

gen worden tegen de kosten en de mogelijke bijwerkingen van de bromocriptine. Deze laatste zijn bij de gebruikelijke dosering te verwaarlozen wanneer de tabletten tijdens de maaltijden worden ingenomen. Het is van belang de voorkeur van de kraamvrouw zelf niet te vergeten.

Ongeveer een week na de geboorte van het kind zal met de kraamvrouw gesproken worden over de gewenste en de meest geschikte anticonceptiemethode. Bijzondere omstandigheden die een verwijzing wenselijk maken daargelaten, zijn de belangrijkste keuzemogelijkheden orale anticonceptie, een intra-uterien pessarium, een depotpreparaat of een mechanische vorm van anticonceptie. Over sterilisatie in het kraambed zijn de meningen verdeeld: onder vrouwen die in het kraambed gesteriliseerd zijn, worden later nogal eens spijtoptanten aangetroffen. Het is de vraag of dat niet vooral samenhangt met de wijze van voorbereiding: er zou alleen sterilisatie in het kraambed moeten plaatsvinden wanneer de besluitvorming geruime tijd vóór de partus – liever nog vóór de zwangerschap – begonnen was en wanneer het kind gezond is.

Valt de keuze op een oraal contraceptivum, dan kan hiermee het best worden begonnen 2 weken na de bevalling. Daarmee wordt de eerste ovulatie, die op zijn vroegst na 4 weken komt, in alle gevallen voorkómen. Een probleem is, dat op de bijsluiters van de preparaten is aangegeven, dat de lactatie misschien negatief beïnvloed kan worden. Hoewel het remmende effect bij goed op gang zijnde lactatie gering moet worden geacht, zeker van de huidige sub 50-preparaten, blijkt in de praktijk toch, dat de meeste lacterende vrouwen ongaarne tijdens de lactatie beginnen met het innemen van een contraceptivum. Zoals bekend, vrijwaart lactatie niet voor conceptie. Het zal dus gewoonlijk niet te vermijden zijn tijdelijk mechanische anticonceptie te adviseren.

Een intra-uterien pessarium kan het beste 4 tot 6 weken na de partus worden ingebracht. Het is niet nodig, daarvoor de eerste menstruatie af te wachten.

De kans op een ovulatie binnen 6 weken is klein. Wil men de grootst mogelijke zekerheid, dan zouden in die eerste periode condoms moeten worden gebruikt.

Een dogmatisch antwoord op de vraag naar de termijn, waarna weer met de coitus kan worden begonnen, is niet te geven. Die vraag wordt nogal eens gesteld, omdat vrouwen bang zijn voor beschadiging van de genezende genitalia externa. Een bespreking van het vóór en tegen (bloedverlies, een nog niet genezen perineum) zal, samen met het eigen oordeel van de vrouw en haar partner gewoonlijk voldoende zijn.

Het is een goede gewoonte 6 weken na de bevalling de toestand van de vrouw te controleren. Lochia rubra kunnen na één à twee weken zijn opgehouden, maar ook langer voortduren. Het belangrijkste doel van de controle is het gesprek. Dit kan betrekking hebben op het verloop van zwangerschap, baring en kraambed; aan een epicrise hebben sommige vrouwen behoefte. Bovendien is er gelegenheid vragen over anticonceptie en over de prognose voor een volgende zwangerschap te beantwoorden. Wat dat laatste betreft moet sterk gewaarschuwd worden tegen een te pessimistische instelling. Contra-indicaties tegen een zwangerschap bestaan niet; die term kan alleen gebruikt worden met betrekking tot medische handelingen. Risico is iets anders, al moeten we er ons goed van bewust zijn dat ons inzicht daarin uitsluitend op statistische overwegingen berust en dat we zelden kunnen voorspellen wat er in een individueel geval zal gebeuren. Hoe dan ook, het aangaan van een (nieuwe) zwangerschap is uitsluitend de verantwoordelijkheid van de vrouw en haar partner, gehoord de informatie van de arts over de risico's.

De schrijver is de collegae A. Huisman, H. W. van Lunsen en dr. G. H. A. Visser, die het manuscript van kritische kanttekeningen voorzagen, erkentelijk.

September 1981

BRIEVEN AAN DE REDACTIE

Groeihormoontekort ook in Nederland; oproep voor verzamelen van hypofysen

PROF. DR. G. B. A. STOELINGA, SECRETARIS NEDERLANDSE GROEISTICHTING

In de rubriek Buitenland van dit Tijdschrift (1982) werd door Noordam een artikel gerefereerd uit *Nature* (1981) waarin uiteengezet wordt, dat er in Engeland een tekort is ontstaan aan groeihormoon voor de behandeling van kinderen met onvoldoende lengtegroei op basis van een groeihormoondeficiën-

tie. Deze behandeling kan alleen geschieden met menselijk groeihormoon dat wordt geëxtraheerd uit menselijke hypofysen, die bij obductie worden verkregen. Tot voor enkele jaren werden in Engeland per jaar ca. 70.000 hypofysen verzameld; door een andere organisatie voor het verzamelen is dit aantal terugge-

lopen tot ca. 13.000, zodat de hoeveelheid groeihormoon onvoldoende is om alle daarvoor in aanmerking komende patiënten te behandelen met de juiste dosis groeihormoon.

In Nederland is de situatie altijd al veel ongunstiger geweest dan in Engeland. Ondanks de inspanning van medici en vertegenwoordigers van enkele farmaceutische firma's is de totale eigen Nederlandse opbrengst aan hypofysen de laatste jaren constant gebleven, nl. ca. 3000 per jaar. Het totale aantal patiënten dat, na zorgvuldige selectie binnen de Nederlandse Groeistichting, per 1 januari 1982, met groeihormoon moet worden behandeld, bedraagt 270. Voor een juiste behandeling met groeihormoon zijn per patiënt per jaar ca. 50 hypofysen nodig. Dit betekent, dat om alle patiënten goed te kunnen behandelen, in Nederland per jaar ca. 13.500 hypofysen moeten worden verzameld.

Tot dusverre konden wij het tekort aan hypofysen aanvullen door in het buitenland groeihormoon aan te kopen. Zoals echter in het artikel in *Nature* al wordt vermeld is er over de hele wereld een tekort aan hypofysen, dus aan groeihormoon. Daarom wordt het steeds moeilijker om voldoende groeihormoon te verwerven en dit jaar komen wij in de situatie, dat wij niet meer alle daarvoor in aanmerking komende patiënten zullen kunnen behandelen.

De enige oplossing is, dat meer hypofysen worden verzameld. Via de Stichting Donorwerving wordt de Nederlandse bevolking er voortdurend op gewezen dat organen ook na de dood van een persoon van grote waarde zijn voor patiënten. Dit geldt in hoge mate

ook voor de hypofyse. Er blijkt bij de bevolking een duidelijke bereidheid om organen ter beschikking te stellen, gezien het grote aantal codicillen dat is aangevraagd en ingevuld, maar dit heeft op korte termijn weinig effect. Daarom doe ik hierbij een dringend beroep op de patholoog-anatomen en medici die aan verwanten toestemming voor obductie vragen om eraan te denken dat elke hypofyse die wordt verkregen bij kan dragen aan de groei van een kind dat een grote achterstand heeft op leeftijdgenoten.

Er wordt hard gewerkt aan de productie van groeihormoon met de methode van recombinant-DNA, maar zoals in het artikel in *Nature* wordt uiteengezet, er zijn nog veel moeilijkheden bij de productie van een goed preparaat. In ieder geval kan het nog jaren duren voordat langs deze weg voldoende groeihormoon beschikbaar is om de patiënten te behandelen. De eerstkomende jaren zullen wij dus aangewezen blijven op de bereidheid van de Nederlandse bevolking om organen ter beschikking te stellen en op de activiteit van de behandelende artsen en patholoog-anatomen om te trachten zoveel mogelijk hypofysen te verkrijgen. Ik hoop dat deze noodkreet zal worden verstaan.

LITERATUUR

Buitenland (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 76. — *Nature (Lond.)* (1981) 294, 200.

Januari 1982

VRAAG EN ANTWOORD

(De beantwoording van de in deze rubriek gestelde vragen berust op gegevens, ons verstrekt door daartoe geraadpleegde deskundigen)

Op welke leeftijd mag de zuigeling uitbreiding of aanvulling op de voeding ontvangen?

Vraag 4. Voor het zuigelingenconsultatiebureau krijgen wij van de zijde van de kruisvereniging richtlijnen, waarbij wij enige vraagtekens plaatsen:

1. Er wordt geadviseerd om niet voor de leeftijd van 4 maanden groente als bijvoeding te geven. Veel moeders willen dit eerder. Kan dit laatste kwaad? Wordt daardoor de resorptie van ijzer uit de voeding verlaagd? Zo ja, wordt dan die verlaagde resorptie uit de melk niet gecompenseerd door het verhoogde aanbod van ijzer in de groente? Of is hierover geen uitspraak te doen?

2. Er wordt wegens eventuele overgevoeligheid voor gluten geadviseerd om beneden de leeftijd van 7 maanden geen voedingsmiddelen te geven die gluten bevatten (bijv. beschuit, brood). Als coeliakie door glutenovergevoeligheid slechts eens in de 5 jaar in een huisartspraktijk van 2000 zielen voorkomt, heeft zo'n richtlijn dan wel zin? En daarbij de vragen: als men na 7 maanden uiteindelijk met tarweproducten begint, provoceert men dan niet alsnog de coeliakie?

En als een zuigeling met hardnekkige diarrhoea ongunstig reageert op brood, is men dan „te laat” als men op dat moment de tarweproducten weglaat? Wat voor irreversibele schade wordt er aangericht?

3. Aanbevolen wordt van Davitamon AD in olie of water 5 druppels per dag te geven, ook in de zomer vanaf de leeftijd van 2 maanden bij borstvoeding. Gaat het niet uitsluitend om vitamine D en is vitamine A geen bijzaak? Kunnen blanke kinderen in de zomer niet zonder?

Antwoord. 1. Vroege toediening van groente aan zuigelingen, vóór de leeftijd van 4 maanden, zou inderdaad de resorptie van ijzer, met name uit moedermelk, doen afnemen. Dit zal meestal niet voldoende gecompenseerd worden door het ijzer uit groene groenten omdat deze organische ijzerverbindingen bevatten, die minder goed geresorbeerd worden.

2. Inderdaad komt coeliakie maar weinig voor. De glutenovergevoeligheid wordt manifest als tarwe in het dieet wordt geïntroduceerd, onafhankelijk van de leeftijd van het kind. Indien er verschijnselen van