



"Of course I look healthy -  
I died jogging."

Figuur met toestemming overgenomen uit *Hypertensie Wereldwijd*, Ciba-Geigy, 7e jaargang nr. 36.

voorbij of wij worden wel geconfronteerd met een nieuw milieuschandaal, waarbij een of ander levensgevaarlijk gif, vaak in een vrijwel onmeetbare concentratie, in de grond of in het oppervlaktewater wordt aangetroffen; ook bacteriën, al dan niet pathogeen, staan volop in de belangstelling, zelfs voor de consumptie bestemde garnalen mogen geen bacteriën meer bevatten.<sup>6</sup>

Volgens onze huidige folklore over ziekte en gezondheid wordt een mens dus ziek omdat hij of zij verkeerd leeft in een milieu dat chemisch, fysisch of psychisch vervuild is. Zo wordt het krijgen van kanker je eigen schuld, komt het niet van het roken of van het eten van gebraden vlees, dan ligt het toch zeker aan je persoonlijkheidsstructuur. Een hartinfarct is eigen schuld, te hard gewerkt, te weinig of te veel getrimd, te veel gegeten en (of) te veel ambities. Het klopt altijd. Het is dan ook een algemeen aanvaard en naar het schijnt een onaantastbare opvatting dat het milieu

moet worden veranderd en dat wij anders (gezonder) moeten gaan leven.

Dit soort theorieën is ook daarom politiek zo populair, omdat links en rechts ermee uit de voeten kunnen. Eigen gezondheid is eigen verantwoordelijkheid, dat is mooi voor rechts; een gezondere samenleving door een schoner milieu, minder industrieën en vooral geen atoomenergie, dat is mooi voor links. Zo leidt het magische denken in de geneeskunde tot lange beschouwingen in de Tweede Kamer over preventieve geneeskunde, alternatieve geneeswijzen, een schoner milieu en een open Markerwaard.

De ware vooruitgang in de geneeskunde, zoals het uitbannen van tuberculose, poliomyelitis en pokken, de verbeterde levenskansen voor diabetici, de hartoperaties voor blauwe baby's en de moderne behandeling van het hartinfarct zijn echter geen gevolg van retoriek, ingevulde vragenformulieren, veranderde eetgewoonten, trimbanen of alternatieve hocus pocus, maar van geduld, van het minutieus zoeken naar feiten en van het eindeloos doorgaan met kwantitatief controleerbaar wetenschappelijk onderzoek.<sup>7</sup>

#### LITERATUUR

- <sup>1</sup> Dunning AJ. Broeder Ezel: Over het onvermogen in de geneeskunde. Amsterdam: Meulenhoff Nederland, 1981.
- <sup>2</sup> Thomas L. The medusa and the snail. New York: The Viking Press, 1979.
- <sup>3</sup> Meijler FL. De preventie van coronaire hartziekten. *Ned Tijdschr Geneesk* 1978; 122: 261-2.
- <sup>4</sup> Dekker E. De preventie van coronaire hartziekten. *Ned Tijdschr Geneesk* 1978; 122: 559-60.
- <sup>5</sup> Bekkum DW van, Meijler FL. Hoe blijft een mens gezond? *Ned Tijdschr Geneesk* 1982; 126: 1238-40.
- <sup>6</sup> Kampelmacher EH. Bacteriefobie. *NRC-Handelsblad*, 30 augustus 1984.
- <sup>7</sup> Durrer D. Zondebok, leugenstofferder of nietige medicijnmeester. Universiteit van Amsterdam, Diesrede, 1983.

November 1984

## *Fumaarzuur voor de behandeling van patiënten met psoriasis*

E. VAN DIJK

In dit tijdschrift werd in de rubriek Vraag en Antwoord en in de rubriek Ingezonden aandacht geschonken aan fumaarzuur ter behandeling van patiënten met psoriasis.<sup>1 2</sup> Kort samengevat bestaat deze behandeling voornamelijk uit het gebruik van tabletten en het houden van een dieet. Er zijn twee soorten tabletten die fumaarzuur en een aantal zouten van de monoethyl- en dimethylesters ervan bevatten. De ene soort, waarmee de kuur meestal begint, zou een zwakke werking hebben; de andere soort wordt als sterker beschouwd en vervangt meestal geleidelijk de eerste. De bijverschijnselen zouden gering zijn. Het dieet is vooral gericht op het vermijden van specerijen, noten, schillen van citrusvruchten, wijn

(ook cognac, sherry, port e.d.). De resultaten van deze therapie, die door de Duitse arts Schäfer al ruim 10 jaar wordt toegepast, lijken beter dan van enige andere antipsoriasisische therapie. De laatste 4 jaar wordt de behandeling begonnen tijdens een verblijf van ca. 3 weken in het psoriasis-instituut Beau Réveil te Leysin (Zwitserland), waar bij aankomst en vertrek lichamelijk en laboratoriumonderzoek plaatsvinden. Dit verblijf heeft mede tot doel de psoriasispatiënt psychisch tot rust te brengen.

Over de werkwijze van medicatie en dieet is nog steeds niet meer bekend dan de hypothesen van Schäfer, waarvan de voornaamste is dat psoriasis een gevolg is van een tekort aan fumaarzuur van de lichaamscellen. Het gebruik van de tabletten dient derhalve als suppletie van dit tekort beschouwd te worden; het dieet zou een ongunstige beïnvloeding van de fumaarzuurstofwisseling in de lever voorko-

Academisch Ziekenhuis der Vrije Universiteit, afd. Dermatologie, Postbus 7057, 1007 MB Amsterdam.  
Prof.dr. E. van Dijk, dermatoloog.

men. Reeds meer dan 50 Nederlandse patiënten zijn in Leysin geweest; zij gebruiken sindsdien de tabletten en houden het dieet.

In Zwitserland, Duitsland en Nederland begint men zich zowel in universitaire als niet-universitaire medische kringen voor dit merkwaardige therapeutische verschijnsel te interesseren: waarom werkt het en hoe, wat vinden de patiënten ervan, zijn er geen ernstige bijwerkingen te verwachten, is het allemaal niet te mooi om waar te zijn? In verschillende centra is onderzoek gepland of reeds begonnen. Bij de voorbereiding van eigen onderzoek leek het ons gewenst over een aantal gegevens te beschikken van de Nederlandse psoriasispatiënten die in oktober 1984 reeds enkele maanden of langer bezig waren met de fumaarzuurbehandeling. Hiertoe werd onder hen een schriftelijke enquête gehouden.

Het betrof 34 patiënten, van wie 32 (22 mannen en 10 vrouwen) het formulier ingevuld terugzonden. De gegevens werden anoniem verwerkt. De gemiddelde leeftijd van de patiënten bedroeg 49,8 (uitersten 18 en 76) jaar, de gemiddelde duur van de psoriasis was 24 (2 en 56) jaar. Velen hadden in de loop der jaren met wisselend succes een reeks behandelingen ondergaan; een aantal had wel eens gedurende een bepaalde periode (enkele weken tot enkele jaren) een (vrijwel) gave huid gehad. De uitbreiding van de psoriasis over het huidoppervlak vóór het begin van de fumaarzuurtherapie was bij 12 patiënten minder dan 20%, bij 6 patiënten 20-50% en bij 14 patiënten meer dan 50%. Zeven patiënten hadden geringe, 9 matig ernstige en 6 ernstige gewrichtsklachten.

De verkregen antwoorden werden in 6 tabellen vastgelegd, die hier worden samengevat.

1. *Reactie van de huidafwijkingen op de orale fumaarzuurtoediening.* Bij één patiënt was geen oordeel mogelijk door staken van de behandeling wegens ernstige maagklachten; bij één patiënt was na drie maanden geen verbetering ontstaan, bij vier patiënten was de verbetering matig, bij 26 goed tot zeer goed. De patiënt die het langst in behandeling was (ruim 2 jaar) en bij wie bij het begin van de behandeling meer dan 50% van het huidoppervlak was aangetast, had reeds 2 jaar een vrijwel gave huid. De dosis fumaarzuurmengsel was 1 dd 1 mespunt; voorts hield hij dieet. Over het algemeen blijkt verbetering van de dermatose na 1 tot 3 weken opgemerkt te worden.

2. *Reactie van de gewrichtsklachten op de orale fumaarzuurbehandeling.* In het algemeen verbeterden de subjectieve klachten duidelijk of verdwenen ze (15 patiënten); bij 3 patiënten was geen invloed van de behandeling waar te nemen.

3. *Invloed van het dieet op de huidafwijkingen.* De meeste patiënten waren van mening dat het dieet een wezenlijke bijdrage vormde tot het welslagen van de behandeling; 11 van hen hadden verergering van de psoriasis opgemerkt na staken van het dieet of na dieetfouten.

4. *Bijverschijnselen van de orale fumaarzuurbehandeling.*

a. Opvliegingen: in het begin van de behandeling door 10 patiënten gemeld; in een latere fase af en toe: door 7 patiënten genoemd.

b. Prikkelingen in het gelaat: 3 patiënten.

c. „Flauw gevoel”: 7 patiënten.

d. Maagklachten: 15 patiënten; door enkele patiënten moest hierdoor de behandeling kortdurend gestaakt worden, 1 patiënt staakte de behandeling definitief. Vervangen van de tabletten door capsules deed de klachten verminderen.

e. Duizeligheid: 3 patiënten.

f. Vocht in de benen: 1 patiënt (in het begin van de behandeling).

g. Moeheid: 2 patiënten.

h. Temperatuursverhoging: 4 patiënten.

i. Andere klachten, o.a. sterke hoofdpijn: 1 patiënt.

Zeven patiënten vermeldde in de enquête geen enkele klacht over bijverschijnselen.

5. *Controle van bloed en urine.* Voor zover bekend, werden in Leysin bij de 2e controle geen afwijkende laboratoriumwaarden geconstateerd. In Nederland vond bij 17 patiënten één of meermalen onderzoek van bloed en urine plaats, zonder dat afwijkingen werden gevonden. Bij 15 patiënten werd geen controle verricht en was er ook geen medische begeleiding.

6. *Oordeel van de patiënten over het resultaat van de fumaarzuurbehandeling.* Tevreden: 4 patiënten; zeer tevreden tot „verbluffend goed”: 22 patiënten; matig resultaat: 4 patiënten; slecht: 2 patiënten; 1 patiënt toonde geen verbetering, 1 patiënt staakte de behandeling wegens maagklachten.

De uitkomsten van een Nederlandse enquête stemmen overeen met die welke Schäfer tot 1983 bij meer dan 400 patiënten waarnam. Daarbij kan nog opgemerkt worden dat 79 van zijn patiënten 2 tot 5 jaar en 72 6 tot 11 jaar achtereen een gave huid hadden. (Schäfer G. Schriftelijke mededeling.) Hoewel niet alle patiënten zo goed reageerden, kunnen deze resultaten als zeer opmerkelijk gekwalificeerd worden.

Nader onderzoek zal hopelijk opheldering verschaffen over de werkingwijze van de behandeling met fumaarzuur en over het ontstaan van genoemde bijverschijnselen en eventuele bijverschijnselen op langere termijn. Verdere verbetering van deze behandeling lijkt niet onmogelijk. Het dient echter aanmerkelijk geacht te worden dat, ook wanneer een psoriasispatiënt gedurende lange tijd geen verschijnselen meer heeft getoond, na staken van de behandeling de psoriasis door endogene en (of) exogene factoren recidiveert.

#### LITERATUUR

<sup>1</sup> Anonymus. Kan fumaarzuur worden toegepast bij psoriasis? (Vraag en Antwoord). Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1152-3.

<sup>2</sup> Bruynzeel DP. Kan fumaarzuur worden toegepast bij psoriasis? (Ingezonden). Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1677.

Januari 1985