

- ¹⁹ Khamashta MA, Cervera R, Asherson RA, Font J, Gil A, Coltart DJ, et al. Association of antibodies against phospholipids with heart valve disease in systemic lupus erythematosus. *Lancet* 1990;335:1541-4.
- ²⁰ Espinoza LR, Jara LJ, Silveira LH, Martinez-Osuna P, Zwolinska JB, Kneer C, et al. Anticardiolipin antibodies in polymyalgia rheumatica-giant cell arteritis: association with severe vascular complications. *Am J Med* 1991;90:474-8.
- ²¹ Watson KV, Schorer AE. Lupus anticoagulant inhibition of in vitro prostacyclin release is associated with a thrombosis-prone subset of patients. *Am J Med* 1991;90:47-53.
- ²² Hughes GKV. The antiphospholipid syndrome: ten years on. *Lancet* 1993;342:341-4.
- ²³ Valla D, Le MG, Poynard T, Zucman N, Rueff B, Benhamou JP. Risk of hepatic vein thrombosis in relation to recent use of oral contraceptives. A case-control study. *Gastroenterology* 1986;90:807-11.
- ²⁴ Maddrey WC. Hepatic vein thrombosis (Budd-Chiari syndrome): possible association with the use of oral contraceptives. *Semin Liver Dis* 1987; 7: 32-9.
- ²⁵ Vons C, Smadja C, Franco D, Valla D, Rueff D, Benhamou JP. Successful pregnancy after Budd-Chiari syndrome [letter]. *Lancet* 1984;ii:975.
- ²⁶ Bourlière M, Le Treut YP, Arnoux D, Castellani P, Maillot A, Antoni M, et al. Acute Budd-Chiari syndrome with hepatic failure and obstruction of the inferior vena cava as presenting manifestations of hereditary protein C deficiency. *Gut* 1990;31:949-52.
- ²⁷ Das M, Carroll SF. Antithrombin III deficiency: an etiology of Budd-Chiari syndrome. *Surgery* 1985;97:242-6.
- ²⁸ Carbonnel F, Valla D, Menu Y, Lecompte Y, Belghiti J, Rueff B, et al. Acute Budd-Chiari syndrome as first manifestation of adrenocortical carcinoma [review]. *J Clin Gastroenterol* 1988;10:441-4.
- ²⁹ Simson IW. Membranous obstruction of the inferior vena cava and the hepatocellular carcinoma in South Africa. *Gastroenterology* 1982;82:171-8.
- ³⁰ Scully RE, Mark EJ, McNeely WF, McNeely BU. Case 51-1987. *N Engl J Med* 1987;317:1587-96.
- ³¹ Gupta S, Barter S, Phillips GWL, Gibson RN, Hodgson HJF. Comparison of ultrasonography, computed tomography and ^{99m}Tc liver scan in diagnosis of Budd-Chiari syndrome. *Gut* 1987;28:242-7.
- ³² Bolondi L, Gaiani S, Li Bassi S, Zironi G, Bonino F, Brunetto M, et al. Diagnosis of Budd-Chiari syndrome by pulsed Doppler ultrasound. *Gastroenterology* 1991;100:1324-31.
- ³³ Ralls PW, Johnson MB, Radin DR, Boswell WD jr, Lee KP, Halls JM. Budd-Chiari syndrome: detection with color Doppler sonography. *AJR* 1992;159:113-6.
- ³⁴ Friedman AC, Ramchandani P, Black M, Caroline DF, Radecki PD, Heeger P. Magnetic resonance imaging diagnosis of Budd-Chiari syndrome. *Gastroenterology* 1986;91:1289-95.
- ³⁵ Stanley P. Budd-Chiari syndrome [review]. *Radiology* 1989; 170:625-7.
- ³⁶ McDonald GB, Sharma P, Matthews DE, Shulman HM, Thomas ED. Venocclusive disease of the liver after bone marrow transplantation: diagnosis, incidence and predisposing factors. *Hepatology* 1984; 4:116-22.
- ³⁷ Langnas AN, Sorrell MF, Donovan JP, Shaw jr BW. Surgical management of the Budd-Chiari syndrome: no place for a procrustean bed [comment]. *Hepatology* 1992;16:1303-5.
- ³⁸ Ouwendijk RJTh, Koster JC, Wilson JHP, et al. Budd-Chiari syndrome in a young patient with anticardiolipin antibodies: need for prolonged anticoagulant therapy. *Gut* 1994;35:1004-6.
- ³⁹ Bernhoft RA, Pellegrini CA, Way LW. Peritoneovenous shunt for refractory ascites: operative complications and long-term results. *Arch Surg* 1982;117:631-5.
- ⁴⁰ Orloff MJ, Orloff MS, Daily PO. Long-term results of treatment of Budd-Chiari syndrome with portal decompression. *Arch Surg* 1992;127:1182-8.
- ⁴¹ Bismuth H, Sherlock DJ. Portasystemic shunting versus liver transplantation for the Budd-Chiari syndrome. *Ann Surg* 1991;214:581-9.
- ⁴² Millikan WJ jr, Henderson JM, Sewell CW, Guyton RA, Potts 3rd JR, Cranford CA jr, et al. Approach to the spectrum of Budd-Chiari syndrome: which patients require portal decompression? *Am J Surg* 1985;149:167-76.
- ⁴³ Campbell DA jr, Rolles K, Jamieson N, O'Grady J, Wight D, Williams R, et al. Hepatic transplantation with perioperative and long-term anticoagulation as treatment for Budd-Chiari syndrome. *Surg Gynecol Obstet* 1988;166:511-8.
- ⁴⁴ Lopez RR jr, Benner KG, Hall L, Rösch J, Pinson CW. Expandable venous stents for treatment of the Budd-Chiari syndrome. *Gastroenterology* 1991;100:1435-41.
- ⁴⁵ Kohli V, Pande GK, Dev V, Reddy KS, Kaul U, Nundy S. Management of hepatic venous outflow obstruction. *Lancet* 1993;342: 718-22.

Aanvaard op 14 maart 1994

Voor de praktijk

Vermoeden van longpest na terugkeer in Nederland vanuit een epidemisch gebied: reëel of niet?

M.DRENT, F.H.VAN TIEL, M.VAN KRUGTEN EN E.F.M.WOUTERS

Kort geleden meldde zich een 30-jarige man op onze afdeling Spoedeisende Hulp met hoestklachten en hoge koorts. Niets bijzonders, ware het niet dat hij de dag ervoor was teruggekomen uit India. Gezien de op dat moment actuele pestepidemie uitgebroken in het noordwesten van India (Gujurat en Maharashtra),¹ deed zich de vraag voor of het vermoeden van longpest reëel was.

De patiënt was echter niet in het bewuste gebied geweest, derhalve was het vermoeden 'pest' niet gerechtvaardigd. Nader onderzoek wees uit dat hij een virale pneumonie had.

De wereldwijde paniek over het uitbreken van pest in India staat in schrille tegenstelling tot het werkelijke gevaar voor de volksgezondheid, zowel in India als daarbuiten, met name als dit risico wordt afgemeten aan de bedreiging die uitgaat van andere infectieziekten, zoals cholera, mazelen en tuberculose.² Pest is meer dan een biologische ziekte: het is een symptoom van een veel ernstiger sociale ziekte – armoede. De slachtoffers van de recentste epidemie in de beschreven delen van India

Academisch Ziekenhuis, Postbus 5800, 6202 AZ Maastricht.
Afd. Longziekten: mw.dr.M.Drent en prof.dr.E.F.M.Wouters, longartsen; M.van Krugten, assistent-geneeskundige.
Afd. Medische Microbiologie: dr.F.H.van Tiel, medisch microbioloog.
Correspondentie-adres: mw.dr.M.Drent.

zijn alleen gevallen in de krottenwijken, onder mensen die onder erbarmelijke omstandigheden leven.² De kans dat reizigers de ziekte oplopen, is derhalve uitermate klein. Bovendien is pest een betrekkelijk goed te behandelen infectieziekte, mits tijdig, bij reëel vermoeden, wordt gestart met toediening van antibiotica.^{1 2}

Wij geven een korte beschrijving van het in Europa in de vergetelheid geraakte ziektebeeld van pest met een samenvatting van een aantal richtlijnen hoe te handelen, wanneer men met deze vraag wordt geconfronteerd.

KLINISCH BEELD

Pest is een acute infectieziekte die zich bij de mens kan manifesteren als systeemziekte, de builenpest (soms een secundaire pneumonie veroorzakend) of als primaire pneumonie, longpest.³⁻⁷ Na een beet van de besmette (ratte)vlo of door contact met een ziek of dood huisdier of met een zieke of overleden patiënt bereiken de micro-organismen via lymfbanen een lokale lymfklier (meestal inguinaal), waar een hemorragisch necrotiserende ontsteking ofwel bubo (buil) ontstaat.^{3 4} De ziekte gaat gepaard met hoge koorts, algehele malaise, en uitputting (tabel 1). Bij versleping van de infectie via de bloedbaan kan tevens een klinisch beeld passend bij Gram-negatieve sepsis (zonder lokale afwijkingen) ontstaan of (necrotiserende) pneumonie. De incubatietijd varieert van 1-7 dagen.

Primaire longpest (een aëroge infectie) heeft een incubatietijd van 2-3 dagen. Longpest wordt gekenmerkt door hoesten, kortademigheid en opgeven van taai of purulent sputum met bloedbijmenging. Door de huidig beschikbare adequate therapie is de vroeger beschreven sterfte door longpest van 60-100% terug te brengen tot minder dan 15%.¹

TABEL 1. Diagnostiek en samenvatting van mogelijke bevindingen bij patiënten met pest

onderzoek	bevinding
anamnese	epidemiologische anamnese, bubo (buil) plotseling begin hoofdpijn, myalgie, kortademigheid, verwardheid, apathie, pijn (pleuraal/retrosternaal) taai of purulent sputum met bloedbijmenging
lichamelijk onderzoek	koorts builen in lies of oksel, pijnlijk huid ter plekke paars; eromheen roze, cyanotisch tekenen van sepsis inclusief daarbijpassende huidafwijkingen (petechiën) longen: ronchi
laboratorium-onderzoek	leukocytose (met name granulocytose) intravasale stolling aspartaat-aminotransferase (ASAT)-activiteitsstijging Gram-, Giemsa-kleuring, kweek van bloed, sputum en buil-aspiraats: <i>Yersinia pestis</i> : Gram-negatieve bacterie (bipolair) (bevestiging door referentielaboratorium)
röntgen-onderzoek	uni- en bilaterale alveolaire infiltratieve afwijkingen in de longen nodulaire afwijkingen in de longen vergroting van mediastinale en hilaire lymfklieren bilateraal longoedeem, 'adult respiratory distress syndrome'

ETIOLOGISCHE EN EPIDEMIOLOGISCHE ASPECTEN

In 1894 werd de verwekker van de builenpest ontdekt door Yersin. De bacterie, *Yersinia pestis*, is in het verleden ook wel *Pasteurella pestis* genoemd. De eerste epidemie die met enige zekerheid aan builenpest kan worden toegeschreven, is de grote pest van Justinianus in 542 na Christus.³ De bekendste epidemie, die van 1346-1352, is ontstaan in Europa na import van de ziekte via handelsroutes van Azië naar Europees Rusland en vandaar via scheepvaart vanuit havens aan de Zwarte Zee naar West-Europa. In deze 6 jaar stierven maar liefst 20 miljoen mensen ofwel 20% van de bevolking van West-Europa ten gevolge van de pest.³ De naam 'zwarte dood' (mors atra) werd aan de pest gegeven vanwege de zwarte vlekken ontstaan ten gevolge van (septikemische) bloedingen onder de huid van de patiënt.³ Pest komt nog endemisch voor in Centraal-Azië, India, Pakistan, Nepal, Birma, China, Indonesië, Vietnam, delen van Afrika, met name Tanzania, en in Noord- en Zuid-Amerika.^{1 3} Wereldwijd worden nog gemiddeld 1500 gevallen van pest per jaar gemeld. In 1992 werden aan de Wereldgezondheidsraad (WHO) 1758 gevallen van pest gerapporteerd met 'slechts' 198 doden.¹

Bij de mens ontstaat pest doordat de mens in de zoönotische cyclus binnendringt (incidentele gevallen) of doordat besmette knaagdieren of hun geïnfecteerde vlooiën in de buurt komen van de menselijke bewoning. Deze zogenaamde 'zootic plague' kan op twee manieren ontstaan. Huisdieren, met name katten, kunnen vlooiën meenemen vanuit het zoölogische reservoir. Hierdoor zullen in het algemeen incidentele gevallen ontstaan, soms door besmetting van de mens door het zieke huisdier. Door omstandigheden kunnen de ratten die zich in de buurt van de mens ophouden (huisrat, scheepsrat), in contact komen met besmette ratten en andere knaagdieren en hun vlooiën. De vector van rattepest is meestal de rattevlo *Xenopsylla cheopis*. Vervolgens kan een epidemie ontstaan. Dit laatste deed zich recentelijk voor in Maharashtra, India, waar de eerste tekenen, namelijk 'rat fall' (geïnfecteerde ratten vallen moribundus/dood van de zolders), werden miskend.² Transmissie van *Y. pestis* van mens op mens ('demic plague') vindt plaats via inhalatie van met *Y. pestis* geïnfecteerde druppelkernen afkomstig van een patiënt met een manifestatie van pest in de long.^{1 4}

DIAGNOSE EN THERAPEUTISCH BELEID

Bij een systematische aanpak van de diagnostiek (zie tabel 1) dient een aantal ziektebeelden die in aanmerking komen voor de differentiaaldiagnose van pest, overwogen te worden (tabel 2).

Y. pestis is in het algemeen gevoelig voor de meeste antibiotica, uitgezonderd penicilline.^{1 4 8 9} Naast streptomycine verdienen tetracyclinen in hoge dosering de voorkeur. Gentamicine kan worden gebruikt in plaats van streptomycine als intraveneuze therapie noodzakelijk is.^{1 4} Bij patiënten met nierfunctiestoornissen wordt behalve tetracycline ook chlooramfenicol aanbevolen als alternatief; het doseringsschema staat in tabel 3. Bij zwangeren wordt in de literatuur chlooramfenicol in

TABEL 2. Differentiaaldiagnose bij verschillende uitingen van pest

<i>builenpest</i>	<i>septische pest</i>	<i>longpest</i>
difterie	vlektyfus	<i>Klebsiella pneumoniae</i>
bofvirus	buiktyfus	longtuberculose
anthrax (wol, vlees)	meningokokkensepsis	pneumonie: bacterieel,
kattekrabziekte	cerebrale malaria	viraal of door
tularemie	intravasculaire-	andere verwekkers
<i>Filarioidea</i> -infecties	stollingsyndromen	
mycobacteriële lymfa-		
denitis (door tubercu-		
lose of door niet-		
tuberculeuze myco-		
bacteriën)		
lymphogranuloma		
venereum		
syfilis		
maligne lymfomen		
littekenbreuk		
lymfadenitis door		
streptokokken- of		
stafylokokken-		
infectie		

TABEL 3. Doseringsschema voor antimicrobiële therapie bij pest

<i>antibioticum</i>	<i>dosering</i> (in mg/kg/dag)	<i>medicatieduur</i> (in dagen)
streptomycine	30 in 2 doses i.m.	10
bij ouderen en bij		
preëxistente nier-	30 in 4 doses i.m.	5
functiestoornis		
<i>gevolgd door</i>		
tetracycline	15 mg/kg oplaaddosis p.o./i.v.	
daarna	40-50 in 6 doses p.o./i.v.	1
daarna	30 in 4 doses p.o./i.v.	10-14
<i>of door</i>		
doxycycline	200 mg in 2 doses p.o.	10-14

plaats van streptomycine aanbevolen.⁸ Het gebruik van deze stof in de laatste maand van de zwangerschap kan echter latere schade bij de pasgeborene – gepaard gaand met een grauwe huidskleur en hoge sterfte – veroorzaken: het zogenaamde ‘grey syndrome’. Over de klinische effectiviteit van nieuwe antibiotische middelen, die voor zwangeren (casu quo het ongeboren kind) geen schadelijke bijwerkingen zouden hebben, zijn onvoldoende gegevens beschikbaar.

De antimicrobiële therapie dient zo snel mogelijk gestart te worden bij reëel vermoeden van pest en kan niet worden uitgesteld tot de kweekresultaten bekend zijn (dat is op zijn vroegst 48 h na beënting van de media).⁴

RICHTLIJNEN HANDELEN BIJ (REËEL) VERMOEDEN VAN LONGPEST

Het klinische vermoeden van longpest berust op respiratoire symptomen ontstaan in het kader van builenpest, of op respiratoire symptomen ontstaan tijdens of na een bezoek aan een gebied waar mogelijke expositie heeft plaatsgevonden, maar niet langer dan 7 dagen na vertrek

uit dit gebied (maximale incubatietijd). Onder ‘mogelijke expositie’ wordt verstaan contact met een patiënt met (long)pest of bezoek aan gebieden waar de pest bij mensen is geconstateerd, met name in die stadsdelen (meestal krottenwijken) of dorpen waar de kans op contact met (dode) ratten het grootst is.^{1,2} De diagnose kan worden bevestigd met een positieve kweek uit sputum of bloed van *Y. pestis*, of door serologisch onderzoek.⁴ Voor profylaxe bij direct besmettingsgevaar wordt doxycycline of tetracycline aangeraden voor volwassenen, terwijl voor kinderen sulfonamide wordt geadviseerd.^{1,4} Zorgvuldige hygiënische maatregelen kunnen het besmettingsgevaar voor (long)pest verminderen (tabel 4). Het bestaande vaccin, dat gedurende een aantal maanden in meerdere doses moet worden toegediend, biedt geen volledige bescherming,¹ en is niet in Nederland verkrijgbaar.

Tot slot, indien op een zorgvuldige wijze aandacht wordt besteed aan de zelfs voor reizigers naar endemische gebieden uitermate geringe mogelijkheid van een besmetting met *Y. pestis*, behoeft deze infectieziekte geen andere benadering dan welke andere besmettelijke ziekte dan ook.

TABEL 4. Medische richtlijnen bij vermoeden van (long)pest

advies voor reizigers naar endemische gebieden
risicogebieden mijden, c.q. contact met zieke of dode ratten en huisdieren voorkómen
indien dit niet van toepassing kan zijn (bijv. bij journalisten)
middelen om insecten op afstand te houden gebruiken
antibiotische profylaxe innemen
vaccinatie niet geïndiceerd

voorzorgsmaatregelen
opvang: patiënt ontvangen in aparte, afsluitbare kamer, maatregelen voor respiratoire isolatie volgens ziekenhuisprotocol
melding: alle betrokkenen, c.q. contacten op de hoogte stellen van vermoeden van pest
contact met ziekenhuishygiënist: eventueel maatregelen nemen ter verdelging van vlooiën
kweekmateriaal: overleg met medisch microbioloog

diagnostiek van longpest
laboratoriumonderzoek
thorax-radiodiagnostiek
kweek van sputum of bloed (3 bloedkweek-sets, dat is 6 flesjes)

isolatie
alleen bij opname; tot en met 72 h na starten van antimicrobiële therapie
strikte isolatie: in overleg met afdeling Ziekenhuishygiëne

therapie
direct starten: in overleg met longarts en medisch microbioloog (zie tabel 3)

voorzorgsmaatregelen na contact met een patiënt bij wie longpest zeer sterk wordt vermoed of is bewezen
overleg met gemeentelijke geneeskundige dienst in verband met contactonderzoek
start tetracycline: 30 mg/kg/dag in 4 doses p.o. gedurende 10 dagen

aangifte
verplichting: onverwijld nominatieve aangifte bij het enkele vermoeden van pest (A-ziekte)

De in de pers ten onrechte aangewakkerde paniek heeft de mystiek rond de pest doen herleven. De pesthuizen van weleer zullen echter alleen een herinnering blijven aan de gruwel van de 'zwarte dood'.

LITERATUUR

- 1 Dennis DT. Plague in India. Lessons for public health everywhere. *BMJ* 1994;309:893-4.
- 2 Plague in India: time to forget the symptoms and tackle the disease [editorial]. *Lancet* 1994;344:1033-5.
- 3 Ampel NM. Plagues - what's past is present: thoughts on the origin and history of new infectious diseases. *Rev Infect Dis* 1991;13:658-65.
- 4 Crook LD, Tempest B. Plague. A clinical review of 27 cases. *Arch Intern Med* 1992;152:1253-6.

- 5 Finegold MJ. Pathogenesis of plague. A review of plague deaths in the United States during the last decade. *Am J Med* 1968;45:549-54.
- 6 Alsofrom DJ, Mettler FA jr, Mann JM. Radiographic manifestations of plague in New Mexico, 1975-1980. A review of 42 proved cases. *Radiology* 1981;139:561-5.
- 7 Palmer DL, Kisch AL, Williams RC jr, Reed WP. Clinical features of plague in the United States: the 1969-1970 epidemic. *J Infect Dis* 1971;124:367-71.
- 8 Poland JD. Plague. In: Hoeprich PD, editor. *Infectious diseases*. 3rd ed. Philadelphia: Harper and Row, 1983:1227-37.
- 9 Benenson AS. *Plague*. In: Benenson AS, editor. *Control of communicable diseases in man*. 15th ed. Washington DC: American Public Health Association, 1990:324-9.

Aanvaard op 9 december 1994

Farmacotherapeutisch Kompas 1995*

C.M.J.P.VAN DER BEEK, J.E.DE BOER, M.DANZ, M-L.H.A.VAN OPPENRAAY, M.K.SCHUTTE EN J.P.VERDUIJN†

De 12e editie van het *Farmacotherapeutisch Kompas* is begin januari 1995 verschenen.

Onder de gebruikers van het *Kompas* heeft tussen december 1993 en juli 1994 een evaluatieonderzoek naar het gebruik en de waardering plaatsgevonden.¹ De resultaten van het onderzoek laten zien dat het *Kompas* in vergelijking met andere informatiebronnen een zeer belangrijke plaats inneemt. Het oordeel van de gebruikers over de inhoudelijke kwaliteit is overwegend positief. Als sterke punten van het *Kompas* ten opzichte van andere informatiebronnen noemt men de objectiviteit, de volledigheid van de informatie, de prijsverzichten en de 'aanwijzingen voor het maken van een keuze'. Daarnaast zijn enkele punten van kritiek naar voren gekomen. Deze kritiek heeft geleid tot een aantal aanbevelingen over zowel de vorm als de inhoud van het *Kompas*. Het betreft hier punten zoals verbetering van de toelichting volgend op het voorwoord en de informatie over de bijwerkingen en het gebruik tijdens zwangerschap en lactatie, het opnemen van literatuurverwijzingen en verdere verbetering van de onderbouwing, formulering en lay-out van de adviezen. Daarnaast is er behoefte aan het *Kompas* in een elektronisch medium. Deze aanbevelingen zullen niet in één keer geëffectueerd kunnen worden, maar passen voor een belangrijk deel in plannen die reeds door de Centrale Medisch Pharmaceutische Commissie (CMPC) voor de komende edities zijn gemaakt ter verbetering van de bruikbaarheid van het *Kompas*.

Nieuw in deze uitgave is dat veranderingen in het therapeutisch beleid ten opzichte van de vorige editie aan het begin van een (sub)hoofdstuk kort worden samengevat. De vermelding van deze wijzigingen heeft een signalerend karakter, in principe wordt niet ingegaan op de inhoud.

Enkele (sub)hoofdstukken van het *Kompas* hebben een naamswijziging ondergaan. De titel 'Antilipaemica' is veranderd in 'Lipidenverlagende middelen', de titel 'Angina pectorismiddelen' in 'Middelen bij coronaire aandoeningen' en de titel 'Bloedsuikerregulerende middelen' in 'Bloedglucoseregulerende middelen'.

De lezer vindt de migrainemiddelen in deze uitgave niet meer in hoofdstuk V (tractus circulatorius), maar in hoofdstuk II (centraal zenuwstelsel). Reden hiervoor is dat migraine steeds minder als een vaatziekte en meer als een neurologische aandoening wordt gezien.

Het nieuwe *Kompas* is volledig geactualiseerd. Belangrijke medisch-inhoudelijke veranderingen zijn aangebracht in de subhoofdstukken over hypnotica (I,A), sedativa (I,B), antipsychotica (I,D), anti-arrhythmica (V,F,50), middelen bij coronaire aandoeningen (V,G), middelen bij decompensatio cordis (V,H), middelen bij peptische aandoeningen (VI,A), mucolytica (VII,A,20), overige middelen bij CARA (VII,B,70), antimycotica voor cutaan gebruik (X,C), orale bloedglucoseverlagende middelen (XIV,D,12), eetlustremmende middelen (XIX,D), dieetpreparaten en voedingsmiddelen (XXI). Een aantal belangrijke wijzigingen zal hierna worden toegelicht.

BELANGRIJKSTE WIJZIGINGEN

Hypnotica. In september 1993 verscheen een rapport van het Committee for Proprietary Medicinal Products,² het Europese equivalent van het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen, over 7 min over meer kortwerkende hypnotica. In dit rapport is de beschikbare informatie over brotizolam, flunitrazepam, midazolam, temazepam, triazolam, zolpidem en zopiclon opnieuw geëvalueerd.

*Dit artikel verschijnt eveneens in het *Pharmaceutisch Weekblad*.

†Namens het secretariaat van de Centrale Medisch Pharmaceutische Commissie en de redactie van het *Farmacotherapeutisch Kompas*.

Ziekenfondsraad, Centrale Medisch Pharmaceutische Commissie, Postbus 396, 1180 BD Amstelveen.
Mw.C.M.J.P.van der Beek, arts/apotheker-redacteur; mw.J.E.de Boer en J.P.Verduijn, artsen-redacteurs; mw.M.Danz, mw.M-L.H.A.van Oppenraay en mw.M.K.Schutte, apothekers-redacteurs.
Correspondentie-adres: J.C.F.van Luijn, apotheker-secretaris.