

- Benigne intracraniële hypertensie is beschreven met meerdere geneesmiddelen zoals de vitamine A-derivaten, tetracycline, minocycline, de corticosteroiden, amiodaron en biosynthetisch groeihormoon [zie Folia mei 1998]. De belangrijkste symptomen zijn hoofdpijn en visusstoornissen. De evolutie is in het algemeen gunstig voor zover het verantwoordelijke geneesmiddel wordt gestopt alvorens ernstige visusstoornissen optreden. Twee gevallen van **intracraniële hypertensie ten gevolge van inname van doxycycline** ter preventie van malaria, werden recent beschreven in de *British Medical Journal* [326, 641-642 (2003)]. De auteurs van deze publicatie alsook de auteur van een bijbehorend editoriaal [*Brit. Med. J.* 326, 613-614 (2003)] vestigen dan ook de aandacht op het belang van het ernstig nemen van optreden van hoofdpijn tijdens een behandeling met een tetracycline.

- Op basis van theoretische beschouwingen en enkele studies, vooral observationele studies, is gesuggereerd dat **niet-steroïdale anti-inflammatoire middelen** een beschermende rol zouden kunnen spelen in het ontstaan en de progressie van de **ziekte van Alzheimer** [zie Folia februari 2001 en juni 2002]. Een recente gerandomiseerde, dubbelblinde, placebo-gecontroleerde studie bij patiënten met lichte tot matige Alzheimerdementie toont evenwel geen voordeel: over een periode van één jaar was er noch met rofecoxib (25 mg p.d.) noch met naproxen (440 mg p.d.) een verschil in achteruitgang van de cognitieve functie ten opzichte van placebo [*JAMA* 289, 2819-2826 (2003), met editoriaal *JAMA* 289, 2865-2867 (2003)].

- Sinds januari 2004 is de specialiteit **DIPHANTOINE-ACID (fenytoïne) niet meer beschikbaar**. De specialiteiten op basis van het natriumzout van fenytoïne (DIPHANTOINE, EPANUTIN) blijven beschikbaar. Wanneer wordt overgeschakeld van fenytoïne naar natriumfenytoïne dient men bewust te zijn dat de plasmaspiegels van fenytoïne kunnen wijzigen.

- Iemand schrijft ons over een 40-jarige patiënte die 2 jaar geleden voor primovaccinatie met één maand tussentijd tweemaal **tetanusvaccin** kreeg toegediend, maar bij wie de klassieke derde inspuiting één jaar later niet werd toegediend. Is het een probleem als deze derde inspuiting pas twee jaar na de vorige, dus één jaar te laat, wordt gegeven? Er zijn geen studies die toelaten een op evidentie gebaseerd antwoord daarop te geven. Experts denken dat het logisch is inderdaad de derde inspuiting nu nog te geven. De eerste rappelinjectie zou misschien voorzichtigheidshalve na 5 jaar (i.p.v. na 10 jaar) kunnen gegeven worden, de volgende rappels dan weer om de 10 jaar. Ook zou men de eerste jaren een verwonding met risico van tetanus iets vlugger dan klassiek kunnen beschouwen als een indicatie voor toediening van het vaccin en eventueel immunoglobulinen. [Voor de aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad: http://www.health.fgov.be/CSH_HGR/Nederlands/Brochures/nl2002_tetanus.pdf]