij intramusculaire, maar vooral bij intraveneuze toediening ontstaat een afhankelijk van de dosis 1 à 1½ uur durende anterograde amnesie. Een voordeel is dat de patiënten zich voorvallen van na de toediening niet meer herinneren.¹ De korte werkingsduur, de geringe verschijnselen na de anesthesie en de goede anterograde amnesie van voorspelbare duur maken

midazolam bijzonder geschikt voor het gebruik bij poliklinische patiënten. In een onderzoek waarbij het effect van midazolam 0,1 mg/kg intraveneus (i.v.) toegediend, werd vergeleken met dat van diazepam 0,15 mg/kg i.v., als kalmerend middel bij gastroscopie, bleken de belangrijkste verschillen tussen deze twee geneesmiddelen dat de maximale graad van sedatie sneller werd bereikt (2,4 min) na het toedienen van midazolam dan na diazepam, dat er na midazolam geen pijn en geen flebitis werd geconstateerd in de arm van inspuiting en dat midazolam bij 90% een amnesie voor de endoscopie bewerkstelligde, terwijl dat bij diazepam in slechts 50% het geval was.²

Terwijl de goede anterograde amnesie midazolam zo geschikt maakt als kalmerend middel bij poliklinische ingrepen, is deze eigenschap juist een ongewenste bijwerking na orale toediening als slaapmiddel bij iemand die thuis verblijft. Häcki beschreef dat van 30 patiënten aan wie hij het middel als slaapmiddel had voorgeschreven zich bij 5 amnestische episoden, kort na het innemen van de aanbevolen dosering (7,5-15 mg) midazolam voordeden.³ Deze patiënten waren dan nog in staat ingewikkelde bezigheden uit te voeren, of met andere personen te praten en leken volkomen wakker en alert. De volgende ochtend bleek echter dat ze een complete anterograde amnesie hadden vanaf het innemen van het middel. Eén patiënte werd de volgende ochtend wakker in een bed vol broodkruimels en bloed, nadat ze zich kennelijk 's nachts in de vinger had gesneden. Een andere patiënte vond 's ochtends vrijwel de complete inhoud van de koelkast bij zich in bed. Een derde klaagde erover dat haar dochters haar wakker maakten nadat zij midazolam had ingenomen, om te trachten intimiteiten uit de relatie met haar vriend te weten te komen. Een andere patiënt had 's nachts na het innemen van midazolam een reparatie verricht aan een stopcontact, had zelfs zijn gereedschapskist weer opgeborgen en kon zich van dat alles de volgende ochtend niets meer herinneren. Een dergelijke schemertoestand na het gebruik van midazolam maakt het middel waarschijnlijk minder geschikt als slaapmiddel of sedativum in de huisartspraktijk.

LITERATUUR

- 1 Booy LHDJ. Midazolam, een andere benzodiazepine in de anesthesie. *Geneesmiddelenbulletin* 1985; 9: 67-70.
- 2 Al-Khudhairi D, Whitwam JG, McCloy RF. Midazolam and diazepam for gastroscopy. *Anaesthesia* 1982; 37: 1002-6.
- 3 Häcki M. Amnestische Episoden nach Einnahme des Hypnoticums Midazolam. *Wirkung oder Nebenwirkung?* *Schweiz Med Wochenschr* 1986; 116: 42-4.

J. F. W. M. BARTELSMAN

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)

De glucosebelastingstest; een nuttig hulpmiddel voor de praktijk of alleen van belang voor epidemiologen?

Het advies dat collega Doorenbos geeft in zijn commentaar (1986; 851-2), nl. dat in de huisartsenpraktijk een glucosetolerantietest (GTT) geïndiceerd is bij zwangeren met glucosurie lijkt mij verder te gaan dan nodig is. Zoals Lind et al. in een fraai onderzoek hebben aangetoond, bestaat bij meer bij dan de helft van alle gezonde zwangeren intermitterende glucosurie. Een op dit verschijnsel gebaseerde screeningstest is onbetrouwbaar en geeft aanleiding tot vele onnodige GTT's, en derhalve totodeloze belasting van de zwangere en het laboratorium, met onnodig hoge kosten.

Een incidentele glucosurie hoeft bij een zwangere geen aanleiding te zijn tot het doen van een GTT. Een herhaalde glucosurie kan het vermoeden op een gestoorde koolhydraatolerantie doen rijzen. Ook dat betekent nog niet dat er een GTT moet worden gedaan. Zoals Doorenbos zelf ook aangeeft, is een postprandiale bloedsuikermeting – overigens niet noodzakelijkerwijs 2 uur na de maaltijd – voldoende. Voor de grenswaarden zie de publikatie van Que et al. in dit tijdschrift,² en ook Lind et al.³

Voor de goede orde: de kans op een afwijkend zwangerschapsverloop bij zwangerschapsdiabetes is verhoogd, maar slechts in geringe mate. Er gaan zelfs stemmen op om de screening op zwangerschapsdiabetes geheel achterwege te laten

zolang niet meer bekend is over de omvang en de aard van de risico's.⁴

LITERATUUR

- ¹ Lind T, Hytten FE. The excretion of glucose during normal pregnancy. *J Obstet Gynaecol Br Commonw* 1972; 79: 961-5.
- ² Que DG, Landman H, Huisjes HJ, Fidler V. De ontbijttest, een eenvoudige methode ter opsporing van diabetes mellitus bij zwangere. *Ned Tijdschr Geneesk* 1983; 127: 412-6.
- ³ Lind T, McDougall AN. Antenatal screening for diabetes mellitus by random blood glucose sampling. *Br J Obstet Gynaecol* 1981; 88: 346-51.
- ⁴ Jarrett RJ. Diabetes mellitus and gestational diabetes. In: Wald NJ, ed. *Antenatal and neonatal screening*. Oxford: Oxford University Press, 1984: 382-95.

H. J. HUISJES

Groningen, mei 1986

In principe zijn collega Huisjes en ik het eens. De verantwoordelijkheid inzake de beslissing dat glucosurie niet op diabetes mellitus berust, ligt echter bij de eerstelijns-geneeskunde. Daar de niere drempel voor glucose mede afhankelijk is van het bestaan van al dan niet gestoorde nierfunctie, moet deze beslissing genomen worden op grond van één of meer bloedsuikerbepalingen. Of volstaan kan worden met één bloedsuikerbepaling, of dat een belastingstest moet worden gedaan, is arbitrair.

H. DOORENBOS

Groningen, juni 1986

Onaangename lichaamsgeuren. I. Hyperhidrosis

De auteurs De Ru en Van Spronsen (1986; 862-4) noemen als therapie bij hyperhidrosis de preparaten antizweetstrooipoeder FNA en antizweetvloeistof FNA. Indien deze onvoldoende baat brengen, zou een oplossing van 20% aluminiumchloridehexahydrate in 99% v/v methylalcohol kunnen worden aangewend. Gaarne een kanttekening hierbij. Er moet worden verondersteld dat de auteurs ethylalcohol 99% v/v bedoelen waar zij methylalcohol 99% v/v schrijven. In het *Formularium der Nederlandse Apothekers* is een dergelijke oplossing opgenomen onder de naam Spiritueuze aluminiumchloride-oplossing 20%. De FNA-oplossing echter is vanuit farmaceutisch oogpunt met het oplosmiddel geketoneerde alcohol 95% v/v bereid. In een onderzoek van Scholes et al. bleek het gebruik van een oplossing in alcohol ketonatus 95% v/v even effectief te zijn als een oplossing in alcohol 99% v/v.¹ Met de drie FNA-preparaten heeft de arts dus de beschikking over een adequaat arsenaal van antitranspiratiemiddelen.

LITERATUUR

- ¹ Scholes KT, Crow KD, Ellis JP, et al. Axillary hyperhidrosis treated with alcoholic solution of aluminium chloride hexhydrate. *Br Med J* 1978; ii: 84-5.

P. H. A. M. KLOEG

's-Gravenhage, mei 1986
Laboratorium der Nederlandse Apothekers

Hartelijk dank voor uw reactie op ons artikel. Het door u aangehaalde artikel van Scholes et al., beschrijft inderdaad dat met het gebruik van alcohol ketonatus 95% v/v in plaats van absolute alcohol als oplosmiddel de preliminaire resultaten hetzelfde lijken. Het kostenbesparend aspect is de reden dat zij tot deze wijziging van de oorspronkelijke methode van Shelley overgingen.¹ Dezelfde kostenbesparing bepleit de door ons aangehaalde Grice,² door methylalcohol 99% als oplosmiddel te

gebruiken, hetgeen volgens deze auteur uitstekende resultaten geeft en in Engeland 35% goedkoper is dan ethylalcohol. De bereidingswijze is identiek aan die genoemd door Scholes et al., alleen wordt het mengsel continu magnetisch gemengd. Commerciële preparaten in Engeland zouden Anhydrol Forte en Drysol zijn. Het spreekt vanzelf dat, als er in Nederland preparaten met dezelfde werking aanwezig zijn zoals de heer Kloeg vermeldt, wij blij zijn met genoemde aanvulling.

LITERATUUR

- ¹ Shelley WB. *Consultations in Dermatology II*. Philadelphia: Saunders, 1974: 259.
- ² Grice K. *Special symposium of dermatological therapy*. *Clin Exp Dermatol* 1982; 7: 183-8.

V. J. DE RU

R. VAN SPRONSEN

Rijswijk, juni 1986

De ziekte van Hodgkin bij kinderen; behandelingsresultaten met of zonder radiotherapie

In zijn recente artikel (1986; 865-8) maakt collega Behrendt twee gedachtenfouten, die zijn conclusies over de misbaarheid van bestraling aanvechtbaar maken.

Ten eerste stelt hij op grond van de gelijke recidiefvrije overleving in de groepen chemotherapie alléén (16 kinderen met klein tumorvolume) en chemotherapie met radiotherapie (14 kinderen met groot tumorvolume), dat het onwaarschijnlijk is dat aanvullende bestraling een therapeutische bijdrage heeft geleverd. In dit niet-gerandomiseerde onderzoek is deze conclusie volstrekt ongegrond. Met hetzelfde recht zou kunnen worden gesteld dat dóór de radiotherapie de overleving van de prognostisch slechte groep (met 'tumorbulk') even goed is geworden als die van de prognostisch goede groep. Ook dit is namelijk niet te bewijzen. Slechts grote gerandomiseerde onderzoeken met honderden patiënten, zoals die al 20 jaar in de European Organization for Research on Treatment of Cancer (EORTC) geschieden, kunnen dit soort vragen beantwoorden.

Ten tweede wordt bestraling bij kinderen in een kwaad daglicht gesteld door bijwerkingen als hypothyreoïdie, onvruchtbaarheid en secundaire tumoren ten tonele te voeren. Bij de hier gebruikte 'involved field'-bestraling zullen de schildklier zelden, de gonaden bij meisjes zelden en de gonaden bij jongens nooit bestraald worden. Een vergelijking met de bijwerkingen van kuren met chloormethine (Mitoxine), vincristine (Oncovin), procarbazine en prednisolon (MOPP), namelijk blijvende onvruchtbaarheid bij jongens en méér kans op secundaire tumoren dan bij bestraling, doet denken aan het spreekwoord van de splinter en de balk.

E. M. NOORDIJK

Leiden, mei 1986

Collega Noordijk heeft gelezen wat niet werd geschreven. Mijn conclusie over de misbaarheid van radiotherapie bij kinderen met de ziekte van Hodgkin is uiteraard aanvechtbaar, maar zeker niet op grond van de veronderstelde gedachtenfouten. De aanvechtbaarheid ontstaat vooral door het geringe aantal patiënten, een 'handicap' waarmee men in de kinderoncologie heeft leren leven. Hiertegenover staat het gemak waarmee men binnen luttele jaren in EORTC-verband de resultaten van honderden volwassen patiënten met de ziekte van Hodgkin kan analyseren.

Wat betreft de eerste tegenwerping: simplificerend bestonden beide therapiegroepen uit kinderen met een klierdiameter