

Acupunctuur en aangezichtspijn

G. TER RIET
J. KLEIJNEN
P. KNIPSCHILD

Een literatuursearch leverde slechts twee gecontroleerde klinische experimenten op die specifiek ingaan op de vraag naar de effectiviteit van acupunctuur bij aangezichtspijn. Door de matige kwaliteit van de studies is het niet mogelijk een definitieve conclusie met betrekking tot de effectiviteit van acupunctuur te trekken. De effectiviteit van acupunctuur op aangezichtspijn mag niet als bewezen worden aanvaard.

Ter Riet G, Kleijnen J, Knipschild P. Acupunctuur en aangezichtspijn [De effectiviteit van acupunctuur]. Huisarts Wet 1989; 32(7): 264-6.

Vakgroep Epidemiologie/Gezondheidszorgonderzoek, Rijksuniversiteit Limburg, Postbus 616, 6200 MD Maastricht.

G. ter Riet, arts; J. Kleijnen, arts; prof. dr. P. Knipschild, hoogleraar epidemiologie.
Correspondentie: G. ter Riet.

Inleiding

Sinds de trigeminusneuralgie door de Wereldgezondheidsorganisatie is opgenomen in de lijst van ziekten waarbij acupunctuur een aangewezen therapie zou zijn,¹ hebben diverse auteurs dit advies kritiekloos overgenomen.²⁻³ Het is ons echter niet gelukt ook maar één gecontroleerd onderzoek naar de effectiviteit van acupunctuur op trigeminusneuralgie te vinden. Wél vonden we een studie van *Man and Chen*, waarin 10 van de 36 patiënten aan een trigeminusneuralgie leden.⁸ Dit is echter geen gecontroleerde studie.

Dit betekent waarschijnlijk dat de effectiviteitsclaims van acupunctuur bij trigeminusneuralgie berusten op ongecontroleerd onderzoek. Bij een ziekte met een zo onvoorspelbaar beloop⁴⁻⁷ is het niet verstandig hierop te vertrouwen.

Wel bestaan er enkele gecontroleerde onderzoeken naar andere aangezichtspijnen. Die worden hier besproken.

Methode

Voor de methoden wordt verwezen naar ons artikel over de meta-analyse als reviewmethode.

Effectmaten waarop de studies punten konden verdienen waren:

- een follow-up van ten minste drie maanden;
- pijn;
- Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL);
- medicijngebruik.

Resultaten

De twee opgespoorde experimenten worden apart besproken. Zij hebben betrekking op chronische aangezichtspijn en aangezichtspijn in aansluiting op een infectie met een herpesvirus (een postherpetische neuralgie).¹¹ In de *tabel* vindt men het overzicht van de kwalitatieve kenmerken van de experimenten.

Beschouwing

Het zal duidelijk zijn dat wij de besproken experimenten als onvoldoende bewijs voor

de effectiviteit van acupunctuur beschouwen. De tekortkomingen van de studies blijken duidelijk uit de *tabel*. De grote spreiding in de puntenscore van de studie van *Lewith et al.*¹¹ is vooral te wijten aan de slechte rapportage.

De keuze van nep-TENS als placebobe-handeling voor acupunctuur – zoals in het experiment van *Lewith et al.*¹¹ – is ons inziens dubieus. Wanneer hiervoor toch wordt gekozen, is het noodzakelijk aan te tonen dat de nep-TENS-behandeling voor de patiënten net zo geloofwaardig is als acupunctuur.¹²⁻¹³ *Petrie et al.* maakten aannemelijk dat nep-TENS in principe deze geloofwaardigheid kan bezitten, mits de behandeling wordt gecombineerd met krachtige visuele en verbale suggestie.¹² Het blijft echter de vraag of hun bevindingen zonder meer extrapol eerbaar zijn naar andere experimenten. Vooral nog lijkt het veiliger om de vergelijkbaarheid van de therapieën op het punt van geloofwaardigheid aan te tonen op de wijze die *Petrie et al.* voorstellen.

Dit geldt uiteraard alleen, indien de controlebehandeling als placebo therapie is bedoeld; alleen dan is men immers geïnteresseerd in het vergelijken van twee behandelingen die qua placebogevoel vermogen precies gelijkwaardig zijn. In pragmatische experimenten worden twee (of meer) therapieën vergeleken, waarbij verschillen in geloofwaardigheid worden gezien als inherent aan de waarde van de therapie. In dat geval is het prettig, als voor ten minste één van de therapieën vaststaat dat zij effectiever is dan een placebo. Als beide (of alle) therapieën van twijfelachtige waarde zijn, kan men niet uitsluiten dat alle resultaten door placebo-effecten zijn veroorzaakt.

Literatuur

- ¹ Bannerman RH. Acupuncture: the WHO view. *World Health* 1979; Dec: 24-9.
- ² Kho HG. Acupunctuur als geneeswijze; feiten en perspectieven. *Ned Tijdschr Geneesk* 1987; 131: 1896-1902.
- ³ Bong YH. Acupunctuur meetbare therapie. *Arts en Alternatief* 1987; 1: 3-7.
- ⁴ Walton JN. *Essentials of neurology*. Tunbridge Wells: Pitman, 1977: 84-6.
- ⁵ Weisberg LA, Strub RL, Garcia CA. *Essentials of clinical neurology*. Baltimore: Universi-

Acupunctuur en aangezichtspijn. De scores per studie.

(Eerste) auteur	A	B	C	D	E	F	G	H	I	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	Z	Totaal
	2	2	4	1	2	4	3	2	2	2	2	3	3	1	2	3	1	1	-3	40
Hansen ⁹			4	1		(4)	(3)		2						2					9-16
Hansen ¹⁰			4			(4)	3		2										-3	6-10
Lewith ¹¹		(2)	4	(1)	2		(3)		2		2		(3)			2				12-21

A Homogeniteit	F Patiënten blind	L Medicijngebruik	Q Presentatie ruwe data
B Prestratificatie	G Evaluator blind	M Pragmatisch experiment	R Bijwerkingen vermeld
C Randomisatie	H ≥3 maanden follow-up	N ≥50 personen per groep	S Gekwalificeerde acupuncturist
D Baseline-karakteristieken	I Pijn	O DNIC-omzeiling	Z Alleen p-waarden
E ≤20 procent uitvallers	K ADL	P Therapie goed beschreven	

Acupuncture treatment of chronic facial pain – a controlled cross-over trial Hansen PE, Hansen JH. *Headache* 1983; 23: 66-9.⁹
Treatment of facial pain by acupuncture [Abstract] Hansen PE, Hansen JH. *Acta Neurochir* 1981; 59: 279.¹⁰

Twintig patiënten met chronische aangezichtspijn, onder behandeling bij de afdeling neurologie van een universiteitskliniek, deden mee aan het experiment. De patiënten leden 4-33 jaar aan hun klachten en acht van hen hadden reeds een neurochirurgische operatie achter de rug.

Randomisatie resulteerde in twee groepen van 10 patiënten. Beide groepen werd gevraagd gedurende vier weken dagelijks de ernst van hun pijn te scoren op een vierpuntsschaal. Daarna werden de twintig deelnemers twee weken in het ziekenhuis opgenomen.

- Groep A ontving 10 behandelingen met acupunctuur, waarbij – afhankelijk van de lokalisatie van de pijn – drie klassieke acupunctuurpunten werden aangeprikt. Nadat *Teh Ch'i* was verkregen, bleven de naalden steeds 15 minuten ongemanipeleerd zitten.
- Groep B kreeg een soortgelijke behandeling met dit verschil dat nu huidpunten die niet als acupunctuurpunten bekend staan, oppervlakkig (2-4 mm) werden aangeprikt. *Teh Ch'i* werd niet opgewekt.

Na deze twee weken registreerden de

patiënten gedurende vier weken hun klachten. In die weken verbleef men buiten het ziekenhuis. Vervolgens vond opnieuw een behandelperiode van twee weken plaats, met dien verstande dat nu groep B de echte therapie kreeg en groep A de controlebehandeling. Na hernieuwd ontslag werden de patiënten wederom vier weken gevolgd om de therapie-effecten vast te stellen.

- Men koos voor twee effectmaten:
- de dagelijkse ernst van de pijn (vierpuntsschaal);
 - een subjectief oordeel over de therapie die men als de prettigste/beste had ervaren.

De pijnregistraties werden door een geblindeerde evaluator verwerkt, maar over de subjectieve oordelen wordt slechts gezegd dat deze door interviews waren verzameld.

In verband met de blinding is in elk experiment met een placebotherapie van belang dat de patiënten geen eerdere ervaringen met acupunctuur hebben gehad. In een *cross-over* experiment waarin slechts in de 'echte' behandelingsgroep *Teh Ch'i* wordt opgewekt, geldt voor het tweede deel van de studie automatisch dat alle patiënten ervaring hebben met acupunctuur. De placebobehandeling zonder *Teh Ch'i* loopt het risico als netherapie te worden ontmaskerd, met alle gevolgen van dien voor een vergelijkbare geloofwaardigheid van de twee therapieën. De auteurs

probeerden dit te ondervangen door aan de patiënten mee te delen dat het doel van de studie was om twee verschillende soorten acupunctuur te vergelijken.

Een tweede reden om de resultaten van de tweede behandelperiode met terughoudendheid te bekijken, is algemeen van aard. In elk *cross-over* experiment is het twijfelachtig, of de groepen na de *cross-over* nog prognostisch vergelijkbaar zijn. In het onderhavige geval kampen de auteurs bovendien met 4 (20 procent!) uitvallers en presenteren zij slechts resultaten die betrekking hebben op de resterende 16 patiënten.

Met deze belangrijke kanttekeningen in het achterhoofd kan men de resultaten naar waarde schatten. Groep A (echte therapie eerst) verschijnt in een iets gunstigere uitgangspositie aan de start (8 procent minder pijnscore). Vier weken na de eerste behandeling heeft groep A 24 procent pijnreductie, tegen groep B 3 procent. Vier weken na de tweede behandeling zijn deze getallen respectievelijk -12 procent en 6 procent. Dit betekent dat groep A tijdens de placebobehandeling achteruit ging (-12 procent). Groep B had minder baat bij acupunctuur dan groep A (respectievelijk 6 en 24 procent). Het subjectieve oordeel viel uit in het voordeel van acupunctuur: 7 tegen 1, terwijl 8 patiënten geen voorkeur hadden.

Dit experiment is overigens erg klein.

Acupuncture compared with placebo in post-herpetic pain Lewith GT, Field J, Machin D. *Pain* 1983; 17: 361-8.¹¹

Voor dit experiment werden 62 patiënten met een post-herpetische neuralgie door huisartsen verwezen naar de auteurs. Alle patiënten voldeden aan de volgende criteria:

- drie maanden of langer pijn in een dermatoom waar voorheen de voor een herpes-zosterinfectie kenmerkende huiduitslag had gezeten;
- geen zeer ernstige ziekte of zwangerschap;
- geen gebruik van geneesmiddelen die het immuunsysteem remmen.

Er werd geprestratificeerd op geslacht, waarna randomisatie zorgde voor twee groepen:

- Groep A (n=30) ontving eerst ooracupunctuur (10 minuten per behandeling), maar wanneer succes na twee of drie keer uitbleef, werd overgeschakeld op lichaamsacupunctuur; dit gebeurde bij 24 van de 30 patiënten. Behandeling vond

eens per week plaats, ten hoogste gedurende acht weken. Als lichaamsacupunctuur werd toegepast, werd *Teh Ch'i* opgewekt.

- Groep B (n=32) ontving behandeling met nep-TENS. Twee niet met de stroombron verbonden plakelektroden werden in de buurt van het pijnlijke gebied geplakt, terwijl een flikkerend rood lampje het in werking zijn van de apparatuur moest suggereren.

De follow-up bedroeg twee maanden. De volgende effectmaten werden (niet steeds blind) gemeten:

- pijn (zevenpuntsschaal);
- slaapproblemen (driepuntsschaal);
- gebruik van pijnstillers (dagboek en wkelijks per interview).

Na zes behandelingen werd steeds beslist of doorgaan nog zin had. Men verzuimde hiervan een effectmaat te maken. De prognostische vergelijkbaarheid voor wat betreft de duur van de pijn laat wellicht te wensen over; vooral de mannen in groep B hadden langer pijn dan de patiënten in groep A. De prognostische vergelijkbaarheid ten aanzien van slaapstoornissen en

gebruik van pijnstillers is niet te beoordelen, doordat geen getallen worden gegeven.

Vijf patiënten uit groep A stopten voortijdig met het experiment en gaven als reden dat acupuncture hun klachten verergerde. In groep B was dit het geval bij één patiënt. In totaal braken dertien mensen in groep A hun behandeling voortijdig af, en in groep B drie. De auteurs hebben zoveel mogelijk gegevens van deze uitvallers in de resultaten opgenomen. Dit verdient alle lof.

Minder lof verdient de presentatie van de resultaten. Getallen over de slaapstoornissen en het gebruik van pijnstillers worden niet gegeven. Men definieert (wanneer?) een verandering van twee punten op de zevenpuntsschaal voor pijn als een relevant resultaat en stelt vervolgens vast dat de het aantal patiënten dat zo'n vooruitgang bereikt, in beide groepen praktisch hetzelfde is. Dit geldt zowel direct na de therapie (respectievelijk 7 en 7) als na twee maanden (respectievelijk 5 en 9).

ty Park Press, 1983: 71-2.

⁶ Adams RD. Headache. In: Petersdorf RG, et al., eds. *Harrison's principles of internal medicine*. Auckland: McGraw-Hill, 1983: 24.

⁷ Rowland LP. *Merritt's textbook of neurology*. Philadelphia: Lea & Febiger, 1984: 319-21.

⁸ Man SC, Chen CH. Acupuncture for pain relief. A double-blind, self-controlled study. *Michigan Med* 1974; 73: 15-24.

⁹ Hansen PE, Hansen JH. Acupuncture treatment of chronic facial pain - a controlled cross-over trial. *Headache* 1983; 23: 66-9.

¹⁰ Hansen PE, Hansen JH. Treatment of facial pain by acupuncture [Abstract]. *Acta Neurochir* 1981; 59: 279.

¹¹ Lewith GT, Field J, Machin D. Acupuncture compared with placebo in post-herpetic pain.

Pain 1983; 17: 361-8.

¹² Petrie J, Hazleman B. Credibility of placebo transcutaneous nerve stimulation and acupuncture. *Clin Exp Rheumatology* 1985; 3: 151-3.

¹³ Borkovec TD, Nau SD. Credibility of analogue therapy rationales. *J Behav Ther Exp Psychiat* 1972; 3: 257-60. ■

Abstract

Ter Riet G, Kleijnen J, Knipschild P. Acupuncture and facial pain [The effectiveness of acupuncture]. *Huisarts Wet* 1989; 32(7): 264-6.

In a search through the literature on the effectiveness of acupuncture in facial pain, only two controlled clinical trials were found. The study design in both these trials is poor. Therefore no definite conclusions can be drawn. The effectiveness of acupuncture in facial pain should not be considered as proven.

Key words Acupuncture; Controlled clinical trials; Effectiveness; Facial pain; Meta-analysis.

Correspondence G. ter Riet, Department of Epidemiology/Health Care Research, University of Limburg, P.O. box 616, 6200 MD Maastricht, The Netherlands.