

Acupunctuur en De Cochrane Collaboration



**THE COCHRANE
COLLABORATION®**

Auteur: drs. P.H. Poorts-Borger,
jeugdarts i.o. KNMG
Datum: 25 september 2010

Inhoudopgave

1	Inleiding.....	2
2	Evidence-based medicine (EBM).....	4
	2.1 Wat is evidence-based medicine.....	4
	2.2 Zoekstrategie binnen de EBM.....	5
	2.3 De keuze van de Cochrane Collaboration.....	6
3	Acupunctuur binnen de Cochrane Collaboration	7
	3.1 Overzicht van alle reviews over acupunctuur.....	7
4	Migraine profylaxe	8
	4.1 Definities.....	8
	4.2 De belangrijkste resultaten.....	9
	4.3 De conclusie van Cochrane.....	9
	4.4 Puntkeuze.....	9
5	Spanningshoofdpijn.....	11
	5.1 Definities.....	11
	5.2 De belangrijkste resultaten.....	11
	5.3 De conclusie van Cochrane.....	12
	5.4 Puntkeuze.....	12
6	Postoperatieve misselijkheid en braken.....	13
	6.1 Definities.....	13
	6.2 De belangrijkste resultaten.....	13
	6.3 De conclusie van Cochrane.....	14
	6.4 Puntkeuze.....	14
7	Misselijkheid en braken bij chemotherapie.....	15
	7.1 Definities.....	15
	7.2 De belangrijkste resultaten.....	15
	7.3 De conclusie van Cochrane.....	16
	7.4 Puntkeuze.....	16
8	Conclusie.....	17
9	Samenvatting.....	18
10	Abstract.....	19

1. Inleiding

Dat acupunctuur werkt, daar zijn mensen al duizenden jaren van overtuigd. Er zijn zelfs aanwijzingen dat er in de prehistorie al aan acupunctuur werd gedaan. Zo schijnt het dat de ijsman, Ötzi, 5200 jaar oud en gevonden in 1991 in de Alpen, geleden heeft aan reuma en artrose in de rug. Nu zijn er op diens gemummificeerde lichaam enkele tatoeages gevonden op plekken die overeenkomen met locaties zoals die geadviseerd worden in de TCM (Traditional Chinese Medicine). Zo worden er op de ah-shi punten tatoeages gevonden en is er ook een tatoeage op het acupunctuurpunt Bl 60 (Kun Lun) aanwezig als distantpunt van de Blaasmedidiaan. Daarnaast zijn ook nog de punten BL 23 (Shen Shu) en Ni 7 (Fu Liu) (respectievelijk het Back-Shu en het toniseringspunt van de nier) getroffen door een tatoeage (afbeelding 1).¹



Afbeelding 1: Het acupunctuurpunt Bl 60 (Kun Lun) dorsaal van de malleolus externa sinistra van de mummie.

Hoe interessant en overtuigend dit ook is, tegenwoordig is meer bewijskracht nodig om acupunctuur te kunnen bedrijven. In 2008 komt de Koninklijke Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) met de gedragsregel “De arts en niet reguliere behandelwijzen,²” waarin aangegeven wordt hoe een arts geacht wordt te handelen. Hierin wordt beschreven waaraan een arts moet voldoen bij het aanbieden van niet-reguliere geneeskunde. Zo staat er onder andere:

Artsen dienen de patiënt te informeren over de effectiviteit, aard, duur en (neven)effecten van een behandeling. Als de arts (mede) een niet-reguliere behandelwijze overweegt, maakt de arts naar de patiënt toe een duidelijk onderscheid tussen reguliere en niet-reguliere behandelwijzen.

Indien op grond van de stand van de wetenschap geen uitspraken gedaan kunnen worden over de effectiviteit, duur en (neven)effecten van een door de arts voorgestelde of door de patiënt gevraagde behandelwijze, dan informeert de arts de patiënt hierover.

Deze gedragsregel staat natuurlijk niet ter discussie. Dit is een beschrijving van goed hulpverlenerschap waaraan een niet regulier maar ook een regulier werkend arts moet voldoen. Verder wordt ook nog de volgende gedragsregel genoemd:

Artsen richten zich in hun diagnostiek en behandeling naar het best beschikbare wetenschappelijke bewijs, gecombineerd met hun klinische expertise en rekening houdend met de wensen, verwachtingen en ervaringen van de patiënt.

Wanneer er dus aanwijzingen zijn vanuit de literatuur dat er behandelingen (ook de niet reguliere) zijn die bewezen effectief zijn en waar de patiënt open voor staat, dan moet de arts (zowel de reguliere als de niet-reguliere) deze op zijn minst overwegen.

Nu komen er de laatste tijd steeds meer bewijzen voor de effectiviteit van acupunctuur (als niet reguliere behandelwijze) naar buiten. Wanneer ik mij wil houden aan de gedragsregels van de KNMG, dan zal ik op de hoogte moeten zijn van het aanwezige bewijs voor acupunctuur. In deze scriptie zal ik een overzicht van deze behandelingen geven, op een manier die recht doet aan het model van evidence-based medicine (EBM), waarbij de TCM niet terzijde zal worden geschoven: per behandeling zal zo mogelijk aangegeven worden hoe de gebruikte punten passen binnen de TCM diagnostiek. Aangezien het bij deze (vaak grote) trials niet mogelijk is om individueel de TCM diagnostiek grondig af te nemen (tong en pols worden nergens beschreven) zal deze indeling beperkt blijven tot de volgende indeling: Het gekozen punt is een Ah Shi punt, een distantpunt op de meridiaan (buitenziekte) of een distantpunt van het aangedane orgaan (binnenziekte).

2. Evidence-based Medicine

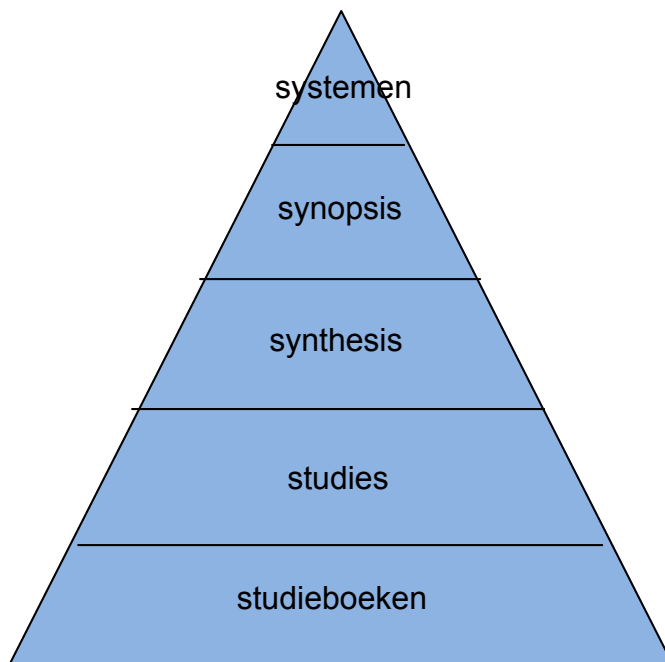
2.1 Wat is evidence-based medicine?

Evidence-based medicine (EBM), is het gebruik maken van het beste beschikbare bewijs bij het maken van een keuze voor de behandeling van een patiënt. Dit alles gegeven de stand van de (medische) wetenschap. Bij het maken van een beslissing op patiëtniveau moet rekening worden gehouden met 3 categorieën informatie: Het aanwezige bewijsmateriaal (evidence), de voorkeuren van de patiënt en de ervaring van de arts zelf.³ Wanneer een therapie bewezen is, maar een patiënt ziet de therapie niet zitten, dan is de uitvoering ervan zinloos. Hetzelfde geldt voor een bewezen therapie die toegepast zou moeten worden door een clinicus die de ervaring heeft dat een bepaalde therapie niet werkt bij een bepaalde patiëntengroep. Bij het extrapoleren van onderzoeksresultaten naar de individuele patiënt moet dus zowel met de patiënt als met de arts rekening gehouden worden.

De laatste twee categorieën (de voorkeur van de patiënt en de ervaring van de arts) zijn redelijk subjectief en hiervoor kunnen geen duidelijke definities gegeven worden. De eerste categorie: de evidence is een duidelijk objectieve. In de volgende paragraaf wordt uitgelegd op welke manier een uitspraak kan worden gedaan over de sterkte van de “evidence”.

2.2 Zoekstrategie binnen de evidence-based medicine

Klinische informatie kan worden onderverdeeld in verschillende soorten. Deze verschillende soorten kunnen vervolgens gerangschikt worden naar de sterkte van de evidence. Dit wordt vaak gedaan in de zogenaamde kennispiramide (afbeelding 2)⁴.



Afbeelding 2: De kennispiramide

In deze piramide staan tekstboeken onderaan. Daarvoor zijn de volgende redenen aan te voeren. Ten eerste is de manier waarop kennis wordt vergaard in een leerboek vaak niet transparant en ten tweede loopt de kennis in een tekstboek vaak achter gezien de lange productietijd van een dergelijk boek.

De evidence wordt sterker in de volgende laag van de piramide: de studies. Dit zijn originele artikelen in tijdschriften. Wanneer er van meerdere originele artikelen een systematische review gegeven wordt (synthesis), wordt de evidence nog moeilijker te weerleggen.

Wanneer de bevindingen uit de reviews uiteindelijk in richtlijnen komen die na discussie geaccepteerd worden door een beroepsgroep, dan is de evidence het sterkst (synopsis).

Richtlijnen moeten in principe gevolgd worden. Nationale richtlijnen hebben daarbij de voorkeur boven internationale en richtlijnen van de eigen discipline boven die van de andere. Helemaal aan de top van de piramide staan de systemen. Dit zijn gecomputeriseerde

beslissingsondersteuningssystemen, die up to date worden gehouden, waardoor de gegeven behandelingsuggesties van het systeem overgenomen kunnen worden. Deze laatste vorm van EBM wordt nog maar zeldzaam toegepast.

Voor het zoeken naar de beste evidence-based behandeling begint men dus het beste bovenaan de piramide.

2.3 De keuze van de Cochrane Collaboration

Onderzoek naar de sterkte van bewijs van effectiviteit van acupunctuur behandelingen begint dus aan de top van de piramide. Op dit moment is er geen sprake van gecomputeriseerde beslissingsondersteuningssystemen om een uitspraak te doen welke acupunctuur therapie uitgevoerd moet worden bij welke patiënt met welke aandoening. Net zomin zijn er richtlijnen waarin het gebruik van acupunctuur voorgeschreven wordt. Niet in de reguliere geneeskunde en niet binnen de eigen beroepsgroep van de acupunctuur artsen (NAAV).

De volgende trede in de piramide is die van de systematische reviews. Deze zijn wel voorhanden met betrekking tot acupunctuur. Vandaar dat ik in deze scriptie heb gekozen voor een overzicht van tot nu toe verrichte systematische reviews. Ik heb daarbij gekozen me te beperken tot de reviews gedaan door de Cochrane Collaboration. De Cochrane Collaboration is een internationale, onafhankelijke, non-profit organisatie van meer dan 28.000 deelnemers die tot doel heeft om up-to-date en accurate informatie beschikbaar te stellen over interventies in de gezondheidszorg.⁵ Dit wordt gedaan met behulp van de Cochrane Library, een elektronische database die systematische reviews bevat die actueel worden gehouden.

Vanwege het feit dat het een onafhankelijke organisatie is die daarnaast veel aanzien geniet bij regulier geneeskundigen, heeft mij doen besluiten om in deze scriptie uit te zoeken welke uitspraken de Cochrane Collaboration doet over acupunctuur behandelingen.

3. Acupunctuur binnen de Cochrane Collaboration

3.1 Overzicht van alle reviews over acupunctuur.

Zoekend met de zoekterm “acupuncture” levert 87 hits op. Uiteindelijk wordt er in 37 reviews een uitspraak gedaan over een behandeling met behulp van acupunctuur. In de overige 50 gevallen betreft het merendeels een protocol (onderzoeksopzet voor een systematische review die nog uitgevoerd moet worden, bijvoorbeeld acupunctuur en obesitas) of een behandeling waarbij acupunctuur op een indirecte wijze betrokken is.

In bijlage 1 worden de 37 reviews getoond. Bij de meeste reviews is er sprake van “inconclusive evidence”, dat wil zeggen, dat de tot nu toe gedane studies niet groot genoeg zijn, dat er niet genoeg studies zijn gedaan, en/of dat de studies die gedaan zijn niet van een goede kwaliteit zijn. In 10 reviews wordt een mogelijk effect gevonden, maar meer en onderzoek van betere kwaliteit is nodig.^{6,7,8,9,10,11,12,13,14}

Tot slot wordt er over 4 acupunctuur behandelingen de uitspraak gedaan dat er een duidelijk effect wordt gevonden van de desbetreffende behandelingen. Het betreft hier de acupunctuurbehandeling voor migraine(profylaxe)¹⁵, spannings-achtige hoofdpijn¹⁶, postoperatieve misselijkheid en braken¹⁷ en misselijkheid en braken bij chemotherapie.¹⁸ In de volgende hoofdstukken worden deze 4 indicaties verder uitgewerkt.

4 Migraine profylaxe

4.1 Definities

Trials worden meegenomen in de Cochrane review wanneer er sprake is van de volgende definities:

Migraine is gedefinieerd als terugkerende aanvallen (4-72 uur) van heftige meestal eenzijdig hoofdpijn. De aard van de pijn is vaak kloppend. Er treedt verergering op door lichamelijke activiteit. Vaak voorkomende symptomen zijn: fotofobie, fonofobie en misselijkheid. Een trial komt in aanmerking voor inclusie wanneer patiënten een diagnose hebben van migraine.

Acupunctuur is het prikken van een naald door de huid op acupunctuur of pijnpunten. (laser acupunctuur en transcutane elektrische stimulatie (TENS) worden niet meegenomen). Bij iets minder dan de helft van de trials staan de gekozen punten niet vermeld, aangezien in deze trials de punten individueel bepaald werden (volgens de leer van de TCM) en dus niet bij elke patiënt dezelfde. Bij de rest wordt per trial gekozen voor een vaste combinatie van punten. Deze combinaties verschillen per studie, maar wel komen regelmatig dezelfde punten terug in de puntencombinaties. De punten die het vaakst gekozen worden zijn: Ga 20 (Feng Chi), Le3 (Tai Chong) en Di4 (He Gu). Daarnaast worden ook nog regelmatig de punten DM 20 (Bai Hui), Taiyang, Ga14 (Yang Bai), Bl 10 (Tian Zhu) en Bl 60 (Kun Lun) geprikt. In geen van de studies wordt gebruik gemaakt van ooraacupunctuur.

De behandeling bestaat in de trials uit 10-20 maal een half uur (in 2 studies minder dan 10 minuten, de rest een half uur) verspreid over 2-3 maanden. Eén van de studies gebruikt elektrostimulatie.

De controle groep is één van de volgende drie

- Geen behandeling met uitzondering van behandeling van de acute aanval
- “Sham” acupunctuur. Dit wil zeggen een interventie die lijkt op echte acupunctuur, maar de huid niet doorboort of op een verkeerde locatie (meestal 1-2 centimeter naast het echte acupunctuurpunt).
- Andere behandeling (medicijnen, ontspanning, fysiotherapie)

De uitkomstmaat is een klinische, gerelateerd aan hoofdpijn (bv frequentie van de aanvallen, intensiteit van de pijn, hoofdpijn scores, pijnstillergebruik, enz.) De follow-up duurt minstens 8 weken.

4.2 De belangrijkste resultaten

Tweeëntwintig trials met 4419 respondenten voldeden aan de inclusiecriteria. Zes trials vergeleken acupunctuur met geen profylactische therapie of alleen routine zorg (alleen behandeling van acute aanval met medicatie). Na 3 tot 4 maanden lieten patiënten die acupunctuur ondergingen meer respons zien en hadden ze minder hoofdpijn. De enige studie met een langere follow-up tot 9 maanden zag geen aanwijzingen dat dit effect afnam na het stoppen van de behandeling. Veertien trials vergeleken “echte” acupunctuur met “sham” acupunctuur. Gepoolde analyse liet voor geen enkele uitkomstmaat een statistisch significant verschil zien ten gunste van “echte” acupunctuur, maar de resultaten van de trials afzonderlijk wisselden sterk. Vier trials vergeleken acupunctuur met het geven van bewezen effectieve profylactische medicatie. Over het algemeen was acupunctuur in deze trials geassocieerd met een iets betere uitkomst en minder bijwerkingen dan de profylactische medicatie. Twee kleine trials van een lage kwaliteit vergeleken acupunctuur met ontspanning. Deze konden niet betrouwbaar worden geïnterpreteerd.

4.3 De conclusie van de Cochrane Collaboration

In de vorige versie van deze review, was de hoeveelheid bewijs ten gunste van acupunctuurprofylaxe tegen migraine, veelbelovend. In deze review, met 12 extra trials, is er consistent bewijs dat acupunctuur een toegevoegde waarde heeft bij acute migraine aanvallen of bij routine zorg (dit houdt meestal in het behandelen van acute aanvallen). Er is geen bewijs voor een effect van “echte” acupunctuur boven “sham” acupunctuur (acupunctuur op verkeerde plek), maar dit feit is moeilijk te interpreteren, aangezien de precieze puntlocatie van ondergeschikt belang kan zijn aan het prikken zelf. De beschikbare studies suggereren dat acupunctuur op zijn minst net zo effectief, maar mogelijk effectiever is dan profylactische medicijnen, en minder bijwerkingen heeft. Acupunctuur zou overwogen moeten worden als behandelmogelijkheid bij patiënten die open staan voor deze behandeling.

4.4 Puntkeuze

Bij iets meer dan de helft van de trials wordt gekozen voor een min of meer standaardreeks punten. Deze puntencombinaties zijn in elk onderzoek verschillend, maar enkele punten

worden door meerdere trials gekozen. De meest gebruikte punten zijn: Ga 20 (Feng Chi), Le3 (Tai Chong), Di4 (He Gu), DM 20 (Bai Hui), BL 10 (Tian Zhu), Taiyang, Ga 14 (Yang Bai) en Bl 60 (Kun Lun). Een verklaring voor deze puntenkeuze kan als volgt uit de TCM gehaald worden.

Bij het kiezen van de punten in de TCM wordt eerst bepaald waar de Ah-shi punten zijn en deze worden vervolgens geprikt. Wanneer er sprake is in de trials van een vaste puntenkeuze dan wordt dit niet gedaan. In die trials die de puntenkeuze individueel bepalen wordt dit waarschijnlijk wel gedaan (hierover staan geen gegevens in de review).

De volgende stap is om te kijken welke lokale acupunctuurpunten geprikt kunnen worden. Van de meest gebruikte punten uit de trials zijn dit: Ga 20 (Feng Chi), DM20 (Bai Hui), Taiyang, Ga 14 (Yang Bai) en Bl10 (Tian Zhu). Vervolgens wordt nagegaan in de TCM of er sprake is van een meridiaanstoornis. Wanneer dit het geval is, wordt er op de aangedane meridiaan een distantpunt geprikt. In het geval van een gestandaardiseerd onderzoek kan dan het beste gekozen worden voor het bron- of reguleringspunt, aangezien de ba-gang niet per patiënt tot in detail wordt uitgezocht. Wanneer de pijn vooral in het gebied van de blaas meridiaan zit, zou het bronpunt BL 64 (Jing Gu) of het reguleringspunt Bl60 (Kun Lun) kunnen worden geprikt van dezelfde meridiaan, en Du 3 (Hou Xi) van de gekoppelde meridiaan. Wanneer de pijn meer in de galblaas meridiaan zit, dan kan gekozen worden voor Ga 40 (Qiu Xu) als bronpunt of Ga 34 (Yang Ling Quan) als reguleringspunt, eventueel weer gecombineerd met Dri 5 (Wai Guan) van de gekoppelde meridiaan. Wanneer de pijn in de maag meridiaan zit dan zijn Ma 42 (Chong Yang) en Ma 36 (Zu San Li) respectievelijk het bron- en reguleringspunt, zo nodig aangevuld met Di4 (He Gu) van de gekoppelde meridiaan. Al deze distantpunten worden in de review door minstens één trial standaard gebruikt.

Het volgende niveau binnen TCM is de functiestoornis. In het geval van migraine speelt de emotie boosheid en stress een grote rol. Het daarbij horende orgaan is de Lever. Het regulatiepunt van de Lever is Le 3 (Tai Chong). In de review is dit één van de meest gekozen punten.

5 Spanningshoofdpijn

5.1 Definities

Trials worden meegenomen wanneer er sprake is van de volgende definities:

Spanningshoofdpijn is gedefinieerd als chronische hoofdpijn of hoofdpijn in episodes met een bepaalde frequentie. De typerende pijn is bilateraal en heeft een drukkende, knellende aard.

Er wordt in de trial een duidelijk onderscheidt gemaakt met andere types hoofdpijn om voor inclusie in aanmerking te komen.

Acupunctuur is het prikken van een naald door de huid op acupunctuur of pijnpunten. (laser acupunctuur en transcutane elektrische stimulatie (TENS) worden niet meegenomen. Bij bijna alle trials wordt gekozen voor een (basis)set standaardpunten. Deze set varieert per trial maar wel komen regelmatig dezelfde punten terug in de puntencombinaties. De punten die het meest gekozen worden zijn: Ga 20 (Feng Chi), Ga 21 (Jian Jing), Le3 (Tai Chong) en Di4 (He Gu).

De behandeling bestaat in de trials uit 5-12 maal een 10-20 min (in veel studies wordt de duur van de behandeling niet vermeld) verspreid over 2 maanden. Eén van de studies behandelt 3 maanden lang. De frequentie van behandeling varieert tussen 1 en 2 keer per week.

De controle groep is één van de volgende drie

- Geen behandeling met uitzondering van behandeling van acute hoofdpijn
- “Sham” acupunctuur. Dit wil zeggen een interventie die lijkt op echte acupunctuur, maar de huid niet doorboort of op een verkeerde locatie (in deze review bijna allemaal oppervlakkige prikkeling (met stompe cocktailprikker in geleidebuis).
- Andere behandeling (ontspanning, fysiotherapie)

De uitkomstmaat is een klinische, gerelateerd aan hoofdpijn (bv frequentie van hoofdpijn, intensiteit van de pijn, hoofdpijn scores, pijnstillergebruik, enz).

De follow-up duurt minstens 8 weken.

5.2 De belangrijkste resultaten

Elf trials met 2317 respondenten voldeden aan de inclusiecriteria. Twee grote trials vergeleken acupunctuur met alleen behandeling van acute hoofdpijn. Beide vonden een

statistisch significant en klinisch relevant verschil op korte termijn (tot 3 maanden) ten gunste van de acupunctuur groep, met betrekking tot respons, aantal hoofdpijndagen en pijnintensiteit. Lange termijn effecten (langer dan 3 maanden) zijn niet onderzocht. Zes trials vergeleken acupunctuur met “sham” acupunctuur, en vijf van de zes waren geschikt voor het opnemen in een meta-analyse. Kleine maar statistisch significante verschillen ten gunste van de acupunctuur groep werden gevonden voor respons en andere uitkomstmaten (aantal hoofdpijndagen, hoofdpijn intensiteit, pijnstillers gebruik). Drie van de vier studies die acupunctuur vergeleken met fysiotherapie, massage of ontspanning hadden dusdanige methodologische tekortkomingen, dat hun bevindingen moeilijk geïnterpreteerd konden worden, maar alle vier samen suggereren een iets betere uitkomst wat betreft hoofdpijn intensiteit ten gunste van de acupunctuurgroep.

5.3 De conclusie van Cochrane

In de vorige versie van deze review, was de hoeveelheid bewijs ten gunste van acupunctuur tegen spanningshoofdpijn niet voldoende. Nu, aangevuld met 6 trials, concluderen de auteurs dat acupunctuur een waardevolle niet-farmacologische therapie zou kunnen zijn voor patiënten met frequent terugkerende of chronische spanningshoofdpijn.

5.4 Puntkeuze

Bij bijna alle trials wordt gekozen voor een min of meer standaardreeks punten, vaak aangevuld met enkele individuele (ah shi) punten. Deze puntencombinaties zijn in elk onderzoek verschillend, maar enkele punten worden door meerdere trials gekozen. De meest gebruikte punten zijn Ga 20 (Feng Chi), Di 4 (He Gu), Ga 21 (Jian Jing) en Le3 (Tai Chong).

Ga 20 (Feng Chi), Ga 21 (Jian Jing) kunnen geduid worden als lokale punten. Di 4 (He Gu) als distantpunt op de gekoppelde meridiaan van de maag. Le 3 (Tai Chong) is hier het reguleringspunt van het orgaan Lever. Dit punt reguleert de emotie die bij spanningshoofdpijn een belangrijke rol speelt: boosheid, stress.

6 Postoperatieve misselijkheid en braken

6.1 Definities

De volgende technieken werden gebruikt in de verschillende trials om Kr 6 (Nei Guan) te stimuleren: acupunctuur (meest gebruikte methode: 5 minuten lang manuele stimulatie van de naald voorafgaand aan anesthesie), elektro-acupunctuur (studies verschillen in methode onderling, sommige stimuleren met lage frequentie: 4 HZ, en sommige met wisselende frequentie, 2-100 HZ. De tijdsduur wisselt van 20 minuten tot een uur), laser acupunctuur (30 seconden 15 minuten voorafgaand aan de anesthesie), transcutane elektrische stimulatie (TENS) (30—45 minuten voorafgaand aan anesthesie), acupressuur (door middel van een polsbandje met magneetje of iets dergelijks van even voor de anesthesie tot 6-48 uren daarna) en een capsicum pleister.

Er werd vergeleken met:

- “Sham” acupunctuur
- Anti-emetica

Er werd gesproken van “sham” acupunctuur als een methode toegepast wordt op een locatie anders dan Kr 6 (Nei Guan) of elke poging om Kr 6 (Nei Guan) stimulatie te imiteren (bv polsbandjes zonder magneten).

De gebruikte anti-emetica varieerden per studie, er werd gebruikt gemaakt van ondansetron, metoclopramide en of dexamethason. In sommige studies werd dit postoperatief standaard gegeven. Bij deze studies is gekeken naar het verschil in (met name) de frequentie van braken en ernst van de misselijkheid, tussen acupunctuurpunt stimulatie en anti-emetica. In alle studies werden de anti-emetica ook achter de hand gehouden als nood anti-emetica. In dit geval werd anti-emetica dus gebruikt als uitkomstmaat.

Verder werd er nog een vergelijking gemaakt tussen het effect bij volwassenen en het effect bij kinderen, en tussen invasieve en niet-invasieve methoden.

6.2 De belangrijkste resultaten

Veertig trials (4858 respondenten) werden geïncludeerd. Vier trials rapporteerden een adequaat randomisatie proces, twaalf studies rapporteerden niet alle uitkomsten. Vergeleken met “sham” acupunctuur vermindert Kr 6 acupunctuurpunt stimulatie significant: misselijkheid (relatieve risico (RR) 0,71; 95% confidence interval (CI) 0,61 tot 0,83) en het

gebruik van nood anti-emetica (RR 0,69; 95% CI 0,57 tot 0,83). Er was sprake van weinig heterogeniteit. Er was geen duidelijk verschil in effectiviteit van Kr 6 (Nei Guan) acupunctuurpunt stimulatie tussen volwassenen en kinderen; of tussen invasieve en niet invasieve acupunctuur stimulatie. Er was geen bewijs van een verschil tussen Kr 6 (Nei Guan) stimulatie en anti-emetica wat betreft de kans op misselijkheid (0,82; 95% CI 0,60 tot 1,13), braken (RR 1,01; 95% CI -,77 tot 1,31) of het gebruik van nood anti-emetica (RR 0,82; 95% CI 0,59 tot 1,13). De bijwerkingen geassocieerd met Kr 6 (Nei Guan) stimulatie waren minimaal (roodheid, irritatie, hematoom bij acupunctuur; gezwollen polsen, rode indeuking, jeuk en blaarvorming bij polsbandjes; vermoeidheid bij electro-acupunctuur; irritatie bij de capsicum pleister).

6.3 De conclusie van Cochrane

Kr 6 (Nei Guan) acupunctuurpunt stimulatie voorkomt postoperatieve misselijkheid en braken. Er is geen betrouwbaar bewijs voor verschil in kans op postoperatieve misselijkheid of braken na Kr 6 (Nei Guan) stimulatie vergeleken met anti-emetica.

6.4 Puntkeuze

In deze review wordt alleen het punt Kr 6 (Nei Guan) bestudeerd. De keuze voor het punt Kr 6 kan vanuit de TCM niet verklaard worden als ah shi punt, lokaal punt, of als behandeling in het kader van een meridiaanstoornis. Maciocia geeft de volgende verklaring voor werking van het punt Kr 6 (Nei Guan). De kringloop meridiaan beïnvloedt het Hart Qi. Het Hart Qi op zijn beurt beïnvloedt de Maag (via de divergerende en Luo kanalen). Door Kr 6 (Nei Guan) te prikken wordt het Hart Qi gereguleerd en daardoor de Maag geharmoniseerd.¹⁹

7 Misselijkheid en braken bij chemotherapie

7.1 Definities

Trials worden meegenomen wanneer er sprake is van chemotherapie bij kanker patiënten en wanneer er expliciet vermeld wordt dat er sprake was van randomisatie. Bij de chemotherapie is bij bijna alle studies sprake van sprake van hoge emetogeniciteit.

Een interventie bestaat uit de stimulatie van acupunctuurpunten (door elektro-acupunctuur (lage intensiteit op Kr 6 (Nei Guan) 5 min tot 2 uur voor chemotherapie, sommige studies eenmalig, andere 5 dagen achter elkaar), manuele acupunctuur, acupressuur (patiënten leerden zelf Kr 6 (Nei Guan) en Ma 36 (Zu San Li) te stimuleren), huid-elektroden of magneten).

Uitkomstmaten zijn: acute (binnen 24 uur na chemotherapie) of later optredende (van 1 tot 8 dagen na de chemotherapie) misselijkheid of braken of beide. De acute uitkomsten worden gedefinieerd als: de incidentie van acuut braken en de gemiddelde ernst van de misselijkheid, de later optredende uitkomstmaten als het gemiddelde aantal braak episodes na 1 dag en de gemiddelde ernst van later optredende misselijkheid.

Er wordt vergeleken met:

- “Sham” acupunctuur
- Anti-emetica

7.2 De belangrijkste resultaten

Elf studies (1247 respondenten) zijn gepoold. Acupunctuurpunt stimulatie van alle methodes gecombineerd vermindert de incidentie van acuut braken (RR=0,82; 95% CI 0,69 tot 0,99), maar niet acute of later optredende misselijkheid vergeleken met controles. Uitgesplitst, stimulatie met naalden vermindert de proportie acuut braken (RR0,74; 95% CI 0,58 tot 0,94), maar niet de ernst van acuut braken. Electro acupunctuur vermindert de proportie acuut braken (RR=0,76; 95% CI 0,60 tot 0,97), maar manuele acupunctuur niet.

Acupressuur vermindert de gemiddelde ernst van acute misselijkheid maar niet acuut braken of later optredende symptomen. Non invasieve elektrostimulatie liet geen voordeel zien voor geen van de uitkomstmaten. Alle trials maken gebruik van gelijktijdig anti-emetica, en alle, behalve de elektro-acupunctuur trials, gebruikten state-of-the-art anti-emetica.

7.3 De conclusie van Cochrane

Het review levert een aanvulling op de gegevens over een mogelijk biologisch effect van acupunctuurpunt stimulatie op post operatieve misselijkheid en braken. Elektro-acupunctuur laat een gunstig effect zien voor acuut braken ten gevolge van chemotherapie, maar studies die elektro-acupunctuur combineren met state of the arts anti-emetica zijn nodig om klinische relevantie aan te tonen. Zelf toegepaste acupressuur lijkt een beschermend effect te hebben met betrekking tot acute misselijkheid en kan makkelijk geleerd worden aan patiënten hoewel bij de studies in deze review geen placebo controle was. Het is onwaarschijnlijk dat niet invasieve elektrostimulatie een klinisch relevant effect heeft wanneer patiënten state-of-the-art anti-emetica krijgen.

7.4 Puntkeuze

Ook hier wordt weer gebruik gemaakt van het punt Kr 6 (Nei Guan) voor de misselijkheid. Voor de verklaring van het effect van Kr 6 (Nei Guan) op de Maag (misselijkheid) zie 6.4). Verder wordt het punt Ma 36 (Zu San Li) gebruikt in de studies naar acupressuur. Er van uitgaande dat de misselijkheid en het braken een uiting zijn van een functiestoornis van de Maag, leidt dit naar het regulatiepunt van de Maag: Ma 36 (Zu San Li).

8 Conclusie

Volgens de regels van de evidence based medicine (EBM) zijn er van 4 indicaties voor acupunctuur positieve uitspraken gedaan op het niveau van synthesis (reviews). Dit zijn migraine (profylaxe), spanningshoofdpijn, postoperatieve misselijkheid en braken en misselijkheid en braken bij chemotherapie. De volgende stap om het niveau van synopsis te bereiken is het integreren van deze indicaties in een richtlijn binnen de eigen beroepsgroep, maar nog beter in een reeds bestaande reguliere richtlijn. Bij het realiseren van dit laatste speelt niet alleen de sterkte van het bewijs mee, maar ook het huidige klimaat met betrekking tot de complementaire geneeskunde in de reguliere geneeskunde. Naast de sterkte van het bewijs en de mening van de patiënt, speelt in de EBM ook de ervaring/mening van de medisch professional een rol en op dit moment lijkt de gemiddelde mening van de regulier werkende arts niet positief te staan tegenover complementaire geneeskunde. De weg naar een geïntegreerde geneeskunde lijkt nog lang, maar om met een Chinese wijsheid te spreken:

“De man die een berg verzet, begint met het wegdragen van kleine steentjes.”²⁰

Het proberen te integreren in de reguliere geneeskunde van (één van) deze indicaties lijkt mij een mooi klein steentje.

Deze scriptie heeft zich beperkt tot de resultaten van de Cochrane Collaboration, maar er is natuurlijk nog meer wetenschappelijk onderzoek beschikbaar. Zo zijn er waarschijnlijk nog wel meer indicaties voor acupunctuur al hoog scoren op de ladder van de EBM. Toch is het grote deel van studies naar de effectiviteit van acupunctuur “inconclusive” omdat de studies niet groot genoeg zijn en vaak niet van goede methodologische kwaliteit. Bij dit laatste speelt protocolisering vaak een rol. Om goed vergelijkbaar onderzoek te kunnen doen is het nodig om een standaard behandeling te hebben voor een bepaalde ziekte. In het geval van acupunctuur is dit lastig, aangezien het kiezen van acupunctuurpunten vaak individueel bepaald wordt, waarbij niet alleen de ziekte belangrijk is voor de puntenkeuze, maar net zo belangrijk de patiëntkarakteristieken. Bij het ontwerpen van een trial zal hier rekening mee gehouden moeten worden.

9 Samenvatting

Hoofdstuk 1 beschrijft mijn beweegredenen voor het kiezen van het onderwerp van deze scriptie: door middel van het in kaart brengen van een belangrijk deel van wetenschappelijk onderzoek naar acupunctuur wil ik onderzoeken in hoeverre er bewijs is voor het effect van acupunctuur om dit volgens de richtlijnen van de Koninklijke Nederlandse maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) toe te kunnen passen binnen de reguliere geneeskunde.

In hoofdstuk 2 wordt een overzicht gegeven van de basis principes van de evidence based medicine (EBM). Aan de hand van het bestuderen van reviews in de Cochrane Library wordt in hoofdstuk 3 nagegaan voor welke indicaties acupunctuur behandeling bewijs van effectiviteit aanwezig is. In hoofdstuk 4 tot en met 7 worden de indicaties die effectief kunnen worden behandeld met acupunctuur nader gepresenteerd. Dit zijn de indicaties: migraine (profylaxe), spanningshoofdpijn, postoperatieve misselijkheid en braken en tot slot misselijkheid en braken bij chemotherapie. De effectiviteit van deze 4 indicaties is in zoverre bewezen dat acupunctuur volgens de richtlijnen van de KNMG ook in de reguliere geneeskunde geadviseerd zouden moeten worden. Tot slot wordt in de conclusie de volgende stap binnen de EBM aangegeven: het opnemen van de desbetreffende behandelingen in een richtlijn.

10 Abstract

Chapter 1 describes my motivation for choosing the subject for this thesis: by means of charting an important part of scientific research in acupuncture, I want to study how strong the evidence is of the effect of acupuncture to be able to put it into practice according to the guidelines of the KNMG (Royal Dutch Society for the promotion of Medicine).

Chapter 2 gives a summary of the basic principles of evidence based medicine (EBM).

By studying reviews in the Cochrane Library chapter 3 states which indications for an acupuncture treatment present with enough evidence. Chapter 4 through 7 describe those indications into more detail. The following indications are discussed: migraine (prophylaxis), tension-type headache, postoperative nausea and vomiting and lastly chemotherapy-induced nausea and vomiting.

The evidence of effectiveness of these 4 indications is that strong, that acupuncture should be advised in conventional medicine as well, according to the guidelines of the KNMG.

Finally the conclusion describes the next step within EBM: integration of the proven treatments in a (conventional) protocol.

Referenties

- ¹ L. Dorfer. Ötzi war akupunktiert. Op de site <http://www.akupunkturzentrum.at/AZ/oetzi2.html>, juli 2010
- ² Gedragsregel KNMG. De arts en niet-reguliere behandelwijzen. Utrecht, 1 april 2008
- ³ J.A. Swinkels. Evidence-based medicine': een richtinggevend principe voor professioneel medisch handelen. *Ned Tijdschr Geneesk.* 9(4) pp68,69
- ⁴ M. Offringa et al. Inleiding in evidence-based medicine. Derde, herziene druk. Bohn Stafleu van Loghum. Houten 2008.
- ⁵ <http://www.cochrane.org/>. Juli 2010.
- ⁶ C. Bausewein et al. Non-pharmalogical interventions for breathlessness in advanced stages of malignant and non-malignant diseases. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 2. Art. No.: CD005623. DOI: 10.1002/14651858.CD005623
- ⁷ Trinh K et al. Acupuncture for neck disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3. Art. No.: CD004870. DOI: 10.1002/14651858.CD004870.
- ⁸ Cheong YC et al. Acupuncture and assisted conception. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 4. Art. No.: CD006920. DOI: 10.1002/14651858.CD006920.
- ⁹ Furlan AD et al. Acupuncture and dry-needling for low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 1. Art. No.: CD001351. DOI: 10.1002/14651858.CD001351.
- ¹⁰ Smith CA et al. Acupuncture for induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 1. Art. No.: CD002962. DOI: 10.1002/14651858.CD002962.
- ¹¹ Pennick V et al. Interventions for preventing and treating pelvic and back pain in pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 2. Art. No.: CD001139. DOI: 10.1002/14651858.CD001139.
- ¹² Smith CA et al Complementary and alternative therapies for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 4. Art. No.: CD003521. DOI: 10.1002/14651858.CD003521.
- ¹³ Coyle ME et al. Cephalic version by moxibustion for breech presentation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2. Art. No.: CD003928. DOI: 10.1002/14651858.CD003928.
- ¹⁴ Thomas LH et al. Treatment of urinary incontinence after stroke in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1. Art. No.: CD004462. DOI: 10.1002/14651858.CD004462.
- ¹⁵ Linde K et al. Acupuncture for migraine prophylaxis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 1. Art. No.: CD001218. DOI: 10.1002/14651858.CD001218.
- ¹⁶ Linde K et al. Acupuncture for tension-type headache. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 1. Art. No.: CD007587. DOI: 10.1002/14651858.CD007587.
- ¹⁷ Lee A et al. Stimulation of the wrist acupuncture point P6 for preventing postoperative nausea and vomiting. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 2. Art. No.: CD003281. DOI: 10.1002/14651858.CD003281.
- ¹⁸ Ezzo J et al. Acupuncture-point stimulation for chemotherapy-induced nausea or vomiting. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 2. Art. No.: CD002285. DOI: 10.1002/14651858.CD002285.
- ¹⁹ G. Maciocia. The practice of Chinese medicine. Churchill Livingstone. 2008. Second edition.
- ²⁰ Oosterse wijsheid. Op website <http://oostersewijsheden.blogspot.com/2008/07/chinese-wijsheden.html>. Juli 2010