

## *Financiële steun van de Stichting „De Drie Lichten”*

De Stichting „De Drie Lichten” nodigt gegadigden uit vóór 15 november 1979 hun aanvragen in te dienen bij haar secretaris.

Steun kan worden verleend aan Nederlandse artsen ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek op medisch gebied. Zulk een steun betrefte bij voorkeur levensonderhoud van hen, die een onderzoek zouden willen verrichten, doch daarvan door financiële omstandigheden worden weerhouden. Bovendien bestaat de mogelijkheid gelden ter beschikking te stellen, in verband met het voorgenomen onderzoek, voor te maken onkosten. Voorts kan worden overwogen iemand in de gelegenheid te stellen hulppersoneel in dienst te nemen.

De aanvragen dienen een nauwkeurige omschrijving te geven van de doelstelling en vergezeld te gaan van een begroting, aanbevelingen en een curriculum vitae.

Prof. dr. A. SCHABERG,  
*secretaris,*  
Pathologisch Laboratorium,  
Wassenaarseweg 62,  
2333 AL Leiden

## *Subsidies van de Nederlandse Hartstichting*

De Nederlandse Hartstichting stelt in 1980 een aantal subsidies ter beschikking voor wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de circulatie.

Aanvraagformulieren kunnen worden verkregen bij: Nederlandse Hartstichting, Sophialaan 10, 2514 JR Den Haag. De aanvragen dienen uiterlijk 31 december 1979 in het bezit te zijn van de Hartstichting.

## INGEZONDEN

*(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten)*

### *Na lactatieremming nu ook lactatiestimulering mogelijk?*

Naar aanleiding van het referaat van MEUWISSEN (1979) wil ik het volgende meedelen:

Naar schatting ongeveer 25 jaar geleden stond in dit tijdschrift een referaat van nog geen 10 regels, ik meen uit een Turkse publikatie, waarin verteld werd dat een teruglopende borstvoeding hersteld zou kunnen worden door een vermageringskuur.

De eerste patiënte die ik met dit probleem kreeg, was een flinke stevige vrouw, die na de bevalling van haar 5e kind verdrietig vertelde, dat bij de eerste 4 de borstvoeding binnen enkele weken was afgelopen. Ik vertelde haar bovenstaand verhaaltje en gaf haar een streng vermageringsdieet met 1 liter karnemelk per dag extra. Zij heeft, naar mijn idee wel te lang, haar 5e kind 8 maanden borstvoeding gegeven.

Het advies eiwitrijk vermageringsdieet heb ik daarna altijd gegeven bij teruglopende borstvoeding of te verwachten borstvoedingstekort aan min of meer gemotiveerde moeders. Bij ongeveer de helft bleek inderdaad de borstvoeding duidelijk te verbeteren, meestal zich te herstellen.

*Literatuur:* Referaat (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 1485.

Rotterdam, augustus 1979

J. P. M. TROUW

In zijn referaat onthult MEUWISSEN (1979), dat lactatie gestimuleerd kan worden door toediening van metoclopramide. Mislukking van borstvoeding is veelal een gevolg van onvoldoende aanmaak van prolactine. Metoclopramide kan de produktie van prolactine bevorderen. Zonder iets af te willen doen aan de wetenschappelijke

relevantie wil ik bij dit referaat een kritische opmerking maken.

Het wel of niet gelukken van borstvoeding kan m.i. alleen begrepen worden in samenhang met onze huidige cultuur. Borstvoeding is door toedoen van onze technologische ontwikkeling van een natuurlijk proces geworden tot een biologisch-medisch proces. De moeder is patiënt geworden. Niet de traditie, maar medisch en paramedisch personeel geeft aan hoe de borstvoeding gehanteerd moet worden. De traditie geeft in vele derde-wereldlanden nog richtlijnen en wel gebaseerd op de wisselwerking moeder-kind. Onze cultuur werkt remmend op de lactatie.

Gelukkig zijn er steeds meer artsen die de borstvoeding willen stimuleren. Gebruiken zij daartoe echter een pharmacum dan versterken zij tevens het lactatieremmende effect van de technologische ontwikkeling. Medicamenteuze stimulering van de borstvoeding kan er slechts toe leiden, dat over enige tijd de lactatie nog slechts op gang kan komen na toediening van pharmaca. Beter zou het zijn borstvoeding te stimuleren door de vrouw weer zelf de voeding in handen te geven. EIGER e.a. (1977) geven daaromtrent behatenswaardige adviezen.

*Literatuur:* EIGER, M. E. e.a. (1977) *Borstvoeding*. Amsterdam. — MEUWISSEN, J. H. J. M. (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 1485.

Biddinghuizen, augustus 1979

L. J. DE JONG

Met grote belangstelling heb ik het referaat van MEUWISSEN (1979) gelezen. Daar gewaarschuwd wordt voor extrapiramidale verschijnselen bij overdosering van metoclopramide bij jonge kinderen, lijkt het mij hoogst interessant te weten wat de gevolgen kunnen zijn bij een pasgeborene die borstvoeding krijgt van een moeder die dit lactatiestimulerend pharmacum gebruikt.

Zeist, september 1979

W. NOODER

Geneesmiddelen die door een moeder die borstvoeding geeft ingenomen worden, kunnen via de borstvoeding naar het kind overgaan en kunnen soms de pasgeborene bedreigen. Het is dan ook goed dat men zich afvraagt, indien metoclopramide (Primparan) als lactatiestimulerend middel wordt aangewend, of dit middel voor het kind schadelijk kan zijn. Ofschoon de meeste geneesmiddelen die een borstvoedende moeder in therapeutische doses inneemt ook met de moedermelk worden uitgescheiden, bestaat slechts in een enkel geval gevaar voor het kind. Bijna nooit krijgt een kind meer dan 1% van de door de moeder ingenomen hoeveelheid van een geneesmiddel binnen. Bovendien wordt het geneesmiddel meestal grotendeels in de vorm van onwerkzame metaboliëten uitgescheiden. Toch is waakzaamheid geboden omdat het detoxificatiemechanisme van de lever en nier bij de pasgeborene nog „onrijp” kan zijn.

Over de uitscheiding van metoclopramide in moedermelk zijn ons geen gegevens bekend. De in het gerefereerde onderzoek van GUZMAN en medewerkers (1979) gebruikte dosering is  $2 \times 10$  mg per dag. Als 1% hiervan naar het kind zou overgaan, is dit 0,2 mg per dag. De veilige dosering van metoclopramide voor kinderen is 0,5 mg per kg lichaamsgewicht. Voor een pasgeborene van 3 kg lijkt een dosis van 1,5 mg per dag geen kwaad te kunnen. Deze gegevens rechtvaardigen dus niet de vrees voor extrapiramidale stoornissen bij de pasgeborene als gevolg van lactatiestimulering met metoclopramide.

GENEESMIDDELEN DIE HET GEVEN VAN BORSTVOEDING ONWENSELIJK MAKEN

Geneesmiddel	Potentiële effecten op de pasgeborene
Amfetamines	tremoren, slapeloosheid
Anti-neoplastische geneesmiddelen	beenmergdepressie
Atropine	vermindering van melksecretie
Barbituraten	slaap, slecht drinken
Bromiden	exantheem, sufheid
Chloorthiazide, quinine	trombocytopenie
Difenylyhydantoïne	braken, tremoren, exantheem
Ergot-alkaloïde	misselijkheid, diarree, slapheid
Heroïne	onttrekkingsymptomen
Hexachlorobenzeen	braken, diarree, koorts
Laxantia	toename van darmactiviteit
Metronidazol	anorexie, braken
Nicotine	afname van melkproductie
Orale anticoagulatia	bloedingen
Reserpine	ademhalingsproblemen
	lethargie, diarree
Sulfonamides, Negram	hemolytische anemie
Thiouracil, jodium	hypothyreoïdie

Het is wellicht interessant de geneesmiddelen nog eens op te sommen die in dit opzicht wel risico's voor het kind opleveren (zie tabel).

Eindhoven, oktober 1979

J. H. J. M. MEUWISSEN

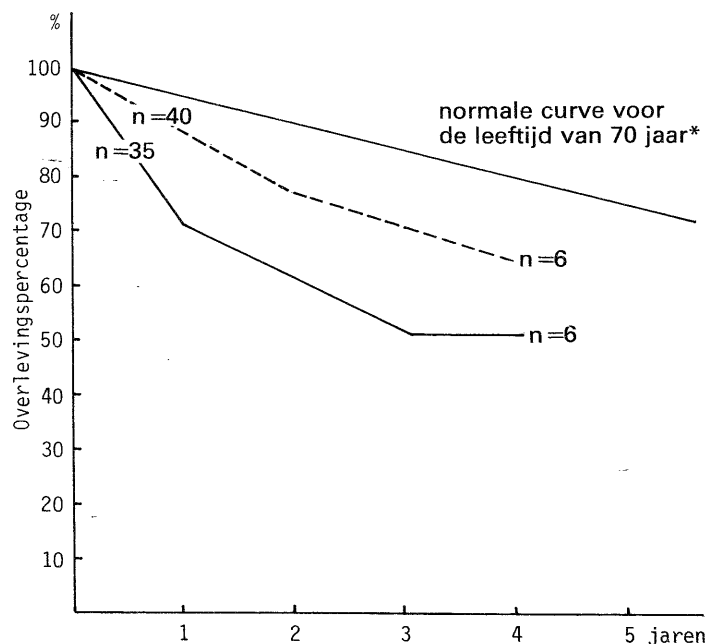
Het syndroom van de zieke sinusknop

In het overzichtsartikel van prof. VONK (1979) wordt terecht gesteld dat de diagnostiek van dit ziektebeeld vaak moeilijk is onder meer door het grillige beloop en het gebrek aan reproduceerbare en betrouwbare diagnostische kenmerken. De auteur deelt mee dat in de laatste jaren het aantal personen bij wie de symptomen worden ontdekt duidelijk toeneemt. Deze tendens wordt geïllustreerd met onder andere de cijfers van de afdeling cardiologie te Nijmegen waar een duidelijke stijging van de indicatie voor gangmakerimplantatie bij het zieke-sinussyndroom (van 5 tot 22%) en een daling van de indicatie bij het totaal AV-block (van 61 tot 13%) wordt geconstateerd.

INDICATIES VOOR EERSTE GANGMAKERIMPLANTATIE ST. ANTONIUS ZIEKENHUIS UTRECHT

	1974	1975	1976	1977	1978
Aantal patiënten	78	90	93	92	100
3e graad AV-block	69%	79%	71%	63%	63%
Zieke-sinussyndroom	31%	21%	29%	37%	31%
Onbehandelbare aritmieën					6%

Deze cijfers staan echter in tegenstelling tot die uit het St. Antonius Ziekenhuis te Utrecht: over de jaren 1974 tot en met 1978 blijkt daaruit geen essentiële verandering van de indicatie voor gangmakerimplantatie. Reeds in 1974 vormde daar het zieke-sinussyndroom de indicatie tot implantatie



Overlevingscurven van 75 patiënten met zieke-sinussyndroom berekend vanaf de gangmakerimplantatie: ----- = patiënten zonder cardiovasculaire ziekten (gemidd. leeftijd 72 jaar); ——— = met cardiovasculaire ziekten ten tijde van de implantatie (gemidd. leeftijd 69 jaar). \*, „Normale curve” geeft weer de gemiddelde overlevingscurve van gezonde mannen en vrouwen van vergelijkbare leeftijd.