NEDERLANDS TIJDSCHRIFT VOOR
ACUPUNCTUUR
OFFICIEEL ORGAAN VAN DE NEDERLANDSE ARTSEN ACUPUNCTUUR VERENIGING

Symposium
De bekkenbodem:
onbekend maakt onbemind

19 november 2011 *Postillion Hotel, Bunnik*

November 2011, 34e jaargang, nr. 2

Doelstelling van de NAAV

De Nederlandse Artsen Acupunctuur Vereniging streeft naar integratie van acupunctuur in de gezondheidszorg, in overeenstemming met de wens van de patiënt.

De NAAV stimuleert en sponsort zoveel mogelijk wetenschappelijk onderzoek, binnen de kaders van ZonMW en in samenwerking met de epidemiologen en statistici van universitaire centra en hogescholen.
In navolging van de wetenschappelijke onderzoeksactiviteiten in de Verenigde Staten, China, Duitsland en Engeland zullen er ook in Nederland onder aanvoering van NAAV-wetenschappers onderzoeksprojecten worden gestart.

De acupunctuur als gezondheidskundige verzorging van de mens is door patiënt en verzekeringsmaatschappij geaccepteerd.
Nu nog het wetenschappelijk bewijs om universiteit, beroepsgroep en overheid te overtuigen van de effectiviteit van acupunctuur.
De resultaten van wetenschappelijk onderzoek verricht in zowel het buitenland als in Nederland zullen worden gepresenteerd op de door de NAAV georganiseerde wetenschappelijke ontmoetingen en internationale congressen.

Bestuur
Voorzitter
Dr. C.L. Oei-Tan, oeitan.cl@gmail.com

Secretaris
Drs. F.C. Moeken, fcmoeken@naav.nl

Penningmeester
Drs. A.M. Khoe-Go, a.m.khoe@gmail.com

Bestuursleden
Drs. R. Einhorn, rubin.naav@gmail.com
Drs. A.C.F.M. Korthout, info@natuurlijkbeter.com
Drs. K.A. Kruithof, karen.kruithof@gmail.com
Drs. P. The Gwan Tjaij, pgtthe@naav.nl

Commissies
Accreditatie
Drs. A.G. de Haas, alcobalco@hotmail.com
Drs. F.C. Moeken, fcmoeken@naav.nl
Drs. K. Tan-Lim, tanlimacuderma@kpnplanet.nl

Chinese Fytotherapie
Drs. H.H. Tan, aaitjetan@yahoo.com
Drs. C. van Beek, corine_michiel@hotmail.com
Drs. H. van der Bent-Schut, helga@wuching.nl
Drs. M.C. Holsheimer, m.holsheimer@planet.nl
Drs. W.Z. Lin, Wendy@maxi.nl
Drs. C.M.J.P. Penners, hcj.penners@hccnet.nl

Klachten/vertrouwenspersoon
Drs. P.G.T. The, pgtthe@naav.nl

Kwaliteit
Ir. R. Slegtenhorst, smart@slimming-methods.org

MIP
Drs. P. Hardijzer, hardyzer@xs4all.nl
Drs. F.C. Moeken, fcmoeken@naav.nl

Onderwijs
Drs. I.H. Liem, liembuwa@xs4all.com
Drs. G.S.S. Khoe, sing.khoe@gmail.com
Drs. A.M. Khoe-Go, a.m.khoe@gmail.com
Ir. F. Khouw, fckhouw@yahoo.com
Drs. K.A. Kruithof, karen.kruithof@gmail.com
Dr. H.Y. Oei, oeihongyoe@gmail.com
Dr. T.C. Kok, kok.tc@planet.nl
Drs. D.J. Kopsky, djkopsky@iocob.nl

PR
Drs. R. Einhorn, reinhorn@naav.nl
Drs. A.C.F.M. Korthout, info@natuurlijkbeter.nl
Dr. H.Y. Oei, oeihongyoe@gmail.com

Registratie
Drs. W.G. Jansen, wg.jansen@inter.nl.net
Drs. A. Slob, a.slob@hetnet.nl
Drs. P. Soema, dokter@soema.nl

Verzekering
Drs. K.S. Tan, ikstan@gmail.com
Drs. A. Doorgeest, adoorgeest@wanadoo.nl
Drs. W.G. Dijcks, dijk3242@planet.nl
Drs. H.M. Swart, swart@brasa.speedlinq.nl

Visitatie
Drs. A.J. Fabriek, mca-bergen@hetnet.nl
Drs. R.M. Edelbroek, edelb@worldonline.nl
Drs. S.E. Wierda, ewierda@worldonline.nl

Wetenschap
Drs. S.H. Kwee, swanh@planet.nl
Drs. J. Biemans, johanneke61@gmail.com
Dr. L. Dijkhorst-Oei, l.dijkhorst-oei@meandermc.nl
Drs. J.W.G. van Gendt, praktijkvg@gmail.com
Mw. M. Groeneveld, margo.groeneveld@gmail.com
Drs. F.A.M. Jonkman, fjonkman@xs4all.nl
Dr. H.G. Kho, h_g_kho@hotmail.com
Drs. D.J. Kopsky, djkopsky@iocob.nl
Drs. K.A. Kruithof, karen.kruithof@gmail.com
Drs. J.L.W.T. Lie, tampopo@dds.nl
Mw. W.T.S.L. Lo-a-Foe, w_lo-a-foe@hotmail.com
Drs. R.J. Nielen, f2hrnielen@hetnet.nl
Dr. C.L. Oei-Tan, oeitan.cl@gmail.com
Drs. K.S. Tan, ikstan@gmail.com
Drs. M.L. Siauw, siauw@wxs.nl
Hr. J.F.M. Smeets, josfm.smeets@gmail.com
Drs. M. van Vliet, marjavanvliet@gmail.com

Advertentie acquisitie
Dr. H.Y. Oei, oeihongyoe@gmail.com
tel. 0343-421636 en 06 46433155
NAAV, Zuidoostersingel 13, 8861 GB Harlingen

Vormgeving en opmaak
Studiodas, www.studiodas.nl

Drukwerk
Simons Grafisch Totaal
www.simonsgrafischtotaal.nl

Eindredactie van deze syllabus
Dr. H.Y. Oei, oeihongyoe@gmail.com
Drs. F.C. Moeken, fcmoeken@naav.nl

Secretariaat:
Nederlandse Artsen Acupunctuur Vereniging NAAV

Zuidoostersingel 13
8861 GB Harlingen
Tel: 0031-517-415231
0031-6-53401378
Email: info@naav.nl

NAAV op het internet:

www.naav.nl
www.acupunctuur.com

INHOUD

Programma symposium: de bekkenbodem, onbekend maakt onbemind 5

Editorial 6
Frederike C. Moeken

Van de voorzitter 7
Dr. Chun Lee Oei-Tan

Anatomie en fysiologie van de bekkenbodem 9
M.J. Pit

De bekkenbodem vanuit gynaecologisch perspectief; over prolaps, incontinentie en dyspareunie 9
Ingrid A.A. van Zon-Rabelink

Urogenitale pijn 11
Dr. Afina S. Glas

Chronic pelvic pain syndromes 15
Fetske Hogen Esch

Van de registratiecommissie 15
Wim G. Jansen

Acupunctuur bij pijnsyndromen - naar een evidence-based behandelingsoptie 16
Dr.H.G. Kho

Van de PR-commissie 16
Rubin Einhorn

Een doorbraak in de behandeling van chronische pijn: introductie van een natuurlijke en lichaamseigen pijnstiller, palmitoylethanolamide (Normast®), en de synergie met acupunctuur 17
Prof. Dr. Jan M. Keppel Hesselink en David J. Kopsky

Van de visitatiecommissie 19
Albert Fabriek

Van de wetenschapscommissie 20
Swan Hoo Kwee

Bezuinigen op acupunctuur is onverstandig 21
Dr. C.L. Oei-Tan en Drs. F.C. Moeken

Van de commissie stop btw! 22
Kees Joosse

Incontinentie vanuit het traditionele chinese perspectief 23
C.(Kees) Rietsema

Klachtenbehandeling door de bemiddelaar en vertrouwenspersoon NAAV in 2011 23
Paul The Gwan Tjaij

Van de onderwijscommissie 24
Hay Liem

Van de accreditatiecommissie 25
Frederike C. Moeken

Curriculum NAAV-BVGA opleiding 2011-2012 26

Van de verzekeringscommissie 26
K.S. Tan

Nascholing western medical acupuncture 27
Dr. Mike Cummings

The International Society for Chinese Medicine (SMS) in cooperation with the NAAV provides an intensive course on Chinese Herbal Medicine:

Chinese herbal therapy is the most common therapeutic procedure in Chinese Medicine and the most important treatment for many diseases such as skin diseases, gynecological problems or chronic inflammations.

In this course you will become acquainted with many frequently used Chinese herbal drugs and some of the so-called "classical formulas".

By the end of this seminar week you will be trained to compose effective prescriptions based on a diagnosis according to the principles of Chinese Medicine. Risks and side effects that may arise from the intake of Chinese herbs will be discussed as well.

The seminar will focus on the practical application of Chinese herbs in your daily work. It will enable you to treat diseases frequently seen such as common cold, sinusitis or a weakness of the immune system as well as certain rheumatologic diseases or insomnia.

Our lecturers are doctors applying Chinese herbal medicine for many years in their clinical work. All of them are well-experienced teachers and author or co-author of German standard textbooks on Chinese Medicine.

Course hours:	Monday to Friday, 9 am-12:30 pm and 2 pm-5 pm (42 units)
Course location:	Centre of Munich
Language:	The course will be held in English
Tuition fee:	€ 840 / Minimum number of participants: 15

Registration (deadline May 14th): sms@tcm.edu or via fax: 0049/89-33 73 52

Phone: 0049/89-38 88 80 31 / www.tcm.edu

Full name:

Postal address:

Email/phone:

SMS, Franz-Joseph-Str. 38, D-80801 München, www.tcm.edu

Societas Medicinae Sinensis
SMS
Internationale Gesellschaft für Chinesische Medizin e.V.

NAAV-symposium 19 november 2011

De bekkenbodem
onbekend maakt onbemind

60% van de ouderen is incontinent. Meer dan 50% van de vrouwen boven de 55 jaar heeft één of meer problemen vanwege een bekkenbodemdisfunctie. Als gevolg van de partus ontstaan vaak sfincterbeschadigingen; de klachten variëren van incontinentie en prolaps tot dyspareunie. Ook mannen kunnen klachten hebben met betrekking tot de bekkenbodem zoals scrotale pijn, prostatitis-achtige klachten of erectiele disfuncties.

Het gaat om een scala van klachten en hoewel deze klachten meestal niet levensbedreigend zijn, tasten ze zeker de kwaliteit van leven aan bij veel van de patiënten. Bovendien is er wegens schaamte een grote onder-rapportage en ondanks de toegenomen kennis over de bekkenbodem zijn er nog veel aspecten onduidelijk. Gezien de complexiteit van de aandoeningen is een multi-disciplinaire aanpak gewenst.

Tijdens het symposium worden diverse aspecten van de bekkenbodempathologie belicht.

PROGRAMMA

Dagvoorzitter: G.S.S. Khoe

09.15 **Ontvangst en registratie**

10.00 **G.S.S. Khoe**
Uroloog niet praktiserend
Opening en introductie

10.05 **M.J. Pit**
Uroloog MST, Enschede
Anatomie en fysiologie van de bekkenbodem

10.50 **I. van Zon-Rabelink**
Gynaecoloog MST, Enschede
De bekkenbodem bekeken vanuit gynaecologisch perspectief, over prolaps, incontinentie en dyspareunie

11.35 **Koffiepauze**

12.00 **Dr. A. Glas**
Uroloog UMC St. Radboud, Nijmegen
Urogenitale pijn

12.45 **Lunch**

14.00 **F. Hogen Esch**
Bekkentherapeut, Enkhuizen
Behandeling van bekkenpijn door de bekkentherapeut

14.45 **Dr. H.G. Kho**
Anesthesioloog UMC St. Radboud, Nijmegen
Acupunctuur en pijnsyndromen: naar een evidence-based behandelingsoptie

15.30 **Pauze**

16.00 **Prof. Dr. J. Keppel Hesselink**
Instituut voor Neuropathische pijn, Soest
De behandeling van pijn in het bekkengebied met het pijnstillend en ontstekingsremmend supplement palmitoylethanolamide.

16.45 **Afsluiting en borrel**

Editorial

Frederike C. Moeken

Deze syllabus van het Symposium 'De BEKKENBODEM, onbekend maakt onbemind' zal ook verschijnen als de tweede editie 2011 van het Nederlands Tijdschrift voor Acupunctuur. U zult er daarom ook bijdragen van de NAAV en van enkele NAAV-commissies in vinden.
Extra aandacht en dank verdient de NAAV Onderwijscommissie. De Opleiding wordt verzorgd door ervaren docenten uit eigen land die zich met enthousiasme op het nieuwe curriculum hebben gestort. Ook docenten uit het buitenland leveren hun bijdrage aan de Opleiding.

21 januari 2012: Gilbert Lambrechts van de Belgische BVGA zal in de Opleiding een ***Inleiding in de Schedelacupunctuur*** verzorgen.

13 april 2012: Mike Cummings, directeur van onze Engelse zustervereniging BMAS, zal tijdens de Opleiding over ***Western Medical Acupuncture*** (Segmentale Acupunctuur) spreken. Western Medical Acupuncture is de acupunctuur zoals die in Engeland door artsen wordt gegeven. Mike Cummings zal indrukwekkende praktijkvoorbeelden tonen. Voor NAAV-leden die misschien nooit les hebben gehad in Segmentale Acupunctuur is deze opleidingsdag zeker een aanrader als nascholing!

18 tot 22 juni 2012: een intensieve vijfdaagse cursus ***Chinese Kruiden Geneeskunde*** in München, Duitsland, verzorgd door de International Society for Chinese Medicine (Societas Medicinae Sinensis, SMS) in samenwerking met de NAAV. Deze cursus leert hoe je Chinese Kruiden toepast in de praktijk. Veel NAAV-leden gebruiken geen kruiden in hun praktijk; na deze cursus met voldoende praktische kennis mogelijk wel. Denken in TCM-termen helpt om de leerstof te laten beklijven.
Steeds meer Münchener collegae passen TCM toe; het ledental van deze vereniging groeit dan ook al 30 jaar gestaag. Voertaal Engels.

17 november 2012: Josef Hummelsberger, vice-voorzitter en docent van Societas Medicinae Sinensis, zal een Workshop ***'Treatment of psychological alterations with TCM'*** verzorgen, ook in het Engels. Psychosomatische klachten komen in de algemene praktijk erg veel voor. Behandeling ervan is nog steeds een grote uitdaging. Behalve medicatie en psychotherapie hebben wij de Chinese Geneeskunde. Psychische en lichamelijke klachten zijn te duiden in Chinese ziektebeelden en vanuit die optiek te behandelen. Hoe we vanuit die pathofysiologie onze puntkeuze, onze kruiden en dieetadviezen bepalen zullen we aan de hand van veelvoorkomende klachten als slapeloosheid, depressie en angststoornissen kunnen leren.
Alle dagen van de opleiding zijn voor NAAV-leden te volgen als nascholing.

Rest mij nu niets dan u een prettige en leerzame dag toe te wensen met dit Symposium en uw collega's!

IN MEMORIAM

Drs. Thea Slegtenhorst-Bakker

van 2007 – 2010 voorzitter van de accreditatie- en visitatiecommissie. In 1976 begonnen met de opleiding tot NAAV-acupunctuurarts. Tot op haar 81e verjaardag in juli praktijkvoerend in Wassenaar. Heengegaan op 16 oktober 2011.

Samen met haar wederhelft Ir. Ruud Slegtenhorst, secretaris van genoemde commissies, heeft zij veel kwaliteitsdocumenten voor de NAAV vervaardigd alsook reglementen opgesteld met behulp van het CBO en van bestuursleden uit andere specialistenverenigingen.
Met haar commissieleden trok zij erop uit om de eerste visitaties te verrichten. Nieuwe leden uit de NVA heeft zij bereid gevonden om zich te laten visiteren tijdens die leerzame 'pilot'-periode.
Nooit heeft Thea onkosten-declaraties willen indienen; ze deed dit alles uit liefde voor het vak en ter bevordering van de erkenning van acupunctuur, zodat meer patiënten geholpen kunnen worden.
Steeds sprong het echtpaar Slegtenhorst op tijd in; de kwaliteitsdocumenten bestaande uit het accreditatiesysteem en het visitatiereglement, die zij vervaardigd hebben werden door de KNMG goedgekeurd. Net op tijd om in 2009 naar het ministerie van VWS opgestuurd te worden met de KNMG-vaststelling dat we net zoals de overige artsen voldoen aan 'kwaliteit en veiligheid'.
Na die brief van de KNMG heeft de minister voor de derde keer zijn wetsvoorstel moeten uitstellen betreffende BTW-heffing voor artsen die geen 'reguliere' praktijk voeren.

Toen ons tijdschrift begin 2008 niet meer werd uitgegeven door de dure Hb-uitgever van de Sesam atlassen ging het echtpaar samen de digitale Nieuwsbulletins opstellen. Voor de fleurige illustratie van ons papieren Paasbulletin 2009 riep Thea de hulp in van haar in Curacao werkzame dochter en eindredacteur van het locale Algemeen Dagblad. Zo leefde het hele gezin mee met de NAAV.

Sinds onze secretaris het secretariaat voert, komt het nieuws als mailing naar de leden. De leerzame kopij voor ons tijdschrift komt van de sprekers op onze jaarlijkse congressen.

Thea was altijd heel bescheiden en wou zich nergens op laten voorstaan. Het NAAV-bestuur heeft haar en haar trouwe wederhelft ieder een Speld van Verdienste toegekend ten tijde van ons jubileum-congres. Hun verdiensten zijn niet te tellen; als het bestuur druk was zorgden zij zelfs voor de persberichten over onze spraakmakende congressen. Thea ontbrak nooit op deze symposia/congressen en zo zal ze ook vanuit het hiernamaals ons nabij blijven. We wensen haar maat Ruud, onze kwaliteitscommissaris, veel sterkte toe met deze verandering van nabij zijn.

Van de voorzitter

Dr. Chun Lee Oei-Tan

Sinds het verschijnen van ons tijdschrift in mei jongstleden is er weer veel geschied. We kregen als NAAV-organisatie veel dankbetuigingen van artsenverenigingen wereldwijd voor het ICMART2011 Congres dat we onder andere met hulp van de ervaren docent en BVGA-coryfee Jean Pierre Fossion tot stand hebben kunnen brengen. De NAAV heeft van zich doen spreken door zich jaarlijks te presenteren als wetenschappelijk georiënteerde beroepsvereniging en is daardoor 'subsidie-rijp'" geworden. De Onderwijscommissie is er met die subsidies in geslaagd achter elkaar mega-congressen op internationaal niveau te organiseren (WCCM in oktober 2010 en ICMART in mei 2011).

De NAAV-Onderwijscommissie heeft daarna niet stil gezeten, want binnen een half jaar is er nu weer een interessant Symposium voor onze leden georganiseerd. Sing Khoe heeft zijn collegae specialisten, alsook de bekende bekkentherapeut en onze oudvoorzitters van de Wetenschapscommissie bereid gevonden om hun ervaringen te gieten in deze thematische nascholing voor onze leden. Door al deze volontaire activiteiten van de onderwijscommissie hebben onze registerleden steeds zonder hoge onkosten zowel hun reguliere- als acupunctuurnascholing kunnen doen.

In de tussentijd heeft Hay Liem met zijn team het curriculum voor onze nieuwe tweejarige opleiding ontworpen. Mayke Khoe zorgt voor de organisatorische inbedding en begroting, waardoor de kosten steeds scherp en laag geprijsd kunnen zijn. Het is ook niet voor niets geweest, dat de PR-commissieleden en oud PR-man Paul samen met onze beide secretarissen steeds weer acte de présence gaven op studenten-evenementen. Zij hebben hun enthousiasme en liefde voor het vak kunnen overbrengen op de co-assistenten die zich hebben aangemeld voor de opleiding. Ook anaesthesisten, radiologen en andere specialisten zitten in de opleiding. Er zijn inmiddels al drie weekenden achter de rug, waarbij de spits werd afgebeten door de SNO-docenten Liongkie Ko en Maarten Holsheimer. Ook Sun Pei Lin uit België hield zijn one man show.
De studenten zijn het er nu al over eens dat de meteen toegepaste leerstof hoogst interessant is en dat er geen uitval zal zijn.

Bij al dit goede nieuws, is er minder goed nieuws wat betreft de overheidssubsidie voor CAM-onderzoek. ZonMW heeft zijn best gedaan om de minister van VWS te adviseren om een onderzoeksplek op één der acht universiteiten te installeren. Inmiddels is gebleken dat ook de huidige minister van VWS er niets voor voelt ondanks het Signalement van de directeur van ZonMW dat op 30 juni van dit jaar aan VWS is aangeboden.
Dat betekent dat we dus op ons zelf zijn aangewezen om ons onderzoeksproject Kosteneffectiviteit van acupunctuur bij COPD toch nog uitgevoerd te krijgen. Gelukkig heeft de vorige penningmeester in zijn begroting voor 2012 daarop geanticipeerd en een onderzoeksbedrag gereserveerd. Nu we op aanvullende fondsen zijn aangewezen is ook het idee van een research-stichting zeer anticiperend gebleken en alreeds door de ALV goedgekeurd. Voor de Fondsenwerving is ons nieuwe NAAV-lid Frank Beijering al druk doende geweest. Hij heeft veel beleidservaring opgedaan als commissielid bij de VHAN. Nu heeft hij de taak op zich genomen om secretaris te zijn van de op te richten NAAV-onderzoeksstichting. Dankzij het mandaat en vertrouwen van de ALV hebben we snel en doelgericht kunnen schakelen. Beroepsverenigingen die geen opleiding of wetenschappelijk onderzoek uitvoeren lijken immers gedoemd tot opheffing.

Ook de andere commissies hebben veel tot stand kunnen brengen, zoals U in de commissieverslagen in dit tijdschrift kunt lezen. De commissie STOP BTW! heeft een begin van succes geboekt. Zie hiervoor het verslag van Kees Joosse, ons onvolprezen partij-politiek brein, oud-NAAV-bestuurslid en ooit presidiumlid van de AAG.

Na ons aantreden als voltallig nieuw bestuur hebben we de invitatie aangenomen van de drie overgebleven AAG-leden om opnieuw een Voorzittersoverleg in te stellen. Het is gaan heten CAM, Complementary Alternative Medicine. Destijds in 2006 was het pure noodzaak want zowel de KNMG als ons ministerie van VWS gooide ons allen op één hoop, ongeacht de inhoud van ons vak. Echter, in de ons omringende landen profileert de acupunctuur zich als zelfstandig specialisme. Acupunctuur is daar veelal opgenomen als geintegreerde zorginterventie in de Pijnklinieken en Revalidatiecentra. In Duitsland wordt acupunctuur mede door hun KNMG geëxaminieerd en de geslaagde artsen krijgen acupunctuur als aantekening in hun Ärztekammer-specialistenregister. Daarmee krijgt de patiënt ook van overheidswege waarborg voor de veiligheid en kwaliteit van acupunctuurbehandelingen.
In Amerika is er speciaal voor acupunctuur jaarlijks onderzoekssubsidie te verkrijgen bij hun National Institute of Health.

De NAAV is het overigens hartgrondig eens met de opvatting van de KNMG dat er geen BIG-herregistratie voor basisartsen moet komen, terwijl de andere CAM-artsenverenigingen het juist wel met de minister van VWS eens konden zijn wat die BIG-herregistratie betreft. Een ander punt van verschil is dat de NAAV een pro-actief beleid wil ten aanzien van een permanente BTW-regeling, terwijl de andere CAM-artsenvoorzitters een afwachtende houding voorstaan. Aangezien aan het eind van dit jaar drie CAM-artsenverenigingen met wie we een convenant hebben gesloten zich gaan opheffen, eindigt voor de NAAV ook drie maanden eerder dan 1 april 2012 het convenant. Daarmee is het zelfstandig profileren van de NAAV een feit geworden. De nieuwe lobbyist dient hetzelfde belang; dat van de acupunctuur-arts!

AcupunctuurDirect.nl & SanoPharm.com

Synergie in de praktijk

SanoPharm

SanoPharm Nederland is leverancier van de beste merken voor integrale behandelmethoden

- Emulsan
- Forrest Herbs
- HorFerVit
- Klein
- BioProgress
- InnovaVital enzymtherapie
- SanoPharm Vitaminen & Mineralen
- Padma
- Pascoe
- Petrasch & Co.
- SanoConcept

l'univers acupunctuurdirect

AcupunctuurDirect.nl is dé webwinkel voor uw acupunctuur- of auriculobenodigdheden

- Naalden
- Elektrostimulatie
- Lasers
- Moxa
- Magneten
- Modellen
- Kaarten
- Literatuur

L'Univers is officieel distributeur van Seirin Corporation Japan!

Bezoek onze websites voor actuele informatie

SanoPharm Nederland bv - Prins Hendrikweg 2 - 3771 AK Barneveld - T 0342-420 714 - www.SanoPharm.com - www.sivas.nu
l'Univers bv - Prins Hendrikweg 2 - 3771 AK Barneveld - T 0342-420 664 - www.AcupunctuurDirect.nl

Anatomie en fysiologie van de bekkenbodem

M.J. Pit
Uroloog, Medisch Spectrum Twente

Lid International Continence Society
Docent Urologisch Opleidings Instituut: Praktische Cursus Chirurgische Anatomie van het Kleine Bekken.

Publicaties:
M.J. Pit, Rare complications of tension-free vaginal tape procedure: late intraurethral displacement and early misplacement of tape. J Urol 2002 Feb;167: 647.
M.J. Pit, M.C. De Ruiter, A.A.B. Lycklama à Nijeholt, E. Marani, J. Zwartendijk. Anatomy of the arcus tendineus fasciae pelvis in females. Clin. Anat. 2003 Mar;16920:131-7

De bekkenbodem is een complex geheel van spieren, bindweefsel en vetlichamen, opgehangen aan een benige structuur, die enerzijds levenslang weerstand moet bieden tegen de zwaartekracht maar anderzijds de passage vanuit de buikholte moet mogelijk maken voor de volgende generatie en de excreta.

De opvallend dunne dwarsgestreepte spieren van de bekkenbodem hebben een speciale samenstelling en zijn gericht op het langdurig bewaren van een spiertonus. De uitgebreide bindweefselplaten die zich lateraal en mediaal van de bekkenbodemspieren bevinden ontlasten de spiergroepen en zorgen mede voor de fixatie van de in het bekken gelegen organen aan de bekkenwand.
De zenuwvoorziening van de blaas en de urethra en het rectum met de anale sphincter is zeer complex, waarbij de plexus pelvicus een belangrijke rol speelt.

In de loop van het leven kan deels door ouderdom, operaties maar vooral ook door een partus een zodanige verandering van de bekkenbodem optreden dat deze insufficiënt wordt en er klachten gaan optreden. Deze variëren van prolapsklachten, waarbij de organen van het bekken deels naar buiten treden, tot hypertonie van de bekkenbodem hetgeen kan leiden tot mictie- of defaecatieproblemen.
Het prolaberen van de bekkenorganen kan leiden tot incontinentie voor urine of faeces.

Na een operatie of ontsteking kunnen ook invaliderende pijnklachten optreden.
Voor de eventuele behandeling van klachten dmv. zenuwbeïnvloeding zijn de n. pudendus in het kanaal van Alcock en de wortel S 3 via het foramen in het os sacrum of meer perifeer via de n. tibialis posterior relatief eenvoudig te benaderen.

De bekkenbodem vanuit gynaecologisch perspectief; over prolaps, incontinentie en dyspareunie

Ingrid A.A. van Zon-Rabelink
Gynaecoloog , Medisch Spectrum Twente, Enschede

Medische opleiding aan Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht
Specialisatie in Universitair Medisch Centrum St. Radboud, Nijmegen
Aandachtsgebied urogynaecologie en seksuologie.

Publicaties: *meerdere, waaronder:*
te West N, van Zon-Rabelink I, Everhardt E.: Uterine preservation in treating pelvic organ prolapse; the modified Manchester-Fothergill procedure.(ICS meeting 2009)
van Zon-Rabelink I, Everhardt E, Dony J.: The modified Manchester operation. Int Urogyn J 2010; 21 (suppl 1); S 196-197, Neurourology and urodynamiscs 2010; 29; 6 ;1000-1001, Abstract 135, ICS-IUGA meeting 2010.

Er volgt een beknopt overzicht over drie gynaecologische problemen met betrekking tot de bekkenbodem.

Ten eerste zal de oorspronkelijk Baden-Walker classificatie van de **prolaps** naast de moderne POP-Q classificatie worden gehouden en besproken wat de verschillen zijn.
Ook zult u naast de klassieke opties voor prolapschirurgie worden geïnformeerd over de revival van de Manchester operatie en andere uterussparende prolaps technieken, zoals de sacrospinale fixatie.
Tevens zal de laparoscopische sacrocolposuspensie worden toegelicht. En natuurlijk zal er ook aandacht zijn voor de vaginale mesh operaties bij recidief van een prolaps.

Het tweede deel van de presentatie zal over de behandeling van **stressincontinentie** bij de vrouw gaan. Daarbij wordt met name een drietal operatieve therapieen naast elkaar af gezet; de retropubische TVT (tension free vaginal tape), de TOT (transobduratorius tape) en de mini slings (single iincision minimale slings).
Hun procedures en indicaties worden beschreven. De succespercentages zullen worden vergeleken.

En het laatste onderdeel van deze presentatie gaat over de klacht **dyspareunie**.
Hierbij komen we te spreken over de overactieve bekkenbodem en de bekkenfysiotherapeutisch behandeling. Maar ook andere etiologische factoren zoals de postmenopauzale hypo-oestrogene status en de vulvaire huidafwijking lichen sclerosis et atroficans vulvae.

Een brede variatie aan gynaecologisch problematiek in een notendop.

NAAV-Workshop: Treatment of Psychological Alterations with TCM (Insomnia, Depression, Anxious Disorders)

神门

Dr. Josef Hummelsberger, Munich
Postillion Hotel Bunnik
17 November 2012
Registration www.naav.nl

Patients with insomnia, anxiety, depression and a great variety of psychosomatical alterations are frequently seen in general practice. In western medical view they are only treatable with psychoactive drugs. Despite modern medications and psychotherapy this disorders are still a challenge.

Chinese Medicine with its holistic view offers a wide variety of therapeutic options and a different understanding. In Chinese medical way of thinking all physical and mental symptoms form a unity and can lead to a chinese syndrome diagnosis. Diagnostic Stepps, Acupuncture, Chinese herbal medicine and dietetic options in depression, insomnia and anxiety disorders will be the topic of this seminar, case studies will be shown in the practical proceedings.

Dr. med. Josef Hummelsberger is Internist, Acupuncturist, CPC, Psychosomatische Grundversorgung, Certified in Bioenergetic Therapy, NLP. Since 1995 in the „Praxis Hempen & Kollegen“ in Munich, since 2005 has his own office „Praxis Anwendung der Chinesischen Medizin“. He is Lecturer of SMS (Societas Medicinae Sinensis). Since 1999 SMS-Vorstandsmitglied and was President from 2002-2008. He is author and co-author of many scientific papers and textbooks in TCM.

NatuurApotheek
farmacie op maat

Als NatuurApotheek zijn wij uniek in Nederland. Wij zijn een hoofdzakelijk "bereidende" apotheek voor recepten van artsen en therapeuten door geheel Nederland voor Natuurgeneeskunde, Orthomoleculaire middelen etc. Onze specialiteit is Westerse en Oosterse Fytotherapie.

Inlichtingen voor professionals;

Capsules **SKI306X** 500 mg
bij ***PIJN***

SKI306X is in een dubbel-blind onderzoek bewezen
even goed te werken als **NSAID's.**

Samenstelling	
Clematidis radix	1
Prunellae spica	1
Trichosanthis radix	2

De capsules zijn samengesteld uit extracten van drie planten die in Oost-Azië reeds lang gebruikt worden voor de behandeling van ARTROSE en andere ONTSTEKINGSZIEKTEN.

Het kan de aantasting van kraakbeen vertragen, aldus het onderzoek '*Life Sci, 2005 Pub Med*'.

Dosering: 3x daags 2-4 capsules met warm water innemen.
PP €18,20 / 120 caps.

www.natuurapotheek.com
NatuurApotheek Weteringweg 14 2641 KM Pijnacker T: 015 - 361 44 77 Email:recepten@natuurapotheek.com

Urogenitale pijn

Dr. Afina S. Glas
Uroloog, UMC St. Radboud, Nijmegen

Professionele aandachtsgebieden: Neurourologie, reconstructieve urologie, bekkenproblematiek en andrologie, Medische Seksuologie, Klinische Epidemiologie

Studie Geneeskunde: Rijks Universiteit Groningen.
Opleiding Urologie: Academisch Medisch Centrum Amsterdam, VU medisch centrum Amsterdam, Onze Lieve Vrouwe Gasthuis Amsterdam.
Klinische Epidemiologie, NIHES, Erasmus Rotterdam. Medische seksuologie, ESSM.
Promotie, Universiteit van Amsterdam (2003): Beyond diagnostic accuracy, applying and extending methods for diagnostic test research.

Urogenitale pijn is een veel voorkomende klacht in de urologiepraktijk. De precieze prevalentie in Nederland is onbekend maar wordt geschat op 0,2-10%. Een gemiddelde urologische praktijk ziet twee tot vier nieuwe patiënten per week. De pijn kan gepaard gaan met LUTS, bemoeilijkte defecatie en/of seksuele problematiek zoals erectiele dysfunctie of pijn na ejaculatie. In dit stuk ligt de focus op chronische pijn. Chronische urogenitale pijn is onderdeel van het chronische bekken pijnsyndroom, waaronder bijvoorbeeld ook het anorectale pijnsyndroom valt. In het verleden werden dit soort klachten genoemd naar het betrokken pijnlijke orgaan, zoals scrotalgie bij pijn aan het scrotum en prostatodynie bij pijn in de prostaatregio.

Voor veel urologen vormen patiënten met chronische bekkenpijn een lastige patiëntengroep; de pijn geeft veel hinder, maar uit de soms uitgebreide urologische evaluatie blijkt geen enkele afwijking die gericht te behandelen is. Patiënten krijgen soms maandenlang antibiotica voorgeschreven. Allerhande therapieën worden geprobeerd en soms wordt zelfs overgegaan tot het verwijderen van het orgaan, helaas meestal zonder succes. De patiënt raakt teleurgesteld en gaat binnen de medische wereld 'shoppen'. De taak van de uroloog is het uitsluiten van urologische pathologie, het geven van patiënteneducatie en leefstijladviezen, starten van pijnmedicatie en, indien (nog) nodig, verwijzen van de patiënt naar de juiste hulpverlener.[1]
Er is een richtlijn *Chronic Pelvic Pain* van de European Association of Urology. Deze is in 2010 geüpdatet en de terminologie is gesynchroniseerd met die van de IASP (International Association for the Study of Pain). De richtlijn is te vinden op http://www.nvu.nl/artsen/richtlijnen/documenten1111.

Wat is chronische pijn?
Pijn wordt door de IASP gedefinieerd als "een onplezierige sensorische en/of emotionele ervaring die in verband wordt gebracht met actuele of potentiële weefselbeschadiging, of wordt beschreven in dergelijke termen". Wanneer pijn langer dan drie maanden duurt, is er sprake van een chronisch pijnsyndroom. Er zijn grofweg twee soorten pijn, nociceptieve en neuropathische pijn. Nociceptieve pijn is pijn die optreedt door weefselschade. Acute pijn is meestal nociceptieve pijn. Neuropathische pijn is pijn die veroorzaakt wordt door een laesie of dysfunctie in het zenuwstelsel. Denk bijvoorbeeld aan post herpetische neuralgie of perifere neuropathie bij Diabetes Mellitus. De meeste chronische urogenitale pijnpatiënten hebben een vorm van neuropathische pijn op basis van een dysfunctie van het zenuwstelsel. Met betrekking tot deze indeling is er bij de pijndeskundigen wat discussie; in sommige literatuur valt onverklaarbare urogenitale pijn onder niet-neuropathische, chronische pijn ten gevolge van centrale sensitisatie.
Oorzaak van deze ontregeling is permanente of langdurige centrale sensitisatie na een eerder normale nociceptieve prikkel, waardoor er een toegenomen gevoeligheid is van de neuronen die nociceptieve informatie verwerken. Neuronen die normaal

Tabel 1 Vormen van urogenitale pijn.

blaaspijnsyndroom	zonder mucosa-afwijkingen	suprapubische pijn of onprettig gevoel, gerelateerd aan vulling van de blaas, gepaard gaande met urgency en/of frequency; zonder infectie of andere pathologie
	met mucosa-afwijkingen (glomerulaties)	
	met Hunnerse laesies (interstitiële cystitis)	
urethrapijnsyndroom		terugkerende pijn t.h.v. de urethra, meestal bij mictie, tevens frequency.
prostaatpijnsyndroom	type A: inflammatoir	blijvende of terugkerende pijn in de prostaatregio, geassocieerde met LUTS en/of seksuele dysfunctie; zonder bewezen infectie of andere pathologie; kan inflammatoir of niet-inflammatoir zijn
	type B: non-inflammatoir	
scrotale pijnsyndroom		blijvende of terugkerende scrotale pijn, geassocieerd met LUTS en/of seksuele dysfunctie; geen ontsteking of andere pathologie
	testiculair pijnsyndroom	scrotale pijn, bij palpatie wordt deze aangegeven t.h.v. de testikels
	epididymale pijnsyndroom	scrotale pijn, bij palpatie wordt deze aangegeven t.h.v. de epididymis
	post-vasectomiepijnsyndroom	scrotale pijn ontstaan na vasectomie
peniele pijnsyndroom		pijn aan de penis die niet gelokaliseerd is in de urethra; zonder infectie of andere pathologie

www.schwa-medico.nl

Uw partner in acupunctuur en elektrostimulatie bij incontinentie

UROstim,
elektrostimulator
bij incontinentie

NeoAcu,
naaldapplicator

- ACUPUNCTUURNAALDEN EN -TOEBEHOREN
- ELEKTROSTIMULATIE
- LASER
- LITERATUUR
- POSTERS
- OOK HET ADRES VOOR TENS, BIOFEEDBACK EN ULTRASOUND

schwa·medico
MEDIZINTECHNIK

schwa-medico Nederland B.V. I Koningin Julianaplein 10 I 3931 CK WOUDENBERG I tel.: 033 4655064 I fax: 033 4612223
email: sm.nederland@schwa-medico.com

bijvoorbeeld ook sensaties van druk en aanraking verwerken veranderen van eigenschap en gedragen zich als neuronen die pijn verwerken. Een niet-pijnlijke prikkel wordt ervaren als pijn (allodynie), of een licht pijnlijke prikkel wordt ervaren als hevige pijn (hyperalgesie). Ook is er een afname van de pijn inhiberende afdalende banen, die normaal pijnstimuli reguleren. Omdat de bekkenorganen qua innervatie met elkaar verbonden zijn, kan gekruiste sensitisatie optreden; een prikkelbare of geconstipeerde darm kan op den duur bijvoorbeeld blaaspijn geven.[2] Tendomyogene aandoeningen kunnen druk geven in het verloop van perifere zenuwen, waardoor er pijn (myofaciaal pijnsyndroom) ontstaat in het eindorgaan. Dit kan ook leiden tot chronische pijn.

UROGENITALE PIJNSYNDROMEN

In tabel 1 zijn de verschillende vormen van urogenitale pijn weergegeven. Hieronder vallen ook pijnsyndromen die wel veroorzaakt worden door een aandoening van het orgaan zelf, bijvoorbeeld een ontsteking. In de toekomst, als meer bekend is van de pathofysiologie, zullen deze waarschijnlijk als een aparte entiteit worden gezien en uit het schema verdwijnen.

Blaaspijnsyndroom

Het blaaspijnsyndroom (BPS) is een syndroom waarbij pijn of een onprettig gevoel optreedt gerelateerd aan vulling van de blaas.[3] Doorgaans gaat dit gepaard met urgency en frequency. BPS komt vooral voor bij vrouwen, de verhouding man-vrouw is 1 op 10. Het BPS is door de pijn en de hoge mictiefrequentie niet verenigbaar met een normaal sociaal leven. Het wordt als zeer invaliderend beschouwd.
De pathofysiologie van BPS is nog niet opgehelderd; mogelijk speelt een stoornis van het immuunsysteem een rol. Indien geen blaasafwijkingen worden gevonden is waarschijnlijk sprake van chronische neuropatische pijn. Een verhoogde spanning of slechte coördinatie van de bekkenbodem kan oorzaak zijn, maar kan ook secundair optreden. Urineweginfecties kunnen concomitant voorkomen.
De klachten lijken op die van cystitis, maar de urine is meestal schoon. Bij een groot deel van de patiënten worden geen urologische afwijkingen gevonden. Bij een klein deel (10-30%) zijn er wel mucosale afwijkingen bij cystoscopie. Dit kan variëren van een mucosal tear bij vullen van de blaas (hydrodistensie) tot een generaliseerde ontsteking van het blaasslijmvlies. Een aparte, typische afwijking in de blaas, is de zogenoemde Hunnerse laesie. Als deze laesies aanwezig zijn, spreekt men volgens de huidige definitie van interstitiële cystitis (IC). Een verhoogd aantal mestcellen kan gevonden worden in de muscularis propria van de detrusor. Overigens is dit volgens de huidige definitie niet relevant voor de diagnose. Uit onderzoek is namelijk gebleken dat het aantal mestcellen niet correleert met de afwijkingen in de blaas en het klinische beeld. Het is belangrijk andere aandoeningen, zoals (aspecifieke) urineweginfectie, overactieve blaas, urolithiasis, blaascarcinoom, endometriose en MDL-problematiek uitsluiten.
Er is geen genezende therapie, de meeste behandelingen zijn gericht op symptoomreductie. Amitriptyline is het enige middel waarvan bewezen is dat het de klachten kan verminderen, overigens ten koste van de bijwerkingen.[4] Amitriptyline heeft een aantal bijzondere eigenschappen. Het is een krachtige anti-histamine blokker, wat effectief kan zijn wanneer er veel mestcel proliferatie is (aangetoond via blaasbiopt), daarnaast heeft het een anticholinerge en ß-agoniste werking die effectief kan zijn bij een eventuele OAB component. Amitryptiline werkt daarnaast centraal: het remt opname van serotonine en noradrenaline waardoor overmatige prikkelvorming wordt onderdrukt. Ook heeft het een analgetisch effect door blokkering van natrium kanalen. Dit multifactoriele effect is waarschijnlijk de verklaring dat het werkt bij de onderzochte heterogene onderzoekspopulatie van de betreffende studie. Overigens is het pas effectief bij een dosering van minimaal 75 mg per dag. Omdat het pijnstillend effect van amitriptyline pas maximaal is na een aantal weken is het belangrijk daarnaast ook pijnstillers als paracetamol en diclofenac voor te schrijven. Bij de aanwezigheid van Hunnerse laesies kan (laser)coagulatie van deze laesies voor onbepaalde tijd helpen. Bekkenfysiotherapie is belangrijk ter bewustwording van de bekkenbodem dynamiek. Antibiotica worden in principe alleen gegeven bij een positieve kweek. Als de blaas gegeneraliseerd ontstoken is, is het meestal zinvol een langere kuur voor te schrijven met een weefsel penetrerend antibioticum. Daarna is het van belang dat de urine steriel blijft. Een onderhoudsdosering met bv. nitrofurantoine is dan aan te bevelen. Blaasspoelingen met hyaluronzuur of chondroitine sulfaat, die de zogenaamde glycosaminoglycan (GAG) laag aanvullen, lijken bij deze indicatie zinvol. De effectiviteit van blaasspoelingen is echter nog nooit bewezen. Daarnaast worden de volgende behandelingen vaak geprobeerd: antihistaminica, anticholinergica, antibiotica, blaasoprekkingen, voedingsadviezen, voedingssupplementen, blaasinjecties met botulinetoxine, neuromodulatie enzovoort.
In extreem therapieresistente gevallen wordt een urinedeviatie aangelegd met of zonder voorafgaande cystectomie.
Wanneer geen urologische afwijkingen worden gevonden, lijkt verwijzing naar een pijnteam met psychosociale begeleiding het meest voor de hand liggend. Het heeft geen zin deze patiënten eindeloos urologisch te behandelen als het probleem waarschijnlijk in het zenuwstelsel zit, met therapieën die bovendien niet bewezen effectief zijn.

Scrotale pijnsyndroom

Dit syndroom wordt gedefinieerd door blijvende of terugkerende scrotale pijn, geassocieerd met LUTS en/of seksuele dysfunctie; geen ontsteking of andere pathologie. De klachten kunnen dusdanig ernstig zijn dat patiënt niet meer productief is. Angst voor teelbalkanker speelt vaak een rol, vooral bij de jongere mannen. Geruststelling is dan het belangrijkst.
De sensibele innervatie van het scrotum is afkomstig van de n. ilioinguinalis (basis penis, os pubis, femorale driehoek, en binnenkant bovenbeen) en takjes van de de n. genitofemoralis (bovenbeen onder Poupart). Er is enige overlap hiertussen en met de cutane takken van de n. iliohypogastrica (suprapubisch en lies). Elke beschadiging op prikkeling in het verloop van deze zenuwen kan pijnklachten geven van lies of scrotum.[5] Scrotale pijnklachten zijn vaak wisselend en kunnen uitstralen naar bovenbeen, perineum of lies. Er is niet altijd een pijnlijke plek aanwijsbaar of een te lokaliseren pijn bij palpatie. Het kan een uiting zijn van gerefereerde pijn. Let op allodynie of hypalgesie als teken van neuropatische pijn. Een echo scrotum heeft weinig diagnostische waarde, maar wordt soms gedaan vanwege een mogelijk therapeutische effect (geruststelling).
Als oorzaak van de scrotale pijn kan differentiaaldiagnostisch gedacht worden aan: bekkenbodemoveractiviteit, adductorentendinitis/surmenage, afwijkingen van het bewegingsapparaat (myofaciale pijn), neurinoom, testistumor, varicocèle, epididymiscyste, habituele

torsio testis, femorale/inguïnale hernia, bursitis iliopectinea, aspecifieke infectie of een distale uretersteen.5 Als (urologisch cq. chirurgisch) behandelbare oorzaken zijn uitgesloten, zoals een varicocele of hernia, is het zinvol de patiënt te verwijzen naar een geregistreerde bekkenfysiotherapeut. Bij een patiënt met klachten van het bewegingsapparaat is een verwijzing naar een manuele fysiotherapeut meer op zijn plaats. Bij ernstige pijn is pijnmedicatie geïndiceerd. Daarnaast moet aandacht worden geschonken aan uitlokkende en onderhoudende factoren zoals lifestyle, sport, werkhouding en seksuele gewoonten. Pijneducatie is erg belangrijk voor het begrip en dus voor de uitkomst van de behandeling.[6] Voor het verwijderen van de testis of epididymis is onvoldoende bewijs dat dit helpt en moet daarom beschouwd worden als obsoleet. Nieuwere minimaal invasieve technieken, zoals funiculolysis of pulsed radio frequency ablation (PRF) door de anesthesist zijn effectiever gebleken.[7,8] Post-vasectomiepijn treedt op bij 3 tot 10% van de mannen na een vasectomie. De oorzaak van de klachten is niet goed bekend, maar mogelijk komt het door stuwing van zaad in de afgesloten proximale zaadleider. In dat geval kan het openleggen van het proximale vas deferens helpen. Sommige urologen verrichten een vaso-vasostomie; dit is geïndiceerd indien het niet accepteren van steriliteit na vasectomie een grote rol speelt in het ontstaan van de pijnklachten. Over het algemeen geldt dat elke operatie aan het scrotum het risico op postoperatieve pijnklachten met zich mee brengt.

Prostaatpijnsyndroom

Deze pijn is gelokaliseerd in het gebied van prostaat/perineum, en kan uitstralen naar de lies, (top) penis/urethra, rectum, rug of bovenbeen. De pijn is over het algemeen wisselend van aard. Vaak gaan de klachten gepaard met mictie en/of ejaculatiestoornissen. De hypothese is dat de klachten veroorzaakt worden door overactiviteit van de bekkenbodem en daardoor verhoogde druk ter hoogte van de prostaat (intraprostatische reflux), die een chronische (steriele) ontsteking kan geven. Soms is deze gecompliceerd met een bacteriële infectie. Antibiotica zijn alleen geïndiceerd als er een verwekker gekweekt is uit urine of semen.
De diagnose is gebaseerd op de anamnese, RT, urineonderzoek en bepaling van het residu. Een bacteriële prostatitis en prostaatkanker bij oudere mannen dient uitgesloten te worden. Het bepalen van het PSA kan hierbij helpen.
De behandeling bestaat uit voorlichting aan de patiënt van de werking van bekkenbodem, behandeling van concomitante LUTS, obstipatie en seksuele dysfunctie, geven van lifestyle adviezen, bij ernstige klachten verwijzing naar een bekkenfysiotherapeut en geven van pijnmedicatie.

Urethrapijnsyndroom

Dit is een wat lastige en minder bekende diagnose. Een urethritis, een aspecifieke infectie, een strictuur, een urethracyste/-divertikel en vulvodynie bij de vrouw moeten worden uitgesloten. Ook kan het een uiting zijn van interstitiele cysitis.

Peniele pijnsyndroom

Pijn in de penis kan een uiting zijn van de ziekte van Peyronie; hierbij zijn plaques palpabel en is er meestal een kromstand van de penis. Pijn in de glans penis kan komen door gerefereerde pijn. De oorzaak moet dan gezocht worden in de buurt van de blaashals en/of prostaat. Oorzaken kunnen zijn bekkenbodemoveractiviteit, een blaassteen, prostaat-/blaaskanker of een probleem met de blaashals. Indien er doofheid bestaat van de glans penis kan de oorzaak gelegen zijn in compressie van de n. dorsalis penis, een aftakking van de n. pudendus, en moet gezocht worden naar een functionele of anatomische oorzaak.

DIAGNOSTIEK IN HET ALGEMEEN

Anamnese

Bij de anamnese moeten de volgende zaken worden uitgevraagd:
- Wanneer ontstaan, uitlokkend moment
- Constant of wisselend, onderhoudend gedrag, pijn vermijding, mate van beperking
- Karakter van de pijn (brandend, stekend, zeurend, doof), uitstraling?
- Wat helpt?
- Is er bij vrouwen een relatie met de menstruele cyclus?
- Mictie: relatie met pijn, karakter van LUTS (irritatief, obstructief, post mictie)?
- Defecatie/ obstipatie, diaree, veranderd patroon?
- Seksuele anamnese: pijn, stoornissen in seksuele responscyclus, ejaculatiestoornis?
- Psyche: angst en/of depressieve stoornissen, somatisatie, secundaire ziektewinst, coping, catastroferen?
- Sport/werk: bijvoorbeeld veel fietsen kan pijn/LUTS veroorzaken.
- Voorgeschiedenis: musculoskeletale klachten, bekkenchirurgie, gynaecologische/urologische chirurgie, radiotherapie, zwangerschappen.

Lichamelijk onderzoek

Bij het lichamelijk onderzoek moet gelet worden op het volgende:
- abdomen (feces palpabel), flanken, littekens
- penis en scrotum: zijn er afwijkingen, *triggerpoints*?
- vaginaal toucher (slingerpijn, opstootpijn), eventueel speculumonderzoek, cervix, fornix posterior
- rectaal toucher (prostaat) gevoelig?
- bekkenbodem via VT/RT: zijn er *triggerpoints*, is er verhoogde spanning, hoe zijn coördinatie en symmetrie?
- allodynie/hyperalgesie
- drukpijn origo-adductoren ter hoogte van os pubis, lies, lieskanaal
- zo nodig basaal neurologisch: sensibiliteit, motoriek, reflexen
- afwijkingen van het bewegingsapparaat (voeten, knieën, bekkenstand, SI, rug).

Aanvullend onderzoek

Het aanvullend onderzoek omvat:
- plas dagboek
- visual analogue scale (VAS)
- (pijn) vragenlijsten, zoals bv. IPSS
- urinestick/sediment
- dipslide/urine kweek
- zo nodig: echografie en/of X-BOZ;
- zo nodig: prostaatspecifiek antigeen (PSA).

BEHANDELING IN HET ALGEMEEN

Een multidimensionele behandeling is van cruciaal belang, goede pijnstilling samen met aanpak van uitlokkende en onderhoudende factoren. Belangrijk is vooraf met de patiënt het doel van de behandeling te bespreken.
- uitleg geven over pijn, pijneducatie, geruststelling
- leefstijl- en voedingsadviezen, stressreductie, goede balans in lichamelijke activiteiten, ook seks
- verwijzen naar de bekkentherapeut voor evaluatie van de bekkenbodem en zonodig behandeling
- verwijzen voor manuele fysiotherapie bij afwijkingen en/of klachten van het bewegingsapparaat
- aandacht voor defecatie patroon, eventueel laxantia.
- medicamenteus: goede pijnstilling is van essentieel belang.
  - paracetamol 3-4 dd 1000mg

- tramadol 3 dd 50 mg
- diclofenac 2-3 dd 50 mg (meestal niet effectief bij neuropatische pijn)
- amitriptyline 10-25 mg, start 1 dd a.n., wekelijks uitbreiden tot 75-150 mg op geleide van het effect en de bijwerkingen (*cave* leverfuncties)
- pregabaline (Lyrica) begin 2dd 75 mg, na 1 week 2 dd 150 mg, 2-3e week 2 dd 300 mg. (aanpassen aan nierfunctie)
- alfablokker en/of anticholinergicum bij LUTS
- PDE-5-remmer bij erectiele disfunctie.

VERWIJZEN NAAR EEN PIJNTEAM?
Verwijzing naar een pijn team is geïndiceerd wanneer sprake is van chronische pijn zonder urologisch substraat. Het is erg belangrijk dat de patiënt begrijpt waarom hij verwezen wordt naar een pijnteam. Een patiënt die dit niet begrijpt en die blijft hangen in bv. angst voor lichamelijke schade zal niet gemotiveerd zijn en gaan shoppen in het medische circuit of zijn heil gaan zoeken in een alternatief circuit. Het ene pijn team is het andere niet. Belangrijk is een pijnteam te vinden dat een multidisciplinaire aanpak hanteren. Met name ondersteuning cq. behandeling van het psychosociale aspect van pijn is van belang. Patiënten kunnen veel baat hebben bij cognitieve gedragstherapie of mindfulness training. Verder zijn er een heel scala aan behandelingen voorhanden zoals, TENS, triggerpointbehandeling, PRF, etc.

Literatuur

1 *Messelink B. Chronische bekkenpijn, moderne ideeën over diagnostiek en behandeling. Tijdschr Urol. 2011;2:54-8.*
2 *Wilgen CP van, Keizer D. Het sensitisatiemodel: een methode om een patiënt uit te leggen wat chronische pijn is. Ned Tijdschr Geneeskd. 2004;148(51):2535-8.*
3 *Merwe JP van de, Nordling J, Bouchelouche P, Bouchelouche K, Cervigni M, Daha LK, et al. Diagnostic criteria, classification, and nomenclature for painful bladder syndrome/interstitial cystitis: an ESSIC proposal. Eur Urol. 2008;53(1):60-7.*
4 *Ophoven A van, Pokupic S, Heinecke A, Hertle L. A prospective, randomized, placebo controlled, double-blind study of amitriptyline for the treatment of interstitial cystitis. J Urology. 2004;172(2):533-6.*
5 *Roumen R, Scheltinga M. Liespijn en geen liesbreuk, maar wat dan wel? Ned Tijdschr Geneeskd. 2004;148(49):2421-6.*
6 *Wilgen P van, Nijs J. Pijneducatie,een praktische handleiding voor (para)medici.BSL, Houten 2010.*
7 *Witjens AC, Lazarov R, Bosch JLHR, Wijck AJM van, Lock MTWT. Prospectieve follow-up van chronische orchialgie door middel van dubbelblinde preoperatievescreening en microchirurgische denervatie en lysis van de funiculus spermaticus. NTvU 2010;(7):205-211*
8 *Basal S, Ergin A, Yildirim I, Goktas S, Atim A, Sislan A, Irkilata AC, Kurt E, Dayanc M. A novel treatment of chronic Orchialgia. J of Androl 2011 Mar 24. [Epub ahead of print]*

Chronic pelvic pain syndromes

Fetske Hogen Esch
Centrum voor Chronische Bekkenpijn, Enkhuizen

Gespecialiseerd in diagnose en behandeling bekkenfysiotherapie sinds 1991
Geeft advies, consulten, opleiding en presentaties als freelancer Monitored Rehab Systems, Coordinator vakinhoud, leerlijnontwikkeling en onderzoek SOMT Master Studies Pelvic Physiotherapy, Freelancer PelviTec, Owner at F-act
Freelancer Opleidings Instituut Erasmus MC ,management en opleiding Hogeschool Brabant
Opgeleid aan RSM Erasmus University, Avans Hogeschool Tilburg, University Melbourne, Fontys Hogescholen, Academie voor Fysiotherapie Thim van der Laan, Koninklijk Atheneum Berchem, Burgemeester Marnixschool Antwerpen

Wat ik voel is mijn bekkenbodem
Het Chronic Pelvic Pain Syndrome CPPS komt veel voor, bij mannen en vrouwen. Het veroorzaakt veel klachten en veel stress. Behandeling is vooral symptomatisch. De symptomen worden door de bekkenfysiotherapeut gezien als gevolg van musculoskeletale en orgaan dysfunkties. De benadering van de bekkenfysiotherapeut is vanuit een biopsychosociaal model.

Het Myofasciaal Pijn Syndroom omschrijft de sensorische, motorische en autonome symptomen veroorzaakt door myofacsiale triggerpoints MTrP. Een MTrP is een hyperirritabel punt in een strakke streng van een dwarsgestreepte spier. Een karakteristieke uitstralende pijn, motorische dysfunktie en autonome verschijnselen kunnen er het gevolg van zijn.

Zowel het beeld, de diagnose en de therapie zullen worden gepresenteerd.

Bekkenfysiotherapie is een onderdeel van de nodige multidisciplinaire aanpak.

Van de registratiecommissie

Wim G. Jansen
Voorzitter Registratiecommissie

Vermeldenswaard is dat er dit jaar 20 nieuwe acupunctuurartsen op de praktijklijst van de NAAV werden bijgeschreven! Helaas verliet Arie Bos de commissie dit jaar. Dank Arie voor jaren meedenken!

De Registratiecommissie, nu bestaande uit Paul Soema, Adriaan Slob en Wim Jansen, maakt zich op voor de grote finale wat betreft de 5-jaars beoordeling voor herregistratie door de NAAV. Ruim de helft van de leden heeft al voldoende accreditatiepunten op intranet.naav.nl geregistreerd. Binnenkort zal de commissie u benaderen over de door u gewerkte uren en over de nog onvoldoende geregistreerde punten. Zelf cursussen registreren kan op intranet. naav.nl. Insturen van certificaten kan per post, hoeft niet aangetekend, maar kan ook per mail. (Zuidoostersingel 13, 8861 GB Harlingen of info@naav.nl).

Acupunctuur bij pijnsyndromen - naar een evidence-based behandelingsoptie

Dr.H.G. Kho
Universitair Medisch Centrum Sint Radboud, Nijmegen

Geneeskundestudie aan de Katholieke Universiteit Nijmegen (1974)
Acupunctuurstudie aan Nederlands College voor Naturopathie te Hilversum (1974) en aan Ludwig Boltzmann Institut für Akupunktur und Aurikulotherapie te Wenen (1977).
Anesthesiologie-specialisatie (1982) en sindsdien als anesthesioloog werkzaam in het Universitair Medisch Centrum St. Radboud te Nijmegen.
Werkt samen met instituten en academische ziekenhuizen in Beijing, Shanghai en Nanjing voor het onderzoek naar de toepassing van acupunctuur binnen de operatiekamers.
Promotie KU Nijmegen (1991):"Acupuncture in Anaesthesia and Surgery. Studies in China and the Netherlands"
Onderscheiden met de "Professor-dr-Alfred-Pischinger-Preis für Akupunktur" (Wenen) voor zijn wetenschappelijke publicaties (1990 en 1993).
Roept de stichting wetenschappelijk onderzoek Chinese geneeswijze te Nijmegen (www.sapoc.com) in het leven (1995), die de oprichting van een onderzoeksinstituut Acupunctuur binnen de medische faculteit van de Nederlandse universiteit beoogt te realiseren, teneinde het onderzoek van acupunctuur veilig te stellen.
Verzorgt het facultaironderwijs met het thema "het belang van het wetenschappelijk onderzoek in de Acupunctuur" ten behoeve van studenten biomedische wetenschappen aan de Radboud universiteit.
Maakt deel uit van het medische team van de Stichting Care4tina te Zutphen dat in de periode 2010 tot 2014 operatieve correcties verricht bij schizis kinderen in Xi'an.

Pijn syndromen, waartoe bekkenpijn behoort, komen vaak voor in onze samenleving en stellen de gezondheidszorg voor problemen. Hoewel niet levensbedreigend, brengt dit syndroom, vooral de chronische en benigne vormen daarvan, de chronisch benigne pelvische pijnsyndromen (CPPS), een enorme financiële last voor de samenleving met zich mee in de zin van ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheidsuitkering en zorgconsumptie.
De tot nu toe onopgehelderde etiologie maakt het bovendien onmogelijk een oorzakelijke behandeling in te stellen.
Het is daarom gewenst dat er middelen beschikbaar worden gesteld om onderzoek hiernaar, inclusief de alternatieve behandelingsopties, te (blijven) stimuleren.

In tegenstelling tot acute pijn vraagt CPPS om een multidisciplinaire benadering.
Er dient een behandelingsprogramma te worden opgezet dat de beste garantie biedt patiënten van hun klachten te verlossen en/of de kwaliteit van hun leven te optimaliseren.

Het benigne karakter van het syndroom in acht nemend dient men terughoudend te zijn met de meer agressieve en/of invasieve behandelingsopties. Vooropgesteld dient te worden dat de behandelingstechniek gering tot geen bijwerkingen zou moeten hebben, eenvoudig, veilig, economisch en vanzelfsprekend effectief zou moeten zijn.

Tot voor kort stond acupunctuur als laatste in de rij van het arsenaal van multidisciplinair opgezette behandelingsopties voor de CPPS. De mogelijkheden die acupunctuur biedt om chronische pijn te verlichten worden vaak onbenut gelaten. Patiënten zoeken hun toevlucht in acupunctuur of worden ernaar verwezen als zij resistent zijn gebleken voor reguliere behandeling.

Meer en meer studies tonen aan dat acupunctuur tenminste even effectief is in vergelijking met andere (invasieve) reguliere therapie. Een niet onbelangrijk voordeel van acupunctuur is dat het in tegenstelling tot andere conventionele behandelingsmethoden geen voor patiënten nadelige bijwerkingen heeft.

Acupunctuur voldoet ruimschoots aan de voorwaarden die worden gesteld aan de behandeling van het CPPS, namelijk veilig, simpel, effectief en economisch. Acupunctuur verdient het daarom om als eerste keus bij de behandeling van CPPS te worden gekozen.

Van de PR-commissie

Rubin Einhorn
Voorzitter PR-commissie

De PR-commissie bestaat uit Toine Korthout, Hong Yoe Oei (voor congressen en buitenlandse betrekkingen) en ondergetekende.

De PR-commissie heeft zich dit jaar vooral bezig gehouden met het geven van voorlichting op congressen van medisch studenten en pas afgestudeerden. Zo waren wij aanwezig bij het LOCA en STOLA en een dag van het LUMC. Wij hadden een stand en workshops over acupunctuur.

Ook waren we actief bij de organisatie en de bemanning bij het ICMART 2011 wereldcongres in mei 2011 in Hotel Bel Air in Den Haag. Verder brengen wij congressen en beurzen voor patiënten onder de aandacht van de collegae NAAV-leden in de omgeving van deze activiteit en adviseren wij het bestuur de kosten van deelname geheel of gedeeltelijk te sponsoren.

Wij proberen te reageren op negatieve publicaties over acupunctuur maar moeten helaas constateren dat onze reacties zelden worden geplaatst.

Wij zijn behulpzaam bij het schrijven van teksten en bij het corrigeren daarvan. De PR-commissie is intens betrokken bij het opstellen, bijstellen en corrigeren van diverse teksten (persberichten, brieven, white-paper enz., vooral betreffende de issues BTW en BIG-registratie. T.b.v. de NAAV-contacten met het Ministerie van VWS over onze BIG-herregistratie is de consulttijden-registratie van vorig jaar verwerkt en aan VWS aangeboden. Men heeft die dankbaar geaccepteerd en de gesprekken zullen worden vervolgd.

Een doorbraak in de behandeling van chronische pijn: introductie van een natuurlijke en lichaamseigen pijnstiller, palmitoylethanolamide (Normast®), en de synergie met acupunctuur

Prof. Dr. Jan M. Keppel Hesselink en David J. Kopsky
Acupunctuurartsen, Behandelcentrum voor Neurpathische pijnen, Soest

Prof. Dr. Jan M. Keppel Hesselink is arts, medisch bioloog, farmacoloog, acupunctuurarts, hypnotherapeut en arts voor natuurgeneeskunde.
Cum laude doctoraal biologie, medische studie, promotie academische kliniek voor neurologie in Utrecht op Ziekte van Parkinson, opleiding ziekenhuisdirecteur, onderzoeksdirecteur bij een groot geneesmiddelenconcern van geneesmiddelen voor psychiatrische aandoeningen, adviseur wetenschapsmanagement Koninklijke Nederlandse Academie voor Wetenschappen (KNAW), directeur kennisinstelling en CEO van het AIDS onderzoeksinstituut van het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam, medeoprichter en bestuurslid van de Vereniging voor Geneeskunde en Filosofie. Sinds 2000 vooral gericht op neuropathische aandoeningen. In 1996 benoemd tot hoogleraar moleculaire farmacologie aan de Universiteit van Witten/Herdecke in Duitsland. Coach en Consultant, geneesmiddelenontwikkelaar en voorzitter van Stichting IOCOB. TV-dokter in "Uitgedokterd?" in 2008. Behandelcentrum voor Neuropathische pijnen samen met collega D. Kopsky.

Publicaties:
"Beelden in de Mist", Erasmus Publishing, Rotterdam, over de geschiedenis van neurologische stoornissen, diverse boeken en honderden artikelen over uiteenlopende medische onderwerpen, zoals over de door hen ontwikkelde topicale pijnstillende cremes op basis van o.a. Ketamine, amitriptyline en gabapentine.

Er valt een bijzondere doorbraak te melden in de complementaire behandeling van chronische pijn in Nederland, namelijk de mogelijkheid om de effecten van acupunctuur te versterken door het toevoegen van de lichaamseigen pijnstiller palmitoylethanolamide (Normast®). Dit boeiende supplement is eind 2010 ook in Nederland beschikbaar gekomen. We hebben in onze kliniek inmiddels bijna tweehonderd patiënten behandeld met dit middel en zijn erg onder de indruk van de effecten. We willen hier onze visie delen over hoe deze stof samen met acupunctuur ingezet kan worden bij pijnpatiënten. Wat ons bovendien duidelijk is geworden, is dat patiënten een grotere motivatie hebben om in behandeling te blijven als we naast acupunctuur ook een zinvolle en een tot hun verbeelding sprekende natuurlijke pijnstiller inzetten.
Bestrijding van chronische pijn door gebruikmaking van meer dan één behandelingsmogelijkheid wordt tegenwoordig als zinvoller beschouwd dan het inzetten van een enkele interventie, hetgeen multimodale therapie wordt genoemd. De combinatie van dit middel met de mooie naam palmitoylethanolamide (PEA), samen met acupunctuur is een voorbeeld van een dergelijke eigentijdse complementaire multimodale therapie. Daarmee zijn we dus uiterst modern. En we waren al eerbiedwaardig oud, dus wat wil je nog meer?

Acupunctuur en chronische pijn
Chronische pijnsyndromen zijn de meest onderzochte en bewezen indicatie voor behandeling met acupunctuur. Wij zien in onze praktijk uitsluitend chronische pijnpatiënten en hebben ons speciaal toegelegd op de behandeling van de chronische neuropathische pijnen. Electroacupunctuur en technieken zoals Yamamoto, Zhu, pols en enkel acupunctuur en ooracupunctuur worden door ons ingezet, vaak met aanzienlijk succes. Maar voor veel patiënten die ernstige neuropathische pijn hebben is op de lange duur vaak meer nodig. Inmiddels hebben we bij veel verschillende chronische pijnsyndromen en ontstekingen PEA aan de behandeling toegevoegd, met bijzonder goed resultaat. Op onze website staan ook een heel aantal patienten interviews waar dit uit blijkt. We zijn van mening dat het de doorbraak van de eeuw is op het gebied van pijnbehandeling en het waarom daarvan leest u hier.

Doorbraak!
Een doorbraak dus. Voor het eerst in de geschiedenis van de farmacologie van pijn hebben we een pure stof in handen gekregen die zowel geheel natuurlijk als lichaamseigen is. Een stof die ons menselijk lijf al twee miljoen jaar kent en zelf produceert en die een uitermate belangrijke modulerende rol speelt bij chronische pijnen en ontstekingen. Een stof die een waardevolle aanvulling vormt op ons behandelplan van chronische pijnen. En een stof die geen enkele andere stof bijt, dus waarvan er geen interacties bekend zijn, en die gerust ook aan oudere patiënten gegeven kan worden, zonder problematische bijwerkingen.
Het klinkt allemaal bijna te mooi om waar te zijn, hetgeen wij aanvankelijk ook dachten toen we op het neuropathisch pijncongres in Athene in 2010 voor het eerst van deze stof hoorden. Maar inmiddels zijn we meer dan 200 eigen patiënten verder en zijn we er nu zeker van: dit is een doorbraak!
Wij werken met deze stof dus nu al ruim een half jaar, en hebben als aanvulling op de acupunctuur bij vele pijnpatiënten bijzondere resultaten mogen zien. Zelfs bij zeer moeilijk te behandelen gevallen zoals de extreem pijnlijke vaginale lichen planus!

Eerst even drie casussen om ons enthousiasme te onderbouwen:
Een oud-ziekenhuisdirecteur, bijna huilend van de pijn: herniapijn
Een 68-jarige arts en medisch oud-directeur van een groot ziekenhuis kreeg heel ernstige pijn in de rug, uitstralend in het rechter been, op de scan een forse hernia tussen L4 en L5. De neuroloog gaf steeds hogere doseringen Lyrica zonder enig effect, behalve dan totale desoriëntatie in tijd en persisterende pijnen, die 9.5 op een schaal van 10 scoorden. De patiënt huilde bijna van de pijn, zo zei hij, en dat was voor hem zeer ongewoon. Ik schreef Normast 600 mg poeder sublinguaal voor, twee maal daags gedurende 10 dagen, en daarna 600 mg tabletten twee maal daags. Reeds op de vierde dag meldde de arts geheel

pijnvrij te zijn, en ook geen Lyrica meer te gebruiken. Hij was zeer content en op onze neuropathie-site kunt u zijn verhaal ook als YouTube video volgen. De pijn kwam niet meer terug. Ook de motorische uitval verdween sneller dan verwacht. De neuroloog had geen commentaar...

Een bejaarde dame achter de rollator: artrose, hernia en CIAP pijn

Een 80-jarige vrouw, met rollator, met chronische pijnklachten door een hernia, coxartrosis en een chronische pijnlijke idiopathische axonale neuropathie. Allerlei pijnstillers boden maar marginaal soelaas. Inzetten van het zelfde behandelplan als hierboven beschreven, leverde binnen 4 weken pijnreductie op, onder uitsluipen van de reguliere analgetica. Na twee maanden behandelen is ze vrijwel pijnvrij en gebruikt zij geen andere analgetica. Ook deze patiënte is te zien op onze website, en met haar vele anderen, zodat u ons niet op ons woord alleen hoeft te geloven! We verzamelen bewust dit soort casussen, om zo een geloofwaardig fundament te slaan voor de moderne geïntegreerde geneeskunde.

Een oude organiste met 20 jaar vaginale pijnklachten: Lichen planus

Boven de 80 jaar, nog steeds glashelder van verstand en maatschappelijk actief als organiste in de kerk. Maar na de dood van haar man kreeg zij in toenemende mate last van vaginale brandende pijn. De huisarts schreef zonder te kijken het ene na het andere zinloze smeerseltje voor, totdat na vele jaren een gynaecoloog eindelijk vaststelde: Lichen planus met chronische ontsteking. Een vulvectomie en clitorectomie volgden, maar de pijn verdween niet. De vrouw ging steeds minder drinken, omdat plassen een bezoeking was met uitermate veel pijn, en ondanks haar bijzonder sterke karakter begonnen zich tekenen van suicidaliteit te manifesteren. De pijn en de ontsteking bestonden inmiddels bijna 20 jaar. Ze schreeuwde het vaak uit bij het plassen. Toen wij haar voor de eerste keer zagen, schreven we meteen Normast voor, en wel in een dubbele dosis, samen met een lokale gel die we voor dit geval speciaal uit Italië hadden laten komen, Saginil. Deze gel bevat ook Palmitoylethanolamide, in een vorm die goed de slijmvliezen en de huid binnendringt. Reeds na 3 dagen namen de intensiteit van de pijn en de jeuk af, en na een week waren de klachten bijna weg, maar waren de wonden nog niet gesloten. Toen meende de gynaecoloog dat het zo goed ging, dat er wel weer een lokale corticosteroid creme op kon. Meteen een ernstige lokale reactie met veel pijn en roodheid. Gestopt uiteraard. Na een week nam de pijn weer af en na enkele weken werd patiënte zo overmoedig dat ze zich voor het eerst sinds tijden weer op de fiets waagde. Dat was wel even kicken, maar dat moest ze bekopen met 2 dagen pijn. Gelukkig namen de pijn en de jeuk daarna wederom af om zelfs te verdwijnen!

Goed gedocumenteerde effecten

Met PEA hebben we een stof in handen

die in verschillende grote studies bij vele honderden patiënten onderzocht is bij een aantal pijn- en ontstekingsaandoeningen. De oudste studies die de werkzaamheid en veiligheid van de stof aantoonden stammen al uit de jaren 70 van de vorige eeuw. Inmiddels zijn er veel preklinische, farmacologische en klinische gegevens gepubliceerd die allemaal verzameld zijn op onze website ww.neuropathie.nu. Surfen naar het woord Normast levert al die studies op. De balans tussen werkzaamheid en veiligheid is dus duidelijk op basis van evidence aangetoond, en daarmee is het voorschrijven van PEA, en zelfs als eerste middel bij chronische pijn, verdedigbaar en plausibel. Het onderwerp is inmiddels zo hot, dat bepaalde universiteiten in de VS er al op ingesprongen zijn en nu pogen om enzymremmers te ontwikkelen die de afbraak van PEA in de cel tegengaan. Dat is vooral vanuit hun octrooistrategie gezien handig maar medisch beschouwd is het zinloos, omdat we de pure stof zelf in handen hebben, en die is uiteraard niet octrooieerbaar.

Palmitoylethanolamide (PEA), wat is het?
Onze eigen lichaamscellen produceren bij chronische pijnen en ontstekingen deze stof die zowel pijnstillend als ontstekingsremmend is. Het is dus onze eigen natuurlijke pijnstiller en ontstekingsremmer. PEA is voor het eerst ongeveer 20 jaar geleden genoemd als bijzonder middel tegen ernstige neuropathische pijnen. Dat was door de Italiaanse hoogleraar Rita Levi-Montalcini, een Nobelprijswinnares, die inmiddels meer dan 100 jaar oud is en nog steeds uitermate helder van geest. Ze kwam daarop via haar werk met groeifactoren. Groeifactoren kunnen chronische pijn en ontstekingsprocessen uit de hand laten lopen, vandaar ging haar aandacht uit naar natuurlijke modulatoren ervan.
In Italie heeft een bedrijf, Epitech, haar aanwijzingen opgevolgd, en heeft deze producent die stof, PEA, in een bijzondere pil verpakt, zodat deze nu aan patiënten gegeven kan worden met ernstige pijnen, pijnen waar andere pijnstillende stoffen niet tegen opgewassen zijn. De merknaam is nu Normast®.

Bijna miljoen behandelde patiënten
Wereldwijd zijn er inmiddels 800.000 patiënten met deze stof behandeld, zonder enige medische problemen. En binnen klinische studies zijn er duizenden patiënten met deze stof behandeld, en heel vaak met zeer behoorlijke tot indrukwekkende resultaten. Zo blijkt dat PEA pijnstillend werkt bij ernstige rugpijn, herniapijn, gordelroospijn, pijn bij afklemming van zenuwen, zoals bij het carpaal tunnelsyndroom, en pijn bij diabetes, om er maar een paar te noemen. Wij deden ervaring op met neuropathische pijnen bij hernia, chronische idiopathische axonale polyneuropathie (CIAP), inflammatoire pijnlijke neuropathie (CIDP), dwarslesiepijn, chronisch regionaal pijnsyndroom, diabetische neuropathische pijnen, dunne vezel neuropathische pijn, sarcoidose, chemokuur geïnduceerde pijnlijke neuropathie, migraine, colitis ulcerosa, en pijnlijke ontsteking bij chronische vulvaire lichen planus.
We zijn op PEA gewezen via onze contacten met Italiaanse artsen die al sinds 2006 met deze stof werken.

Van de visitatiecommissie

Albert Fabriek
Voorzitter Visitatiecommissie

Na twee jaar noeste arbeid is de Visitatiecommissie er in geslaagd een degelijk en doortimmerd plan op tafel te leggen voor de intercollegiale visitatie.

Als kwaliteitsverbeterend instrument zal het van nu af aan een vaste plaats gaan innemen in de NAAV-praktijk. Dit zal op twee manieren gebeuren. Ten eerste door de visitaties zelf, daarnaast door – anoniem – publiceren van de bevindingen.
Op de NAAV-Intranet site zal binnenkort het visitatieboek voor een ieder ter inzage liggen. Daarin staat de hele gang van zaken beschreven en zijn de normeringen te vinden die gehanteerd gaan worden bij de visitatie.

Wij beschouwen dit als een 'on going proces', dat wil zeggen dat taakstelling en normering van de visitatie in de toekomst aangepast worden aan de bevindingen. Bij fundamentele vraagstukken zal dit uiteraard alleen met instemming van Bestuur en Ledenvergadering plaats vinden.

Wij roepen alle leden op zich te melden als visiteur, zodat wij een 'pool' kunnen maken opdat bijvoorbeeld aan de eis voldaan kan worden dat de visiteurs niet uit dezelfde provincie komen als de gevisiteerde. Dat is niet alleen voor de gevisiteerde een leerzame aangelegenheid maar ook voor de visiteurs, die daarmee aangezet worden na te denken over de kwaliteit van de praktijkvoering en hoe je die zou kunnen normeren.

Nu weten we van elkaar dat iedereen een andere invalshoek heeft en een eigen persoonlijke stijl heeft ontwikkeld in zijn of haar praktijkvoering. Het zij hier gesteld dat daar met alle respect mee zal worden omgegaan. De focus zal bovenal liggen op het proces van hulpverlening en op de praktijkvoering zelf, denk daarbij vooral aan hygiëne en documentatie.
De te visiteren acupunctuurartsen zullen 'at random' worden toegewezen door het Secretariaat en vervolgens worden kenbaar gemaakt aan de Voorzitter van de Visitatiecommissie.
Zowel de gevisiteerde als alle bevindingen van de visitatie zullen met de grootste vertrouwelijkheid en geheimhouding worden betracht. Alle bevindingen die gepubliceerd worden zullen zodanig worden geanonimiseerd dat herkenning onmogelijk is. Zodoende hopen we voldoende waarborgen te hebben voor een open en diepgaande gedachtenwisseling over kwaliteitsverbetering van de acupunctuurarts. Het is daarbij niet de bedoeling om te zoeken naar tekortkomingen maar eerder naar wat wel goed gaat en hoe we daarin van elkaar kunnen leren, kortom de sfeer en bedoeling van de visitatie is een positieve en open benadering van het mooie werk dat wij leveren en hoe dat nog beter kan.

Rest mij te vragen of er leden zijn die de Visitatiecie komen versterken, want we mikken op 4 of 5 leden, en dan moet er nog minimaal 1 bij.

U kunt 2 maal per jaar een publicatie tegemoet zien over onze bevindingen, de plaats waar zal nader bekend worden gemaakt, in ieder geval ook op het Intranet.

Kosten en gebruik
De kosten bedragen ongeveer € 25,– per verpakking van 20 tabletten van 600 mg. Omdat PEA een lichaamseigen stof is die in principe dus (vrijwel) geen bijwerkingen heeft, en het ook zo goed werkzaam is, is het voor veel patiënten prettiger in te nemen dan bijvoorbeeld Lyrica en dat soort middelen. Het middel laat zich echter zonder problemen samen inzetten naast Lyrica, en het lijkt er zelfs op dat de bijwerkingen van Lyrica dan minder worden. Bij het gebruik naast NSAID's is in een grote studie bij herniapijn een duidelijk significante afname gezien van de hoeveelheid gebruikte medicatie, terwijl de pijn eveneens duidelijk afnam. De dosis in de eerste tien dagen is 2 maal daags 600 mg poeder onder de tong. Daarna 5 weken 600 mg tabletten twee maal daags. Daarna, bij goed effect, kan eventueel overgegaan worden naar twee maal daags 300 mg. Mocht de pijn toch weer terugkeren, dan tijdelijk de dosis weer verhogen naar twee maal daags 600 mg tabletten, of zelfs 10 dagen weer twee maal daags poeder onder de tong nemen. Daarom adviseren we altijd om in een keer een pak met 20 poeders te bestellen, en 4 pakken met 20 tabletten van 600 mg. Dat is dus voldoende voor 50 dagen. Als dan de pijn niet duidelijk minder is, is het niet zinvol met dit middel door te gaan.

Bij patiënten die PEA gebruiken zeggen we altijd dat de stof eerst moet inwerken en dat de eerste pijnstillende werking ongeveer binnen drie weken kan optreden, maar ook dat het soms nodig is om langer te behandelen, 6 weken. In die periode moet dan duidelijk worden of de stof werkzaam is voor die speciale patiënt. We beginnen dus altijd met een hele bijzondere vorm van PEA, in kleine zakjes, als poeder om onder de tong in te nemen. Daar smelt het onmiddellijk en wordt het dan ook direct via het mondslijmvlies in het bloed opgenomen. Na 10 dagen gaan we over op tabletten, omdat het lichaam dan genoeg PEA heeft opgenomen als eerste stap. Bijwerkingen van klinische relevantie zijn niet gemeld, noch subjectief, noch qua bloedchemie of hematologisch. Interacties zijn niet te verwachten en niet gemeld. De afbraak gaat via intracellulaire enzymen en dosisaanpassing bij lever- of nierinsufficientie is vermoedelijk niet nodig, hoewel daarnaar nog geen geformaliseerde studies gedaan zijn. Aan ouderen kan het zonder problemen gegeven worden. Onze oudste patiënte is 90 jaar en kan door Normast weer vrijwel zonder pijn lopen. We zijn van mening dat deze bijzondere stof zich uitmuntend laat combineren met acupunctuur. Zowel acupunctuur als PEA zouden we kunnen omschrijven als goed gedocumenteerde en qua veiligheid en effectiviteit bewezen behandelmethodes. Als we deze naast elkaar inzetten, worden de klinische effecten nog beter. Dat sluit naadloos aan bij de moderne tendens binnen de geneeskunde om meer en verschillende middelen of behandelmethoden gecombineerd te geven bij de bestrijding van complexe chronische pijnen.
Normast® is dus een bijzondere aanwinst voor de behandeling van uiteenlopende chronische pijnsyndromen en elke acupuncturist kan het inzetten als onderdeel van een geintegreerd behandelplan bij chronische pijnen en/of ontstekingen. Normast® is in Nederland via Ergomax geimporteerd, en is daar via de website-winkel te bestellen. Op onze site is veel literatuur te vinden over preklinische en klinische studies die de veiligheid, de doeltreffendheid en de werkzaamheid van PEA ondersteunen.

Van de wetenschapscommisie

Swan Hoo Kwee
Voorzitter Wetenschapscommissie

Wisseling van voorzitterschap: Vanwege een langdurig verblijf in het buitenland heeft Dr. H.G. Kho zijn voorzitterschap per 31 januari 2010 neergelegd en per 22 mei 2010 heeft Drs. S.H. Kwee het ad-interim voorzitterschap van de NAAV-wetenschapscommissie aanvaard.

De commissie werkzaamheden 2010-2011: Het opzetten van wetenschappelijk onderzoek in acupunctuur krijgt een prioriteit, de beoogde behandelmethoden omvatten zowel "Medical Acupuncture", "TCM" als "Integrative Medicine". In november 2010 heeft de commissie de mogelijkheden van COPD en Tennis Elbow als studieonderwerpen bestudeerd en uiteindelijk is de keuze op COPD gevallen. Dit vooral omdat in de tussentijd Complementaire behandelwijzen genoemd werden in de COPD-zorgstandaard van Long Alliantie Nederland (LAN).

Per 13 december 2010 kwam een 10 man sterke COPD-kerngroep binnen de commissie tot stand. Na een uitgebreide literatuurstudie werd besloten om de COPD pilot van Suzuki et al als startpunt te gebruiken voor een Pragmatisch Gerandomiseerde Vergelijkende Acupunctuur Trial bij stabiele COPD/GOLD 1 en 2 patiënten. Dit binnen de setting van de huisartspraktijken in Nederland. Het doel van het onderzoek is het aantonen van de toegevoegde waarde van acupunctuur als aanvulling op de standaard behandeling van matig chronische COPD-patiënten en de kosteneffectiviteit van deze behandeling. Het aantal te selecteren patiënten bedraagt minimaal 100; deze zijn te rekruteren uit 10 huisartspraktijken en zullen door 6 NAAV-acupunctuurartsen behandeld worden. De eerste protocol-opzet werd door het commissie-lid en buitengewoon NAAV-lid Jos Smeets op het ICMART Congres in mei 2011 gepresenteerd en werd zeer goed ontvangen. Het uiteindelijke protocol werd tijdens de NAAV-ALV van juni 2011 in een duo-presentatie van Jos Smeets en S.H. Kwee aan de NAAV leden gepresenteerd. En op 29 augustus j.l. is het onderzoeksvoorstel Acu-COPD 20-12/NAAV bij de Medisch Ethische Commissie METOPP te Tilburg ter beoordeling aangeboden. Hierna werd een subsidie bij ZonMW aangevraagd en als alles volgens plan verloopt hoopt de wetenschapscommissie begin 2012 met het onderzoek te kunnen starten. Het onderzoek zal 3 maanden gaan duren, plus 3 maanden follow-up.

Bezuinigen op acupunctuur is onverstandig

Dr. C.L. Oei-Tan en Drs. F.C. Moeken

Dit artikel is verschenen op 3 oktober 2011 in het Financieel Dagblad.

Hoogste tijd voor erkenning

Acupunctuur levert onomstotelijk meerwaarde in de zorg op. Het is een bewezen methode die effectief en kostenbesparend is. Toch is de erkenning van acupunctuurartsen en hun specifieke deskundigheid nog allerminst gewaarborgd. Dat is niet verstandig in een tijd van vergrijzing en zorgkostenreductie.
Acupunctuur kan een belangrijke rol spelen om klachten te verminderen, medicijngebruik te beperken en zelfredzaamheid, zelfstandigheid en arbeidsgeschiktheid van patiënten te bevorderen. Erkenning van het vakgebied is daarvoor nodig.

Acupunctuur is een eeuwenoude geneeswijze die oorspronkelijk afkomstig is uit China. Ook in ons land kent acupunctuur grote belangstelling van patiënten en zorgaanbieders. Effectieve acupunctuurbehandelingen vinden binnen de reguliere zorg plaats, maar worden ook aangeboden en aangeraden als aanvullende behandeling. Acupunctuur is door de World Health Organization (WHO) als evidence based medicine erkend. De landelijke artsenfederatie KNMG beschouwt acupunctuurartsen als artsen met een extra deskundigheid, die voldoen aan de onder artsen gebruikelijke kwaliteitseisen.
Daarmee lijkt niet alleen de bewijsvoering voor de effectiviteit en de expertise van de driehonderd erkende acupunctuurartsen geleverd, maar is ook de wens van patiënten in dat opzicht ingewilligd. Zij hebben immers het effect van acupunctuur ontdekt. Zeven procent van de Nederlanders maakt volgens het CBS gebruik van aanvullende zorg, waarvan acupunctuur het belangrijkste onderdeel uitmaakt. Zo'n 16 miljoen behandelingen vinden jaarlijks plaats.
Het grootste deel van de kosten van behandeling moet nu nog door patiënten zelf betaald worden. Zij blijven desondanks gemotiveerd in hun keuze voor acupunctuur, ook omdat vooral chronisch zieken of uitbehandelde patienten zich in de steek gelaten of teleurgesteld voelen door de conventionele geneeskunde.
Bij patiënten voor wie de reguliere geneeskunde geen oplossingen (meer) te bieden heeft, blijkt vaak dat acupunctuur wel effectief is. Het bracht een neuroloog ertoe op het Londense Wereldcongres voor Chinese Geneeskunde, begin september 2011, de slogan "Acupunctuur is moderne geneeskunde!" te lanceren.

Toch dreigt acupunctuur – en daarmee ook de positie van acupunctuurartsen – in het gedrang te raken. Dat is opmerkelijk en onverstandig, want integratie van acupunctuur in de gezondheidszorg zou juist nu in financieel, medisch en in maatschappelijk opzicht oplossingen bieden.
Er komen immers steeds meer chronisch zieken, terwijl vergrijzing leidt tot hogere kosten.

Professionele acupunctuur leidt tot forse besparingen, bijvoorbeeld op huishoudelijke hulp, ziekteverzuim of medische kosten (medicamenten, bezoeken aan huisartsen of specialisten). Ook bij uitkeringen levert acupunctuur besparingen op. Als één patiënt van 45 jaar erdoor kan blijven werken in plaats van de WAO in te gaan, bespaart dat de samenleving ten minste € 1.000.000,-. Dat zouden zorgverzekeraars, overheid en zorgaanbieders zich beter moeten realiseren.

Zorgverzekeraars zouden voor een aantal indicaties acupunctuur dan ook in het basispakket moeten opnemen, de overheid zou de BIG-registratie voor acupunctuurartsen moeten handhaven en zorgverleners en patiënten zouden beter moeten worden geïnformeerd over de mogelijkheden en toegankelijkheid van deze vorm van zorg.

Bezuinigen op acupunctuur is onverstandig

Hoogste tijd voor erkenning

Chun Lee Oei-Tan en Frederike Moeken

Acupunctuur levert onomstotelijk meerwaarde in de zorg op. Het is een bewezen methode die effectief en kostenbesparend is. Toch is de erkenning van acupunctuurartsen en hun specifieke deskundigheid nog allerminst gewaarborgd. Dat is niet verstandig in een tijd van vergrijzing en zorgkostenreductie.

Acupunctuur kan een belangrijke rol spelen om klachten te verminderen, medicijngebruik te beperken en zelfredzaamheid, zelfstandigheid en arbeidsgeschiktheid van patiënten te bevorderen. Erkenning van het vakgebied is daarvoor nodig.

Acupunctuur is een eeuwenoude geneeswijze die oorspronkelijk afkomstig is uit China. Ook in ons land kent acupunctuur grote belangstelling van patiënten en zorgaanbieders. Effectieve acupunctuurbehandelingen vinden binnen de reguliere zorg plaats, maar worden ook aangeboden en aangeraden als aanvullende behandeling. Acupunctuur is door de World Health Organization (WHO) als evidence based medicine erkend. De landelijke artsenfederatie KNMG beschouwt acupunctuurartsen als artsen met een extra deskundigheid, die voldoen aan de onder artsen gebruikelijke kwaliteitseisen.

Daarmee lijkt niet alleen de bewijsvoering voor de effectiviteit en de expertise van de driehonderd erkende acupunctuurartsen geleverd, maar is ook de wens van patiënten in dat opzicht ingewilligd. Zij hebben immers het effect van acupunctuur ontdekt. Zeven procent van de Nederlanders maakt volgens het CBS gebruik van aanvullende zorg, waarvan acupunctuur het belangrijkste onderdeel uitmaakt. Zo'n 16 miljoen behandelingen vinden jaarlijks plaats.

Het grootste deel van de kosten van behandeling moet nu nog door patiënten zelf betaald worden. Zij blijven desondanks gemotiveerd in hun keuze voor acupunctuur, ook omdat vooral chronisch zieken of uitbehandelde patiënten zich in de steek gelaten of teleurgesteld voelen door de conventionele geneeskunde.

Bij patiënten voor wie de reguliere geneeskunde geen oplossingen (meer) te bieden heeft, blijkt vaak dat acupunctuur wel effectief is. Het bracht een neuroloog ertoe op het Londense Wereldcongres voor Chinese Geneeskunde, begin september 2011, de slogan 'Acupunctuur is moderne geneeskunde!' te lanceren.

Toch dreigt acupunctuur — en daarmee ook de positie van acupunctuurartsen — in het gedrang te raken. Dat is opmerkelijk en onverstandig, want integratie van acupunctuur in de gezondheidszorg is juist nu in financieel, medisch en maatschappelijk opzicht noodzakelijk en wenselijk. Er komen immers steeds meer chronisch zieken, terwijl vergrijzing leidt tot hogere kosten.

Professionele acupunctuur leidt tot forse besparingen, bijvoorbeeld op huishoudelijke hulp, ziekteverzuim of medische kosten (medicamenten, bezoeken aan huisartsen of specialisten). Ook bij uitkeringen levert acupunctuur besparingen op. Als één patiënt van 45 jaar erdoor kan blijven werken in plaats van de WAO in te gaan, bespaart dat de samenleving ten minste €1.000.000. Dat zouden zorgverzekeraars, overheid en zorgaanbieders zich beter moeten realiseren.

Zorgverzekeraars zouden voor een aantal indicaties acupunctuur dan ook in het basispakket moeten opnemen, de overheid zou de BIG-registratie voor acupunctuurartsen moeten handhaven en zorgverleners en patiënten zouden beter moeten worden geïnformeerd over de mogelijkheden en toegankelijkheid van deze vorm van zorg.

Dr. C.L. Oei-Tan en drs. F.C. Moeken zijn respectievelijk voorzitter en secretaris van de Nederlandse Artsen Acupunctuur Vereniging (NAAV).

Acupunctuur is moderne geneeskunde!

Van de commissie stop BTW!

Kees Joosse

Tot nu toe bestaat er een tijdelijke vrijstelling van BTW-heffing voor CAM, nadat de 2e Kamer in 2009 de Regering opdracht heeft gegeven om met een definitieve regeling te komen. Onderdeel van die definitieve regeling zou oprichting van een Kwaliteits-Register voor niet-BIG geregistreerde CAM-beoefenaren moeten zijn. In afwachting daarvan wordt die tijdelijke vrijstelling steeds met een half jaar verlengd.

In het voorjaar van 2011 ontving de NAAV serieuze signalen uit 3 onafhankelijke richtingen dat op ambtelijk niveau een lobby richting 2e Kamer werd voorbereid om van dat Kwaliteits-Register af te zien en de gehele CAM alsnog BTW-plichtig te maken. De NAAV heeft deze signalen serieus genomen en heeft voorbereidingen getroffen voor een politieke lobby. De NAAV heeft vroegtijdig getracht onze CAM-partners daarin mee te krijgen, maar dat is helaas niet gelukt.
Die voorbereidingen bestonden vooral uit het mobiliseren van onze leden voor het tekenen van een petitie door patiënten en het aanleveren van casuïstiek. Daarnaast zijn gesprekken gevoerd met relevante ambtenaren van het Ministerie van VWS. En we laten ons bijstaan in raad en daad door een lobbyist. Vlak daarna ontvingen wij het bericht dat VWS de BTW-heffing nog weer verder zou uitstellen. Mogelijk ook door het professionele beleid van de Chiropractoren?

Maar uitstel is nog geen afstel. Het beleid van de NAAV is er nu op gericht, om het uitstel van steeds een half jaar om te zetten in een definitief uitstel. Het kan niet zo zijn, dat het ambtelijk BTW-zwaard van Damocles steeds boven onze beroepsgroep blijft hangen. Om dan op een onverwacht moment of door politiek opportunisme (staatschuldreductie) toe te slaan. In samenspraak met onze lobbyist wordt een beleid uitgezet om dat doel te bereiken. Daarvoor hebben we uw hulp nog steeds nodig. Het verzoek tot massale *inzending van relevante casuistiek* staat nog steeds. Ook de *petitie-formulieren* met handtekeningen van uw patienten blijven nodig!

Alleen als we onze maatschappelijke relevantie ZICHTBAAR maken hebben we een kans!

PETITIE IK WIL.....
Ook met de petitie van onze patienten gaan we nog even door. Inmiddels zijn er ruim 5000 handtekeningen binnengekomen, de meeste met e-mail-adres! En dat terwijl lang niet alle praktijken van onze NAAV-collega's nog meedoen...

U kunt het petitie/formulier **downloaden** via www.naav.nl...Nieuws/Overig... "IK WIL-formulier"... Lees meer... Upload of vragen via info@naav.nl of 06-53401378
Opsturen naar:
NAAV, Antwoordnummer 88600
8860 VA Harlingen.

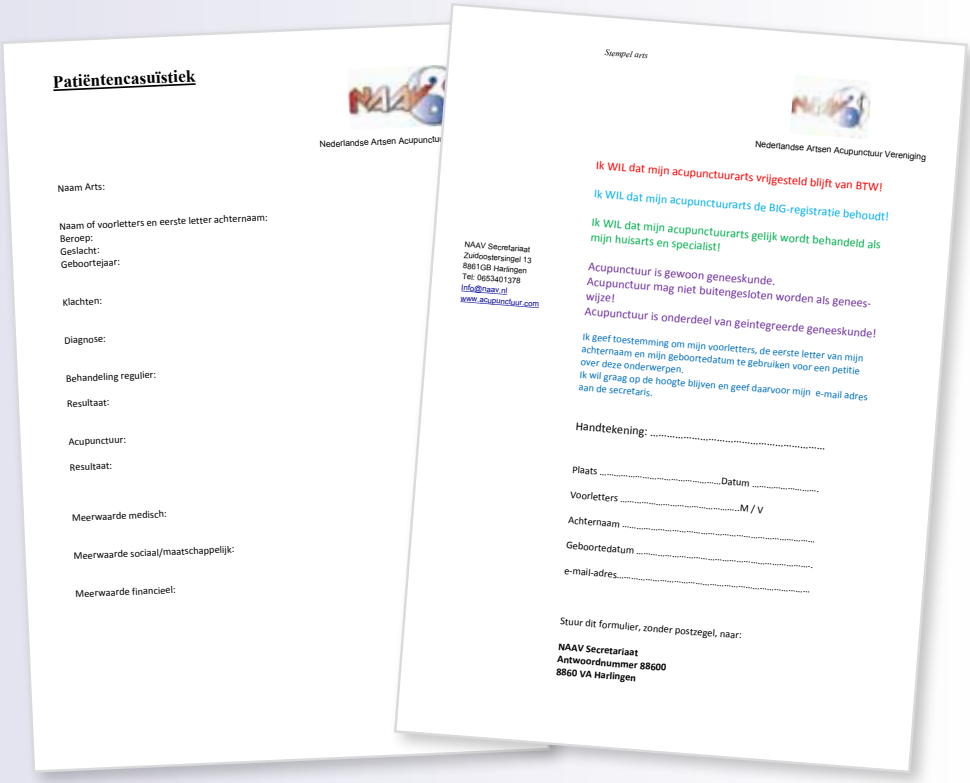
We zoeken naar mogelijkheden om de stem van onze patienten nog helderder te laten spreken. We denken aan een enquete.

INSTUREN VAN PATIËNTENCASUSSEN
Een herhaald verzoek aan de NAAV-leden om patiëntencasussen in te sturen!
We kunnen daarmee onze medische, sociaal-maatschappelijke en financiële meerwaarde aantonen. Dit lukt alleen als u allemaal meewerkt en zoveel mogelijk (minstens 20) patiëntencasussen instuurt.
We vragen dringend uw bijdrage!

Natuurlijk komen de echte succes-stories in aanmerking: de patiënten die overal zijn geweest, nergens baat hebben gevonden en door uw behandeling zijn hersteld. Maar ook de eenvoudige gevallen zijn relevant: de patiënt die met een muisarm thuis zat, waar injecties van de huisarts en fysiotherapie geen effect hebben gehad en vijf acupunctuurbehandelingen ertoe hebben geleid dat de patiënt klachtenvrij is en het werk weer heeft kunnen hervatten. Of de patiënt die de NSAID's en maagbeschermers heeft kunnen laten staan, omdat u zijn schouderklachten uit de wereld hebt kunnen helpen. Het mogen nieuwe, en het mogen oude casussen zijn. Hoe meer hoe beter! En hoe eerder we er de beschikking over hebben, des te sneller kunnen we slagvaardig handelen. Uw hulp is onontbeerlijk! Hoe meer casussen we van u krijgen, hoe beter.
Dus: maak er een gewoonte van om voor minstens een patient per dag de meerwaarde van uw behandeling met acupunctuur te registreren!

Het formulier spreekt voor zich. U kunt het **downloaden** van intranet.naav.nl of vragen via info@naav.nl of 06-53401378, of zelf maken.

Opsturen: liefst per e-mail naar info@naav.nl of kosteloos per post:
NAAV, Antwoordnummer 88600
8860 VA Harlingen.


Patiëntencasuïstiek

Naam Arts:

Naam of voorletters en eerste letter achternaam:
Beroep:
Geslacht:
Geboortejaar:

Klachten:

Diagnose:

Behandeling regulier:

Resultaat:

Acupunctuur:

Resultaat:

Meerwaarde medisch:

Meerwaarde sociaal/maatschappelijk:

Meerwaarde financieel:

Stempel arts

Nederlandse Artsen Acupunctuur Vereniging

Ik WIL dat mijn acupunctuurarts vrijgesteld blijft van BTW!

Ik WIL dat mijn acupunctuurarts de BIG-registratie behoudt!

Ik WIL dat mijn acupunctuurarts gelijk wordt behandeld als mijn huisarts en specialist!

Acupunctuur is gewoon geneeskunde.
Acupunctuur mag niet buitengesloten worden als geneeswijze!
Acupunctuur is onderdeel van geïntegreerde geneeskunde!

Ik geef toestemming om mijn voorletters, de eerste letter van mijn achternaam en mijn geboortedatum te gebruiken voor een petitie over deze onderwerpen.
Ik wil graag op de hoogte blijven en geef daarvoor mijn e-mail adres aan de secretaris.

NAAV Secretariaat
Zuidoostersimpel 13
8861GB Harlingen
Tel: 0653401378
Info@naav.nl
www.acupunctuur.com

Handtekening: .....

Plaats .....Datum .....

Voorletters .....M / v

Achternaam .....

Geboortedatum .....

e-mail-adres.....

Stuur dit formulier, zonder postzegel, naar:

NAAV Secretariaat
Antwoordnummer 88600
8860 VA Harlingen

Incontinentie vanuit het traditionele Chinese perspectief

C.(Kees) Rietsema
Huisarts en acupunctuurarts

Artsexamen 1988 (Leiden)
Huisartsopleiding in Walsall en Hereford (Verenigd Koninkrijk)
Huisarts sinds 1997
Acupunctuurarts (NAAV) sinds 2003

Fysiologie van de vochthuishouding, Nieren en de Blaas
'De Nieren heersen over de waterhuishouding.' Onder normale omstandigheden beheersen de Nieren de vloeistofstroom in de Onderste Verwarmer: de hoeveelheid en kleur van de urine zijn normaal. De Nieren ontvangen vocht vanuit de Longen, een deel daarvan wordt door de Nieren verdampt en gaat terug naar de Longen om die te bevochtigen, een deel gaat naar de Blaas. De Nieren staan de Dunne darm bij in het scheiden van reine en onreine vloeistoffen, de laatste gaan naar de Blaas en worden daar verder verwerkt.

De Blaas scheidt de reine van de onreine vloeistoffen: de reine vloeistoffen worden gerecirculeerd naar huid en spieren, het onreine deel wordt als urine uitgescheiden. Om dit te kunnen volbrengen heeft de Blaas Nier-Qi nodig.

Voor een goede vochthuishouding werken Nieren en Longen samen. Samen met vloeistoffen gaat ook Qi van de Longen naar de Nieren. Qi is de bewegende kracht achter het vloeistoftransport naar de Nieren. De Nieren houden Qi van de Longen vast, de blaas heeft Qi van de longen nodig om goed te kunnen functioneren.

Qi en lichaamsvloeistoffen zijn nauw aan elkaar verbonden. Qi is niet alleen de kracht achter het vloeistoftransport door het lichaam, het houdt ook vloeistoffen op hun plaats. Ten derde wordt Qi gevoed door lichaamsvloeistoffen. Omdat de Milt een cruciale rol in de productie en circulatie van Qi heeft is een goed functioneren van de Milt van groot belang voor een goede functie van de Blaas.

Pathologie van incontinentie
Zoals boven beschreven is een goede functie van Nieren, Blaas, Milt en Longen noodzakelijk voor een goede mictiecontrole. Er zijn binnen de traditionele Chinese geneeskunde een aantal ziektebeelden bekend die tot incontinentie kunnen leiden. Maciocia wijdt daar een heel hoofdstuk aan in zijn boek The Practice of Chinese Medicine.
Ik zal hieronder alleen die elementen noemen die mijns inziens een rol spelen bij de overactieve blaas.

1. Op hoge leeftijd ontstaat vaak incontinentie door fysiologische afname van de Qi van Nieren, Longen en Milt.
2. Overmatige seksuele activiteit put het Yang van de Nieren uit waardoor de Nieren hun controle over de vloeistoffen verliezen
3. Chronisch hoesten geeft niet alleen een mechanische druk op de Blaas maar ook uitputting van Long-Qi die nodig is om de Blaas te sturen
4. Post partum treedt bij sommige vrouwen een zwakte van de Nierenergie op die incontinentie kan veroorzaken.

Klachtenbehandeling door de bemiddelaar en vertrouwenspersoon NAAV in 2011

Paul The Gwan Tjaij
Bemiddelaar/vertrouwenspersoon NAAV

Sinds een paar jaar bestaat de mogelijkheid om klachten en conflicten tot een goed einde te brengen door middel van bemiddeling. Dit voorkomt in veel gevallen een gang naar de Klachtencommissie van de SKA. Aan de SKA moet de NAAV per casus een flink bedrag betalen. Uiteraard moet de klager goed geïnformeerd zijn over de mogelijkheden van de SKA voordat een bemiddeling door de NAAV kan beginnen. Alle klagers uit 2011 hebben er echter voor gekozen om eerst bemiddeling te proberen. In 8 van de 9 gevallen is dat inderdaad gelukt. In een geval werd door klager de letselschadeadvocaat ingeschakeld.

In het jaarverslag van de SKA van 2010 bleek dat er van de NAAV geen gevallen waren. Hoewel dat voor 2011 nog niet bekend is lijkt dat ook mee te vallen.
Uit het volgende verslag mag duidelijk zijn dat een goede bejegening, voldoende informatie vooraf over de behandeling, het verwachte aantal behandelingen en het honorarium heel essentieel zijn. Dit voorkomt veel problemen.

November 2010 (nog niet op genomen in verslag 2010):
1. Derde graads verbranding door zwarte lamp. Bemiddeling afgebroken en verder geregeld door de letselschadeadvocaat en beroepsaansprakelijkheidsverzekering.
2. Veel te hoge declaraties . Deel bedrag geretourneerd .Succesvol afgehandeld.
3. Slechte bejegening, patiënt bang gemaakt, geen contact met huisarts gehad in verband met vermeende "foute diagnose" van huisarts. Patiënt stoorde zich over opmerkingen over de huisarts. Succesvol afgehandeld.
4. Slechte bejegening, onvoldoende informatie en te hoge declaratie voor kruiden. Deel bedrag geretourneerd. Succesvol afgehandeld.
5. Conflict tussen twee collega's. Succesvol afgehandeld.
6. Bejegening, onvoldoende informatie, ook over de opgetreden complicatie en te hoge declaratie. Succesvol afgehandeld.
7. Klacht over mogelijk onvoldoende sterilisatie van naalden. Klacht is gedeponeerd bij de GGD . Succesvol afgehandeld na uitgebreide uitleg.
8. Melding van periostitis tibialis na acupunctuur. Voorlopig alleen melding.
9. Vernedering, sexuele intimidatie en mishandeling. Uitgebreide bemiddeling met twee advocaten, uiteindelijk succesvol afgehandeld via schikking en niet via SKA.

Bij incontinentie is er dus altijd sprake van een deficiëntie. Long-qi daalt af naar de Blaas en helpt de Blaas de urine vast te houden: bij deficiëntie van Long-Qi lekt de Blaas urine. De Milt zorgt voor aanvulling van Qi in het lichaam, dus bij een deficiënte Milt is er deficiëntie van Qi zodat urinelekkage ontstaat. De Nieren staan aan de basis van de urineproductie en het mictieproces. Nier-Yin en Nier-Yang moeten in evenwicht zijn, Nier-Yang staat aan de basis van Nier-Qi. De Nieren geven Qi aan de Blaas die daarmee de mictie onder controle houdt.

Differentiatie en acupunctuurbehandeling
Long-Qi deficiëntie geeft, behalve een frequente drangincontinentie, incontinentie bij hoesten en niezen, nadruppelen, zwakke stem, moeheid, licht zweten en kortademigheid. De tong is bleek en de pols is zwak. Long-Qi moet verwarmd en versterkt worden. De punten moeten toniserend geprikt worden, moxa kan toegepast worden.
Bl 13 & DM 12: versterken Long-Qi, vooral goed met moxa (vuur bedwingt water)
DM 20 : met moxa doet Qi stijgen
Lo 7: Longpunt dat de waterpassages het best beïnvloedt
RM 6: toniseert Qi in het hele lichaam en vooral in Onderste Verwarmer
Bl 23: met moxa toniseert Nier-Yang en vermindert urine-uitscheiding
Bl 28 en Bl 53: toniseren de Blaas

Milt-Qi deficiëntie: behalve frequente drang-incontinentie is er dunne ontlasting, moeheid en slechte eetlust. De tong is bleek en de pols is zwak. Milt-Qi moet versterkt worden. De punten moeten toniserend geprikt worden en moxa kan toegepast worden.
Bl 20, Ma 36 & RM 12: toniseren Milt-Qi
DM 20, RM 6, Bl 23, Bl 28 en Bl 53: Zie boven voor indicatie.

Nier-Yang deficiëntie geeft behalve pollakisurie ook nycturie, licht nadruppelen en bij ouderen ook incontinentie. De urine is bleek, er is uitputting, duizeligheid, oorsuizen, rug- en knieklachten en kouwelijkheid. De tong is bleek en nat, de pols zwak en diep. De Nieren moeten verwarmd en getoniseerd worden. De punten moeten toniserend geprikt en met moxa behandeld worden.
Bl 23, DM 4, Ni 7 en RM 4: versterken Nier-Yang
RM 6: toniseert Qi
DM 20: doet Qi stijgen
Bl 28 en Bl 53: toniseren de Blaas
Bl 32: versterkt de blaasfunctie en heeft een algeheel versterkende werking
MP 6: toniseert de Nieren

Een moderne therapie volgens Maciocia is alternerend de volgende twee combinaties van punten met naald en moxa:
1. MP 6, RM 4 & Bl 23
2. RM 4, RM 3, Bl 23, Bl 28 & Ni 3

Nier-Yin deficiëntie: behalve incontinentie is er een geringe productie van donkere urine, nadruppelen, droge keel, duizeligheid, oorsuizen, nachtzweten, 5-palm heat en slapeloosheid. De tong is rood zonder beslag, de pols oppervlakkig en leeg. De Nieren moeten getoniseerd worden en het Yin moet gevoed worden. Onderstaande punten moeten getoniseerd worden zonder moxa.
RM 4, Ni 3 & MP 6: voeden het Nier-Yin
BL 23 & Bl 28: toniseren Nier-Qi en versterken de blaasfunctie

Hierboven is een samenvatting gegeven volgens Maciocia van de verschillende ziektebeelden in de traditionele Chinese geneeskunde die met incontinentie gepaard kunnen gaan. Vooral de beschrijving van Milt-Qi deficiëntie komt heel dicht bij urge-incontinentie met pollakisurie, de beschrijving van Long-Qi deficiëntie is er een van gemengde stress- en urge-incontinentie. De beschrijvingen van Nier-Yin deficiëntie en Nier-Yang deficiëntie zijn te algemeen om uit te maken van wat voor soort incontinentie er sprake is. Dit illustreert eens te meer hoe moeilijk het vaak is om westerse medische begrippen in traditionele Chinese ziektebeelden in te passen.

Van de onderwijscommissie

Hay Liem
Voorzitter Onderwijscommissie

Op 16 januari 2010 is een aantal personen uitgenodigd door het bestuur om te brainstormen over acupunctuur onderwijs. Ondergetekende , Mayke Khoe (bestuurslid NAAV belast met onderwijszaken) en Frank Khouw (adviseur) zijn tijdens deze sessie gevraagd om de commissie te bemensen. Opdracht was met name te zoeken naar mogelijkheden om een nieuwe acupunctuur-opleiding voor artsen in Nederland op te zetten. Die noodzaak was groot aangezien SNO aangegeven had te zijn gestopt met de opleiding.

Verschillende kandidaten hadden interesse om een nieuwe opleiding op te zetten .
Er werden businessplannen ingediend.

In overleg met het bestuur van de NAAV kwam één optie als beste uit de bus. Door onvoorziene omstandigheden kon dit plan niet worden uit gevoerd.

Er werd een convenant met onze Belgische zustervereniging (BVGA) gesloten om toch zeker te zijn van onderwijsfaciliteiten. In september 2010 konden cursisten zich aanmelden bij de BVGA en het diploma zou dan door de NAAV worden erkend. Er was 1 studente die vanuit het Westen van Nederland naar Brussel ging voor de opleiding. Het gaat haar heel goed!

Bij de BVGA wordt om het jaar een nieuwe Nederlandstalige cursus gestart. Er zou in 2011 in Brussel dus geen cursus starten. Om deze lacune op te vullen is in januari 2011 besloten door het NAAV bestuur om een nieuwe opleiding als pilot te starten in Nederland. Heel veel organisatie en werk is verzet om de cursus op 16 en 17 september 2011 te kunnen laten beginnen met 18 cursisten!

Intussen is de onderwijscommissie gegroeid: Karen Kruithof (secretaris), Hong Yoe Oei, David Kopsky en Sing Khoe helpen mee.

Behalve de opleiding organiseert de commissie ook nascholingen, workshops en symposia.

Overigens kunnen de dagen en weekenden van de opleiding ook als nascholing worden gevolgd.

Toch zijn er wel degelijk vereenvoudigingen toegepast waarbij een symptoom, in dit geval urge-incontinentie, geëxtrapoleerd wordt naar een Chinese diagnose.

Een voorbeeld hiervan is te vinden bij König en Wancura. Hun beschrijving van de geprikkelde blaas (Reizblase) komt overeen met de definitie van urge-incontinentie. Zij schrijven dit toe aan zwakte van Nier-Qi en Nier-Yang. Hun behandeling zoals zij die in China zelf hebben zien toegepast worden aan de universiteit van Nanjing is als volgt:

Nier-Qi en Nier-Yang deficiëntie:
MP 6 & Ha 7: ter bestrijding van "zenuwzwakte" van de sphincters
Bl 23 & Bl 28: yu-punten van achtereenvolgens de Nier- en Blaasmeridiaan
Bl 21: yu-punt van de Maag, een vochtpunt dat betrekking heeft op de urine in de blaas

Van der Molen beschrijft in zijn boek incontinentia urinae samen met retentio urinae. Als Vuur of Vocht en Hitte in de Onderste Verwarmer gelokaliseerd zijn raakt de Nier-Qi beschadigd. Daardoor ontstaat een blokkade in de meridianen waardoor de Blaas zijn normale functie niet kan vervullen. Hij adviseert de volgende puntencombinatie:
Bl 32 & Bl 33: verbeteren doorbloeding in het kleine bekken
Bl 39: onderste ho-punt van de Drievoudige Verwarmer
RM 3: mo-punt van de Blaas
Bl 23: yu-punt van de Nier

Daarnaast geeft hij op pagina 222 in hetzelfde boek een andere puntcombinatie voor urine-incontinentie:
RM 2 & MP 6: zonder verdere uitleg

Acupunctuur ter behandeling van de overactieve blaas in de medische literatuur.
Er zijn in de reguliere en acupunctuurliteratuur een aantal onderzoeken gepubliceerd waarin variaties op bovengenoemde puntcombinaties werden gebruikt en waarbij subjectieve en urodynamische verbeteringen door acupunctuur werden vastgesteld in follow-up.

Philp et al. berichten over acupunctuurbehandeling bij 13 patiënten met detrusorinstabiliteit. Zij gebruikten de volgende puntencombinatie:
Bl 23, Bl 28 & DM4 of RM 4, RM 6 & MP 6.
Bij 10 van de 13 patiënten vonden zij symptomatische verbetering na 12 weken acupunctuurbehandeling.

Chang deed in een studie bij 52 vrouwen met een overactieve blaas uitgebreid urodynamisch onderzoek en electromyografisch onderzoek van de externe sphincter. Vervolgens kregen 26 patiënten acupunctuurbehandeling op Ma 36 en 26 patiënten acupunctuurbehandeling op MP 6. In beide groepen was er een toename in blaascapaciteit. Alleen in de groep die op MP6 was gestimuleerd bleek de toename significant ($p<0,01$). Acht patiënten die met MP 6 werden behandeld hadden detrusorinstabiliteit die na behandeling bij 6 patiënten verbeterde. Dit gebeurde slechts bij een van de 6 patiënten met een instabiele detrusor die op Ma 36 waren gestimuleerd.

Kelleher et al. vergeleken in een studie de effecten van oxybutinine 2 maal daags 5 mg met de effecten van acupunctuur bij 39 patiënten met overactieve blaas. De acupunctuurbehandeling bestond uit minimale stimulatie van de volgende punten: P 6, Ma 36, RM 3 of RM 4, Bl 23 & Bl 28 plus 2 lumbale en 4 sacrale paravertebrale punten. De paravertebrale punten werden gekozen op grond van segmentale overwegingen om sympathische activiteit te moduleren.

Na uitgebreide anamnese en urodynamisch onderzoek werden de patiënten gerandomiseerd naar medicamenteuze of acupunctuurbehandeling. Na 3 maanden waren in de acupunctuurgroep 8 van de 20 patiënten klachtenvrij en hadden vier nog zo weinig restklachten dat ze geen verdere behandeling meer nodig hadden. In de oxybutininegroep waren 7 van de 19 patiënten klachtenvrij bij evaluatie na 3 maanden. De patiënten behandeld met oxybutinine rapporteerden meer bijwerkingen dan de patiënten behandeld met acupunctuur.

Van de accreditatiecommissie

Frederike C. Moeken

Alles gaat goed wat betreft de Accreditatiecommissie. Er zijn geen problemen geweest met het toekennen van accreditatiepunten van nascholingen en cursussen in het afgelopen jaar. Het is werkelijk indrukwekkend om te zien waar en wat NAAV-leden allemaal doen aan extra scholing!

Leden sturen hun certificaten per mail of per post naar het Secretariaat. Steeds meer leden doen alles zelf op intranet. naav.nl!

Ga naar intranet.naav.nl (zonder www...), log in met uw gebruikersnaam en wachtwoord, dan naar Nascholingen, dan naar Accreditatie en volg de gebruiksaanwijzing.

Mocht u uw gegevens kwijt zijn, vraag info@naav.nl of bel de secretaris.

De opleidingsweekenden kunnen ook gevolgd worden als nascholing! (zie het curriculum elders in dit blad en geef u op bij info@naav.nl of de secretaris).

Curriculum NAAV-BVGA opleiding 2011-2012

Alle dagen van de Opleiding zijn voor NAAV-leden te volgen als nascholing.

Aanmelden: via info@naav.nl of tel: 06-53401378
Plaats: Postillion Hotel, Kosterijland 8, Bunnik
Tijd: 10.00 uur tot 17.00 uur
Kosten: €95,- per dag, inclusief koffie, thee en lunch
Accreditatie: 6 punten Acupunctuur (6A)

16.09.11 **Alg inleiding, geschiedenis vd Chinese geneeskunde, indicaties(WHO).**
Docent: Liong Kie Ko

17.09.11 **Etiopathogenese van ziekte: inw en uitw.**
Docent: Maarten Holsheimer

07.10.11 **Hart en Dunne darm: lokalisatie, functie etc.**
Docent: Liong Kie Ko

08.10.11 **Pericard en San Jiao: lokalisatie, functie. etc**
Docent: Sun Peilin

11.11.11 **Extrameridiaan-punten**
Docent: Liong Kie Ko

12.11.11 **Wondermeridianen**
Docent: Sun Peilin

16.12.11 **TCM-diagnostiek, 4 diagnostische methodes**
Docent: Yang Yifan

17.12.11 **TCM-diagnostiek, pols en tong**
Docent: Yang Yifan

20.01.12 **Elektrische stimulatie, Wetenschappelijk onderzoek**
Docent: David Kopsky

21.01.12 **Inleiding schedelacupunctuur (Chinees en Yamamoto)**
Docent: Gilbert Lambrechts

10.02.12 **ZangFu pathofysiologie en behandeling: Maag, Milt**
Docent: Maarten Holsheimer

11.02.12 **ZangFu pathofysiologie en behandeling: Lever, Galblaas**
Docent: Sun Peilin

09.03.12 **ZangFu pathofysiologie: Long, Dikke darm, Hart**
Docent: Liong Kie Ko

10.03.12 **ZangFu pathofysiologie Dunne darm, Blaas, Nier**
Docent: Sun Peilin

13.04.12 **Western medical acupuncture**
Docent: Mike Cummings

14.04.12 **Inleiding oor-acupunctuur, auriculo**
Docent: Toine Korthout

Van de verzekeringscommissie

K.S. Tan
Voorzitter verzekeringscommissie

De kunst van het overleven

De Nederlandse gezondheidszorg is, gerekend vanaf het einde van de tweede wereldoorlog, 66 jaar oud. Inmiddels wordt door de huidige economische crisis de pensioengerechtigde leeftijd verhoogd naar 67 om zo de eigen benodigde gelden voor de oude dag te kunnen opvangen.

De ontwikkelingen in de zorg van de laatste jaren zijn te vatten in termen als: gereguleerde marktwerking, zorgondernemer, governance, strategische visies en zorgmanagement. Innovatie, kwaliteit en ondernemerschap in de zorg. Een groeiende zorgvraag, ingegeven voor vergrijzing en vooruitgang in de medische technologie, moet worden opgevangen door een krimpende beroepsbevolking. En dat ook nog eens met een lager budget. De zorgverzekeraars moeten de noodzakelijke zorg voor iedereen betaalbaar en toegankelijk houden. Patienten zullen meer zelf bij gaan dragen. Nauwe samenwerking tussen zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties en zorgaanbieders is essentieel voor een duurzame, gezonde zorgsector. Met kwaliteit als drijver en de zorgconsument, patient, als kompas. Aan zorgverzekeraars de taak om als marktpartij met hun zorginkoop de kwaliteit van de zorg en de oplopende kosten zodanig te beïnvloeden dat er een evenwichtigere situatie ontstaat tussen kwaliteit en prijs. Om dit vervolgens te vertalen in een goed aanbod aan hun klanten. Die klanten mogen ieder jaar aan het begin kiezen welke zorgverzekeraar ze nemen.
Naar de zorgaanbieders toe moeten de zorgverzekeraars letten op: kwaliteit, transparantie, toegankelijkheid, capaciteit en prijs (= 'waar voor je geld').

Het nieuwe doel van de zorg is niet meer alleen 'genezing'; het nieuwe uitgangspunt moet zijn: participatie aan het sociale, maatschappelijke en economische leven. Dus de patiënt wordt centraal gepositioneerd, met kwaliteit van leven, preventie, ervoor zorgen dat mensen ook kunnen blijven werken als zij thuis zitten, ervoor zorgen dat mensen de mogelijkheden hebben om sociaal actief te zijn. Het kunnen blijven functioneren ondanks een ziekte of beperking. Niet de ziekte alleen behandelen, maar juist de totale mens in zijn leef- en werkomgeving zorgen.

Zorgverzekeraars hebben te maken met de kosten van het basispakket en kunnen zelf enigszins hun aanvullende pakket bepalen. De kosten in het basispakket moeten volledig vergoed worden door de zorgverzekeraars; indien daar tekorten zijn dan wordt dit aangevuld door de overheid (o.a. verevening). In het aanvullende pakket zijn zij vrij, kunnen zij ook winst maken. Een aantal jaren geleden boden zij aanvullende pakketten aan met grote bedragen aan vergoedingen. Nu is dat minder. Aangezien Acupunctuurbehandelingen vergoed worden vanuit het aanvullende pakket zijn wij als acupunctuurarts daarvan afhankelijk. Maar... wij als acupunctuurartsen stellen de patient altijd al centraal, doen aan coaching en empowerment van de patient, zorgen ervoor dat zij voldoende geinformeerd zijn zodat zijzelf de voor hen beste zorg kunnen bepalen.

Kwaliteit, veiligheid, transparantie en kosteneffectiviteit zijn belangrijke punten die de NAAV zal moeten tonen om de zorgverzekeraars van de juiste informatie te voorzien. Een goed georganiseerde zorgconsument, een patientenvereniging, zal de zorgverzekeraar kunnen inspireren om acupunctuur voldoende te vergoeden.

Nascholing western medical acupuncture

Datum: 13 april 2012
Plaats: Postillion Hotel, Kosterijland 8, Bunnik
Tijd: 10.00 uur tot 17.00 uur
Kosten: €95,- per dag, inclusief koffie, thee en lunch
Accreditatie: 6 punten Acupunctuur (6A)
Aanmelden: via info@naav.nl of tel: 06-53401378

What is western medical acupuncture?

Dr. Mike Cummings

Mike is Medical Director of the British Medical Acupuncture Society (BMAS). This is a full time post that involves running the BMAS London Teaching Clinic (LTC), co-ordinating and lecturing on BMAS courses in Western medical acupuncture, acting as an associate editor for the Medline-listed journal Acupuncture in Medicine, and representing the BMAS at various academic and political meetings. He is an Honorary Clinical Specialist at the Royal London Hospital for Integrated Medicine, which is part of the University College London Hospitals NHS Foundation Trust, and he has an academic position as a Senior Visiting Clinical Fellow at the Bedfordshire and Hertfordshire Postgraduate Medical School. His principal academic and clinical interest is musculoskeletal pain, and in particular, needling therapies in the treatment of myofascial pain syndromes. Since 1996 he published 54 scientific papers as principal author or co-authors. His papers published this year are:

1. White AR, Cummings M. Acupuncture infections. Editorial exaggerates the risk. BMJ 2010;340:c3148.
2. Brinkhaus B, Lewith G, Rehberg B, Heusser P, Cummings M, Michalsen A et al. How to treat a patient with chronic low back pain - methodology and results of the first international case conference of integrative medicine. Complement Ther Med 2011;19(1):54-62.
3. Cummings M. Report of adverse event with electroacupuncture. Acupunct Med 2011; 29(2):147-151.
4. Cummings M. 'Forbidden points' in pregnancy: no plausible mechanism for risk. Acupunct Med 2011; 29(2):140-142.
5. Cummings M. Safety aspects of electroacupuncture. Acupunct Med 2011; 29(2):83-85.

WESTERN MEDICAL ACUPUNCTURE (WMA)
WMA is a therapeutic modality involving the insertion of fine needles; it is an adaptation of Chinese acupuncture using current knowledge of anatomy, physiology and pathology, and the principles of evidence based medicine (White 2009). Segmental acupuncture is an important facet of WMA, and it has been developed through an understanding of the neurophysiological mechanisms of acupuncture (Filshie & Cummings 1999).

Neurophysiological mechanisms of acupuncture needling
The therapeutic effects of acupuncture needling are mediated through stimulation of the peripheral nervous system, and so can be abolished by local anaesthetic (Chiang et al 1973; Dundee & Ghaly 1991). In particular, stimulation of Aδ or type III afferent nerve fibres has been implicated as the key component in producing analgesia (Chung et al 1984). The therapeutic effects of needling can be divided into four categories based on the area influenced: local, segmental, heterosegmental and general.

Local Effects
Local effects are mediated through antidromic stimulation of high threshold afferent nerves, in the same way as the 'triple response', first described by Professor Sir Thomas Lewis (Lewis 1927; Rous & Gilding 1930). Release of trophic and vasoactive neuropeptides including neuropeptide Y (NPY), calcitonin gene related peptide (CGRP) and vasoactive intestinal peptide (VIP) has been demonstrated following acupuncture in patients with xerostomia (Dawidson et al 1998a; Dawidson et al 1998b). It is likely that the release of CGRP and VIP from peripheral nerves stimulated by needling results in enhanced circulation and wound healing in rats (Jansen et al 1989a; Jansen et al 1989b), and equivalent sensory stimulation has proved effective in human patients (Lundeberg et al 1988).
Increased circulation resulting from nerve stimulation is probably one of the most important local effects of acupuncture, and it appears to be principally mediated (in rats) by the release of CGRP (Sato et al 2000). The effect of acupuncture on muscle blood flow (in rats), however, may not rely solely on nerve stimulation (Shinbara et al 2008). Under normal circumstances in healthy human subjects, blood flow in muscle and skin is increased by needling local muscle points, and less affected by needling skin (Sandberg et al 2003). But this situation may be reversed if the subject is very sensitive, for example, in patients with fibromyalgia (Sandberg et al 2004). The increase in muscle and skin blood flow following local needling of muscle in patients with work-related trapezius myalgia appears to be lower than in healthy subjects, and this may reflect the degree of sympathetic activation and hypersensitivity of these patients (Sandberg et al 2005).

Segmental Effects
Through stimulation of high threshold ergoreceptors in muscle, needling can have a profound influence on sensory modulation within the dorsal horn at the relevant segmental level. C fibre pain transmission is inhibited via enkephalinergic interneurones in lamina II, the substantia gelatinosa. Bowsher reviews

三焦 Sanjiao

Meihua Shanghiao®
Plumblossom Brand ®

Sanjiao, gezondheid uit de natuur
Sanjiao levert sedert 1992 Chinese kruidenconcentraten van Kaiser Pharmaceutical; concentraten die onder strenge kwaliteitscontroles met wetenschappelijke methoden geproduceerd worden

Sanjiao levert:

-Alle klassieke – en moderne Chinese kruidenformules

-Al uw individuele kruidensamenstellingen

-Westerse tincturen, gemmotherapeutica en spécialités

-Eciwofyto® producten

-Pearlcosmetic® kruidenformules

-Equisan®, Felisan® en Canisan® diergeneeskundige producten, (Chinese- en Westerse kruiden, gemmotherapeutica, etherische oliën, spécialités)

-Acupunctuur benodigdheden

-Vakliteratuur

Sanjiao biedt:

-Snelle levering
-Indien gewenst rechtstreekse levering aan uw cliënten
-Deskundig advies en vakinhoudelijke overlegmogelijkheid

Voor bestellingen en informatie:

- Telefonisch: 0318 724400
- Fax: 030-2523709
- E-mail: info@sanjiao.nl
- Via onze website www.sanjiao.nl

the basic science literature which supports this mechanism (Bowsher 1998), and White appraises both experimental and clinical evidence (White 1999). Segmental stimulation appears to have a more powerful effect than an equivalent stimulus from a distant segment, in modulating pain (Chapman et al 1977; Lundeberg et al 1989; Zhao 2008), local autonomic activity (Sato et al 1993), and itch (Lundeberg et al 1987). Aδ or type III afferent nerve fibres can be stimulated by superficial needling as well as by needling deeper tissues, but it seems that segmental stimuli from the latter (usually muscle) have a more powerful effect (Ceccherelli et al 1998; Lundeberg et al 1987; Lundeberg et al 1989; Zhao 2008).
Treating somatic pain, including muscle pain, in the clinical setting it is difficult to differentiate between local and segmental effects of treatment, since local needling can mediate both effects. Segmental effects are easier to illustrate when local needling is not possible, for example, in visceral complaints. Segmental electroacupuncture (under the name percutaneous tibial nerve stimulation) has been shown to affect bladder function in patients with overactive bladder symptoms (Macdiarmid et al 2010; Peters et al 2010; van Balken et al 2001; van Balken et al 2003). Visceral blood flow following acupuncture has also been studied, and whilst segmental effects appear to dominate (Stener-Victorin et al 1996; Stener-Victorin et al 2003; Stener-Victorin et al 2004; Stener-Victorin et al 2006), non-segmental mechanisms are also apparent (Uchida & Hotta 2008).

Heterosegmental Effects
Whilst segmental stimulation appears to be the more powerful effect, needling anywhere in the body can influence afferent processing throughout the spinal cord. The needle stimulus travels from the segment of origin to the ventral posterior lateral nucleus of the thalamus, and projects from there to the sensory cortex. Collaterals in the midbrain synapse in the periaqueductal grey (PAG), from where inhibitory fibres descend, via the nucleus raphe magnus, to influence afferent processing in the dorsal horn at every level of the spinal cord. Serotonin is the prominent neurotransmitter in the caudal stages of this descending pathway, and the fibres synapse with the enkephalinergic interneurones in lamina II. A second descending system from the PAG travels via the nucleus raphe gigantocellularis; its fibres are noradrenergic, and their influence is mediated directly on lamina II cells, rather than via enkephalinergic interneurones. Diffuse noxious inhibitory controls (DNIC) is the term introduced by Le Bars et al to define a third analgesic system, which is induced by a noxious stimulus anywhere in the body (Le Bars et al 1979). Heterosegmental needling exerts influence through all three mechanisms to different degrees (Bowsher 1998; White 1999), and possibly through others, as yet undefined.

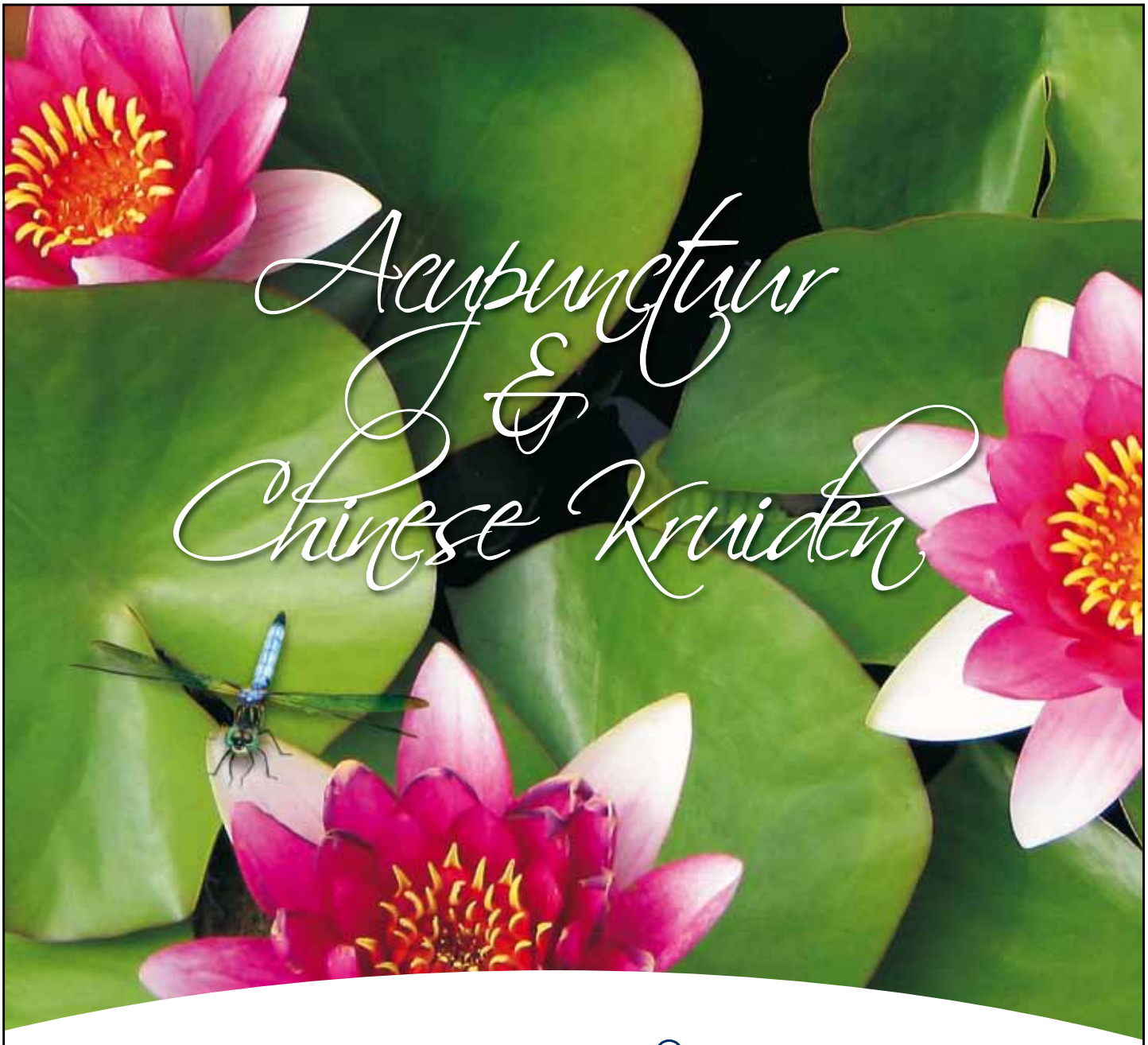
General Effects
These are more difficult to define, and there is clearly some overlap with heterosegmental effects. The latter term is used here to denote effects mediated at every segment of the spinal cord, as opposed to effects mediated by humeral means or by influence on higher centres in the CNS controlling general responses. Acupuncture needling has proven efficacy in the treatment of nausea and vomiting (Lee & Done 2004; Lee & Fan 2009; Vickers 1996), and this effect is likely to be mediated centrally. There is a substantial body of work that indicates the importance of δ-endorphin and other endogenous opioids in acupuncture analgesia (Han 2004; Han 2010; Han & Terenius 1982; Zhao 2008), and correlations have been identified between the endorphin releasing effect of acupuncture and that of prolonged exercise (Thoren et al 1990). Further correlations in terms of neuropeptide release have been noted (Bucinskaite et al 1996), and it has been suggested that chronic activation of opioid systems by exercise, or potentially by acupuncture, may mediate enhanced immunity, with decreased upper respiratory infections and protection against some forms of cancer (Jonsdottir 1999).
Functional magnetic resonance imaging (fMRI) studies indicate general effects on limbic structures (Hui et al 2000), and indicate the importance of the nature of the needle stimulus in achieving the effect (Hui et al 2007; Hui et al 2009; Hui et al 2010). Such effects may be important in pain as well as other conditions that affect general wellbeing.
Whilst target-directed expectation (Benedetti et al 1999) may theoretically play a role in the mechanism of acupuncture under some circumstances, the effects of acupuncture do not appear to be explained entirely by expectation (Kong et al 2009b; Kong et al 2009a). In clinical practice, context driven effects are now considered important (Finniss et al 2010), but in this environment it is challenging to untangle the direct effects of acupuncture needling on central nervous system structures from the indirect effects related to the context of treatment.

Trigger Point needling
The mechanism of action of direct needling in the deactivation of trigger points is undetermined. Despite the fact that a causal relationship has not been established between direct needling of trigger points and improvement in symptoms, a discussion of the potential mechanisms involved may still be useful in developing future research questions. Simons comments on the results of two trials which compare direct dry and direct wet needling of trigger points (Hong 1994; Skootsky et al 1989), and concludes that the critical therapeutic factor in both techniques is mechanical disruption by the needle (Simons et al 1999). The common factor is certainly needle insertion into the trigger point; however, Hong has highlighted the importance of stimulating a local twitch response in achieving an immediate effect (Hong 1994), and with Simons cites evidence that the local twitch response is mediated by a segmental spinal reflex (Hong & Simons 1998). Fine et al performed a rigorous experimental study, in which trigger points were subject to direct wet needling, and clearly demonstrated that an opioid mechanism was involved in trigger point pain relief (Fine et al 1988). In light of this evidence it seems likely that the needle works more often through sensory stimulation than through mechanical disruption, and this would be consistent with the mechanism of action of acupuncture analgesia (Han 2004; Han 2010; Han & Terenius 1982; Zhao 2008). Having said that, techniques vary considerably, and it is possible that the more vigorous and fast insertion trigger point needling has a direct mechanical effect on end plates, muscle spindles or the fibres themselves.

References

1. *Benedetti F, Arduino C, Amanzio M. 1999. Somatotopic activation of opioid systems by target-directed expectations of analgesia. J Neurosci 19: 3639-48.*
2. *Bowsher D. Mechanisms of acupuncture. In: Filshie J, White A editors. Medical Acupuncture - A Western Scientific Approach. 1st ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1998. pp. 69-82.*
3. *Bucinskaite V, Theodorsson E, Crumpton K et al. 1996. Effects of repeated sensory stimulation (electro-acupuncture) and physical exercise (run-*

ning) on open-field behaviour and concentrations of neuropeptides in the hippocampus in WKY and SHR rats. Eur J Neurosci 8: 382-7.
4. Ceccherelli F, Gagliardi G, Visentin R, Giron G. 1998. Effects of deep vs. superficial stimulation of acupuncture on capsaicin- induced edema. A blind controlled study in rats. Acupunct Electrother Res 23: 125-34.
5. Chapman CR, Chen AC, Bonica JJ. 1977. Effects of intrasegmental electrical acupuncture on dental pain: evaluation by threshold estimation and sensory decision theory. Pain 3: 213-27.
6. Chiang CY, Chang CT, Chu HL, Yang LF. 1973. Peripheral afferent pathway for acupuncture analgesia. Sci Sin 16: 210-7.
7. Chung JM, Fang ZR, Hori Y, Lee KH, Willis WD. 1984. Prolonged inhibition of primate spinothalamic tract cells by peripheral nerve stimulation. Pain 19: 259-75.
8. Dawidson I, Angmar-Mansson B, Blom M, Theodorsson E, Lundeberg T. 1998a. Sensory stimulation (acupuncture) increases the release of vasoactive intestinal polypeptide in the saliva of xerostomia sufferers. Neuropeptides 32: 543-8.
9. Dawidson I, Angmar-Mansson B, Blom M, Theodorsson E, Lundeberg T. 1998b. The influence of sensory stimulation (acupuncture) on the release of neuropeptides in the saliva of healthy subjects. Life Sci 63: 659-74.
10. Dundee JW, Ghaly G. 1991. Local anesthesia blocks the antiemetic action of P6 acupuncture. Clin Pharmacol Ther 50: 78-80.
11. Filshie J, Cummings TM. Western medical acupuncture. In: Ernst E, White A editors. Acupuncture - A Scientific Appraisal. Oxford: Butterworth Heinemann; 1999. pp. 31-59.
12. Fine PG, Milano R, Hare BD. 1988. The effects of myofascial trigger point injections are naloxone reversible. Pain 32: 15-20.
13. Finniss DG, Kaptchuk TJ, Miller F, Benedetti F. 2010. Biological, clinical, and ethical advances of placebo effects. Lancet 375: 686-95.
14. Han JS. 2004. Acupuncture and endorphins. Neurosci Lett 361: 258-61.
15. Han JS. 2010. Acupuncture analgesia: Areas of consensus and controversy. Pain.
16. Han JS, Terenius L. 1982. Neurochemical basis of acupuncture analgesia. Annu Rev Pharmacol Toxicol 22: 193-220.
17. Hong CZ. 1994. Lidocaine injection versus dry needling to myofascial trigger point. The importance of the local twitch response. Am J Phys Med Rehabil 73: 256-63.
18. Hong CZ, Simons DG. 1998. Pathophysiologic and electrophysiologic mechanisms of myofascial trigger points. Arch Phys Med Rehabil 79: 863-72.
19. Hui KK, Liu J, Makris N et al. 2000. Acupuncture modulates the limbic system and subcortical gray structures of the human brain: evidence from fMRI studies in normal subjects. Hum Brain Mapp 9: 13-25.
20. Hui KK, Marina O, Claunch JD et al. 2009. Acupuncture mobilizes the brain's default mode and its anti-correlated network in healthy subjects. Brain Res 1287: 84-103.
21. Hui KK, Marina O, Liu J, Rosen BR, Kwong KK. 2010. Acupuncture, the limbic system, and the anticorrelated networks of the brain. Auton Neurosci 157: 81-90.
22. Hui KK, Nixon EE, Vangel MG et al. 2007. Characterization of the "deqi" response in acupuncture. BMC Complement Altern Med 7: 33.
23. Jansen G, Lundeberg T, Kjartansson J, Samuelson UE. 1989a. Acupuncture and sensory neuropeptides increase cutaneous blood flow in rats. Neurosci Lett 97: 305-9.
24. Jansen G, Lundeberg T, Samuelson UE, Thomas M. 1989b. Increased survival of ischaemic musculocutaneous flaps in rats after acupuncture. Acta Physiol Scand 135: 555-8.
25. Jonsdottir IH. 1999. Physical exercise, acupuncture and immune function. Acupunct Med 17: 50-3.
26. Kong J, Kaptchuk TJ, Polich G et al. 2009a. Expectancy and treatment interactions: a dissociation between acupuncture analgesia and expectancy evoked placebo analgesia. Neuroimage 45: 940-9.
27. Kong J, Kaptchuk TJ, Polich G et al. 2009b. An fMRI study on the interaction and dissociation between expectation of pain relief and acupuncture treatment. Neuroimage 47: 1066-76.
28. Le Bars D, Dickenson AH, Besson JM. 1979. Diffuse noxious inhibitory controls (DNIC). I - Effects on dorsal horn convergent neurones in the rat; II - Lack of effect on non-convergent neurones, supraspinal involvement and theoretical implications. Pain 6: 305-27.
29. Lee A, Done ML. 2004. Stimulation of the wrist acupuncture point P6 for preventing postoperative nausea and vomiting. Cochrane Database Syst Rev CD003281.
30. Lee A, Fan LT. 2009. Stimulation of the wrist acupuncture point P6 for preventing postoperative nausea and vomiting. Cochrane Database Syst Rev CD003281.
31. Lewis T. The blood vessels of the human skin and their responses. London: Shaw; 1927.
32. Lundeberg T, Bondesson L, Thomas M. 1987. Effect of acupuncture on experimentally induced itch. Br J Dermatol 117: 771-7.
33. Lundeberg T, Eriksson S, Lundeberg S, Thomas M. 1989. Acupuncture and sensory thresholds. Am J Chin Med 17: 99-110.
34. Lundeberg T, Kjartansson J, Samuelsson U. 1988. Effect of electrical nerve stimulation on healing of ischaemic skin flaps. Lancet 2: 712-4.
35. Macdiarmid SA, Peters KM, Shobeiri SA et al. 2010. Long-term durability of percutaneous tibial nerve stimulation for the treatment of overactive bladder. J Urol 183: 234-40.
36. Peters KM, Carrico DJ, Perez-Marrero RA et al. 2010. Randomized trial of percutaneous tibial nerve stimulation versus Sham efficacy in the treatment of overactive bladder syndrome: results from the SUmiT trial. J Urol 183: 1438-43.
37. Rous P, Gilding HP. 1930. Is the local vasodilatation after different tissue injuries referable to a single cause? J Exp Med 51: 27-39.
38. Sandberg M, Larsson B, Lindberg LG, Gerdle B. 2005. Different patterns of blood flow response in the trapezius muscle following needle stimulation (acupuncture) between healthy subjects and patients with fibromyalgia and work-related trapezius myalgia. Eur J Pain 9: 497-510.
39. Sandberg M, Lindberg LG, Gerdle B. 2004. Peripheral effects of needle stimulation (acupuncture) on skin and muscle blood flow in fibromyalgia. Eur J Pain 8: 163-71.
40. Sandberg M, Lundeberg T, Lindberg LG, Gerdle B. 2003. Effects of acupuncture on skin and muscle bloodflow in healthy subjects. Eur J Appl Physiol 90: 114-9.
41. Sato A, Sato Y, Shimura M, Uchida S. 2000. Calcitonin gene-related peptide produces skeletal muscle vasodilation following antidromic stimulation of unmyelinated afferents in the dorsal root in rats. Neurosci Lett 283: 137-40.
42. Sato A, Sato Y, Suzuki A, Uchida S. 1993. Neural mechanisms of the reflex inhibition and excitation of gastric motility elicited by acupuncture-like stimulation in anesthetized rats. Neurosci Res 18: 53-62.
43. Shinbara H, Okubo M, Sumiya E et al. 2008. Effects of manual acupuncture with sparrow pecking on muscle blood flow of normal and denervated hindlimb in rats. Acupunct Med 26: 149-59.
44. Simons DG, Travell JG, Simons PT. Travell & Simons' Myofascial Pain & Dysfunction. The Trigger Point Manual. Volume 1. Upper Half of Body. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1999.
45. Skootsky SA, Jaeger B, Oye RK. 1989. Prevalence of myofascial pain in general internal medicine practice. West J Med 151: 157-60.
46. Stener-Victorin E, Fujisawa S, Kurosawa M. 2006. Ovarian blood flow responses to electroacupuncture stimulation depend on estrous cycle and on site and frequency of stimulation in anesthetized rats. J Appl Physiol 101: 84-91.
47. Stener-Victorin E, Kobayashi R, Kurosawa M. 2003. Ovarian blood flow responses to electroacupuncture stimulation at different frequencies and intensities in anaesthetized rats. Auton Neurosci 108: 50-6.
48. Stener-Victorin E, Kobayashi R, Watanabe O, Lundeberg T, Kurosawa M. 2004. Effect of electroacupuncture stimulation of different frequencies and intensities on ovarian blood flow in anaesthetized rats with steroid-induced polycystic ovaries. Reprod Biol Endocrinol 2: 16.
49. Stener-Victorin E, Waldenstrom U, Andersson SA, Wikland M. 1996. Reduction of blood flow impedance in the uterine arteries of infertile women with electro-acupuncture. Hum Reprod 11: 1314-7.
50. Thoren P, Floras JS, Hoffmann P, Seals DR. 1990. Endorphins and exercise: physiological mechanisms and clinical implications. Med Sci Sports Exerc 22: 417-28.
51. Uchida S, Hotta H. 2008. Acupuncture affects regional blood flow in various organs. Evid Based Complement Alternat Med 5: 145-51.
52. van Balken MR, Vandoninck V, Gisolf KW et al. 2001. Posterior tibial nerve stimulation as neuromodulative treatment of lower urinary tract dysfunction. J Urol 166: 914-8.
53. van Balken MR, Vandoninck V, Messelink BJ et al. 2003. Percutaneous tibial nerve stimulation as neuromodulative treatment of chronic pelvic pain. Eur Urol 43: 158-63.
54. Vickers AJ. 1996. Can acupuncture have specific effects on health? A systematic review of acupuncture antiemesis trials. J R Soc Med 89: 303-11.
55. White A. Neurophysiology of acupuncture analgesia. In: Ernst E, White A editors. Acupuncture - A Scientific Appraisal. Oxford: Butterworth Heinemann; 1999. pp. 60-92.
56. White A. 2009. Western medical acupuncture: a definition. Acupunct Med 27: 33-5.
57. Zhao ZQ. 2008. Neural mechanism underlying acupuncture analgesia. Prog Neurobiol 85: 355-75.



EUROHERBS®

Natural Healthy Products

www.euroherbs.nl

Het Ambacht 19
6931 EZ Westervoort

Tel.: +31 (0)26 311 5660
Fax: +31 (0)26 311 7752

info@euroherbs.nl
info@euroherbs.de

www.euroherbs.nl - www.euroherbs.de - www.malariaherbs.com

innovazym®

en de lichaamseigen geneeskracht

Nieuwe generatie enzymen!

De in Innovazym gericht samengestelde combinatie van natuurlijke enzymen en de uitgebalanceerde combinatie met vitaminen, mineralen en Co Q10, activeren het immuunsysteem tot zelfgenezing.
Systemische Enzymtherapie met Innovazym is daarmee een veilige en natuurlijke behandelvorm. De werking is bovendien wetenschappelijk onderbouwd.
Meer weten?
Bel 0342-420714 of kijk op www.sanopharm.com

** Bron. Medizinische Enzym-Forschungsgesellschaft - Germany*

SanoPharm
100% natuur. 100% puur.
Prins Hendrikweg 2 - 3771 AK Barneveld
T 0342-420714 - F 0342-420646
www.sanopharm.com - info@sanopharm.com