

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 2×10 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
Sulfonamides, Negram	lethargie, diarree
Thiouracil, jodium	hemolytische anemie
	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

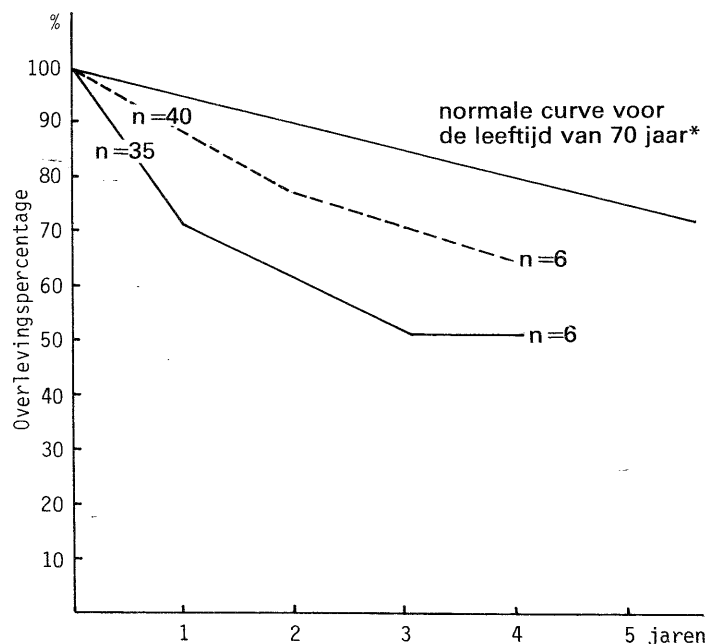
Het syndroom van de zieke sinusknop

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.

van een eerste gangmaker bij 31% van alle patiënten (zie de tabel). De vraag rijst derhalve of de gesuggereerde tendens wordt bepaald door het eigen gezichtsveld: met name de indicatiestelling zelf, opbouw en leeftijd van het patiëntenmateriaal enz. Naar onze mening zou een meer betrouwbare schatting van de incidentie van het zieke-sinussyndroom (althans van het aantal patiënten met klachten bij wie een gangmaker geïmplantéerd moet worden) tot stand zijn gekomen wanneer gebruik was gemaakt van landelijke cijfers. Hierdoor had de oproep van de schrijver voor meer waakzaamheid van de medicus practicus voor het onderkennen van het zieke-sinussyndroom aan kracht gewonnen.

De bespreking van de prognose van het zieke-sinussyndroom geeft onzes inziens aanleiding tot verwarring. Bij patiënten zonder aantoonbare cardiovasculaire ziekte zou de levensverwachting nauwelijks ongunstig zijn (3-jaars-overleving ongeveer 80%, dat wil zeggen vergelijkbaar met die van gezonden tussen 60 en 70 jaar). De indruk wordt derhalve gewekt dat interventie niet nodig is waardoor afbreuk wordt gedaan aan de noodzaak dat de medicus practicus dit ziektebeeld kent. Het probleem wordt namelijk geschapen door het gebrek aan informatie over de bepaling van de prognose zoals leeftijd, medicatie, indicatie en tijdstip van gangmakerimplantatie enz. Te meer omdat de weergegeven prognose-cijfers sterk overeenkomen met de resultaten van ons eigen onderzoek naar de prognose van dergelijke patiënten, waarbij als vertrekpunt van het vervolgonderzoek het moment van gangmakerimplantatie werd gekozen. Bij afwezigheid van andere cardiovasculaire afwijkingen vonden wij een 3-jaarsoverleving van 71%, terwijl deze slechts 51% bedroeg als er andere cardiovasculaire afwijkingen bestonden ten tijde van de gangmakerimplantatie (zie figuur). De vraag rijst dan of gangmakerimplantatie eigenlijk wel bijdraagt tot verbetering van de prognose zoals allerwegen in de literatuur wordt aangegeven.

Literatuur: VONK, J. (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 1438.

Utrecht september 1979

N. M. VAN HEMEL

a. De door mij genoemde toename van de indicatie voor gangmakerimplantatie bij het syndroom van de zieke sinus-knoop betrof een periode sinds 1963. In de jaren 1963-1969 betrof het 5% van het aantal implantaties, van 1970-1973

11% en van 1974-1977 22%. Sindsdien zal dit percentage zeker nog zijn gestegen.

b. Landelijke gegevens over de incidentie of prevalentie van het besproken syndroom zijn mij niet bekend.

c. Het is inderdaad de vraag of de „quantity of life” door gangmakerimplantatie bij het syndroom van de zieke sinus-knoop wordt verbeterd. De in het Caput Selectum genoemde overlevingspercentages betroffen eveneens patiënten met een geïmplantéerde gangmaker (FRUEHAN 1978). Er is echter geen enkele twijfel over de verbetering van de „quality”!

Literatuur: FRUEHAN, C. T. (1978) *Cardiology Today* 6, 2.

Nijmegen, oktober 1979

J. TH. CH. VONK

Trilharen met en zonder beweging

In zijn klinische les spreekt prof. JAMES (1979) de verwachting uit dat er in de klinische literatuur mededelingen zouden kunnen verschijnen over vrouwelijke patiënten met het immotiele cilia-syndroom en over de interessante vraag of bij deze patiënten een normale fertiliteit bestaat. Wij wijzen erop dat deze mededelingen al verschenen zijn.

Eind 1978 beschreef BLEAU c.s. een vrouwelijke patiënt lijdende aan het syndroom van Kartagener, die twee intra-uterine graviditeiten doormaakte en bij wie in een endocervicale biopsie cilia werden gevonden waarin de dyneïne-armen in de axonemen ontbraken. In maart 1979 beschrijft JEAN c.s. dezelfde patiënte: er werd nu tuba-epitheel onderzocht (verkregen bij een elektieve sterilisatie) en ook hierin bleken, zoals verwacht, in de axonemen van de cilia van de trilhaarcellen dyneïne-armen te ontbreken. De auteurs concluderen dat de trilhaarcellen in de tractus genitalis van de vrouw geen essentiële functie vervullen.

Literatuur: BLEAU, G., C-L. RICHER en D. BOUSQUET (1978) *Fert. Steril.* 30, 362. — JAMES, J. (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 1421. — JEAN, Y., J. LANGLAIS, K. D. ROBERTS e.a. (1979) *Fert. Steril.* 31, 349.

Haarlem, augustus 1979

C. RENCKENS

BERICHTEN

Buitenland

GROOT-BRITANNIË

Micro-organismen in de vagina bij normale jonge vrouwen. — M. J. GOLDACRE e.a. (*Brit. med. J.* 1979 I, 1450) hebben de vaginale micro-flora onderzocht bij 1498 vrouwen die een polikliniek voor gezinsplanning bezochten. Het was de bedoeling de normale flora beter te leren kennen, want het betrof hier een grote ongeselecteerde groep vrouwen, terwijl de kennis van de normale flora grotendeels berust op onderzoek van kleine en geselecteerde groepen. Zij vonden bij 225 vrouwen (15%) *Candida albicans* die bij 54 (24%) met jeuk gepaard ging. Slechts 10 vrouwen hadden mictieklachten. Hoewel niet vaker over hinderlijke fluor werd geklaagd, bleek bij inspectie dat wel vaker een duidelijke afscheiding bestond en omgekeerd

werd bij rijkelijke korrelige fluor vaker *C. albicans* gevonden: *Trichomonas vaginalis* werd slechts bij 14 vrouwen (1%) gevonden. Van hen hadden allen op één na een abnormale fluor. Bij vrouwen die over fluor klaagden werden significant vaker anaërobe bacteriën gevonden. Speciaal de groep van de Gram-negatieve anaërobe bacillen (GNAB) toonde een associatie met klachten over fluor en bloedinkjes post coitum. Bij IUD-draagsters werden vaker GNAB en β -hemolytische streptokokken van groep B gevonden. Bij pilgebruiksters werden niet vaker schimmels of gisten aangetroffen. Aangezien geen onderzoek werd verricht naar chlamydiae en virussen en mycoplasmata laten de schrijvers de mogelijkheid open dat de anaërobe bacteriën geen causaal verband hebben met de daarmee geassocieerde symptomen maar slechts superinfecties zijn bij infecties van deze ziekteverwekkers.