

Geachte redactie van TROS Radar,

Met veel belangstelling zal ik naar uw programma gaan kijken over de chelatietherapie, een vakgebied waarin ik inmiddels meer dan 17 jaar werkzaam ben. Naar aanleiding van een reclameblokje voor uw uitzending, heb ik alvast enkele punten van kritiek, omdat ik wel weet waar het in uw uitzending op zal uitdraaien:

Wat ik niet gewend ben van Radar, is de eenzijdigheid van het onderzoek dat verricht is. Radar heeft zich door artsen laten adviseren betreffende deze therapie die zelf geen enkele klinische ervaring hebben met dit principe. Er komt niemand aan het woord die deze ervaring wel heeft. Het is wel een heel gemakkelijke en goedkope manier om over iets op negatieve wijze te spreken zonder er zelf enige kennis van of ervaring mee te hebben. Hetzelfde zou zijn, als ik beweerde, dat televisie maken onzin is, terwijl ik van dat vak helemaal niets afweet; over objectiviteit gesproken.

Over het werkingsprincipe wordt gezegd, dat het een schoonmaakmiddel betreft. Hiermee laat Radar zien, dat de 'deskundigen' er helemaal niets van begrijpen. Ik zal u niet al te uitgebreid vermoeien met alle biochemische achtergronden van de werkingsstof EDTA, maar enkele dienen toegelicht te worden, zodat Radar doorheeft, dat de 'deskundigen' er echt niets van begrijpen.

EDTA is een chelator, een substantie die een chelerende werking heeft. Eenvoudiger gezegd: een chelator bindt geïoniseerde metalen. Dat kan calcium zijn, maar net zo belangrijk voor de werking is het wegnemen van lood en cadmium, metalen die een desastreuze uitwerking op de vaatwand hebben. Uw 'deskundigen' gebruiken steeds het argument, dat de calciumbindende werking niet effectief kan zijn, omdat de 'plak' aan de vaatwand geen of slechts weinig calcium bevat. Dat laatste gegeven is waar, wat de kransslagaderen betreft. Maar de 'deskundigen' vertellen er niet bij, dat door het binden van geïoniseerd calcium er tPA vrijkomt, dat een sterk antistollend effect heeft. Verder wordt de plakkerigheid van de bloedplaatjes gunstig beïnvloedt, een werking die ook in buisjes voor bloedafname gebruikt wordt. Uw 'schoonmaakmiddel' zit hier ook in. Maar er zijn meer werkingsmechanismen die zeer gedetailleerd worden uitgelegd door een van de weinige personen die overigens echt verstand heeft over EDTA-chelatietherapie, namelijk dr. van der Schaar. In zijn tekstboek over klinische metaaltoxicologie, dat wereldwijd gebruikt wordt voor de opleiding van artsen die zich in deze aanvullende therapie willen bekwamen, komen deze principes en vele andere relevante onderwerpen aan bod. Dr. van der Schaar heeft meer dan 25 jaar als thoraxchirurg gewerkt en talloze bypassoperaties uitgevoerd. Hij kent als geen ander beide kanten van de medaille.

Dan een woord over de patiënt die eenzijdig zijn verhaal mag doen. Deze man is de getuige geweest voor de vereniging tegen de kwakzalverij (VtdK) tegen dezelfde dr. van der Schaar, de behandelaar van deze patiënt. Hun poging (die van de VtdK) was het om de dokter voor het leven geroyeerd te krijgen en om de chelatietherapie verboden te krijgen. In beide opzetten is de VtdK (wederom) niet geslaagd, omdat het Centraal Tuchtcollege de patiënt uiteindelijk als leugenaar heeft ontmaskerd. De patiënt beweert, dat hij niet naar een cardioloog was verwezen, toen hij klachten had. Meerdere keren is hem gezegd zich tot een cardioloog te wenden, maar hij weigerde zelf. Dat hij in levensgevaar heeft verkeerd, kan ook niet hard gemaakt worden. Als in september de zogenaamd ernstige toestand aangetoond wordt, duurt het tot december voordat een bypassoperatie plaatsvindt; een 'zeer urgente situatie'. Hij is overigens twee jaar lang vrijwillig behandeld met gedocumenteerde klachtenverbetering en een verbeterde inspanningstolerantie. Gelukkig zitten er bij het Centraal Tuchtcollege nog juristen die de onwaarheden van de patiënt konden achterhalen.

Het belangrijkste argument tegen uw eenzijdige relaas is, dat zondag 4 november 2012 in de Verenigde Staten de resultaten van de eerste gerandomiseerde dubbelblindstudie naar de effecten van EDTA-chelatietherapie bekend zijn gemaakt. Ze zullen in december in een medisch erkend tijdschrift gepubliceerd worden. Hier alvast enige uitkomsten:

Patiënten zijn een jaar lang behandeld. Er werd alleen gekeken, of er minder overlijden of hartinfarcten voorkwamen of dat er minder medische ingrepen (PTCA, bypassoperatie) nodig waren. Hoewel verschillen in overlijden normaliter in een jaar tijd bijna niet te bepalen zijn, liet de studie onomstotelijk zien, dat er in de behandelde groep statistisch significant minder overlijden, hartinfarcten en medische ingrepen plaatsvond. Op jaarbasis scheelt dit 3,5% voor cardiaal belaste mensen. Ik ga ervan uit, dat Radar van deze gegevens nog niet op de hoogte was. Ik ga er overigens wel van uit, dat de zogenaamd regulier werkende artsen, farmaceuten, etc. hun beklag over deze studie zullen doen, want die past niet in hun straatje, hoewel die volgens de spelregels van de medische wetenschap onder aanvoering van een cardioloog is uitgevoerd.

Had het onderzoek ook patiënten met etalagebenen (claudicatio) erbij betrokken, dan waren de gegevens nog verbluffender geweest; van deze groep reageert 95% gunstig op EDTA-chelatietherapie. Bij cardiale patiënten werkt EDTA-chelatietherapie in 80 tot 85% van de gevallen goed, als ook uitkomsten als klachtenverlichting worden meegenomen.

Zelf hebben we al aangetoond door middel van 'Arterial Stiffness Analysis' dat de verharding van de aorta afneemt na een serie behandelingen met EDTA-chelatietherapie. Met de dubbelblindstudie is nu voor eens en altijd duidelijk, dat EDTA-chelatietherapie wel degelijk werkt. Ga maar zelf eens na, wat de risicoreductie voor overlijden of invasieve ingrepen is, als patiënten meerdere jaren zouden zijn gevolgd. De kostenbesparing in de gezondheidszorg zou enkele miljarden bedragen.

Ik ben er ook vrij zeker van, dat een groot aantal patiënten op uw uitzending zal reageren ten faveure van de chelatietherapie. Tegenover deze ene patiënt staan honderden anderen die met positieve uitkomsten behandeld zijn, en dat niet gedurende 1 jaar, maar al meer dan 30 jaren. U gelooft toch niet, dat patiënten zich zo lang laten (mede)behandelen als ze er geen baat bij zouden hebben. Een woord over het gevaar: ter vergelijking: 1% van de patiënten die een coronaire bypassoperatie ondergaan, overlijdt. Wij (EDTA-chelatietherapie volgens de 'Guidelines van IBCMT') hebben hier een score van 0%, maar dat is dan ook de enige nulscore die we kennen.

Nogmaals, ik had uw programma vrij hoog zitten. Uw uitzending over de 'statines' vond ik goed uitgewerkt, en u liet ook de voorstanders ervan aan het woord. In uw uitzending over chelatietherapie lijkt het erop, dat de huidige politiek een dusdanige invloed heeft op de programmamakers, dat het motto nu alleen nog maar is: kijkcijfers scoren. Ik hoop voor u dat u daar in blijft slagen.

R. Pahlplatz,

Board Member of the International Board of Clinical Metal Toxicology (ibcmt.com)

PS Als u wilt, stuur ik u graag een exemplaar van het 'Textbook of Clinical Metal Toxicology' toe. U kunt een Engels, Duits of Frans exemplaar verkrijgen.

Leende, 13 november 2012

In navolging op mijn eerdere reactie heb ik nog een aantal punten van kritiek na het zien van uw uitzending over de EDTA-chelatietherapie.

U vermeldt na het relaas van de patiënt, dat hij een klacht tegen zijn behandelend arts had aangespannen en de zaak had gewonnen, want de arts werd berispt. Op deze wijze klopt uw bericht niet. De eis van de patiënt was om de behandelende arts uit het BIG-register geschrapt te krijgen, zodat hij niet meer als arts zou kunnen werken. Dat is overigens een vreemde eis van een patiënt, want die gaat normaal op zoek naar de een of andere vorm van genoegdoening, wat hier niet het geval was. Het is weliswaar de patiënt geweest die deze eis bij het Medisch Tuchtcollege had gedeponneerd, maar via de Vereniging tegen de Kwakzalverij (VtdK) die hem namens professor R.A.P. Koene bijstond. Het waren hun motieven om de behandelaar te royeren. De VtdK probeert dit overigens al jaren, steeds zonder succes. Want ook nu weer is de VtdK in het ongelijk gesteld. Er is inderdaad een berisping uitgesproken, wat niet meer voorstelde dan een doekje tegen het bloeden voor het Regionaal Tuchtcollege dat er in eerste instantie helemaal naast zat met zijn uitspraak. De berisping was om er voor te zorgen, dat de behandelaar bij een dusdanig halsstarrige patiënt hem er nog nadrukkelijker op zou wijzen naar een specialist te gaan, wat de patiënt categorisch weigerde. Dus de patiënt en de VtdK hebben niets gewonnen.

De professor cardiologie die in uw uitzending aan het woord komt, vermeldt, dat het gevaarlijk is om EDTA-infusen toe te dienen bij cardiaal belaste mensen vanwege een risico op volume-overbelasting, waardoor ze in ademnood terecht kunnen komen. De professor zegt, dat EDTA-infusen per keer met een volume van één liter worden toegediend. Dat is een pertinente onwaarheid. In het beste geval weet deze man niet hoe EDTA toegediend dient te worden; in het slechtste geval liegt hij hier bewust. Artsen die chelatietherapie toepassen én die gekwalificeerd zijn door de International Board of Clinical Metal Toxicology (IBCMT) worden getraind voor de mogelijke risico's die er zijn bij de behandelingen met EDTA-chelatietherapie. Als een arts deze lege artis naar IBCMT's maatstaven praktiseert, dan zijn risico's tot een minimum gereduceerd. Het nierfalen of hartfalen waar in uw uitzending alsmaar gewag van wordt gemaakt, treedt niet op. Als dat wel zo zijn geweest, dan had u er al lang via andere weg van vernomen, want als bij een chelatie-arts iets gebeurt - zelfs als het geen fout is – dan komt dat geheid in het nieuws; dit in tegenstelling tot de gemiddeld zes doden per dag die onnodig overlijden in de Nederlandse ziekenhuizen. Nierfalen treedt op bij te hoge doseringen van EDTA. Die doseringen om nierfalen te veroorzaken liggen veel hoger dan de hoeveelheid die voor chelatietherapie gebruikt wordt. EDTA-chelatietherapie (IBCMT) verslechtert niet de nierwerking, integendeel: door een betere doorbloeding van het nierweefsel treedt in de meerderheid van de mensen met een verminderde nierwerking zelfs verbetering op. We kunnen dat met patiëntgegevens onderbouwen en de betreffende patiënten kunnen hiernaar gevraagd worden. Hetzelfde geldt voor hartfalen; we behandelen meerdere cardiaal belaste patiënten die een verminderde pompkracht van de hartspier hebben. Een eenvoudige bloedtest – de BNP – is hiervoor een maat. Een hoge waarde duidt op een verminderde pompkracht. We kunnen u tientallen voorbeelden laten zien van verbeteringen in de BNP-waarde na een serie met EDTA-chelatietherapie. We behandelen mensen met een slechte pompfunctie ook niet met infusen, maar met hun eigen bloed, zodat er geen volumebelasting kan optreden. Ook dat leren artsen bij IBCMT.

U vraagt zich (terecht) af, hoe het toch kan, dat duizenden patiënten zich wereldwijd laten behandelen met een methode die volgens uw deskundigen niet kan werken. Uw antwoord zit in uw vraag besloten. Als het niet zo was, dat duizenden patiënten opgeknapt zouden zijn met deze behandeling, dan had die allang niet meer bestaan. Gelooft u zelf, dat een behandelmethode nog na 50 jaar zou bestaan, als er niemand bij gebaat was geweest? Of gelooft u uw deskundige professor, die zegt, dat patiënten ook wel eens verbeteren door het placebo-effect of omdat ze er voor moeten betalen? Wat een nonsens.

Het recent verrichte dubbelblind onderzoek uit de V.S. is zojuist bekend geworden en laat zien, dat er wel degelijk een effect is na EDTA-chelatietherapie. U noemt dit effect verwaarloosbaar klein met een kleine kans dat het effect op toeval berust. Ook hier laat u zich misleiden door de zogenaamde deskundigen. Ik zal het u proberen uit te leggen. De significantie, de betrouwbaarheid van het onderzoek bedroeg 0,035. De medische wetenschap heeft afgesproken, dat een onderzoek als significant wordt betiteld, als deze waarde kleiner is dan 0,05. Welnu, 0,035 is kleiner dan 0,05. Geloof u mij maar op mijn woord: indien dit dubbelblind onderzoek een waarde had gehad boven de 0,05 dan hadden uw deskundigen onmiddellijk staan roepen: "zie je nu, dat het niet werkt". Momenteel proberen ze zich in allerlei bochten te wringen om aan de resultaten voorbij te gaan. Maar het onderzoek was duidelijk: na één jaar behandelen treedt er in de EDTA-groep 3,5% minder hartinfarcten, overlijden, etc. op in vergelijking met de placebogroep. In uw ogen mag 3,5% gering lijken, maar met een paar miljoen hart en vaat patiënten in dit land is dat een enorm verschil, en dat alleen in het eerste jaar.

Zou het onderzoek hier zijn geweest naar een nieuw middel tegen kanker met 3,5% minder sterfte in de behandelde groep na één jaar behandelen, dan zou het wereldnieuws zijn geweest! Dus uw conclusie van minimale effecten, is onjuist. De Amerikaanse cardioloog die dit onderzoek heeft geleid, concludeert, dat er in ieder geval is komen vast te staan, dat EDTA-chelatie wel degelijk een effect heeft. Zou dat er niet zijn geweest, dan had de significantie van het onderzoek een volledig andere waarde moeten laten zien. Maar ik begrijp wel, dat de medische wetenschap in dit land en elders nu met de handen in het haar zit, en de gegevens probeert uit te leggen, zo niet te verdraaien. Het moeilijkste voor mensen is om toe te geven, dat je het niet bij het rechte eind hebt gehad. Voor artsen en anderen werkzaam in de gezondheidszorg is dat blijkbaar onmogelijk. Hetzelfde geldt voor de tandartsen: alle onderzoeken tonen aan, hoe toxisch amalgaam is en het wordt nog steeds door sommigen gebruikt om gaatjes in de kiezen mee te vullen. Het is nu eenmaal moeilijk om toe te geven. Hetzelfde hebben we gezien met de sigarettenfabrikanten. In de jaren '70 was er niets aan de hand; rook maar lekker door. Nu is het een vanzelfsprekendheid dat roken schadelijk is.

Dan nog een woord over de twee praktijken die u bezocht had met een verborgen camera. De buitenlandse arts uit de praktijk in Bilthoven is niet BIG-geregistreerd is; dat hoort niet en is een zaak voor de Inspectie der Geneeskunde. Of je nu regulier, alternatief of zoals wij op beide fronten werkt, dan dien je een BIG-registratie te hebben. De uitspraken van die arts kunnen we ook niet onderschrijven. Hij had geen kennis van EDTA, althans niet theoretisch, want hij zei, dat het een eiwit was en een lichaamseigen stof. Beide stellingen zijn fout. Zou deze arts door IBCMT gekwalificeerd zijn geweest, dan had hij dat zeker wel geweten, maar hij is geen IBCMT-geregistreerde arts; dus niet alleen geen BIG maar ook geen IBCMT-registratie. In de andere kliniek in Rotterdam is ook geen arts werkzaam die volgens IBCMT gekwalificeerd en geregistreerd is. Typisch dat u net deze twee praktijken uitzocht voor uw verborgen camerawerk.

Is EDTA-chelatietherapie dan de enige oplossing voor hart en vaatziekten? Nooit en te nimmer. Geen enkele therapie is zaligmakend voor een chronische aandoening waartoe deze vaataandoeningen behoren. Er zal altijd een combinatie nodig zijn van aanpassen van leefgewoonten, voeding, beweging, medicatie, ballondilatatie, stentplaatsing of kransslagaderoperaties. Het toevoegen van EDTA-chelatietherapie aan dit regime vermindert SIGNIFICANT de mortaliteit, het krijgen van een nieuw hartinfarct of het opnieuw moeten ondergaan van een invasieve behandeling. Dat staat nu onomstotelijk vast, wat uw deskundigen er straks ook allemaal over willen zeggen.

Het allerbelangrijkste voor ons zijn overigens niet de studies en onderzoeken, maar de reacties van onze patiënten die zich weer mens voelen, die weer kunnen bewegen, die geen of minder pijn op de borst hebben, die weer verder kunnen lopen, etc. etc. Dat is de enige reden waarom wij dit werk zullen blijven doen.

Deze brief zal na aan u te zijn doorgestuurd op onze website worden geplaatst. Uw reacties, als die al komen, zullen ook hierop voor iedereen te lezen zijn.

Met vriendelijke groet,

R. Pahlplatz, arts

IBCMT Board Member