

Cochrane of Kwakrane?

Henk van Weert

Een gek kan meer vragen stellen dan 100 wijzen kunnen beantwoorden. Dit gezegde maakt de problemen tussen alternatieve geneeskunde en wetenschappelijk onderzoek direct duidelijk. Fabrikanten, belangengroeperingen, gelovigen en soms zelfs de overheid oefenen druk uit om onderzoek te doen naar de werkzaamheid van allerlei alternatieve medicatie. Middelen die zich vaak nauwelijks onderscheiden van viridochin of rubrochin, bekend bij de oudere collega's als placebo's. Er bestaat meestal geen enkele pathofysiologische verklaring voor de vermeende werkzaamheid. Onderzoek daarnaar is dan ook veelal zinloos.

In de recente update van de Cochrane Collaboration (versie 2002-4) is weer eens een review opgenomen over de effecten zo'n complementaire behandeling. Deze keer betreft het chelatietherapie.¹ De auteurs geven de wereldwijde toepassing en onduidelijkheid over de werkzaamheid als reden aan.

Het gebruik van een behandeling blijkt voor deze tempel van Evidence Based Medicine steeds opnieuw reden genoeg om (mislukte) meta-analyses te publiceren naar de werkzaamheid van van alles en nog wat. Of het nu gaat om astma en homeopathie of speleotherapie, ginkgo biloba en maculadegeneratie, yoga en epilepsie of chelatietherapie bij atherosclerose, het maakt niets uit. Steeds opnieuw blijkt het onmogelijk om een eenduidige conclusie te verbinden aan gepubliceerd onderzoek, vrijwel steeds door de slechte methodologie van de ingesloten onderzoeken. De conclusies in al die reviews zijn iedere keer dezelfde: bij gebrek aan bewijs is meer onderzoek nodig. Hoe meer methodisch ondermaats onderzoek al is verricht, hoe belangrijker het doen van kwalitatief goed onderzoek wordt, althans die indruk krijgt de lezer. Als het nu daarbij zou blijven was het slechts een kwestie van geldverspilling. Het is echter erger. Met de conclusie over chelatietherapie wordt de grens van het betamelijke ruimschoots overschreden. Het gaat daarbij immers niet om 'baat het niet, het schaadt ook niet', maar om een langdurige, kostbare en invasieve behandelmethode.

In de jaren vijftig werd ontdekt dat infusen met EDTA werkzaam waren tegen een vergiftiging met zware metalen. EDTA bindt zich aan positieve kationen, die vervolgens als oplosbare complexen worden uitgescheiden in de urine. EDTA zou dus ook kunnen werken bij aderverkalking, want het bindt Ca^{++} en als we het kalk verwijderen, verdwijnt de aderverkalking. Dat de werkelijkheid hier al te simpel wordt benaderd, heeft geen invloed gehad op de wereldwijde verspreiding van deze behandelmethode. Ook in Nederland wordt in een aantal klinieken deze behandelmethode voor een slordige € 200

per infuus toegepast. Een beetje behandeling kost dan al gauw € 4000. Het zou zelfs preventief helpen.²

Grenzen aan evidence-based medicine

Het kan toch niet zo zijn dat fatsoenlijke onderzoekers megatrials moeten uitvoeren, waarbij vele patiënten talloze infusen krijgen toegediend omdat er ooit iemand, klaarblijkelijk niet gezegend met veel inzicht in de pathofysiologie, heeft bedacht dat de verwijdering van lood uit het bloed hetzelfde is als de behandeling van atherosclerose?

Er zijn krachtige argumenten om dergelijk onderzoek niet te doen. Omdat de geringste aanwijzingen voor werkzaamheid in het al verrichte onderzoek ontbreken, kan een eventueel bestaand effect nooit erg groot zijn en is het dus klinisch weinig relevant. Chelatie is niet geheel zonder risico: flauwvallen, hypocalciëmie en nierschade zijn gemeld.³ Ten slotte kan het feit dat iets vaak wordt gedaan geen reden zijn voor (verder) wetenschappelijk onderzoek bij gebrek aan ook maar de geringste aanwijzing voor werkzaamheid.

Juist aan wetenschappelijk onderzoek worden ethische grenzen gesteld. Werkzaamheid dient te worden aangetoond alvorens een behandeling toe te passen en zolang die niet vaststaat, zijn fatsoenlijke dokters terughoudend. De Cochrane Collaboration verricht veel en goed werk, maar het blind toepassen van principes uit de evidence-based medicine op een onzinnige behandeling leidt tot even onzinnige conclusies. Het aantonen dat een alternatieve behandeling niet werkt, is niet de primaire taak van onderzoekers. Zeker niet als daarvoor talloze patiënten moeten worden geslachttofferd en de pathofysiologische verklaring ontbreekt. Is die verklaring er wel, dan zijn eerst fase-II- en fase-III-onderzoeken aangewezen.

Gelukkig bestaan er in Nederland ethische commissies, die – zo hoop en verwacht ik – een stokje zullen steken voor dergelijke vormen van mishandeling van patiënten. Hoe men deze vorm van geneeskunst ook noemt, alternatief of complementair, het blijft uiteindelijk kwakdenken. De 100 wijzen zijn nooit in staat om de onwerkzaamheid van ieder verzinsel aan te tonen en zouden daar ook niet aan moeten beginnen. Laat de Cochrane zich daar toch niet voor lenen. Ook bij evidence-based medicine is het niet verboden om na te denken. Bovendien zijn er vele andere onopgeloste vragen in de geneeskunde die prioriteit verdienen.

Literatuur

- 1 Villarruz MV, Dans A, Tan F. Chelation Therapy for atherosclerotic cardiovascular disease (Cochrane review). In: The Cochrane Library. Issue 4, 2002. Oxford: Update Software.
- 2 <http://www.chelatie.nl>. Bezocht op 24-12-2002.
- 3 Ernst E. Chelation therapy for peripheral arterial occlusive disease. *Circulation* 1997;96:1031-3.

Auteursgegevens

dr. H.C.P.M. van Weert, H&W, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht.