

Moerman-therapie; de balans van 50 jaar strijd

B. LÖWENBERG EN J. W. OOSTERHUIS

Met financiële steun van het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC) en de Moermanvereniging voor natuurlijke kankerbestrijding is een retrospectief onderzoek uitgevoerd naar de waarde van de Moerman-therapie bij kankerpatiënten. Het resultaat is neergelegd in een rapport dat op 25 november 1991 is gepubliceerd.¹ Rond de jaren veertig stelde de Vlaardingse arts C. Moerman een dieet samen dat werkzaam zou zijn tegen kanker. Zijn theorie was dat de kankerpatiënt een algemene stofwisselingsstoornis had, veroorzaakt door een gebrek aan voor het lichaam essentiële voedingsstoffen. Het 'Moerman-dieet' zou kanker kunnen genezen. De reguliere geneeskunde heeft tot de dag van vandaag bij gebrek aan bewijsvoering de validiteit van de therapie niet aanvaard. Van meet af aan hebben voorstanders van de Moerman-therapie gestreden voor erkenning. De controverse duurt intussen meer dan vijftig jaar voort. Het thans verschenen rapport geeft daarvan de balans.

Ondanks de negatieve adviezen van wetenschappelijke commissies (de Nationale Commissie voor Kankeronderzoek van de Raad voor Gezondheidsresearch TNO, de Wetenschappelijke Raad voor de Kankerbestrijding, de Koninklijke Nederlandse Academie voor Wetenschappen, de Nederlandse Vereniging voor Oncologie, de Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie) werd in de periode 1979-1985, op aandrang van de volksvertegenwoordiging ('motie-Borgman'), geprobeerd een prospectief onderzoek op te zetten naar de effectiviteit van de Moerman-therapie. Vooral omdat de begeleidingscommissie en de Moerman-artsen het niet eens konden worden over het te volgen protocol is het niet van een dergelijk prospectief onderzoek gekomen. In plaats daarvan is gekozen voor ondersteuning van het retrospectieve onderzoek waartoe één van de Moerman-artsen inmiddels het initiatief had genomen.

De aaneenschakeling van gebeurtenissen in het debat tussen Moerman-artsen, politici, medici, wetenschappelijke commissies en gezondheidsraden wordt in het rapport tot in detail uit de doeken gedaan. Uitvoerig wordt het werk beschreven van 3 commissies. ('Muntendam-Den Hoed-Brutel'; Delprat; Drion) die in opdracht van het ministerie van WVC in het verleden de resultaten van de Moerman-behandeling hebben beoordeeld. Het rapport bevat verder een beschrijving van het Moer-

man-dieet en de door de aanhangers gehanteerde argumentatie. In de bespreking van de Moerman-therapie en de bij de patiënten bereikte resultaten wordt geprobeerd aansluiting te zoeken bij resultaten en inzichten uit het 'reguliere kankeronderzoek'. Vanuit deze invalshoek wordt gerefereerd naar literatuur over spontane regressie van kanker en de mogelijke mechanismen daarvan, en naar onderzoek over componenten in de voeding die direct of indirect kankercellen kunnen beïnvloeden. Tegelijkertijd wordt stelling genomen tegen de 'reguliere kankergeneeskunde' als te analytisch en te eenzijdig gericht op het elimineren van kankercellen zonder aandacht voor de totale gezondheid van de patiënt.

De historische wederwaardigheden rondom de erkenning van de Moerman-therapie laten wij hier verder voor wat ze zijn; wij concentreren ons op de vraag of het huidige onderzoek uitsluitel geeft over de waarde van de Moerman-therapie en of nieuwe feiten worden aangebracht die als uitgangspunt verder onderzoek rechtvaardigen.

KANTTEKENINGEN BIJ DE METHODE VAN ONDERZOEK

Kanker is in ons land na hart- en vaatziekten de tweede doodsoorzaak en is één van de overheersende problemen van de gezondheidszorg. Globaal wordt circa 50% van de patiënten die getroffen worden door deze ziekte genezen. Bij de overigen schiet de geneeskunde te kort en blijft genezing buiten bereik. Voor deze laatste categorie van patiënten wordt gezocht naar nieuwe methoden van behandeling. Ook zelf zoeken deze patiënten naar mogelijkheden en zij nemen daarbij soms hun toevlucht tot alternatieve geneeswijzen. De Nederlandse arts heeft daarmee in de dagelijkse praktijk regelmatig te maken.

Nieuwe behandelingswijzen verschijnen met regelmaat op het toneel van de gezondheidszorg. Wanneer op grond van een eerste indruk een methode bij bepaalde ziekten werkzaam lijkt, is in tweede instantie een wetenschappelijk verantwoorde evaluatie noodzakelijk om nauwkeurig inzicht te krijgen in de (mate van) effectiviteit. Onverwachte bevindingen bij individuele patiënten hebben zo reeds meermalen de allereerste aanzet tot nieuwe inzichten van behandeling gegeven. Hoe noodzakelijk een aansluitend prospectief onderzoek in al dergelijke gevallen is, blijkt steeds opnieuw. Lang niet altijd worden de aanvankelijke positieve indrukken over een behandeling bij verificatie bevestigd; dan valt de therapie – soms verrassend voor de betrokken onderzoekers – dus als onvoldoende werkzaam door de mand. Zelfs in de recente geschiedenis van therapie-ontwikkeling van kanker vinden wij van dergelijke 'desillusies' voorbeelden te over. De veronderstelde werkzaamheid van subcutane bilivaccin Calmette-Guérin (BCG)-injecties tegen be-

Academisch Ziekenhuis Rotterdam-Dijkzigt, afd. Hematologie, Dr. Molewaterplein 40, 3015 GD Rotterdam.

Prof. dr. B. Löwenberg, internist (tevens: Daniel den Hoedkliniek, Rotterdam).

Rijksuniversiteit, afd. Pathologische Anatomie, Groningen.

Prof. dr. J. W. Oosterhuis, patholoog-anatoom.

Correspondentie-adres: prof. dr. B. Löwenberg.

paalde vormen van kanker op basis van observaties bij kleine aantallen patiënten, bleek achteraf een dode mus. Of – nog een voorbeeld – de kortstondige hooggespannen verwachtingen van hoge doses methotrexaat bij de behandeling van hoofd-halskanker, die niet werden ingelost. Het betreft ontknopingen na aanvullend onderzoek. Kennelijk kan het wisselende verloop van kanker misleidend zijn en alleen vergelijkend onderzoek bij patiënten geeft inzicht in de werkelijke bijdrage van een behandeling aan de genezingskans.

Binnen en buiten de reguliere geneeskunde worden bij de toepassing van nieuwe behandelingsmethoden gunstige effecten waargenomen op het welbevinden van de patiënt, die bij onderzoek met controlegroepen blijken te berusten op een placebo-effect. Dergelijke subjectieve resultaten kunnen zeer welkom zijn, ook al worden ze met uiteenlopende benaderingen behaald. Dit aspect vraagt evenzeer om gedegen onderzoek.

Het is teleurstellend dat wij het – na een vijftig jaar voortdurende discussie over de waarde van de Moerman-therapie – met de verschijning van het huidige rapport nog steeds moeten doen met gegevens die qua kwantiteit en kwaliteit naar alle maatstaven schamel en zwak zijn. Terwijl er via intensief dierexperimenteel en epidemiologisch onderzoek intussen gegevens beschikbaar zijn gekomen over de rol van voeding bij het ontstaan en de preventie van kanker, ontbreken overtuigende gegevens dat voeding kanker, wanneer deze eenmaal is ontstaan, kan terugdringen. Het rapport beschrijft de individuele ziektegevallen van een beperkt aantal patiënten, uitgekozen via een breed opgezette oproep. Via advertenties werden patiënten en hun familieleden uitgenodigd om medewerking te verlenen aan het Moerman-onderzoek. Als resultaat van deze oproep hebben zich 384 belangstellenden aangemeld. Van deze 384 viel vervolgens meer dan 90% af omdat zij om wisselende redenen niet voldeden aan de voorwaarden van de onderzoeksofzet. Uiteindelijk werden 35 patiënten uitgekozen voor het onderzoek. Deze 35 patiënten vormen de 'kern' van de rapportage. In deze benadering schuilt een wetenschappelijk gezien elementaire zwakte, waardoor van de betekenis van het onderzoek weinig overeind blijft.

De geïnteresseerden die aan het onderzoek mee hebben gewerkt en gunstige ervaringen toeschreven aan de Moerman-therapie zijn in geen enkel opzicht representatief voor de patiënten met kanker of voor een omschreven subgroep daaruit. Het betreft een handjevol personen uit de vele tienduizenden patiënten en hun familieleden die in de loop van vele jaren overvallen werden door of betrokken raakten bij kanker. Het onderzoek gaat over de weinigen die zich geroepen voelden te reageren en geeft als zodanig niet alleen een beperkt maar ook een eenzijdig gekleurd beeld. Wat te denken van al die anderen met neutrale of met negatieve ervaringen met de Moerman-therapie (en die zijn er vast ook), die in al die jaren in contact zijn gekomen met de Moerman-therapie maar die als gevolg van de onderzoeksofzet buiten beeld zijn gebleven? Nog afgezien van het feit dat vanwege een rigoureuze ballotage bovendien slechts 6% van de aan-

meldingen (de 35 uitverkorenen) in het onderzoek werd opgenomen. Door deze sterke selectie kunnen voor- en nadelen van de therapie niet worden gewogen en daardoor mist het onderzoek de vereiste zorgvuldigheid. Het zijn de bezwaren die altijd enigermate aan een retrospectief onderzoek kleven, maar die hier op ongebruikelijk ernstige wijze in het geding zijn.

Het rapport komt tot de slotsom dat 21 van de 35 uitgekozen patiënten door de Moerman-therapie zijn genezen. Het is merkwaardig dat niet de moeite genomen is om al het pathologisch-anatomisch (PA) materiaal te laten beoordelen door een panel pathologen. Het geeft daarbij te denken dat van de 21 patiënten die uiteindelijk niet afvielen als bewijsmateriaal, er nog steeds 3 zijn bij wie geen PA-onderzoek is gedaan, terwijl van 3 andere patiënten het PA-onderzoek onbevredigend is.

IS HET 'MOERMAN-RAPPORT' HET LAATSTE WOORD?

Het huidige rapport zaait opnieuw de oorspronkelijke vaagheden. Het levert geen deugdelijke klinische analyse, laat staan nieuwe inzichten. Na een halve eeuw Moerman-therapie is het 'oude wijn in nieuwe zakken'. Werkt de Moerman-therapie tegen kanker? Wie voelt zich geroepen om een adequate klinische exploratie naar het nut uit te voeren? Zal de vereiste wetenschappelijke onderbouwing van de Moerman-therapie er ooit komen?

De Moerman-artsen beroepen zich op hun eigen denktrant. Zij wijzen de exclusiviteit van het regulier medisch denken af. De discussies over het medische exclusiviteitsmodel en de Moerman-theorievorming die het rapport vullen, leiden af van de echte vraag naar de waarde van de Moerman-therapie.

De praktische moeilijkheden die verbonden zijn aan de uitvoering van vergelijkend klinisch onderzoek zijn niet gering. Niemand zal dat kunnen ontkennen. Met oog voor de praktische problemen van prospectief onderzoek laat één van de vooraanstaande klinische tijdschriften, *Journal of Clinical Oncology*, in dezelfde novembermaand van de verschijning van het Moerman-rapport over de bewijsvoering bij vergelijkend klinisch onderzoek geen twijfel bestaan: 'In recent years, the prospective randomized controlled clinical trial has become the proving ground for new medical therapies. To be accepted as the standard of care by the medical community treatment efficacy must be shown in a well-constructed randomized trial'.² De Moerman-therapie vormt hierop geen uitzondering, al zullen vanwege de zwakke medische basis weinigen reden zien voor zo'n onderzoek.

Het is 50 jaar na dato raadselachtiger dan ooit waaraan de Moerman-aanhangers hun aanspraken ontlenuen.

LITERATUUR

- ¹ Graaf S de, Meijer D, Antonczyk A, eds. Retrospectief onderzoek naar de effectiviteit van de Moerman-therapie bij kankerpatiënten. 's-Gravenhage: SDU, 1991.
- ² Benson AB, Pregler JP, Bean JA, Rademaker AW, Eschler B, Anderson K. Oncologists' reluctance to accrue patients onto clinical trials: an Illinois Cancer Center Study. *J Clin Oncol* 1991; 9: 2067-75.

Aanvaard op 20 januari 1992