

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 bruiske wijze verbroken als wij patiënten voor de ondubbelzinnige keuze

tussen „erkende geneesheer” en „alternatieve geneesheer” stellen.

Persoonlijk stel ik mij op het standpunt patiënten die alternatieve genezers hebben ingeschakeld, te blijven begeleiden c.q. behandelen tenzij – en daar kan ik de mening van de auteurs van het eerder genoemde artikel volledig onderschrijven – zij van deze alternatieve genezer gevaarlijke behandelingsvoorschriften hebben gekregen. In dat geval leg ik uit waarom ik de behandeling gevaarlijk en dus te ontraden acht, en dat ik om deze reden verdere begeleiding staak wanneer deze behandeling gecontinueerd wordt. Zolang de gebruikte middelen niet gevaarlijk lijken, maak ik er geen problemen over, maar ik steek mijn mening erover niet onder stoelen of banken.

We moeten niet vergeten dat ook wij, wetenschappelijk geschoolde genezers, vaak irrealistische behandelingsvoorschriften hanteren. Als klein voorbeeld wil ik het gebruik van nicotinezuur (Complamin, Ronicol) en andere vaatverwijders bij slagaderlijke obstructies noemen. Het is ondubbelzinnig aangetoond dat bij organische slagaderlijke obstructies deze middelen géén nut hebben. Toch krijgt minstens 50% van de patiënten met een dergelijke aandoening deze middelen vaak jaren achtereen. Daar doen we toch ook niet moeilijk over? We gaan die vertrouwensrelatie tussen een patiënt en zijn huisarts of internist, die deze middelen veelal voorschrijven, niet verstoren door hem abrupt het gebruik van deze medicijnen te ontraden. Zeker zullen we niet stellen dat wij verdere behandeling weigeren zolang hij deze medicijnen gebruikt. Om dezelfde redenen vind ik dat het gebruik van ongevaarlijke „medicijnen”, diëten enz., voorgeschreven door een alternatieve genezer waarin een patiënt een zeker vertrouwen stelt, geen motief mag zijn een patiënt verdere behandeling te weigeren.

Tot slot moet het mij van het hart dat ook ik me mateeloos erger aan de volkomen kritiekloze wijze waarop televisie, radio en schrijvende pers de zogenaamde alternatieve geneeswijzen benaderen. Het is eigenlijk vreemd dat in een tijd, waarvan we menen dat ze kritische geesten creëert, de verzorging van eigen lichaam zo ondermaats behandeld wordt door de media. Hier ligt een belangrijke taak voor de artsengorganisaties.

Literatuur: VERMEY, A., J. OLDHOFF, E. VAN DER PLOEG e.a. (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 2109.

Eindhoven, december 1979

C. M. A. BRUYNINCKX

De Brief aan de Redactie van VERMEY, OLDHOFF, VAN DER PLOEG e.a. (1979) dwingt mij als arts die zich grotendeels bezighoudt met de chirurgie van hoofd-halstumoren tot een reactie. (Zie ook PRINS en MULDER 1979; Commentaar 1979.)

De strekking van het verhaal wijs ik pertinent af. VERMEY e.a. claimen een monopolie-positie voor de conventionele oncologische therapie, welke zich beperkt tot chirurgie, radiotherapie en chemotherapie. De matige resultaten die hiermee in de laatste decennia zijn bereikt en waarin nauwelijks verbetering wordt geconstateerd, zouden allen die deze orthodoxe behandeling toepassen tot grote bescheidenheid moeten dwingen. Een voortdurende bezinning is noodzakelijk. Waarom de stampij om Laetrile, terwijl zonder terughoudendheid chemotherapie wordt toegepast waarvan de schadelijke bijwerkingen sinds jaren algemeen bekend zijn (baat het niet, het schaadt vaak wel!). De schrijvers signaleren de algemene opvatting dat er aan kanker toch niets te doen is en het feit dat de geperfectioneerde behandelingstechniek patiënten afschrikt. Zij con-

cluderen dat de kankerpatiënt daarom „eenvoudige” behandelingen preferereert. Zouden de resultaten van de „geperfectioneerde behandelingstechniek” even perfect zijn als deze techniek zelf is, m.a.w. zou de kans op genezing bij voorbaat praktisch vaststaan, dan zou het afschrikwekkend effect waarschijnlijk aanzienlijk worden gereduceerd. De alternatieve kankertherapieën zouden hiermee hun bestaansreden verliezen.

Ik pleit hier geenszins voor alternatieve kankertherapieën, maar ik constateer evenals VERMEY c.s. dat ze bestaan. De vraag dient te worden gesteld: waarom bestaan deze therapieën. Antwoord: omdat de „conventionele rationele therapie” (zo genoemd door VERMEY c.s.) in veel gevallen faalt. De kwalificatie „rationeel” ervaar ik als uiterst pijnlijk. Nog pijnlijker is de mededeling „dat de individuele patiënt nadelig wordt beïnvloed, maar de vooruitgang van de kankerbestrijding evenzeer”. Betekent dit dat de kankerpatiënt in casu wordt beschouwd als onderzoeksobject?

Zouden VERMEY e.a. in plaats van „chirurgen die zich uitsluitend met kankerbehandeling bezighouden” te werk zijn gesteld bij bijvoorbeeld een aardoliemaatschappij met de taak nieuwe olie te vinden, zij zouden al lang zijn ontslagen of in het gunstigste geval zijn overgeplaatst. Wie de taak krijgt olie te vinden zal bij voorkeur niet in een oude, bijkans opgedroogde bron blijven boren, maar naarstig elders gaan zoeken. Verdediging van de status quo (conventionele behandeling: chirurgie, radiotherapie, chemotherapie) beïnvloedt de vooruitgang van de kankerbestrijding nadelig.

Literatuur: Commentaar (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 1159. – PRINS, M. E. F. en J. MULDER (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 1141. – VERMEY, A., J. OLDHOFF, E. VAN DER PLOEG e.a. (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 2109.

Rotterdam, december 1979

P. KNEGT

De collegae BRUYNINCKX en KNEGT komt onze dank toe voor hun reactie op onze Brief aan de Redactie.

Collega BRUYNINCKX lijkt onze zienswijze in grote lijnen te kunnen onderschrijven, maar schrikt in bepaalde omstandigheden terug voor de consequenties, zoals wij die ter discussie hebben gesteld. Minder dan hij hebben wij de neiging kanker tot de chronische ziekten te rekenen. Als deze groep zieken onbehandeld wordt gelaten is de ongunstige afloop in het algemeen op betrekkelijk korte termijn voorspelbaar. Die situatie doet zich voor als de kankerpatiënt zich vanaf de aanvang van zijn ziekte tot alternatieve geneeswijzen wendt. Het nut van dergelijke geneeswijzen is op zijn minst volledig onbekend en zeker niet wetenschappelijk vastgesteld. Daarom alleen al is het gebruik ervan gevaarlijk. Zoals reeds gezegd, dragen de patiënt en zijn alternatieve behandelaar de volle verantwoordelijkheid voor dit handelen.

Dat vereist echter wel degelijk een ondubbelzinnige stellingname van de arts die zijn medisch handelen op gegevens baseert die uit wetenschappelijk onderzoek zijn verkregen, wanneer die patiënt zich (weer) tot hem om raad of hulp richt. Om dezelfde reden keren wij ons ook tegen het voorschrijven van „officiële” geneesmiddelen waarvan is aangetoond dat zij geen enkel nut hebben, zoals collega BRUYNINCKX vermeldt. Die zijn dús gevaarlijk: primum nil nocere.

Uit het commentaar van collega KNEGT maken wij op dat hij het niet met ons eens is. Helaas laat hij na om voor zijn