

## INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten)

### Antivirale therapie

Sinds de ontdekking van interferon in 1957 leeft de verwachting dat dit glycoproteïne ooit als antiviraal middel toegepast zal kunnen worden. Het heeft tot het begin van de jaren zeventig geduurd voordat men in staat was interferon voor klinisch gebruik te produceren. In 1976 meldde GREENBERG e.a. dat interferon immunologische kenmerken van het hepatitis B-virus (met name HBc associated DNA-polymerase, DNAP) kon doen verdwijnen bij patiënten met chronische HBsAg-positieve hepatitis. Sindsdien zijn in totaal 29 dergelijke met interferon behandelde patiënten beschreven (DUNNICK en GALASSO 1979). Bij twee van hen verdwenen alle tekenen van hepatitis B-infectie; drie andere patiënten werden negatief voor Dane-particle markers, zoals DNAP en HBeAg, maar bleven HBsAg-positief. Een van deze laatste patiënten werd door ons beschreven (WEIMAR e.a. 1979). Wij zagen echter ook dat een controle-patiënt negatief werd voor DNAP (WEIMAR e.a. 1977). Deze bevindingen waren voor ons aanleiding om het effect van interferon in een dubbelblind onderzoek vast te stellen. Het resultaat van dit onderzoek was teleurstellend. Afgezien van een passagère daling van het DNAP, werden hepatitis B-virusindices (HBsAg-titer, HBeAg-titer, HBcAg in leverbiopt) niet beïnvloed door interferon. Een patiënt werd DNAP-negatief, wederom een controle-patiënt (WEIMAR e.a. 1980).

Wij delen dan ook niet de visie van collega SCHAAP (1979) die onlangs in dit tijdschrift schreef: de interferontherapie heeft door toepassing bij chronische hepatitis B een plaats naast de andere werkzame antivirale middelen gekregen.

Het is nimmer aangetoond dat antivirale middelen, immunosuppressie of immunoactivatie effectief zijn bij de behandeling van chronische HBsAg-positieve hepatitis, zoals wij elders hebben uiteengezet (WEIMAR en SCHELLEKENS 1979). Ook voor interferon is dit nu gebleken. Een combinatie van twee onwerkzame therapieën lijkt dan ook niet hoopgevend. Wel delen wij de mening van SCHAAP dat er veelbelovende ontwikkelingen op antiviraal gebied zijn. Het is jammer dat de veelbelovende recent ontwikkelde middelen zoals acycloguanosine, fosfonoacetaat en bromovenyldesoxyuridine niet of nauwelijks worden vermeld.

*Literatuur:* DUNNICK, J. K. en G. J. GALASSO (1979) *J. infect. Dis.* 139, 109. – GREENBERG, H. B., R. B. POLLARD, L. I. LUTWICK e.a. (1976) *New Engl. J. Med.* 295, 517. – SCHAAP, G. J. P. (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 1906. – WEIMAR, W., R. A. HEIJTINK, S. W. SCHALM e.a. (1977) *Lancet II*, 1281; (1979) *Europ. J. clin. Invest.* 9, 151. – WEIMAR, W., R. A. HEIJTINK, K. CANTELL (1980) *Lancet* (ter perse). – WEIMAR, W. en H. SCHELLEKENS (1979) *Biomedicine* 30, 135.

Rotterdam, december 1979

W. WEIMAR  
H. SCHELLEKENS

Met dank aan de collegae WEIMAR en SCHELLEKENS voor hun reactie, moet ik duidelijkheidshalve verklaren het geheel eens te zijn met de opvatting dat er (nog) geen therapie voor chronische hepatitis B bestaat. Bij mijn streven naar beknoptheid heb ik mij kennelijk laten verleiden tot een formulering, die anders kan worden begrepen dan in

mijn bedoeling ligt. De beïnvloedbaarheid – zij het met de door de inzenders gesignaleerde noodzaak tot voorzichtigheid bij de beoordeling – van een index voor de produktie van infectieus virus geeft aan interferon een gewicht als mogelijk therapeutisch middel dat het in mijn ogen voordien niet had. De oplossing van het probleem van de beperkte produktie zal de mogelijkheden voor experimenteel onderzoek zeer verbeteren. Uw suggestie, als zou ik de combinatie van twee onwerkzame therapieën aanbevelen, laat ik voor uw rekening.

Van acycloguanosine (Acyclovir) noemde ik juist datgene wat het gunstig onderscheidt van andere middelen. De klinische bruikbaarheid wordt op het ogenblik in dubbelblinde proeven onderzocht. Fosfonoacetaat en fosfoformiaat zijn te toxisch en komen hoogstens in aanmerking voor lokale toediening; dit is mijns inziens geen aanwinst. Bromovenyldesoxyuridine ken ik niet; is er ergens een schrijffout ingeslopen?

Rotterdam, januari 1980

G. J. P. SCHAAP

### Laetrile en alternatieve kankerbehandeling

De collegae VERMEY e.a. (1979) vragen terecht aandacht voor de alternatieve geneeswijzen in Nederland. Zij richten hierbij hun aandacht uitsluitend op wat zij noemen de vloedgolf van alternatieve behandelingen van kanker, hetgeen logisch is aangezien zij chirurgen zijn die zich uitsluitend met kanker bezighouden.

Als chirurg word ik overspoeld met zeer uiteenlopende alternatieve geneeswijzen voor vrijwel iedere aandoening. Opvallend is echter dat vooral patiënten met chronische ziekten aangetrokken worden door alternatieve therapeuten, vooral patiënten met kanker of vaatziekten. De reden dat juist chronisch zieken hun heil geheel of gedeeltelijk bij alternatieve behandelaars zoeken, ligt voor de hand: De „officiële”, of beter de op wetenschappelijk onderzoek gebaseerde geneeskunde, kan hun kwaal niet of niet afdoende verhelpen. Vanuit het oogpunt van de chronisch zieke is het daarom heel begrijpelijk dat hulp wordt gezocht bij alternatieve behandelaars, die al dan niet als arts bekend zijn (homeopaten, acupuncturisten, Moerman-volgers, iriscopisten, enz.). Het is m.i. enigszins arrogant patiënten met een aandoening waartegen je zelf geen afdoende behandeling hebt, „op ondubbelzinnige wijze voor de keuze te stellen: het ene („officiële geneeskunde”), of het andere („alternatieve geneeskunde”).

In zijn algemeenheid is het volgens mij niet onjuist dat een arts patiënten blijft behandelen, óók al krijgen ze van een ander middelen voor dezelfde aandoening. Je moet als arts oog hebben voor de nood waarin chronisch zieken kunnen verkeren. Wanneer wij deze patiënten niet of niet geheel afdoende kunnen behandelen, moeten we begrip tonen voor hun zoeken naar therapeuten van wie zij denken dat deze hen wel kunnen helpen. Dat patiënten die een alternatieve therapeut hebben ingeschakeld desondanks bij de behandelend geneesheer blijven terugkomen, wijst erop dat zij toch wel enig vertrouwen in hem hebben, ook al heeft hij in hun specifieke geval weinig te bieden. Deze wat ijle patiënt-artsrelatie wordt op wel zeer bruske wijze verbroken als wij patiënten voor de ondubbelzinnige keuze