

Rotterdam, oktober 1978

E. R. DE WINTER

DE WINTER heeft gelijk als hij stelt dat het percentage spontaan genezen patiënten in een controlegroep mogelijk net zo groot of groter is dan het percentage patiënten dat met acupunctuur is behandeld. Nergens in het artikel vindt men dan ook een zinsnede waarin gesteld wordt dat deze acupunctuurbehandeling zulke grote resultaten oplevert. In de nabeschuiving wordt duidelijk aangegeven dat het om een exploratief onderzoek gaat. Bij verder onderzoek zal het inderdaad belangrijk zijn om met controlegroepen te werken. Wanneer dit gebeurt hoop ik samen met DE WINTER dat de evaluatie van de resultaten tot eenduidige conclusies kan leiden.

Overigens ben ik ook zonder controlegroepen al blij dat 34 à 41% van de klachten die bij 60% van de patiënten langer dan 5 jaar bestaan en bij wie andere therapieën niet meer baten, gunstig reageren op de behandeling. Voor mij mag het dan ook een placebo-effect zijn.

Wanneer er daarbij een vraagteken wordt gezet of de subjectieve beoordeling de werkelijkheid wel juist weergeeft, dan lijkt me een vraagteken bij de zg. objectieve meting nog meer op zijn plaats.

Utrecht, oktober 1978

P. VAN DIJK

De smalle marges van het praktizeren

Het commentaar van prof. BIRKENHÄGER (1978) heb ik met veel genoegen en belangstelling gelezen. De wijze waarop hij de nuances van een controverse schildert pro en contra actief speuren naar hypertensie, zonder daarbij aan zijn eigen uitgesproken mening afbreuk te doen, verdient alle lof. Daarbij voedt hij deze discussie door het introduceren van het begrip „existentialistische argumenten” in deze. Een zeer stimulerende benadering, al ben ik het niet eens met het gepolariseerde onderscheid tussen existentialistische en natuurwetenschappelijke argumenten zoals BIRKENHÄGER dat doet. Hij suggereert dat existentialistische argumenten uitsluitend door tegenstanders van actief screenen op hypertensie worden aangevoerd en dat hun argumenten contra, nagenoeg uitsluitend existentialistisch van aard zijn.

Het vraagstuk van de risicofactor hypertensie is in z'n essentie een existentialistisch vraagstuk. De bevinding dat een verhoogde bloeddruk samengaat met een verhoogde frequentie van mors subita en beschadiging van organen als retina, nieren en hart geeft aanleiding tot de vóóronderstelling, dat verlaging van bloeddruk zal leiden tot een vermindering van de gevonden mortaliteit en morbiditeit. Wat deze vóóronderstelling zo aantrekkelijk maakt, is niet zozeer het ongeschonden houden van orgaansystemen maar de positieve bijdrage die hierdoor geleverd wordt aan de wordingsmogelijkheden van de mens: de mens „is” niet maar „wordt”, in de opvatting van de existentialisten. De mens is wat hij van zichzelf maakt, zoals SARTRE het uitdrukt. Denkend langs deze lijnen zou het best kunnen zijn dat interventie bij verhoogde bloeddruk — en daarbij dan ook het actief speuren naar verhoogde bloeddruk — een waardevolle bijdrage levert.

Er dient dan wel aan een aantal voorwaarden te zijn voldaan:

1. De interventie bij hypertensie dient inderdaad te lei-

den tot een afname van de gesignaleerde verhoogde morbiditeit en mortaliteit.

2. Het middel dient niet erger te zijn dan de kwaal: het voor de menselijke wording belemmerende effect van de morbiditeit dient groter te zijn dan het nadeel van opsporing, diagnose en behandeling bij elkaar.

Het eerste punt is een essentieel natuurwetenschappelijk probleem. Tegenstanders van een actief speuren naar hypertensie kunnen dan ook een valide natuurwetenschappelijk argument ontlenen aan de Veteran Administration Study (1972). Hun eigen woorden weergevend: „The incidence of morbid events was much less in the control series of patients presenting without abnormalities. In this subsample, 16% of the control patients developed a major complication, as opposed to 8% of the treated. The difference is not statistically significant, although the trend of 50% effectiveness of treatment is similar to that found in the group with preexisting abnormalities.” De effectiviteit, en dientengevolge de zin van het behandelen van gezonde individuen met een verhoogde bloeddruk lijken dus momenteel onduidelijk. En het is juist deze groep hypertensieven die bij screenen van de algemene populatie — door huisarts of anderen — ontdekt zal worden.

De tweede voorwaarde lijkt aanmerkelijk moeilijker te vangen in een éénduidig onderzoek. Het gaat daarbij niet alleen om degenen bij wie de diagnose hypertensie is gesteld en die mogelijk belemmerd worden door de diagnose (stigma) en de behandeling. De totale groep personen die gescreend wordt zou daarvan best eens negatieve gevolgen kunnen ondervinden. Aanwijzingen daartoe zijn zeker aanwezig, zoals ik elders beschreven heb (VAN WEEL 1977). Het is m.i. wenselijk meer informatie te verzamelen over beide aspecten. Op grond van deze informatie zal er een keuze worden gemaakt. Het zou dan best eens kunnen zijn dat ik me op grond daarvan aan de zijde van BIRKENHÄGER schaar. Op dit moment geven de feiten me daartoe echter geen aanleiding en meen ik dat een grote terughoudendheid gewenst is bij het lanceren van opsporingscampagnes.

Literatuur: BIRKENHÄGER, W. H. (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 760. — Veteran Administration Cooperative Study Group on antihypertensive agents (1972) *Circulation* 45, 991. — WEEL, C. VAN (1977) *Huisarts en Wetenschap* 20, 2.

Rotterdam, augustus 1978

C. VAN WEEL

De kanttekening van collega VAN WEEL geeft het dilemma duidelijk weer en nodigt daarom uit tot een verdere motivering. Inzenders observatie dat een hang naar interventie evenzeer existentialistisch georiënteerd kan zijn als het afwijzen ervan wil ik gaarne incasseren. Niet dat hierdoor de controverse er minder op wordt, want hiermee ontstaat bijna automatisch een patstelling in het hanteren van het bewijsmateriaal. Dit geldt vooral voor de tweede door collega VAN WEEL gestelde voorwaarde. Existentialisme houdt zich hier bezig met een analyse van de kwaliteit van het leven, namens de persoon wiens levensgewoonten men beïnvloedt en wiens levensverwachting men probeert te verbeteren. Dit proces speelt zich af in een „black box”, met een „input” en een „output” die dermate heterogeen zijn, dat men zich geen enkele illusie behoeft te maken over de overtuigingskracht van de uitkomsten. Zelfs bij de meest elementaire probleemstelling raakt men verstrikt in het gegeven dat de correlaties voor het individu niet kunnen opgaan en dat men bij het overzien van de collectieve

balans het (subjectieve) gezondheidsverlies bij de een moet afgewogen tegen de gezondheidswinst bij de ander.

Hiermee landen wij aan bij de eerste voorwaarde van de inzender. Is er collectief bezien sprake van een reële gezondheidswinst wanneer men een belangrijke bloeddrukverhoging corrigeert? (cf. Interim-advies Hypertensie 1978).

Het probleem mag dan in essentie vatbaar zijn voor een natuurwetenschappelijke benadering, in feite worden de resultaten van bevolkingsonderzoek in een dermate inferieure laboratoriumsituatie verkregen, dat het begrip natuurwetenschap nogal dubieus overkomt. Dit wordt duidelijk geïllustreerd door collega VAN WEEL'S citaat uit het Veterans' Administration project, waarmee hij zijn afwijzing van interventie rechtvaardigt. Ook het andere kamp heeft volstrekt legitieme gronden om het Veterans' onderzoek naar behoeven te citeren. Ik wil mij in dit verband de opmerking veroorloven dat een enkele passage geen recht doet aan de substantie van het onderzoek. Wanneer men aldus het (ongewenste?) kind met het badwater wegwerpt, worden de vooruitzichten op een adequaat afwegingsproces er niet beter op.

Voor een soortgelijke niet-zo-smalle marge van interpretatie leent zich het kort geleden gepubliceerde interventieproject aangaande hypertensie uit Göteborg (BERGLUND e.a. 1978). Wanneer men op voorhand afwijzend staat tegenover interventie, kan men maar al te gemakkelijk de nodige formele of esthetische argumenten vinden om de uitkomsten ongeldig te verklaren. De auteurs hebben immers aan tal van onderzoekvoorwaarden die men vandaag wenst te stellen niet voldaan: de behandelde en

niet-behandelde personen zijn niet „at random” ingedeeld, de groepen zijn kwalitatief en kwantitatief ongelijk, de controlesituatie is in beide groepen niet vergelijkbaar en er is geen gebruik gemaakt van placebotabletten. De auteurs hebben evenwel met een kromme stok een rechte slag geslagen door een kolossale tegengestelde „bias” te introduceren. De behandelde groep werd namelijk ten opzichte van de controlegroep gehandicapt door het criterium van een hogere uitgangsbloeddruk. Wanneer dan desondanks blijkt dat de zoveel gunstiger uitgangssituatie de onbehandelde groep er niet van weerhield tweemaal zo vaak getroffen te worden door een myocardinfarct als de behandelde groep, kan men zich moeilijk onttrekken aan de conclusie dat de auteurs een effectieve vorm van preventie hebben bedreven. Vanzelfsprekend heeft collega VAN WEEL recht op zijn twijfel. Men dient zich echter bij de huidige cumulatie van gegevens (inclusief die uit een aantal „verjaarde” onderzoekingen) wel af te vragen of wij niet aan een overdracht van de bewijslast toe zijn. Dit is te verwoorden als een uitdaging, namelijk om op grond van een prospectief onderzoek te demonstreren dat het geen verschil maakt voor de prognose of men personen met bloeddrukverhoging wel of niet behandelt.

Literatuur: BERGLUND, G., L. WILHELMSSEN, R. SANERSTEDT e.a. (1978) *Lancet* I, 1. — Interim-advies hypertensie (1978) Advies van de Gezondheidsraad. Staatsdrukkerij, 's-Gravenhage.

Rotterdam, oktober 1978

W. H. BIRKENHÄGER

BERICHTEN

Buitenland

WERELDGEZONDHEIDSORGANISATIE

Het falen van de malariabestrijding.—In een rapport aan de 31e Wereldgezondheidsvergadering brengt de directeur-generaal van de WHO, dr. HALFDAN MAHLER, verslag uit over het ongunstige beloop van de malariabestrijding. In de laatste 5 jaar is het aantal gevallen van malaria verdubbeld. Uit enkele landen wordt zelfs een 30- tot 40-voudige vermeerdering gemeld. De malaria begint opnieuw een bedreiging te vormen voor de sociale en economische vooruitgang van sommige ontwikkelingslanden. Uit 62 van de 107 landen waarin malaria voorkomt wordt resistentie van de malariamug tegen insecticiden gemeld. Het ontstaan hiervan wordt begunstigd door het veelvuldig gebruik van insecticiden in de landbouw. Daarbij komt nog dat de sterke prijsstijging van de insecticiden juist voor de ontwikkelingslanden ernstig is. Ook bij de behandeling van patiënten heeft men met moeilijkheden te kampen. In 20 landen werd resistentie van de malariaparasiet tegen chloroquine vastgesteld, vooral in Zuidoost-Azië is de toestand kritiek. In India, Bangladesh en Sri Lanka is het effect van de gevoerde bestrijding volledig tenietgedaan en heeft de endemie weer het oude peil bereikt. In het rapport worden een aantal aanbevelingen gedaan ter verbetering van de situatie. Voor ons klinkt het vreemd dat als eerste het behandelen van elke patiënt wordt genoemd. Daarnaast wordt mede om sociaal-economische redenen aandacht gevraagd voor de profylaxe van speciale groepen van de bevolking zoals kinderen en arbeiders van voor de ontwikke-

ling van het land belangrijke industrieën. Voor de bestrijding van de malariamug moet het aantal broedplaatsen worden verminderd door drainage en boomaanplant; bij het uitvoeren van grote werken dient er op gelet te worden dat er geen nieuwe broedplaatsen ontstaan. Verder kan het uitzetten van muggelarven etende vissoorten in waterbekkens (rijstplantages) bijdragen tot een vermindering van de muggenpopulaties. De beschikbare insecticiden dienen bij voorkeur te worden gebruikt voor de kansrijke bestrijdingsprojecten. Tenslotte wordt aanbevolen om de malariabestrijding te integreren in de algemene planning van de gezondheidszorg op lange termijn. Door verder onderzoek van de levenscyclus van de vector en van het mechanisme van het ontstaan van resistentie tegen insecticiden hoopt men betere bestrijdingswijzen te ontdekken. Men realiseert zich echter dat „the fight will be a long one”. (*WHO Press* 15 mei 1978.)

CHINA

Yungi, een Chinese geneeswijze.—In een nieuw Chinees tijdschrift, *Ziran Zazhi* geheten, wordt verslag gedaan van een onderzoek naar de aard van de werking van de als Yungi aangeduide geneeswijze. Hierbij zou een soort pneuma, qi genaamd, van de behandelende arts overstromen naar de patiënt. De arts moet daartoe eerst enkele minuten ademhalingsoefeningen verrichten waarbij een gevoel van congestie ontstaat. Hierna treedt een toestand van ontspanning in, die ook weer enkele minuten duurt. In deze tweede fase wordt vanuit bepaalde punten van de huid, xuei genaamd, het qi van de arts uitgestraald en