

Feuilleton faagtherapie

Marc Bonten

Op mijn werkkamer ligt het boek “Bacteriologie en Immunologie” van dr. A. Vedder, uit 1935. Ik weet niet meer van wie ik het gekregen heb, maar ik ben de onbekende schenker dezes nog regelmatig dankbaar. Zo start op pagina 410 hoofdstuk IX “Bacteriophag”; zes pagina’s die in 85 jaar weinig aan waarheid ingeboet hebben. Het leunt zwaar op de ervaringen van d’Hérelle, een Franse arts werkzaam in India, die fagen gebruikte voor de behandeling van tyfus, dysenterie en cholera. “Het succes hiervan was gering. Over de oorzaak der mislukking zijn de meeningen verdeeld. Wel helpt de bacteriophag vaak zeer goed bij plaatselijke aanwending, bijv. bij cystitis, pyelitis, enz.”

Inmiddels staan bacteriofagen weer volop in de belangstelling. Op tv zien we regelmatig spectaculaire resultaten van behandelingen, die noodgedwongen in het buitenland plaatsvinden. In Nederland wordt bacteriofaagtherapie niet als behandeloptie erkend (en dus niet vergoed), simpelweg omdat er geen wetenschappelijke onderbouwing van effectiviteit is. Het gevolg is dat vorig jaar – naar ik vernomen heb – ongeveer duizend Nederlanders hun heil gezocht hebben in het Eliava Instituut in Tbilisi, Georgië. Zo’n behandeling zal al gauw 5000 euro kosten (inclusief reis en verblijf), en het resultaat is lang niet altijd goed. De evidence daarvoor zit in een mapje in mijn computer.

Hoewel sceptisch over de effectiviteit van deze behandeling, vind ik dat we een maatschappelijke verantwoordelijkheid hebben om duidelijkheid te scheppen. Als de resultaten goed zijn, hebben we er een mooie, goedkope behandeloptie bij en hoeven minder mensen hun spaarpot te legen voor een behandeling in een ver buitenland.

Wetgeving staat dit voorlopig in de weg, hoewel de wetgevers en toezichthouders dat niet vinden. Je kunt alleen wetenschappelijk onderzoek met mensen uitvoeren als het te onderzoeken

product, in dit geval bacteriofagen, gemaakt is volgens de criteria van Good Manufacturing Practice (GMP). En dat is best lastig voor iets dat uit een sloot afkomstig is en voor elke patiënt weer anders kan zijn. Hoe leg je een apotheker uit dat zoiets een zuiver product is? Een oplossing is het maken van steeds dezelfde cocktail met goed gedefinieerde fagen. In plaats van dat je fagen bij de te behandelen verwekker zoekt, zoek je patiënten bij de te testen cocktail. Dat doen we met antibiotica ook. Een aantal bedrijven heeft inmiddels een GMP-faciliteit en de eerste studies met dergelijke cocktails zijn gestart. Zelf hopen wij ook binnenkort de mogelijkheid van productie volgens GMP te hebben. Maar makkelijk en snel gaat dat niet. Helaas. Op dit moment worden bacteriofagen sporadisch ingezet bij patiënten bij wie alle reguliere behandelopties uitgeput zijn en waar op een medisch wonder gehoopt wordt. Fagen worden dan betrokken uit het buitenland, waar ze in het kader van magistrale bereiding gezuiverd zijn. Daarmee doen we geen wezenlijke kennis op.

Het schiet dan ook niet zo op met de toepassing van bacteriofagen in de Nederlandse patiëntenzorg. Er gebeurt echter wel het één en ander met bacteriofagen. Het *NTMM* doet daarvan dit najaar uitgebreid verslag. In dit nummer belichten Julia Egido, Pieter-Jan Haas en Annabel Niessen in deel 1 van een vijfdelig feuilleton de nieuwste inzichten in de bestrijding van resistentie bij bacterio-fagen, beschrijft Esmée Ruizendaal de klinische toepassingen van bacteriofagen en adresseert Ed Kuijper de juridische aspecten van de fecustransplantatie die relevant is voor die

Universiteit Utrecht, Utrecht, prof. dr. M.J.M. Bonten, hoogle-
raar moleculaire epidemiologie van infectieziekten.
Correspondentieadres: m.j.m.bonten@umcutrecht.nl

van bacteriofaagtherapie. Het gaat immers om vergelijkbare biologische herkomsten, en de vaststelling dat het bij beide toepassingen gaat om een weefseltransplantatie. In volgende nummers wordt ingegaan op de biologie van bacteriofagen en willen we aandacht besteden aan patiënten die in Nederlandse ziekenhuizen behandeld zijn met bacteriofagen.