

Ek en Van Gijn beschreven eerder (MC 11/2004: 401) een nieuwe therapie voor het complex regionaal pijnsyndroom type 1 (CRPS-1), bestaande uit proximaal fixeren en fors passief doorbewegen en/of manipuleren van de plaats waar de weerstand zit of waar de patiënt aangeeft de meeste pijn te voelen. Ze hadden de behandeling geobserveerd in Macedonië. Critici veronderstelden een hoog Jomanda-gehalte, placebo-effecten en kwakzalverij. In onderstaand artikel sluit Cees Renckens zich daarbij aan. Ek en Van Gijn kijken vervolgens terug op de afgelopen jaren: de behandeling is wetenschappelijk te onderbouwen.

HET BLIJFT KWAKZALVERIJ

De Macedonische methode in historisch perspectief

Het therapeutische succes van de Macedonische mevrouw Shinka bij posttraumatische dystrofie vertoont grote overeenkomsten met de behandelingen die de arts-masseur Mezger in de 19de eeuw grote roem bezorgden. Maar: ook toen was er geen plausibele verklaring voor het werkingsmechanisme.

CEES RENCKENS

In maart 2004 brachten huisarts Ek en revalidatiearts Van Gijn in Medisch Contact verslag uit van een bedevaart van twaalf patiënten met 'uitbehandelde posttraumatische dystrofie (PTD)' naar de Macedonische bergen, waar ene mevrouw Shinka zich toelegt op het hardhandig kraken van door PTD aangedane extremiteiten.¹ Zij gaat

daarbij 'ver door de pijngrens' en is pas tevreden als er een 'klik' klinkt. Direct daarna treedt vaak een opvallende verbetering op. De artsen pasten de therapie al op kleine schaal toe in het Hoogeveense Bethesdaziekenhuis en hun eerste resultaten waren bemoedigend.

Geertzen c.s.² beweerden dat het artikel niet had mogen worden geplaatst en ikzelf betoogde destijds^{3,4} dat MC met de acceptatie van dit verhaal 'door een pijngrens is gegaan' en mevrouw Shinka noemde ik een kwakzalver.

Intussen blijkt de methode zich in toenemende populariteit te verheugen:

Mezger beproefde frictiemethoden - en had succes

revalidatieartsen, neurologen en fysiotherapeuten reizen naar Hoogeveen om de methode te komen afkijken.⁵ Er kwam bijval vanuit de afdeling Revalidatie-geneeskunde van de universiteit Maastricht.⁶

MC nam het artikel van Ek en Van Gijn op in de topvijf van meest spraakmakende artikelen in de periode 2004-2005.⁷ Hebben de critici van het eerste uur ongelijk gekregen? Tijd voor een historisch perspectief.

HARDHANDIG

Het ziektebeeld, eerder bekend als Südeckse dystrofie, werd rond 1900

beschreven. Tegenwoordig spreekt men van CRPS-1: complex regionaal pijnsyndroom. De uitlokkende gebeurtenis kan minimaal zijn.⁴ Een effectieve reguliere therapie is er eigenlijk niet.

Het moment lijkt aangebroken om de figuur dr. Johann Georg Mezger (1838-1909) te introduceren. Het meeste over deze arts-masseur moest zijn biograaf Kostelijk⁸ halen uit de populaire pers, want Mezger zelf heeft vrijwel niet gepubliceerd.

De werkwijze van Mezger werd in 1879 in het geïllustreerde volkstijdschrift Eigen Haard als volgt beschreven: 'Dr.

Mezger (...) is een man, niet alleen met een uitstekend hoofd, maar tevens met een welwillend, medelijdend hart. Dit belet hem echter niet te knorren, als er reden toe mocht zijn. Dan gaat het er somtijds in alle liefde flink op los. (...) Daarop doet hij een greep uit de vetpoten van Egypte, gaat aan het wrijven, knijpen, beuken, pijnigen; men gilt het uit - doch bij slot van rekening wordt men toch door niemand zoo prettig pijn gedaan als door dr. Mezger.'

Hardhandigheid was Mezgers handelsmerk, want de bezoekende Duitse arts dr. H.F. Witt uit Sleeswijk-Holstein schreef in 1875 dat Mezger bij het behan-

delen van de spier-, pees- en gewrichtsaandoeningen blijkt gaf van 'eine grosze Kraft in den Fingern' en angst vervulde zijn hart als hij 'z.B. Gelenkcontracturen kleiner, graciler gebauter Mädchen und Knaben mit einer Kraftanwendung der sehr muskulös gebauten Dr. Mezger behandeln sah, als ob notwendig die kleinen, zarten Knochen ihm unter den Fingern zerbrechen muszten.' Mezger verzekerde hem echter dat hij nooit iets had gebroken. De behandeling bestond uit fricties, kneden, bekloppingen en bewegingen, zowel actief als passief en allemaal in een hoog tempo: hij kon gemakkelijk vijftig patiënten in zes uur behandelen.

KONINKLIJK ONDERSCHIEDEN

Johann Georg Mezger was de zoon van een uit Württemberg afkomstige naar Nederland geëmigreerde slager. De jonge Johann werd in 1856 als kwekeling aangenomen op de Inrigting voor Gymnastiek aan de Westermarkt en hij studeerde voor gymnastiekonderwijzer. Aan dat instituut vond ook behandeling van skeletdeformiteiten als scoliose plaats onder leiding van de Amsterdamse stadsorthopedist dr. Dusseau, een groot stimulator van de heilgymnastiek.

In 1860 ging Mezger geneeskunde studeren. Al tijdens zijn studie kreeg hij toestemming om Franse frictiemethoden te beproeven op patiënten met enkeldistorsies. In 1868 haalde hij zijn doctoralexamen en in datzelfde

jaar promoveerde hij op het 47 pagina's tellende proefschrift *De behandeling van distorio pedis met fricties*, waarop hij zijn verdere carrière zou baseren.

Een bericht in de Rhein und Ruhr Zeitung van 12 januari 1870 maakt melding van de succesvolle genezing door zijn toedoen van een bejaarde vrouw in Bonn die na een val al jarenlang bedlegerig was. Hij sloot er vriendschap met de chirurg Von Mosengeil, die hem verdedigde tegen beschuldigingen van charlatanerie.

Ook in eigen land verwierf hij snel bekendheid. Nadat hij de oudste zoon van Willem III succesvol had behandeld, benoemde de koning hem op 22 mei 1870 tot 'specialiteit in het behandelen van gewrichtsaandoeningen' en verkreeg hij zijn eerste koninklijke onderscheiding. Er zouden nog vele volgen (zie *kader*).

Vanaf 1870 werkte Mezger in het Amstelhotel, waar hij een groot aantal hooggeplaatsten uit binnen- en buitenland zou ontvangen, en daarmee in één klap een einde maakte aan de exploitatieverliezen waarmee dit hotel te kampen had. Hij bleef ook af en toe in Bonn praktiseren, waar hij de 13-jarige prins Gustav (de latere koning Gustav V) van Zweden onderzocht, die na een val op zijn heup invalide was geworden. Mezger stelde dat hij het joch binnen drie weken weer kon laten lopen, maar hij moest daarvoor wel naar Amsterdam komen. Het prinsje arriveerde aldaar in november 1871, werd tweemaal daags aan massages onderworpen en liep reeds weer na tien dagen. Het leverde Mezger behalve grote roem zijn tweede koninklijke onderscheiding op.

Veel Zweedse artsen kwamen bij hem stage lopen en al snel versche-

nen er publicaties over zijn methode in de Scandinavische medische vakpers. Duitse en Russische medische tijdschriften volgden. Een treffend citaat is van Berghmann in de Nord. Med. Arkiv in 1875: 'Zij hebben, niet zonder verwondering, kunnen waarnemen, dat men bewegingen als geneesmiddel gebruikte gelijk met massage en dat het doel met zekerheid en snelheid werd bereikt. In plaats van ontstekingen te geven, gaan de actieve en passieve bewegingen deze juist tegen, terwijl tezelfdertijd de stijfheid der gewrichten wordt vermeden.'

VIJANDEN

Voor- en tegenstanders discussieerden heftig over Mezger en in een brief aan zijn verloofde repte hij over 'een drom van vijanden'. De beroemde Weense hoogleraar chirurgie Billroth stelde in 1875: 'Mann kann jeden Theil der ärztlichen Kunst, wie jeder anderen Kunst mit mehr oder weniger Talent, Geschmack, Raffinement betreiben. Die gewöhnlichste Dinge erscheinen in den Händen eines geschickten Mannes neu; (...) So kommen von Zeit zu Zeit alte, halb vergessene Arzneien und alte wenig mehr beachtete Methoden wieder zur Ehren; die Menschen wollen einmal von Zeit zu Zeit immer wieder etwas Neues haben, und da für dieses Bedürfnis das wirklich Neue nicht ausreicht, so holt man Altes unter dieser oder jener Form wieder hervor und putzt es schön heraus, dass es sich wie neu ausnimmt.'⁹

Uitzonderlijk was een artikel in het NTvG van jaargang 1889, toen C.B. Tilanus jr. Mezger noemde in het stuk 'Over mechanotherapie': 'Verder komen de distorsieën in aanmerking en de soms geheele onbruikbaarheid van het lid wordt dikwijls in weinig dagen door >>

DE FOTO IS HELAAS
NIET BESCHIKBAAR
VOOR INTERNET

MEZGERS ONDERSCHIEDINGEN

1870	Officier in de Orde van de Eikenkroon
1871	Orde van de Poolster (Zweden)
1873	Commandeurschap in de Orde van St. Olaf (Noorwegen)
1875	Ridder in de Orde van de Nederlandse Leeuw
1878	Wendische Kroonorde (Mecklenburg)
1881	Commandeur in de Orde van de Poolster 1ste Klasse (Zweden)
1886	Orde van St. Stanislaus (Rusland)

Koninklijke onderscheidingen die de arts-masseur dr. J.G. Mezger ontving tijdens zijn roemruchte carrière.

<< een doelmatige massage genezen.' Het begrip 'PTD' bestond nog niet, maar het fenomeen zal ongetwijfeld hebben bestaan en Mezger boekte wel resultaten bij wat toen wel als 'Gelenkneuralgien' werd betiteld.

SISSI

Vorstelijke personen kregen geen voorrang, boeren wel want die moesten weer snel aan het werk. Armen hielp hij soms gratis.

Mezger riep intussen vijandschap op bij zijn Nederlandse collega's door de

Het werkt niet, maar het helpt wel

ongemeen felle wijze waarop hij de toen gebruikelijke immobiliserende behandelingen afwees. Ook het ontbreken van een theoretische basis en publicaties, en de associatie van Mezgers methode met die van de leken-krakers - die geen al te goede reputatie hadden - werkten in zijn nadeel.

In 1884 verhuisde Mezger naar Den Haag wegens onmin met het Amsterdamse gemeentebestuur. Hij zou enige tijd praktiseren in hotel Des Indes en in die periode ook de wispelturige Oostenrijkse keizerin Elisabeth (Sissi) behandelen, die met Mezger dweepte. Amsterdam probeerde tevergeefs hem terug te krijgen, hij kreeg zelfs een hoogleraarschap aangeboden.

In december 1885 reisde Mezger af naar Rome om paus Leo XIII te behandelen. Deze bleek helaas een nieraandoening te hebben en daaraan kon de arts-masseur niets doen. In 1886 behandelde hij in St. Petersburg de tsarina. Eind 1888 vertrok hij naar Wiesbaden, waar voor hem een groot Kurort zou worden gebouwd. Zijn Duitse gastheren kwamen hun toezeggingen echter niet na en in 1893 ging Mezger - een lokroep uit Italië weerstaand - aan de slag in Parijs. Vanaf 1894 bracht hij de zomers door in Oost-kapelle; zijn Zeeuwse activiteiten zouden krachtig bijdragen aan de opkomst van Domburg als badplaats.

In 1901 maakte Mezger zich volstrekt belachelijk in de medische wereld door mee te werken aan een brochure over zijn leer waarin werd beweerd dat

ook interne ziekten konden worden behandeld met masseren, dat meteorisme jicht zou veroorzaken, dat jicht de moeder van de kanker was en dat jicht ook tuberculose en andere infectieziekten zou voorbereiden. Er verschenen zelfs spotprenten in de kranten.

Ondanks gezondheidsproblemen vertrok hij najaar 1908 traditiegetrouw naar Parijs, waar hij begin 1909 overleed. Hij werd begraven in Oostkapelle. Het NTvG besteedde geen aandacht aan zijn overlijden. In het centrum van Domburg staat nog altijd een klein bronzen borstbeeld van hem.

GEDEKTE AFTOCHT

De overeenkomsten tussen Mezger en de Macedonische vrouw dringen zich op: supranationale roem wegens therapeutische successen, geen echte publicaties in de medische vakpers, geen plausibele verklaring voor het werkingsmechanisme, associaties met kwakzalverij en volksgeneeskunde, alsmede de noodzaak tot het maken van een grote reis naar de verlossende therapie.

Billroth verklaarde Mezgers successen als volgt: 'Die Eitelkeit der Patientinnen, ein interessanter Fall zu sein, thut oft dazu, die Behandlung in die Länge zu ziehen und sie erst dann wirksam zu lassen, wenn ganz aussergewöhnliche

Dinge vorgenommen werden, z.B. eine Reise nach Amsterdam; man reist sonst nicht all zu häufig nach Amsterdam. (...) es kehrt doch Niemand gern nach Hause zurück mit dem Geständniss, nach Aufwendung so vieler Mittel nichts erreicht zu haben.'⁹ De entourage van de behandeling en het charisma van de therapeut bieden patiënten die afstand willen doen van hun secundaire ziekte winst een gedekte aftocht.

Mezger en mutatis mutandis mevrouw Shinka zijn kwakzalvers, hoezeer hun therapeutische successen ook respect afdwingen. Deze zijn immers het gevolg van een 'fortuinlijke dwaling', zoals Bügel de placebo-effecten van alternatieve geneeswijzen eens noemde: het werkt niet, maar het helpt wel. Van mijn kritiek hoef ik dus niets terug te nemen. ■

dr. C.N.M. Renckens,
gynaecoloog, voorzitter Vereniging tegen de Kwakzalverij

Correspondentieadres: renckens@xs4all;
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

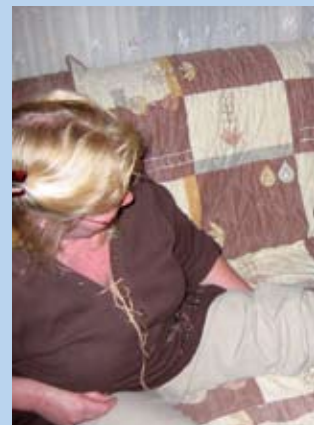
De literatuurlijst kunt u vinden via
www.medischcontact.nl/dezeweek.



Tijdens een oefening in het kader van de Bedrijfs hulpsverlening stapte Ricky van der Pijl van een laadklep in een waterputje: ze zwikte haar voet en scheurde haar enkelbanden. Ze werd getapt en kwam in het gips: haar enkelbanden genazen, maar de pijn bleef. Een gipsmeester sprak het vermoeden uit dat ze posttraumatische dystrofie had, een diagnose die later door



BEELD: A. VAN DER PIJL



‘EEN ALARM DAT ALMAAR AFGAAT’

Van Gijn en Ek over het succes van de Macedonische methode

Sinds hun bezoek aan het wondervrouwtje in Macedonië hebben Jan-Willem Ek en Jan van Gijn al heel wat patiënten met CRPS-1 succesvol behandeld. Ze werken nu hard aan een wetenschappelijke onderbouwing van hun resultaten.

HENK MAASSEN

Je bent zo in Hoogeveen. Jan van Gijn, revalidatiearts in het plaatselijke Bethesda-ziekenhuis, en Jan-Willem Ek, huisarts, kunnen zich niet voorstellen dat het de lange reis naar een ‘wondervrouwtje’ in de Macedonische *middle of nowhere* is, die maakt dat patiënten met CRPS-1 beter worden. Ek: ‘Ook wij dachten aanvan-

kelijk aan een Jomanda-effect, maar het maakt niet uit waar je de behandeling toepast, in Macedonië of hier op de revalidatieafdeling van het ziekenhuis. Of in andere Nederlandse centra. Die aanname klopt dus gewoon niet.’

Sinds hun publicatie in Medisch Contact (MC 11/2004: 401) hebben Van Gijn en Ek veel belangstelling gehad, van pers, patiënten en collega’s. ‘Die reacties - ook die van collega’s - waren overwegend positief: ruwweg 80 procent

was positief, 20 procent negatief’, constateert Van Gijn.

Het is nu ruim drie jaar geleden dat ze in Macedonië waren. Daar zagen ze een aantal patiënten binnen een week helemaal of grotendeels opknappen. Dat moeten wij, in maximaal vijf behandelingen, ook kunnen, namen ze zich voor.

ONTSTEEKING

We hebben afgesproken in de huisartsenpraktijk van Jan-Willem Ek in >>

een chirurg werd bevestigd. Een tocht langs revalidatieartsen zette geen zoden aan de dijk. Vier jaar lang zat ze in een rolstoel. Maar behandeling volgens de Macedonische methode bracht een omwenteling teweeg in haar leven. Vanaf de eerste dag had ze minder pijn: ‘Het leek alsof die als een groep mieren uit mijn hoofd wandelde.’

Nu loopt ze en fietst ze weer, zonder pijn. Zelf noemt ze het ‘een wonderbaarlijke genezing’. ■



<< Hoogeveen. Nog altijd zijn beide artsen verwonderd over wat ze de laatste jaren hebben gezien; daarom streven ze naar meer wetenschappelijke onderbouwing. Aan een theorie wordt gewerkt, onderzoek is gaande, publicaties zijn in de maak.

Van Gijn: 'We zijn een heel eind gekomen. Naar we weten zijn er nu acht ziekenhuizen en revalidatiecentra die deze behandeling aanbieden. Een aantal, zoals Heliomare in Wijk aan zee, het Roessingh in Enschede en het St Radboud-ziekenhuis Nijmegen, houdt hun uitkomsten systematisch bij.' Ook zij boeken goede resultaten, weet Van Gijn.

Jaarlijks lopen ongeveer 8000 mensen CRPS-1 op na een letsel. In het eerste jaar herstelt 80 procent van hen spontaan; van de overige 20 procent blijken de meesten slecht te reageren op gangbare behandelingen. Een deel van de patiënten krijgt ernstige tot zeer ernstige chronische pijnklachten.

Over wat er precies aan de hand is, lopen de meningen uiteen. Er zijn ver-

stellen na therapeutische interventie. Onze bevindingen sluiten daarbij aan. Als er echt sprake zou zijn van een ontsteking, zoals altijd is gedacht, dan zouden patiënten niet zo snel genezen.'

Van Gijn vult aan: 'CRPS-1 is een stoornis, geen ziekte: er is geen laesie of een hard anatomisch substraat. Er is niets kapot.' Voor sommige van zijn collega's aanleiding om de patiënten tot psychiatrische gevallen te bestempelen: ze zouden een conversieve stoornis hebben. 'Het is een glijdende schaal', reageert Ek. 'Er komen vast wel wat conversieve elementen bij kijken, maar dat is waarschijnlijk bij meer ziektebeelden het geval. Je kunt zeggen: het zit tussen de oren. En dat klopt, daar zitten de hersenen. Een orgaan dat cognities produceert die ontregelingen kunnen veroorzaken. Bijvoorbeeld in de pijnperceptie. Zo bezien hebben we dus wel degelijk met een substraat te maken: een verstoord neurofysiologisch mechanisme. Wij leggen aan onze patiënten dan ook steeds uit dat de pijn niet teruggaat op een weef-

door patiënten bewegingsangst kunnen ontwikkelen.'

'Oudere fysiotherapeuten', zegt Jan van Gijn, 'kunnen je vertellen dat ze posttraumatische dystrofiëpatiënten in de jaren zeventig nog manipuleerden. Maar op een gegeven moment mocht dat niet meer. Vanwege de ontsteking zou manipulatie patiënten alleen maar zieker maken. Als je het zo bekijkt, is het manueel-therapeutische aspect van onze benadering niet zo nieuw. We vinden het ook eigenlijk een aandoening die in de eerste lijn, net als rugklachten of het post-whiplashsyndroom, tijdcontingent moet worden behandeld met een combinatie van fysiotherapie en cognitieve therapie.'

IDENTITEIT

Ook de Macedonische behandelaarster werkt tijd- en niet pijncontingent: ze slaat geen acht op de pijn. Ek: 'Uiteraard doet ze dat intuïtief, zonder medisch-wetenschappelijke kennis. Maar ze is wel heel goed. De patiënten schreeuwen het uit van de pijn, maar ze gaat door en dat is niet gemakkelijk. Zij spreekt niet of nauwelijks met patiënten, en dat is in dit geval een groot voordeel. Ze kan de patiënten niet in verwarring brengen. Ze stimuleert, ze lacht. De communicatie verloopt uitsluitend non-verbaal. Wat ik daar als dokter in deze tijd van mondigheid en veel praten vooral van heb geleerd, is dat je ook te veel tegen patiënten kunt zeggen.'

Toch is een 'echte' cognitief-therapeutische interventie vaak noodzakelijk. Meestal is er namelijk een complex van psychosociale factoren in het spel die de situatie waarin een patiënt verkeert, laat voortbestaan. Factoren waarmee behandelaars duchtig rekening moeten houden. Van Gijn: 'Voor sommige patiënten is het syndroom een manier van leven geworden. Ze zijn omgeven door ondersteunende sociale systemen - hulp, hulpmiddelen, een uitkering. Ze zetten na een succesvolle behandeling nogal wat op het spel. Sommigen raken hun identiteit kwijt. Ze waren voorzitter van een gehandicaptenvereniging, deden aan rolstoeltennis. Ze moeten vaak hun hele sociale leven opnieuw opbouwen.'

Een absolute vereiste is, menen Ek en Van Gijn, dat er tijdens de behandeling altijd een vertrouweling uit de naaste omgeving van de patiënt aanwezig is, bij voorkeur de partner. Ek: 'Opstaan uit een rolstoel - het is een extreem voorbeeld, maar het gebeurt - dat gelooft nie-

'Dokters doen te voorzichtig, waardoor patiënten bewegingsangst kunnen ontwikkelen'

schillende theorieën: ontstekingsreactie, ontregelde sympathische activiteit, centrale sensibilisatie.

De meeste behandelingen zijn gebaseerd op de assumptie dat een ontsteking de oorzaak is. Een scala aan medicijnen wordt of werd gebruikt: vaatverwijders, mannitol, Fluimucil, pijnstillers, prednison. Volgens Ek zijn er wel aanwijzingen voor een neurogene ontsteking. Van Gijn: 'Maar naar ons idee moet je niet alleen naar de staart van de olifant kijken, maar naar de hele olifant: van de aangedane hand tot en met de frontaalkwabben in de hersenen. Dat is een essentieel punt.'

HERSENEN

'Onze hypothese luidt', zegt Ek, 'dat er sprake is van een ontregeling van het pijnmodulerend systeem in de hersenen. In dat opzicht constateren we een grote overeenstemming met chronische pijnsyndromen. Daar zijn ook aanwijzingen voor: met PET-scans en fMRI zijn bij mensen met CRPS-1 corticale en subcorticale veranderingen in dat systeem geconstateerd, die mogelijk (deels) her-

selbeschadiging, maar op een alarm dat almaal afgaat. Het alarm is kapot, niet het weefsel. Daar kun je met cognitieve gedragstherapie wat aan doen. Overigens, op het moment dat je manipuleert, grijp je uiteraard al in op de cognitie. De patiënt kan immers niet ontgaan wat er gebeurt: hij heeft pijn, veel pijn zelfs, maar de therapeut gaat gewoon door.'

IATROGEEN

Een enkele collega of fysiotherapeut liet Van Gijn en Ek weten al langer een soortgelijke behandeling toe te passen. Ek: 'Maar bij nader inzien kwam het dan, bijvoorbeeld, neer op patiënten oefeningen laten doen in het water, terwijl ze hun spalken aanhielden. Totaal onvergelijkbare met wat wij doen. In de literatuur zijn wel therapieën beschreven die een actievere aanpak van CRPS-1-pijn voorstaan, maar ook die zijn niet vergelijkbaar met de Macedonische aanpak van manipuleren en daarna onmiddellijk bewegen. We vermoeden zelfs dat er iatrogene elementen in de bestaande behandelingen zitten: dokters en andere hulpverleners doen te voorzichtig, waar-

DE FOTO IS HELAAS NIET BESCHIKBAAR VOOR INTERNET

Van Gijn (links) en Ek: 'Onze hypothese is dat er sprake is van een ontregeling van het pijnmodulerend systeem in de hersenen.'

mand. Je wil niet dat de directe omgeving de aandoening gaat bagatelliseren: "Als je zo snel beter wordt, dan zal het wel niks geweest zijn." Een partner moet met eigen ogen zien hoeveel pijn de behandeling kost. Bovendien kun je als therapeut de partner tijdig corrigeren als hij of zij een te voorzichtige houding aanneemt ten opzichte van de patiënt of juist te hard van stapel loopt.

TE FANATIEK

Dat beide artsen bij sommige patiënten terugval constateren, kan daarmee te maken hebben. Dit zijn de resultaten tot dusver: 102 patiënten werden onderzocht voor en 3 maanden na de behandeling; voorafgaand aan de behandeling hadden ze gemiddeld 55 maanden CRPS-1. Bij 95 van hen verbeterde de functie van de aangedane extremiteit, 42 patiënten herstelden volledig. Van Gijn: 'De meeste patiënten gaan ook na de behandeling

Na de eerste behandeling geven we patiënten altijd opdrachten mee: been- of armoefeningen waarmee ze geleidelijk hun grenzen kunnen verleggen. Sommigen gaan echter te fanatiek weer aan de slag. Ik had een atlete als patiënt die vier weken na de succesvol verlopen behandeling een halve triatlon ging lopen en opnieuw klachten kreeg. Die had haar grenzen duidelijk te snel overschreden.'

Ek en Van Gijn zeggen kritiek niet te schuwen. Ek: 'We willen niet dogmatisch zijn.' Vandaar dat ze al zo'n 150 collega-pottenkijkers (artsen en fysiotherapeuten) over de vloer hebben gehad. Het resultaat is dat ze hun handelwijze hebben 'aangescherpt en bijgeschaafd'.

MAATWERK

Van Gijn: 'CRPS-2 doen we niet meer: je hebt dan te maken met zenuwbeschadiging en de Macedonische behandeling is daarvoor ongeschikt.

Inmiddels zijn er 150 collega-pottenkijkers over de vloer geweest

vooruit. Bij elf patiënten hebben we dat tot nog toe niet gezien en we hebben sinds kort voor het eerst een patiënte die er slechter aan toe is dan voor de behandeling. We kijken uiteraard altijd of we een oorzaak voor terugval kunnen vinden. Soms ligt die min of meer voor de hand: iemand heeft opnieuw zijn enkel verzwikt. Dan manipuleren we opnieuw.

Aanvankelijk dachten we: manuele therapie is alles. Nu leveren we meer maatwerk: bij de een is het inderdaad een blokkade en dan is kraken vereist, bij de ander een dystonie, dat betekent rekken, bij de derde is het bewegingsangst wegnemen, bij een vierde is het vooral cognities veranderen, bij een vijfde zijn er pijnpunten die je moet frictione-

ren. De Macedonische behandelaarster maakt geen onderscheid. Daaraan kun je zien dat ze niet medisch geschoold is. We zagen bij haar bijvoorbeeld ook wel patiënten met MS, rugklachten of spasmen.'

SERIE

In de vernieuwde CBO-consensusrichtlijn voor de behandeling van CRPS-1 zal de Macedonië-methode niet voorkomen. Ze geldt namelijk niet als evidence-based. En dat vinden Van Gijn en Ek, zacht gezegd, 'merkwaardig'. Ek: 'Wat wij doen, is inderdaad niet evidence-based, in de zin dat we niet in de top van de piramide van *levels of evidence* zitten. We baseren ons vooralsnog op de resultaten bij een serie uitbehandelde patiënten. Allemaal waar. Maar dat geldt op de keper beschouwd voor alle andere therapieën ook. Wat gelukkig wel in de richtlijn komt, is een meer functiegericht aanpak en het tegengaan van bewegingsangst. Het idee van de richtlijn zal zijn: in de acute fase moet je pijncontingent, in de chronische fase tijdcontingent behandelen. Zo komen ze toch een beetje in onze richting.' Van Gijn: 'Een beetje inderdaad, want wij werken ook met 'verse patiënten', met patiënten in de acute fase. En ook die behandelen we tijdcontingent: dat gaat zelfs gemakkelijker.'

Maar beide artsen verwachten dat 'hun' methode in een volgende ronde wel in de richtlijn zal worden genoemd. Ze hebben namelijk wetenschappelijke publicaties in de pen, samen met medewerkers van de pijnpoli van het Nijmeegse St Radboud-ziekenhuis. Patiënten krijgen daar ook de 'Macedonische' behandeling en de Nijmegenaren willen een vergelijkend onderzoek doen met bestaande behandelingen, waarbij ze ook hersenscans van de patiënten zullen maken.

WEGBEREIDERS

Jan van Gijn en Jan-Willem Ek willen zichzelf niet als dé pioniers van de nieuwe CRPS-1 behandeling zien. 'Na de eerste patiënt zijn er meer patiënten naar Macedonië gegaan. Zij en de vader van de eerste patiënt hebben ons gestimuleerd daar ook naar toe te gaan. Verder heeft de patiëntenvereniging een positieve rol gespeeld, door het niet direct af te wijzen, en ons kritisch te volgen. Patiënten zijn de ware wegbereiders.' ■