

STUDEERDEN WIJ MEDICIJNEN OF GENEESKUNDE?





STUDEERDEN WIJ
MEDICIJNEN OF
GENEESKUNDE?

een nieuwe kijk op de aanpak van
chronische aandoeningen

Lieneke van de Griendt



Uitgever: S2uitgevers

Redactie en ontwerp binnenwerk: Ap van Rijsoort, Scribent.nl

Ontwerp omslag en tekeningen binnenwerk: Tamar Verkaik, Scribent.nl

Foto pagina 94: iStock/Svisio

Druk en afwerking: Tipo Print

ISBN 978 94 92528 544

NUR 870

Copyright © 2020 Lieneke van de Griendt

www.S2uitgevers.nl

In dit boek wordt voor de overzichtelijkheid de patiënt als een ‘hij’ beschreven. Derhalve kan overal waar in deze betekenis ‘hij’ en ‘zijn’ staat, dit ook worden gelezen als ‘zij’ en ‘haar’.

Disclaimer

De informatie in dit boek is met de grootst mogelijke zorgvuldigheid samengesteld. Dit boek is informatief en niet bedoeld als medisch advies. De auteur en uitgeverij zijn niet aansprakelijk voor consequenties die voortvloeien uit beslissingen die genomen worden op basis van de inhoud van dit boek.

Het lezen van dit boek creëert geen arts-patiëntrelatie en kan die ook niet vervangen. Patiënten wordt geadviseerd bij vragen over gezondheid, voeding, leefstijl of het gebruik van supplementen altijd het advies in te winnen van de eigen behandelaar.

Dit boek is niet bedoeld om de lezer een blauwdruk te bieden voor een nieuwe aanpak van chronische ziekten; daarvoor is meer kennis en kunde nodig. Behandelaren kunnen de auteur en uitgeverij niet aansprakelijk stellen voor consequenties die voortvloeien uit door hen toegepaste medische interventies op basis van de informatie in dit boek.

*Voor mijn ouders en mijn zus Marijke. Als we toen wisten
wat we nu weten, hadden jullie waarschijnlijk langer
in goede gezondheid geleefd.*

*'Acute [diseases] meaning those of which God is the author,
chronic meaning those that originate in ourselves.'*

- Thomas Sydenham (1624-89), arts

De Nederlandse artseneed

'Ik beloof dat ik de geneeskunst zo goed als ik kan zal uitoefenen ten dienste van mijn medemens. Ik zal zorgen voor zieken, gezondheid bevorderen en lijden verlichten. Ik stel het belang van de patiënt voorop en eerbiedig zijn opvattingen. Ik zal aan de patiënt geen schade doen. Ik luister en zal hem goed inlichten. Ik zal geheimhouden wat mij is toevertrouwd. Ik zal de geneeskundige kennis van mijzelf en anderen bevorderen. Ik erken de grenzen van mijn mogelijkheden. Ik zal mij open en toetsbaar opstellen, en ik ken mijn verantwoordelijkheid voor de samenleving. Ik zal de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg bevorderen. Ik maak geen misbruik van mijn medische kennis, ook niet onder druk. Ik zal zo het beroep van arts in ere houden. Dat beloof ik.'

Inhoud

Woord vooraf	11
Inleiding	15
1 Medicijnen	27
2 Rob en Terry	43
3 Insulineresistentie	55
4 Laaggradige ontsteking	73
5 Microbioom	95
6 Immuunsysteem	125
7 Mitochondriën	139
8 Stress	161
9 Toxines	171
10 Ontgiftig	185
11 Geneeskunde	199
Dankwoord	223
Addendum	225
Referenties	227
Register	251

Woord vooraf

door Martin Schipperus

‘**S**tudeerden wij medicijnen of geneeskunde?’ vraagt Lieneke van de Griendt in haar boek aan alle behandelaren van patiënten met een chronische aandoening of ziekte. Deze vraag is zeer actueel en krijgt gelukkig ook steeds meer aandacht. Zo heeft Machteld Huber het nieuwe concept ‘positieve gezondheid’ geïntroduceerd, waarin gezondheid niet meer wordt gezien als de aan- of afwezigheid van ziekte, maar als het vermogen van mensen om met de fysieke, emotionele en sociale levensuitdagingen om te gaan.

Het aantal chronische patiënten neemt de laatste jaren alleen maar toe. In 2018 hadden bijna tien miljoen patiënten één of meer chronische aandoeningen. Ook kanker wordt tegenwoordig als een chronische ziekte gezien – en we krijgen steeds vaker en vroeger kanker. Sinds 1990 is het aantal jaarlijkse nieuwe kankergevallen in Nederland meer dan verdubbeld. Op dit moment heeft een man 45 procent kans om gedurende zijn leven kanker te krijgen en een vrouw 37 procent. Natuurlijk komt dit mede door betere diagnostische methoden en screeningsprogramma’s, maar het geeft toch te denken. Het lijkt dweilen met de kraan open en met medicijnen alleen lossen we dit probleem nooit op.

Dit boek laat, op deskundige wijze, een aantal belangrijke oorzaken van chronische ziekten de revue passeren. We worden daarbij meegenomen in het verhaal van Rob en Terry, patiënten die onvermoeibaar hebben gezocht naar betere, op genezing gerichte behandelingen voor de ziekte Multiple Sclerose (MS). Terry Wahls, MS-patiënte én hoogleraar interne geneeskunde aan de Universiteit van Iowa in de Verenigde Staten, heeft dit uiteindelijk uitgewerkt in een wetenschappelijk goed onderbouwde behandelmethode: het Wahls Protocol. Dit bestaat uit een combinatie van goede voeding, vitamines, mineralen, supplementen, beweging en krachttraining, ontspanning en slaap.

Dat patiënten vaak zelf de weg moeten vinden in het woud van de niet-reguliere geneeskunde is een bekend gegeven. Een enquête onder patiënten met een hematologische aandoening in het HagaZiekenhuis in Den Haag, waar ik bijna twintig jaar heb gewerkt, toont aan dat ruim 70 procent van hen een of andere aanvullende vorm van niet-medicamenteuze behandeling gebruikt. Helaas deelt maar 30 tot 40% van hen dit gegeven met hun behandelend arts. De meeste patiënten zijn namelijk bang op onbegrip van hun arts te stuiten. Dat is jammer, want patiënten zouden er baat bij hebben wanneer artsen een luisterend oor hebben voor hun patiënten en openstaan voor een meer holistische benadering van de patiënt en zijn of haar aandoening. Een patiënte van mij beklagde zich eens over de manier waarop wij in haar ogen tegenwoordig werken in het ziekenhuis: van 'heelkunde' was volgens haar geen sprake meer. Zij voelde zich eerder in duizenden stukjes

versplinterd omdat zij van deelspecialist naar deelspecialist werd gestuurd. 'Heel de mens', zou ons motto (weer) moeten zijn en wij kunnen dat bereiken door meer kennis op te doen van de functionele geneeskunde – en door ook geneeskundestudenten hierin op te leiden.

Dit boek levert een voorproefje van deze kennis door stapsgewijs dieper in te gaan op de pathofysiologie van chronische ziekten. Fascinerend is het om te lezen wat de rol kan zijn van het microbioom; de reguliere geneeskunde heeft dit inmiddels ook opgepakt, wat heeft geleid tot faecetransplantaties voor darminfecties, maar ook tot de beïnvloeding van het immuunsysteem bij ziekten zoals MS.

Zo komen we weer terug bij Terry Wahls, die ervan overtuigd was dat zij meer nodig had dan alleen medicijnen om te genezen (als dat mogelijk is) van haar MS. Veel patiënten zijn net als Terry hun zoektocht begonnen, maar vinden nog onvoldoende gehoor bij hun behandelaren. Hippocrates (zie de artseneed op pagina 7 van dit boek) heeft ons echter doen beloven goed naar onze patiënten te luisteren en ook te voorkomen dat hun schade wordt berokkend. Als we ons beperken tot het voorschrijven van medicatie, moeten we ons in sommige gevallen afvragen of wij ons nog wel houden aan deze belofte. Symptomen kunnen worden bestreden en klachten verlicht, maar een definitieve oplossing bieden pillen meestal niet.

Uiteindelijk zal een integrale aanpak van de vele factoren die ten grondslag liggen aan het ontstaan van de chronische ziekte een grotere kans bieden op werkelijke genezing dan louter het toedienen van medicijnen. Dát is de genees-

kunst en -kunde waar Lieneke met onder meer dit boek naar streeft. Dat is niet alleen een mooi en lovenswaardig streven, maar eigenlijk een must voor iedere zichzelf respecterende arts.

Dr. Martin Schipperus, internist-hematoloog
Afdeling hematologie
UMCG
Groningen

Inleiding

Patholoog prof. Marco de Vries was een bijzondere man, die het aan het eind van de vorige eeuw aandurfde om te midden van zijn zeer rationeel denkende collega's wetenschappelijk onderzoek te doen naar wat in het leven van de mens een bijdrage zou kunnen leveren aan 'spontane' regressie van kanker.¹ Dankzij zijn colleges Algemene Ziekteleer, die ik in het eerste jaar van mijn studie Geneeskunde volgde, kijk ik nu met een brede blik naar mijn patiënten en hun chronische ziekten. Het is mede te danken aan dit zaadje dat hij zoveel jaren geleden in mijn brein zaaide, dat ik nu het grote geheel begin te zien. Ook zijn moed om tegen de gevestigde orde in te gaan, inspireert mij.

In die tijd, de jaren 1980, was een ernstige (een chronische of dodelijke) ziekte iets wat je gewoon overkwam, zonder dat we ons al te zeer afvroegen wat hiervan de oorzaak was. 'Botte pech,' hoorde ik eens als antwoord van een specialist toen ik hem hiernaar vroeg. Vooral de genen werden verantwoordelijk gehouden. Nu komen we erachter dat omgevingsfactoren, waarvan voeding er één is, ook een belangrijke rol spelen. Als we kijken naar de celbiologie, biochemie en fysiologie en zien welke vitamines, mineralen en sporenelementen nodig zijn bij de vele enzymreacties van onze stofwisseling, is dat eigenlijk

heel logisch. Helaas leerden wij daar destijds weinig over.

Mijn studieboek biochemie uit die tijd meldt op vijftien van de duizend pagina's iets over vitamines, en een aantal belangrijke mineralen zie ik ook hier en daar genoemd. Ik herinner me niet dat we leerden in welke voeding wij de micronutriënten – die nodig zijn voor het optimaal functioneren van ons lichaam en dus voor een goede gezondheid – kunnen aantreffen en dat het afnemen van een voedingsanamnese dus zinvol is.

De leer der medicijnen

We kregen daarentegen wel uitgebreid les in farmacologie: de leer der medicijnen. De centrale vraag die wij ons als arts dan ook elke keer stellen, is: hoe kunnen we in de biochemie en/of fysiologie van de patiënt ingrijpen met een medicijn of interventie, zodat de klachten verdwijnen?

Acute aandoeningen (een wond, een breuk of een infectie) zijn met deze aanpak goed te behandelen. Maar wat als de patiënt een chronische ziekte krijgt? Kunnen we die ook met behulp van een medicijn of interventie wegnemen?

We stellen net als bij de acute klacht vragen, we doen lichamelijk en eventueel bloedonderzoek, en voeren röntgen- of ander beeldvormend onderzoek uit. Vervolgens stellen we aan de hand van de uitslagen een diagnose en dan... schrijven we vaak een medicijn voor. De patiënt neemt het medicijn in, raakt (soms) zijn klachten kwijt en de bloedsuitslagen verbeteren. Maar na het staken van de inname van het medicijn komen dezelfde klachten terug, of er ontstaan nieuwe klachten. Als je als huisarts niet meer weet hoe nu verder, verwijst je

je patiënt door naar een specialist. Die doet meer onderzoek en schrijft vervolgens meer of andere pillen voor. Pillen die nogal eens bijwerkingen geven, waar wij dan weer een andere pil voor geven. Intussen is de oorspronkelijke ziekte nog steeds niet overwonnen. Voor hij het weet zit de patiënt levenslang aan medicatie vast en zien wij de patiënt er in de loop der tijd alleen maar meer diagnoses – en medicijnen – bij krijgen. Het begint bijvoorbeeld met chronische vermoeidheid en een prikkelbare darm, dan zien we er een verhoogde bloeddruk bijkomen en een iets verhoogde suikerspiegel, vervolgens gaat de schildklier trager werken, ontstaan er depressieve klachten of krijgt de patiënt er een auto-immuunziekte, osteoporose, hartinfarct of beroerte bovenop. En zo raakt de toch al chronisch zieke patiënt van de regen in de drup.

Bij klachten waar géén diagnose kan worden gesteld, gaat het net zo. Als de steeds terugkerende of lang bestaande klacht nog niet past binnen een diagnose, noemen we die een SOLK: een *somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klacht*. Ofwel: we weten de oorzaak niet en we kunnen er niet veel mee.

De patiënt merkt dat huisarts noch specialist hem van de klachten kan afhelpen en voelt zich na drie keer voor dezelfde klachten te zijn teruggegaan ‘een zeur’. En de dokter raakt op zijn beurt gefrustreerd, omdat hij zich realiseert dat hij de patiënt niet heeft weten te genezen, daar deze blijft terugkomen.

Het ministerie van Volksgezondheid stelde op 1 januari 2016 vast dat in Nederland 8,8 miljoen mensen één of meer chronische aandoeningen hadden; op 1 januari 2018 was dit al 9,9 miljoen. Dit komt overeen met respectievelijk 52 procent en

58 procent van de Nederlandse bevolking! Van de mensen van 75 jaar en ouder heeft zelfs 95 procent een chronische aandoening.

Medicijnen of geneeskunde?

Ik zie dit al zo'n twintig jaar aan me voorbijkomen en vraag me zo langzamerhand af: wat is hier aan de hand? Studeerden wij medicijnen of geneeskunde? Ik kan niet anders concluderen dan dat wij dokters niet zo goed in staat zijn om een patiënt met een chronische klacht of ziekte te genezen.

Wat leerden we dan wel tijdens onze studie? Wij leerden bij elkaar horende klachten te herkennen en daar vervolgens een naam aan te geven: *hypothyreoïdie* (te langzaam werkende schildklier), *cardiomyopathie* (hartspierziekte) en *osteoporose* (broze botten) bijvoorbeeld. De namen klinken duur en intelligent, maar geven eigenlijk alleen aan wáár het probleem zit. De naam zegt niets over waaróm dit probleem is ontstaan. We stellen bijvoorbeeld vast dat de schildklier te traag werkt en komen in het beste geval niet verder dan te zeggen dat de oorzaak een auto-immuunreactie betreft. Waarom die reactie ontstond, weten we niet. Wij leerden vervolgens hoe we de symptomen van deze diagnose met pillen kunnen onderdrukken. Onze studie werd in de jaren 1970 en 1980 ook niet voor niets de studie *Medicijnen* genoemd.

Het voorschrijven van een recept is een logisch gevolg van hoe ons vak zich ontwikkeld heeft. Traditionele helers en sjamanen gebruikten planten en kruiden vanwege hun heilzame effect en de westerse wetenschap borduurde daarop voort. We ontdekten hoe we het geneeskrachtige deel uit de plant konden

isoleren of namaken. Door dit aan een grote groep mensen te geven en te vergelijken met een groep die dit middel niet krijgt, kan gezegd worden of een significant deel van deze groep er een positief effect van ondervindt. We noemen deze onderzoeken *randomized controlled trials* (RCT's). Dankzij de resultaten van deze RCT's kunnen velen langer leven en in sommige gevallen kan de ziekte zelfs worden teruggedrongen. Voor de chronische ziekten is het echter meestal wel zo dat medicatie levenslang moet worden gebruikt, zeker als het gaat om de ziekten die de huisarts begeleidt: suikerziekte, hart- en vaatziekten en longziekten. De patiënt kan dus nooit meer stoppen met zijn medicatie. Met andere woorden: we onderdrukken met het medicijn de symptomen van de chronische ziekte, maar kunnen de ziekte zelf er niet mee doen verdwijnen.

Onderdrukken van de symptomen

Wanneer wij een diagnose hebben gesteld, gaan we daarna niet uitgebreid met de patiënt de vraag onderzoeken: waaróm ontstond de ziekte? Natuurlijk weten we het wel een beetje: het zal iets met leefstijl, voeding of stress te maken hebben, maar bij bijvoorbeeld chronische buikklachten, eczeem en schildklierandoeningen raken we het spoor al snel bijster. En bij de diagnoses psoriasis, alopecia, multiple sclerose en reuma weten we het al helemaal niet meer. We schrijven dan iets voor dat de klachten verlicht en de symptomen onderdrukt, maar helpen degenen met een chronische ziekte welbeschouwd niet om van de ziekte af te komen.

Daar krijg ik steeds meer moeite mee.

Onderzoek

Van veel chronische klachten en een aantal chronische ziekten (zoals auto-immuun- en neurodegeneratieve ziekten) weten we nog steeds niet hoe die precies tot stand komen. Het gaat waarschijnlijk om veel oorzaken tegelijk, die voor de verschillende individuen wellicht anders zijn, maar wel tot dezelfde ziekte leiden. Dat betekent dat we talloze grote RCT's zullen moeten doen – en daar weer meta-analyses van moeten maken – om een klein stapje dichterbij de waarheid te komen. Dergelijke uitkomsten kunnen tien tot twintig jaar op zich laten wachten, als die onderzoeken überhaupt ooit gedaan worden. Onderzoek doen naar zo'n complexe ziekte bij mensen waar veel verschillende oorzaken een rol spelen, is namelijk buitengewoon lastig en ook ethisch gezien vaak onuitvoerbaar. Daarnaast vergen deze onderzoeken een grote financiële investering, maar als ze niet gekoppeld worden aan iets wat vervolgens verkocht kan worden, leveren ze niks op. De patiënt met een invaliderende chronische ziekte heeft trouwens helemaal geen tijd om dit alles af te wachten. En je kunt je afvragen: heeft die patiënt er niet gewoon recht op om te horen wat we wél weten, ook al is dat voor een breed gedragen wetenschappelijke consensus nog wat prematuur, zodat hij zelf kan beslissen wat hij met deze kennis doet?

Blue Zones

Nu we weten dat er regio's op de wereld zijn (de zogenaamde Blue Zones²) waar vrijwel iedereen in goede gezondheid een hoge leeftijd bereikt, kunnen we er niet meer omheen. Onderzoek naar de succesfactoren van deze Blue Zones tonen aan

dat de manier waarop we leven, effect heeft op de gezondheid van ons lichaam. De Blue Zones tonen ons dat deel uitmaken van een gemeenschap, het hebben van liefdevolle relaties en van een doel in het leven (*ikigai**), voldoende bewegen, wonen en werken in een redelijk toxine-arme omgeving en het eten van onbewerkt, afwisselend voedsel, van belang is om gezond oud te worden.

Toename van chronische ziekten

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) zegt over een aantal chronische ziekten het volgende³: ‘Hart-en vaatziekten, herseninfarcten, kanker, diabetes en chronische longziekten vormen samen wereldwijd de oorzaak van bijna 70% van overlijden. Vastgesteld is dat de snelle stijging van voorkomen van deze ziekten vooral te wijten is aan vier belangrijke oorzaken: roken, alcohol, ongezonde voeding en onvoldoende bewegen.’

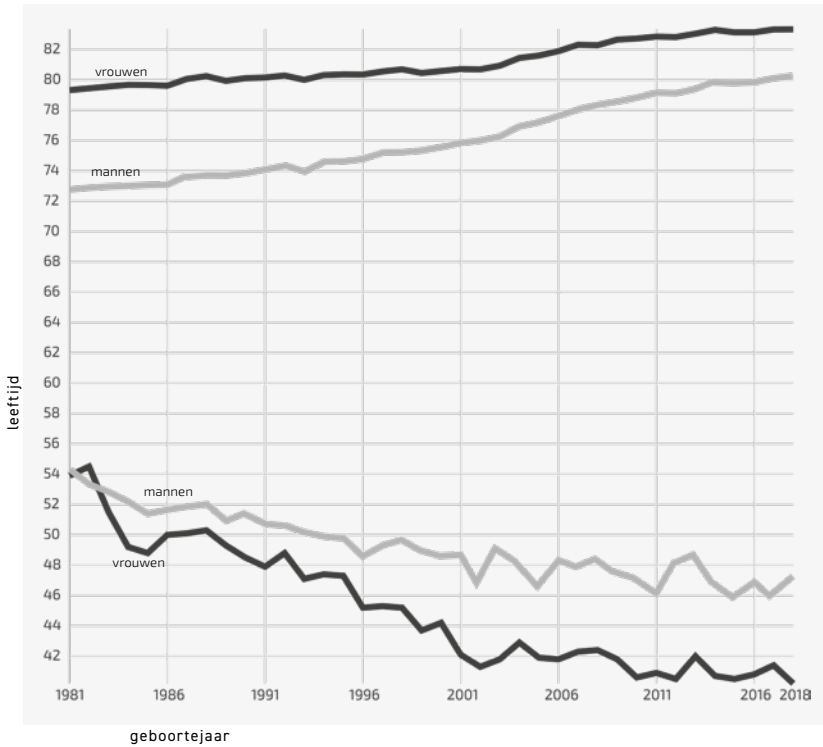
En in 2009 kwamen 37 deskundigen tijdens de Dahlem Conferentie in Berlijn overeen dat niet alleen de zogenaamde *hygiënehypothese* (zie kader op volgende pagina) waarschijnlijk verantwoordelijk is voor de toename in bepaalde chronische aandoeningen, maar ook de blootstelling aan vervuilers als uitlaatgassen en fijnstof, de veranderde voeding en het gebruik van antibiotica^{4,5}.

*Een van de onderzochte Blue Zone-eilanden is Okinawa; hier komt de term *ikigai* vandaan.

Hygiënehypothese

Met de 'hygiënehypothese' bedoelen we dat wij tegenwoordig 'te schoon' zijn. Van jongs af aan stellen we onszelf en onze kinderen te weinig bloot aan micro-organismen, die een belangrijke bijdrage zouden leveren aan een normale ontwikkeling van ons immuunsysteem. Kinderen stoppen van nature graag dingen in hun mond en dit hoort ook zo: op deze manier ontwikkelen ze een sterk microbioom, en daarmee een gezonde afweer, zodat ze later geen ziekten als astma, allergieën, eczeem en andere ontstekingsziekten ontwikkelen.

Onderzoek bij jager-verzamelaars (er leven wereldwijd nog zo'n honderd verschillende groepen) toont aan dat chronische ziekten bij hen nauwelijks voorkomen⁶. En, verrassender misschien, bij de moderne mens kwamen die tot het begin van de vorige eeuw ook niet veel voor. De veranderingen in leefstijl van de afgelopen honderd jaar hebben weliswaar een vermindering van klassieke infectieziekten zoals hepatitis A (geelzucht) en darminfecties met parasieten te zien gegeven, maar dit ging samen met een stijging van chronische ziekten als auto-immuunziekten, allergieën en andere chronische ontstekingsziekten! We worden dus wel ouder, maar ook (steeds eerder) chronisch ziek. Gezonde ouderen die geen medicijnen slikken, komen steeds minder vaak voor.



Afbeelding 1 – Grafiek van de levensverwachting voor mannen en vrouwen (bovenste twee lijnen) en de levensverwachting zonder chronische ziekten (onderste twee lijnen), vanaf geboortjaar 1981. Bron: CBS, 2019

Ware gezondheid

Moeten wij artsen hier niet mee aan de slag? De patiënt met chronische klachten verdient onze uitgebreide aandacht en zorg op maat. En daarmee bedoel ik: samen opsporen wat de oorzaak van de klachten is, en vervolgens deze oorzaak aan-

pakken en wegnemen. Medicatie kunnen we dan nogal eens minderen of zelfs helemaal afbouwen. Dát is de weg naar ware gezondheid.

Oude kennis, nieuwe inzichten

In dit boek vertel ik hoe ik dankzij goed te luisteren naar mijn patiënten – zoals ik beloofde met het afleggen van de eed – en vele uren studie, een nieuwe kijk op gezondheid en ziekte kreeg. Ik verdiepte me opnieuw in een aantal van de basisvakken zoals biochemie, fysiologie, endocrinologie en immunologie. Maar dan dit keer niet zoals tijdens mijn studie vanuit de vraag: welk medicijn past hierbij? maar: wat mist het lichaam aan grondstoffen? Wat hebben de celonderdelen en systemen van ons lijf nodig om optimaal te functioneren en wat kan ze juist schaden? Als we dat weten, hoeven we misschien niet te wachten op de uitkomsten van grote RCT's om alvast eenvoudige en veilige adviezen te kunnen geven die kunnen bijdragen aan een betere gezondheid.

Laten we bij de behandeling van een chronische klacht of ziekte in plaats van louter de bestaande richtlijnen te volgen weer gaan nadenken en de vraag stellen: waaróm lukt het de patiënt niet om af te vallen? Waaróm valt het immuunsysteem het eigen lichaamsweefsel aan en waaróm heeft de patiënt een prikkelbare darm?

En laten we onze oude kennis combineren met nieuwe inzichten: er is inmiddels zoveel meer bekend over wat het lichaam nodig heeft om gezond te blijven!

Een wereld van verschil

Dit boek is geen blauwdruk voor hoe het anders moet. Ik zie het als de taak van de arts om de zoekende patiënt adequaat te informeren en te kunnen adviseren. Ik wil daarom mijn collega's zien te enthousiasmeren om verder te gaan dan een diagnose te stellen, om te bedenken wat er aan de diagnose ten grondslag kan liggen, bijvoorbeeld een metabole chaos, een laaggradig ontstekingsbeeld, dysfunctionerende mitochondriën, een hyperactief immuunsysteem, ontgiftingsproblemen of combinaties van deze zaken. Dan kan van daaruit de link gelegd worden naar de oorzaak daarvan, zoals hyperinsulinemie, een verhoogd doorlaatbare darmwand, onvoldoende micronutriënten, een verstoord microbioom, chronische stress of blootstelling aan toxines. De patiënt kan dan – zo hij wil – geïnformeerd worden over wat er aan de hand is en welke oorzaken hier mogelijk een rol bij spelen. Hij zal zich gehoord en gezien voelen en kan zijn eigen conclusies en beslissingen hieraan verbinden.

Uit ervaring heb ik gemerkt dat het voor de motivatie van de patiënt een wereld van verschil maakt als de dokter kan uitleggen hoe het precies zit. Dat klinkt misschien makkelijker dan het is, want de onderwerpen die we op dit pad tegenkomen zijn voor de meeste artsen geheel nieuwe vakken. Dat betekent dat we weer mogen studeren om ons de nieuwe inzichten eigen te maken.

Aan de slag dus!

1

Medicijnen

Zolang als ons vak bestaat, bestaan er al medicijnen. Wie in oude tijden zijn zieke medemens wist te helpen met behulp van 'iets', werd niet voor niets medicijnman of kruidenvrouw genoemd. Ook de *ayurveda*, een van de oudste vormen van geneeskunde die we nog kennen, maakt gebruik van 'medicijnen'. Het verlichten van pijn, het bestrijden van infecties, het openen van de luchtwegen en het stoppen van allergische reacties zijn allemaal zaken die we snel en doeltreffend kunnen verrichten met behulp van medicijnen, die zo zelfs levensreddend kunnen zijn.

De medicijnen echter die we voor chronische klachten en ziekten inzetten, onderdrukken in de meeste gevallen slechts de symptomen: ze *genezen* niet. Een nadeel van medicijnen is ook dat ze meer doen dan waarvoor wij ze inzetten, wat weer nieuwe klachten kan geven. Het is bovendien zo dat medicatie niet altijd in een biochemische behoefte van het lichaam voorziet. Een lichaam heeft geen 'tekort' aan een bètablokker of antidepressivum. Iets in het lichaam functioneert niet, waardoor er klachten ontstaan. Maar wat functioneert niet en waarom functioneert het niet? We geven een bètablokker om de bloeddruk te laten zakken, maar de oorzaak daarvan is er niet mee weggenomen. En schildklierhormonen dan: als er

te weinig schildklierhormoon in het bloed aanwezig is, heeft het lichaam toch behoefte aan toediening van dat hormoon? Jazeker, maar dan nemen we er nog niet de reden mee weg waarom dit hormoon onvoldoende aangemaakt werd.

Bij andere medicijnen is het zelfs zo dat we er wel de symptomen mee laten verdwijnen, maar dat de ziekte ondertussen verergert, zoals gebeurt bij sommige medicijnen voor suikerziekte, wat ik hierna zal beschrijven. Dit is strijdig met de eed die wij hebben gezworen: 'Ik zal aan de patiënt geen schade doen', en ook daarom stuit mij dit als arts meer en meer tegen de borst.

Het is natuurlijk ook als patiënt goed om stil te staan bij wat je (gaat) slikken.

Medicijnen die we voorschrijven bij suikerziekte

Sulfonylureumderivaat

Deze schrijven we voor wanneer de glucosespiegel, ondanks het medicijn waar we altijd mee beginnen (metformine), te hoog blijft. Sulfonylureumderivaten stimuleren de afgifte van insuline door de gevoeligheid van de bètacellen in de pancreas voor glucose te verhogen. De insulinespiegel stijgt dus, waardoor insulineresistentie (zie hoofdstuk 3), het fenomeen dat ten grondslag ligt aan suikerziekte (type 2), kan toenemen. En ja, de glucosespiegel gaat omlaag. We bestrijden hiermee het symptoom van de ziekte: een hoge glucosespiegel. Maar zoals ik in hoofdstuk 3 zal uitleggen, maken we de patiënt er eigenlijk een beetje méér diabeet door. In elk geval genezen we hem niet.