Diagnostische waarde van elektroacupunctuur volgens Voll, zuigcurettage

Onvolledige informatie

Uit het artikel van Klein Breteler en Schipperheyn[1] blijkt weer eens hoe onvolledige informatie betreffende een bepaalde methode kan leiden tot een foutieve vraagstelling met een foutief uitgekozen onderzoeksonderwerp. Op de wijze waarop door de auteurs onderzoek is uitgevoerd, is het mogelijk om iedere geneesmethode te verketteren.

De onjuiste informatie bij auteurs komt enerzijds tot stand door het feit dat Voll zelf ten onrechte suggereert dat ongeveer alles op medisch terrein door middel van de elektroacupunctuur kan worden gediagnostiseerd. Anderzijds had de onderzoeksgroep zich beter moeten verdiepen in de elektrofysiologische achtergronden van de elektroacupunctuur, die in wezen niet berust op acupunctuur doch op het meten van elektrofysiologische veranderingen in bepaalde organen aan het huidoppervlak, zoals in de elektrosegmentdermografie gebruikelijk is.

Deze basisprincipes vertonen veel overeenkomsten met de basisprincipes waarop de metingen bij het EEG- en het ECG-onderzoek berusten. Wanneer men de moeite had genomen de literatuur op het gebied van de elektrodermografie (Otto Bergsman en Janke) uitvoerig te bestuderen, dan had men kunnen concluderen dat elektrodermografie en elektroacupunctuur ingedeeld kunnen worden bij de functie-onderzoekingen. Ook met elektrocardiografie kan men niet direct klepvitia diagnostiseren. De vraagstelling of men met elektroacupunctuuronderzoek anatomische hartafwijkingen kan opsporen, is gelijk aan de vraag of men met het longfunctie-onderzoek een longtumor kan aantonen. Een dergelijke vraagstelling moet als ridicuul worden gezien.

Onderzoek met patiënten bij wie elektroacupunctuuronderzoek is toegepast, leert dat over het algemeen geen duidelijke morfologische afwijkingen vastgesteld kunnen worden. Wel kan men een lichte elektrofysiologische veranderingen die optreden bij inflammaties of een voorstadium van inflammaties (bijvoorbeeld in irritatieve stadia voordat een inflammatie ontstaat, zoals bij latente tandfoci het geval kan zijn), worden vastgesteld.

Het elektroacupunctuuronderzoek blijkt het meest waardevol bij het opsporen van latente foci die een oorzaak kunnen zijn van jarenlange onbegrepen pijn of chronische moeheidsklachten en kan als aanvulling worden gezien op reguliere diagnostische methoden. Het zou zinvoller zijn om een onderzoek uit te voeren op dit gebied, alvorens men overgaat tot het afwijzen van een dergelijke methode.

Ook over de toegepaste meettechnieken en/interpretaties dient men zijn twijfels te hebben:

- Het garanderen van een constante druk door middel van de genoemde veer op de elektrode heeft bij mij niet de indruk gewekt dat hierbij sprake zou zijn van een zorgvuldige drukregistratie waarbij een constante druk tijdens het meten wordt gewaarborgd. Over de kwaliteit van de metingen moet men dan ook ernstige twijfel hebben, vooral wanneer het meten door onervaren personen is geschied. Het verdient aanbeveling om bij een volgend onderzoek gebruik te maken van de daartoe geëigende meetapparatuur, die een zorgvuldige drukregistratie waarborgt.
- Registratie van onderzoeksresultaten en vergelijking tussen verschillende meetapparatuur heeft aangetoond dat het registreren van absolute meetwaarden slechts een beperkte waarde heeft aangezien deze te variabel kunnen zijn onder invloed dikte- en vochtigheidsgraad van de huid, die veelal niet constant kunnen worden gehouden. Het betrouwbaarste item dat gehanteerd dient te worden is de Zeigerabfall. Deze blijkt bij een persoon onder verschillende omstandigheden een hoge mate van reproduceerbaarheid te bezitten.

Concluderend kan worden gesteld dat men ten onrechte de elektroacupunctuur als een niet werkzame methode heeft afgedaan door uit te gaan van een foutief onderzoeksobject, onjuiste meetmethodes en interpretaties. Het is dan ook een dringende noodzaak dat, indien men een onderzoek wil doen naar de werkzaamheid van de elektroacupunctuur, deze geschiedt met een geheel andere vraagstelling en juiste meetmethodieken.

D. Meijer, huisarts.

[1] Klein Breteler MA, Schipperheyn JJ. De Diagnostische waarde van elektroacupunctuur volgens Voll bij hartaandoeningen. Huisarts Wet 1990; 33(7): 268-72.

Naschrift

We danken Meijer voor zijn commentaar, want het geeft ons de gelegenheid enkele punten nog wat nader te belichten.

We hebben het onderzoek niet gedaan met de bedoeling om de elektroacupunctuur neer te sabelen. Mede door de overeenkomsten met de elektrocardiografie, waar Meijer ook op wijst, leek ons een beperkte diagnostische waarde niet a priori uitgesloten. De EAV onderscheidt zich namelijk van vele alternatieve diagnostische technieken, doordat Voll, de ontdekker, de methode geschikt achtte voor het opsporen van medisch gezien goed gedefinieerde ziekten en doordat hij bovendien de fysische grondslagen van de methode redelijk goed heeft beschreven. Hij deed dat uitdrukkelijk met de bedoeling dat de methode door iedere arts zou kunnen worden toegepast. Dat siert Voll, want methoden die alleen in handen van bijzonder begaafde onderzoekers tot resultaten leiden en waarmee alleen afwijkingen kunnen worden opgespoord die geen pathologisch substraat hebben, zijn in principe niet testbaar. Bovendien, al zou zo'n methode in handen van enkelen tot frappante resultaten leiden, dan nog is de waarde daarvan voor de volksgezondheid gering.

We zijn ervan overtuigd, dat Voll te goeder trouw relaties meende te zien tussen een elektromechanisch fenomeen van de huid en de conditie van bepaalde organen. Hij heeft zijn techniek als een natuurwetenschappelijk gefundeerde en verifieerbare methode beschreven en hij heeft zich niet willen verschuilen achter een rookgordijn van paranormale begaafdheid. Dat wij met onze analyse zelfs niet het geringste spoor van deze relatie hebben kunnen terugvinden, is sneu voor Voll, maar zo gaat dat nu eenmaal in de wetenschap. Zo zijn wel meer diagnostische methoden obsoleet geworden en dat is maar goed ook.

De overeenkomst tussen EAV en ECG is overigens maar oppervlakkig. Bij het ECG is de hartspier de stroombron, en afwijkingen in die spier geven daardoor onvermijdelijk afwijkingen in het ECG, waar ook op het lichaam gemeten. Klepvitia zijn inderdaad niet te zien in het ECG, wél de gevolgen daarvan voor de hartspier. Maar omdat de hartkleppen geen stroom produceren, heeft niemand ooit beweerd dat met het ECG een klepafwijking kan worden gediagnostiseerd. Infarctlittekens zijn echter goed te zien op een ECG, zeker die van de grote voorwandinfarcten. Op dat punt liet de EAV ons geheel in de steek.

Hetzelfde geldt voor de longfunctiemetingen en hun betekenis voor de diagnostiek van het bronchuscarcinoom: alleen de gevolgen van een carcinoom zijn te diagnostiseren met longfunctieproeven. De diagnose astmatische bronchitis kan echter met alleen een longfunctieonderzoek vrijwel zeker gesteld worden.

Meijer twijfelt wat aan onze meetvaardigheid, maar op dat punt kunnen we hem gerust stellen. Niet alleen hebben we de literatuur goed bestudeerd, maar we hebben ook nog methodologisch onderzoek gedaan. Bij de EAV wordt stroom gemeten, maar de grootte van de stroom en het verloop daarvan in de tijd (Zeigerabfall) worden grotendeels (voor circa 80 procent) bepaald door de weerstand van een klein stukje huid vlak onder de meetelektrode. De weerstand hangt af van de dikte van de huid en van de hoeveelheid vocht tussen de cellen en neemt sterk af, naarmate meer druk wordt uitgeoefend. Het doorleiden

van de meetstroom heeft geen aantoonbare invloed, maar de druk des te meer. Bij aanhoudende druk wordt vocht weggedrukt en daardoor daalt de stroom en stijgt de weerstand. Dat gebeurt bij iedere proefpersoon, maar bij sommigen meer dan bij anderen. Door de sterke invloed van de druk bleek het mogelijk door wat harder te gaan drukken tijdens de meting, bewust of onbewust, te 'compenseren' voor een stroomdaling, zodat een duidelijke Zeigerabfall een vrij zeldzaam verschijnsel wordt.

We hebben beïnvloeding van de meting door de onderzoeker door een eenvoudige – maar daarom niet minder goede – meting van de druk voorkomen en we vinden dan dat de Zeigerabfall helemaal niet zo'n bijzonder fenomeen is. Iedere proefpersoon vertoont het verschijnsel op alle punten waar gemeten wordt, en de meetwaarden volgen een keurige normaalverdeling. We ontkennen dan ook niet dat de Zeigerabfall bestaat. We tonen alleen maar aan dat tussen de plaats waar een opvallend sterke Zeigerabfall wordt gevonden, en een specifieke organische afwijking in het lichaam zeer waarschijnlijk geen associatie bestaat.

Dat Meijer minder vertrouwen heeft in de beginwaarde van de stroom, kunnen we ons voorstellen, want ook die toonde geen enkele associatie. Omdat we zijn zorgen deelden, hebben we met een statistische methode de invloeden van huiddikte en vochtigheid geëlimineerd. Dat maakte de associatie echter niet sterker, in tegendeel.

Het is jammer dat we voor Voll's theorie geen bevestiging hebben kunnen vinden. Zijn methode had zo waardevol kunnen zijn voor bijvoorbeeld de opsporing van carcinomen bij een bevolkingsonderzoek, zelfs al zou slechts een zwakke associatie zijn gevonden.

Het verbaast ons dat Meijer een methode waarmee nog niet eens een kunstklep kan worden opgemerkt, wel geschikt acht voor de opsporing van een 'irritatief voorstadium van inflammatie' van de betrokken hartklep. Een onderzoek 'met geheel andere vraagstelling en met een juiste meetmethodiek' is ons inziens zinloos. Een onderzoek dat beperkt moet blijven tot ziekten zonder anatomisch of fysiologisch substraat, terwijl de methodiek alleen juist is, indien uitgevoerd door een EAV-deskundige, snijdt geen hout. Een gouden standaard voor de diagnose en reproduceerbaarheid van de methode door iedere gekwalificeerd onderzoeker zijn essentiële voorwaarden voor een onderzoek waarmee een diagnostische methode wordt geverifieerd. Als het met zulke duidelijke afwijkingen als kunstkleppen en grote infarcten niet lukt om ook maar een spoortje associatie aan te tonen, dan hoort de EAV wat ons betreft tot nader order, met het piskijken, polsvoelen, steentjewerpen, handopleggen, huiglichten, ringetjedraaien en zo meer, thuis in het Zwarte Gat van Nederland, de moderne versie van de oud-vaderlandse jaarmarkt en de beoefenaren horen een trechter op hun kop te dragen.

M.A. Klein Breteler,
J.J. Schipperheyn

Specifieke deskundigheid

Klein Breteler en Schipperheyn stellen dat iedere medicus de elektroacupunctuur volgens Voll (EAV) na enige oefening kan toepassen.[1]

Welke voorwaarden door Voll aan het toepassen van EAV zijn gesteld, wordt duidelijk beschreven in een boek van Leonhardt en Voll zelf: men moet minstens twee cursussen uitgaand van de Internationale Gesellschaft für EAV gevolgd hebben, alvorens het zin heeft een gekwalificeerd apparaat aan te schaffen.[1] Dan komt pas de eigenlijke training. Gekwalificeerd is niet de punctomefoon, maar slechts één apparaat dat met naam en toenaam wordt vermeld. Vergelijkende metingen gaven aanzienlijke verschillen tussen de punctomefoon en de gekwalificeerde apparatuur te zien (eigen waarneming door vergelijking van beide apparaten bij meerdere patiënten).

Tijdens EAV-opleidingen wordt steeds benadrukt dat klinische diagnostiek en EAV-diagnostiek twee verschillende begrippen zijn. De auteurs daarentegen maken dit onderscheid niet en hierdoor verwachten zij geheel ten onrechte dat klinisch aangetoonde hartafwijkingen tot uitdrukking dienen te komen in afwijkende meetwaarden op de bij het hart behorende meetpunten. De gevonden meetwaarden vertoonden echter, zoals een vakbekwame elektroacupuncturist hen had kunnen voorspellen, geen statistisch significante verschillen met de waarden die worden gevonden bij gezonde proefpersonen. Zoals te verwachten was, want een EAV-diagnose verstrekt additieve informatie over datgene wat met klinisch onderzoek *niet* kan worden gevonden.

EAV-diagnostiek is het opsporen van chemische, virale of bacteriële toxinebelasting van diverse orgaansystemen, nader te differentiëren en te benoemen door middel van de 'nosodentest'. Om die uit te kunnen voeren is grondige training en ervaring van de onderzoeker nodig. De auteurs hebben geen nosodentest verricht en geen gekwalificeerd instrumentarium gebruikt; zij hebben dus geen EAV-diagnostiek bedreven. Zij hebben slechts discutabele meetgegevens verzameld en op die basis geconcludeerd dat de waarde van EAV 'nihil' is.

De publikatie van het Leidse onderzoek zegt jammer genoeg weinig over de EAV, maar draagt wel bij tot verder onbegrip. Is dat de bedoeling van het laatste (scheld)woord van het artikel?

L. Kunst, arts,
NEAV-gediplomeerd

[1] Klein Breteler MA, Schipperheyn JJ. De Diagnostische waarde van elektroacupunctuur volgens Voll bij hartaandoeningen. Huisarts Wet 1990; 33(7): 268-72.

[2] Leonhardt H. Grundlagen der Elektroakupunktur nach Voll. Uelzen: M.L. Verlag, 1986: 27, 35.

Naschrift

Kunst vindt het onderzoek ook al erg jammer. Zijn onvrede motiveert hij met de voor alle alternatieve diagnostiek gebruikelijke argumenten. Die argumenten zijn:

- Alleen in handen van middels grondige, langdurige cursussen en door toelating tot een genootschap gekwalificeerde personen levert de methode juiste resultaten op.
- De methode berust weliswaar op een simpele meting van stroom en spanning, maar alleen als voor de metingen een door het genootschap 'goedgekeurde' meetversterker wordt gebruikt zijn de metingen juist.
- Statistisch significante verschillen zijn helemaal niet te verwachten, want met EAV worden andere aandoeningen opgespoord dan die waar men zich in de reguliere geneeskunde zorgen over maakt. Die andere aandoeningen veroorzaken wel allerlei akelige klachten, maar zijn verder gekenmerkt door het ontbreken van een met reguliere middelen aantoonbaar pathologisch substraat.

We weten best, dat de geneeskunde een werkterrein vormt voor alternatieve zieners en behandelaars die successen claimen waar de diagnostiek en therapie van de reguliere geneeskunde een voor de patiënt – en soms ook de arts – onbevredigend resultaat oplevert. Wie hoopt dat dit oeroude verschijnsel na de spectaculaire verbetering van de resultaten van de reguliere geneeskunde in deze eeuw zou verdwijnen, komt bedrogen uit. Zelfs een artsdiploma van een van onze universiteiten vrijwaart kennelijk niet levenslang tegen deelneming aan dit soort activiteiten.

Ons onderzoek was niet bedoeld als kruistocht tegen dit fenomeen. Het heeft namelijk geen zin een methode te toetsen die alleen door ingewijden kan worden gehanteerd en die alleen geschikt is voor ziekten die op geen enkele andere wijze zijn vast te stellen. Wij hebben alleen maar nagegaan of de EAV geschikt is om echte cardia-

le pathologie vast te stellen, van het soort dat in de pathologieboeken voorkomt. De meting zou, net als bij de elektrocardiografie bijvoorbeeld, uitgevoerd moeten kunnen worden door elke medicus of paramedisch laborant, met behulp van een goed gecalibreerde stroommeter en met aanvankelijk wat hulp en toezicht van fysiologen met ervaring met elektrische metingen aan levend weefsel, om te zorgen dat de draden netjes worden aangesloten.

De EAV blijkt niet geschikt om cardiale afwijkingen vast te stellen en bovendien blijkt uit de analyse dat dit niet aan het apparaat ligt.

Kunst heeft achteraf niet anders verwacht, zegt hij, maar vakbekwame elektroacupuncturisten hebben ons dat tevoren niet voorspeld. We zijn het onderzoek begonnen, juist omdat Voll in zijn boek een positief resultaat beloofde. We hadden zelfs een beetje de verwachting dat Voll na vele jaren turen naar het wijzertje van zijn microampèremeter een klinisch pareltje gevonden zou kunnen hebben. Hij zou best weleens, zonder dat daar een rationele basis voor is, een reëel verband tussen orgaanlaesies en de huidweerstand op bepaalde punten van de vingers opgemerkt kunnen hebben. Er zijn immers meer dingen tussen hemel en aarde dan zelfs een wetenschapper kan bevroeden, dus waarom zou Voll niet een beetje gelijk hebben?

We vinden het uiteindelijk niet zo jammer dat Voll geen gelijk had, hoewel we waarschijnlijk een toppositie op de Citation Index zijn misgelopen.

M.A. Klein Breteler,
J.J. Schipperheyn

Onvoldoende kennis

Het is jammer te moeten constateren, dat het onderzoek van Klein Breteler en Schipperheyn[1] door onvoldoende kennis van de materie niets oplevert. Er zijn diverse oorzaken aan te wijzen waar het onderzoek fout is gegaan.

• *Voorwaarden voor het onderzoek in de elektroacupunctuur* Bij ieder onderzoek in de geneeskunde moet van tevoren aan bepaalde voorwaarden worden voldaan, en dit geldt ook voor de elektroacupunctuur volgens Voll. De voorwaarden waar zo'n onderzoek aan moet voldoen, zijn nauwkeurig omschreven.[2] De onderzoekers hebben zich beperkt tot het uitdoen van een prothese, het afdoen van sieraden en het niet drinken van koffie. Veel belangrijker is echter om, indien dit medisch verantwoord is, ten minste 24 uur van tevoren geen medicijnen in te laten nemen. Hebben de gebruikte medicijnen een langere werkingsduur, dan wordt de termijn evenredig langer. Sommige medicamenten, zoals bêta-blokkers, ACE-remmers en het flecaïnide-acetaat, maken dat aan de meetpunten van de hartmeridiaan geringe meetverschillen ontstaan. Als bij een patiënt bijvoorbeeld lanoxine geïndiceerd is en hij de juiste dosering krijgt, dan zijn er aan de hartmeetpunten geen afwijkingen meer te vinden, ondanks het feit dat de patiënt een decompensatio cordis of een bepaalde hartritmestoring kan hebben. Omdat het diagnosesysteem van de elektroacupunctuur een grote gevoeligheid bezit, kan zelfs het gebruik van bepaalde soorten tandpasta of vitaminepreparaten invloed uitoefenen. Om het onderzoek toch mogelijk te maken, kan het ingenomen medicament tijdens de meting elektronisch worden gecompenseerd.

• *Het bepalen van de eindwaarde van de meting na 10 seconden* Om het dieptepunt van de geleidingsafname vast te stellen, is 10 seconden over het algemeen te kort; dit kan 20 seconden of meer duren. Als een serie metingen wordt vergeleken, blijkt de lokalisatie van de aandoening vastgesteld te kunnen worden uit de laagste meetwaarde, vergeleken met de andere. Dit belangrijke gegeven is in dit onderzoek gemist.

• *Het criterium 'gezonde vrijwilligers'* Aangezien de meetpunten van de gezonde vrijwilligers alle geleidingsafname vertoonden, soms zelfs meer dan bij de hartpatiënten, kan bij hun 'gezondheid' een groot vraagteken geplaatst worden en waren de voorwaarden voor het onderzoek ook hier van toepassing. Het is onduidelijk in hoeverre deze vrijwilligers zijn gescreend op hun gezondheid. De groep had veel groter moeten zijn. In een recent vergelijkend onderzoek van *Rossmann & Popp* heeft eveneens een verfijnde analyse van frequentiedistributie plaatsgevonden.[3]

• *Controlepunten op de hartmeridiaan* Er is van uitgegaan dat meetpunten op de hartmeridiaan die niet met een bekende pathologie te maken hadden, geen afwijkende waarden en/of dalingskarakteristieken zouden vertonen. In hoeverre deze veronderstelling juist is, hangt af van vele factoren, onder meer van de gevoeligheid van het diagnostisch systeem. Heeft dit systeem een grote gevoeligheid zoals bij de elektroacupunctuur, dan kan bij deze veronderstelling een vraagteken worden gezet. Het blijkt dan ook, dat een coronair vaatlijden wel degelijk invloed heeft op het myocard. Zo zijn er in het hart nog meer relaties aantoonbaar. Om deze veronderstelling te ondersteunen, had ten minste een pilot studie gedaan moeten worden of men had het gemiddelde van alle andere punten op handen en voeten tot norm moeten maken. In het onderzoek is deze foutieve veronderstelling als juist aangenomen.

• *Focale storingen* Het sterke punt van de elektroacupunctuur volgens Voll is het totale overzicht van het regulatiepatroon. Dan wordt het duidelijk of een hartaandoening primair of secundair is en wordt het duidelijk of het gebit hier een rol speelt of niet. Doordat de onderzoekers dit niet gedaan hebben, is ook geen indruk verkregen van de samenhang van verschillende pathogene aandoeningen, zoals de tonsillen en de hartkleppen en de regio van de verstandskiezen en de coronaire doorbloeding. Over het gebit kunnen ze dan ook niet anders schrijven, dan dat soms gezonde gebitselementen worden getrokken.

Samenvattend kan worden geconcludeerd dat door de onjuiste benadering van de materie het onderzoek, dat veel tijd heeft gekost, nutteloos is geweest. Een betere voorbereiding was op z'n plaats geweest. Het negatief beoordelen van de materie door eigen fouten lijkt dan ook onterecht.

C. van der Molen, arts
IJmuiden

1 Klein Breteler MA, Schipperheyn JJ. De diagnostische waarde van elektroacupunctuur volgens Voll bij hartaandoeningen. Huisarts Wet 1990; 33(7): 268-72.
2 Van der Molen C. Leerboek voor de electroacupunctuur volgens Voll. Lochem: De Tijdstroom, 1989: 44-5, 228-32.
3 Rossmann H, Popp FA. Statistik der Elektroakupunktur nach Voll. Phys Med Rehabilitation 1986; 1: 51-7; 9: 623-30.

Naschrift

Wij danken Van der Molen voor zijn uitvoerig commentaar. Wij vinden het helemaal niet zo jammer. Het onderzoek heeft ons veel inzicht opgeleverd en ook veel kennis van de materie. Er gaat wat ons betreft niets boven kennis verworven door eigen onderzoek.

Van der Molen ziet dat anders. De resultaten bevallen hem niet zo; ze zijn in tegenspraak met zijn overtuiging en vastgeworteld geloof in de EAV en dus deugt het onderzoek niet. Zijn bezwaren lijken ons wat gezocht: de patiënten zullen wel de verkeerde tandpasta hebben gebruikt, of de controlepersonen zullen wel niet zo gezond zijn geweest, of het 'totale regulatiepatroon' werd niet meegemeten. Laten we echter de opmerkingen punt voor punt nagaan.

De patiënten hadden allen duidelijke en 'keihard' bewezen aandoeningen van het hart; daar zijn ze op uitgezocht. Dat een afwijkende meetwaarde op een relevant EAV-punt bij patiënten met bijvoorbeeld een kunstklep zou normaliseren door een tabletje bêta-blokker of zelfs door

krachtig tandenpoetsen, lijkt ons erg wonderlijk, maar als dat zo is, maakt dat de EAV als diagnostisch hulpmiddel voor hartklepaandoeningen ongeschikt.

De eindwaardemeting werd, om het ongemak voor de patiënten te beperken, na 10 seconden beëindigd. We vonden namelijk dat de daling van de stroom een volstrekt voorspelbaar verloop in de tijd heeft, zodat de waarde na 10 seconden een vaste fractie (0.32) is van een stabiele eindwaarde. Op onze conclusies, gebaseerd op een vergelijkende statistische analyse, heeft dit geen invloed. De eindwaarde kan overigens pas na ten minste drie minuten met een acceptabele nauwkeurigheid worden gemeten. Uit persoonlijke ervaring met gediplomeerde EAV-diagnosten is ons gebleken dat ook zij hun klanten niet onderwerpen aan een marteling van drie minuten drukken per meetpunt.

De gezonde vrijwilligers waren allen erg gezond. Het is wat flauw om te suggereren dat we een groepje lieden met allerlei verborgen gebreken hebben uitgezocht om daarmee de EAV aan een negatief resultaat te helpen. De definitie van gezond in dit verband is impliciet gegeven in de beschrijving van de methoden; het gaat om mensen zonder één van de 'keihard' bewijsbare aandoeningen waaraan de hartpatiënten leden.

De vraag of controlepunten op de hartmeridiaan al of niet een afwijking zouden moeten vertonen, is voor het onderzoeksresultaat niet relevant. Statistische analyse met of zonder controlepunten levert exact hetzelfde resultaat op: tussen meetwaarden van zieken en gezonden bestaat nauwelijks verschil.

De opmerking over focale storingen is van dezelfde aard als de eerste opmerking over geneesmiddelen. Als de diagnostiek van een klepafwijking onmogelijk wordt gemaakt door een ontstoken tonsil of een rotte kies, dan is dat jammer voor de diagnostiek. Een methode die zo gevoelig is voor 'storingen', is onbruikbaar.

Het onderzoek heeft veel tijd gekost, maar het was niet nutteloos. We hielden, toen we het onderzoek begonnen, rekening met de mogelijkheid dat tussen Voll's warrige bevindingen iets zou kunnen zitten dat bruikbaar zou kunnen zijn voor de reguliere diagnostiek. Een klein maar statistisch significant verschil zou de EAV bijvoorbeeld geschikt maken voor screening bij keuringen. We verwachtten zoiets als het vinden van een nog onbekend werkzaam middel in de geneeskrachtige soep van een kruidenvrouwtje.

Onze hoop nog eens als een Withering après la lettre in de geschiedenis van de geneeskunde te worden gememoreerd is ijdel gebleken, maar jammer vinden we dat niet echt.

M.A. Klein Breteler,
J.J. Schipperheyn

Poliklinische zuigcurettage

Wij willen wijzen op een alternatief voor de in de standaard (Dreigende) Miskraam[1] genoemde mogelijkheden 'afwachtend beleid' en 'klassieke curettage': de zuigcurettage. Een poliklinische zuigcurettage kan eenvoudig plaatsvinden met paracervicale verdoving, zonder narcose. Op deze wijze worden ook verreweg de meeste abortusbehandelingen gedaan. Bij een miskraam is (verdere) dilatatie meestal niet nodig om een zuigbuis van 6-8 mm doorsnede in te brengen. In elk geval gaat het gemakkelijk, zonder gevaar van cervixbeschadiging. De behandeling behoeft niet meer dan enkele minuten te duren en de vrouw kan na een korte observatieperiode (maximaal een half uur) weer naar huis. Het bloedverlies tijdens en na de ingreep is minimaal. Desgewenst kan het curettement nader worden onderzocht.

Bij de zuigcurettage is er een snellere ontzwangering dan bij afwachtend beleid en geen onzekerheid meer over het verdere beloop. De risico's van een afwachtend beleid, zoals langdurig of hevig bloedverlies, endometritis en de kans dat alsnog een (spoed)curettage nodig is, worden voorkomen.

Het in de NHG-standaard bepleite beleid om geen onnodige medicalisering en tweedelijns bemoeienis te veroorzaken, heeft onze sympathie, maar een overwegend afwachtend beleid is niet altijd te realiseren en heeft ook nadelen. Daarom pleiten wij voor het opnemen van de zuigcurettage in de standaard. De huisarts kan de begeleiding in eigen beheer houden; alleen de ingreep zou door een gynaecoloog of in een abortuskliniek moeten worden verricht.

Willem Boissevain,
huisarts-abortusarts te Velp
Henk Doppenberg,
huisarts-abortusarts te Alphen a/d Rijn

[1] Flikweert S, Ligtenberg WJJ, Sips AJBI. (Dreigende) Miskraam [Standaard]. Huisarts Wet 1989; 32: 517-22.

Naschrift

Wij kunnen ons voorstellen dat de zuigcurettage in een aantal situaties de voorkeur geniet boven een curettage onder narcose. Voorwaarde is wel dat de behandelingsmogelijkheid beschikbaar is.

Wij zijn het er niet mee eens dat het in de standaard voorgestelde beleid op grond van deze behandelingsmogelijkheid zou moeten worden gewijzigd, en dat het principe van een afwachtend beleid zou moeten worden verlaten. Wij hebben daarvoor de volgende argumenten:

- De presentatie van het probleem is bijna steeds: vaginaal bloedverlies in het eerste trimester van de zwangerschap, hetgeen zich voordoet in ongeveer een kwart van alle zwangerschappen. In ongeveer de helft van de gevallen volgt hierop inderdaad een miskraam: in tweederde van deze gevallen binnen de eerste vier dagen na het begin van het bloedverlies, en in driekwart van de gevallen heeft binnen een week een spontane ongecompliceerde uitstoting plaats.
- Een behandeling mag pas volgen na het stellen van de diagnose. Echografie is daarvoor aangewezen. Dat wil zeggen dat ieder bloedverlies in het begin van de zwangerschap moet worden geëvalueerd door middel van echografisch onderzoek. Die echografie moet dan wel op spoedindicatie; anders heeft door het spontane beloop van de miskraam het probleem zich al opgelost. De uitslag van een echografie is ook niet steeds eenduidig; daarom wordt dan het advies gegeven het onderzoek te herhalen na één of twee weken. Door deze benadering wordt het diagnostisch apparaat onder druk gezet, zonder dat de kwaliteit van de zorgverlening daardoor duidelijk wordt verbeterd.
- Het voorgestelde beleid is gebaseerd op de uitgangsfilosofie die algemeen in de huisartsgeneeskunde wordt voorgestaan: geen interventies bij processen waarvan bekend is dat zij doorgaans een spontaan en ongecompliceerd beloop hebben, zolang niet is aangetoond dat de interventie zinvol is en minder kans op bijwerkingen en complicaties heeft.
- Wij realiseren ons dat het beleid van de huisarts steeds bepaald wordt door een aantal factoren. Normen en richtlijnen zijn daarbij één factor. De belevingswijze van de patiënt speelt eveneens een belangrijke rol. Dit geldt zeker voor een emotioneel beladen situatie als het doormaken van een miskraam. Dat daarin dikwijls een reden ligt om toch te termineren door een verwijzing voor curettage, is geaccepteerd, en dat kan zeker ook een zuigcurettage zijn.

Wij zijn het ook niet eens met de opmerking dat door in te grijpen tijdens een miskraam een snellere ontzwangering plaatsheeft dan bij een afwachtend beleid. Daarbij gaan we ervan uit dat met ontzwangeren het endocrinologisch gebeuren wordt bedoeld, dat ook rond een abortus plaatsheeft.

Tijdens een miskraam worden de resten uitgestoten van een vrucht waarvan de ontwikkeling al eerder is gestagneerd. De terugkoppeling van de trofoblast naar het corpus luteum gravidarum vervalt en de produktie van progesteron daalt. Er ontstaat een demarcatie tussen endometrium en trofoblast als de uitstoting op gang komt. Het verdwijnen van het subjectief zwangerschapsbeleven is een belangrijk fenomeen dat het gevolg is van deze endocrinologische verandering die

reeds vooraf is gegaan aan de uitstoting c.q. de miskraam zelf. Het verschil met een abortus provocatus is dat pas na en ten gevolge van de ingreep het corpus luteum gravidarum involueert met alle endocriene gevolgen van dien, samenvat als het ontzwangeren.

Het voordeel van de zuigcurettage boven de curette is dat deze onder lokale anesthesie kan worden toegepast. Er is discussie mogelijk over de veelal nog bestaande routine om narcose te geven bij een curettage met als indicatie miskraam. Schmidt heeft daarop reeds gewezen in een openbare les.

Namens de werkgroep (Dreigende) Miskraam
Dr. A.J.B.I. Sips

NOTA BENE

De verwijsbrief is een samenvatting van alle voor de verwijzing belangrijke gegevens en is derhalve een indicator voor de kwaliteit van de verwijzing. Stelling bij: Klop R. Rechten van patiënten bij de overdracht van zorg [Dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1990.

KENNISTOETS

Antwoorden pag. 450.
1 onjuist; 2 juist; 3 onjuist; 4 juist; 5 juist; 6 juist; 7 juist; 8 onjuist; 9 onjuist; 10 juist; 11 onjuist; 12 juist; 13 onjuist; 14 onjuist; 15 juist; 16 onjuist; 17 onjuist; 18 juist.

REFERATEN

Use of influenza vaccine in long-stay geriatric units *Lennox IM, Macphee GJA, McAlpine CH, Cameron SO, Leask BGS, Somerville RG. Age Ageing 1190; 19: 169-72.*

Met behulp van een vragenlijst werden 632 verpleeghuisartsen en geriaters in Groot-Brittannië en Noord-Ierland ondervraagd over hun beleid ten aanzien van griepvaccinatie. Driekwart van de aangeschrevenen stuurde de vragenlijst ingevuld terug. Hierbij bleek dat 81 procent nooit tegen influenza vaccineerde, 16 procent alleen bepaalde patiënten met een verhoogd risico – overeenkomend met de risicogroepen waarvoor de Nederlandse Hoofdinspectie influenzavaccinatie adviseert – en 3 procent alle in verpleeghuis verblijvende patiënten. Van de artsen die nooit vaccineerden, vond 56 procent het vaccin niet geschikt en 42 procent vaccinatie niet nodig.

Tevens vond in de wintermaanden van 1986-87 een prospectief onderzoek plaats naar alle griepachtige beelden bij 196 langdurige verpleegpatiënten. Hierbij werden 70 episoden influenza-achtige ziektebeelden bij 66 patiënten geconstateerd. Bij 17 patiënten werd door middel van een keeluitstrijk een virus geïsoleerd; in drie gevallen ging het om influenza B. Bij serologisch onderzoek (stijging van anti-influenzatiters) werden geen andere influenza-infecties vastgesteld.

Zes van de 66 patiënten met een griepachtig beeld overleden; bij geen van de overledenen was een virus geïsoleerd. In de op het onderzoek volgende zes maanden overleden nog 29 patiënten, geen van allen na 'griep'.

De conclusie van de auteurs dat geriaters en verpleeghuisartsen die hun langdurige verpleegpatiënten niet vaccineerden gelijk hadden, lijkt voorbarig. Er wordt niet medegedeeld of de 196 bestudeerde patiënten wel of niet gevaccineerd waren. Het aantal patiënten lijkt te klein voor dit soort boude uitspraken. Het onderzoek werd verricht in een winter zonder influenza-epidemie, zodat geen conclusies getrokken kunnen worden over het effect van influenza-vaccinatie in vivo.

B. Meyboom-de Jong

Factors affecting the decision to consult with dyspepsia: comparison of consulters and non-consulters *Lydeard S, Jones R. J R Coll Gen Pract 1989; 39: 495-498.*

In een eerder onderzoek werd gevonden dat slechts een op de vier mensen met dyspepsieklachten medisch advies zocht. In dit onderzoek wordt nagegaan welke factoren van belang zijn bij het besluit om de huisarts te raadplegen. Daartoe werden 135 mensen met klachten geïnterviewd: 69 die de huisarts consulteerden, en 66 die geen advies zochten.

Er was geen verschil tussen beide groepen met betrekking tot de duur, de ernst van de klacht en de aanwezigheid van bijkomende verschijnselen. Evenmin was er verschil in kennis over het maagdarmkanaal, maagzweren en hun behandeling. Het grootste verschil tussen beide groepen was de ongerustheid over mogelijk ernstige gevolgen van de dyspepsieklacht: de groep die de huisarts bezocht, was beduidend vaker bang om kanker of hartziekten te hebben of te krijgen. Daarnaast hadden de mensen die de huisarts bezochten, vaker levensbedreigende gebeurtenissen meegemaakt en behoorden zij ook tot een lagere sociaal-economische klasse dan de niet-consulterende groep.

Thea Bos

Decline in the risk of myocardial infarction among women who stop smoking *Rosenberg L, Palmer JR, Shapiro S. N Engl J med 1990; 322: 213-7.*

Eerder is al aangetoond dat het verhoogde risico op een hartinfarct bij mannen die roken, weer gelijk wordt aan het risico van niet-rokers, als ze stoppen met roken. In dit onderzoek werd voor vrouwen de relatie nagegaan tussen het stoppen met roken en het risico op een eerste hartinfarct. Met name werd gekeken hoe snel het risico daalt, en naar het effect van de hoeveelheid gerookte sigaretten, het aantal jaren dat gerookt werd en andere predisponerende factoren.

Van 1985 tot 1988 werd bij 910 vrouwen die voor de eerste keer voor een hartinfarct naar het ziekenhuis kwamen, gevraagd naar hun rookgewoontes en andere risicofactoren. Dezelfde vragen werden gesteld aan een controlegroep van 2375 vrouwen.

Vergeleken met vrouwen die nooit hadden gerookt, hadden de rokende vrouwen een 3,6 maal grotere kans op een hartinfarct. Voor vrouwen die 35 of meer sigaretten per dag rookten, was de kans zelfs ruim 7 maal zo groot. Voor de groep ex-rokers als geheel bleek het risico gemiddeld nog 1,2 maal zo groot, maar dit was sterk afhankelijk van het aantal jaren dat men niet meer rookte. Vrouwen die 1 tot 2 jaar geleden gestopt waren met roken, hadden nog een relatief risico van 2,0; na 3 jaar was dit risico ongeveer 1. Splitst men de groep ex-rokers uit op basis van het aantal gerookte sigaretten en het aantal jaren dat gerookt werd, dan ziet men in alle groepen een daling van het relatieve risico op een infarct. Ook bij de aanwezigheid van andere risicofactoren voor hart-vaatlijden daalt het risico als gestopt wordt met roken.

Germa Joppe