

# Lactatie verdient serieuze aandacht

## Hoe de zorg rondom borstvoeding kan verbeteren

Lara Tauritz Bakker

**Borstvoeding heeft uit gezondheidsoogpunt de voorkeur boven kunstvoeding. De beleidsdoelen voor lactatie worden echter bij lange na niet gehaald. Eén van de redenen daarvoor is beperkte kennis bij zorgverleners over de behandelopties bij lactatieproblemen. Volgens de Visie op Borstvoeding van de KNOV zijn verloskundigen bij uitstek de aangewezen hulpverleners voor het initiëren en ondersteunen van borstvoeding, daarbij ondersteund door kraamverzorgenden. Ongeveer 90 procent van de moeders start na de bevalling met borstvoeding [Anten-Kools et al, 2011], maar van de kinderen van één en twee maanden oud, krijgt slechts respectievelijk 48 en 42 % borstvoeding. TNO houdt om de zoveel jaren een peiling melkvoeding om te zien hoe het gaat met de borstvoedingscijfers.**

Er valt nog veel winst te behalen: het RIVM becijferde dat een kleine stijging van de cijfers - van 82 naar 85 % een week na geboorte en van 20 naar 25 % na 6 maanden - al veel oplevert: een jaarlijkse besparing van 10 miljoen euro en 1200 Disability Adjusted Life Years. De 'DALY' biedt een maat die zowel de verloren jaren door voortijdig sterven meeweegt als de levensjaren in verminderde gezondheid [Buchner et al, 2007]. Uit onderzoek blijkt dat professionele ondersteuning van groot belang is voor de slagingskansen [Riet, 2009; Sattari et al, 2010]. Daarbij is het wenselijk dat moeders niet geconfronteerd worden met tegenstrijdige adviezen.

### Blij met nieuwe richtlijn

Dit artikel biedt een bespreking van de meest voorkomende oorzaken van lactatieproblematiek en beschikbare oplossingsrichtingen. Het vormt daarmee een opmaat naar een reeks van artikelen in Tijdschrift voor Verloskunde die aandacht zullen besteden aan verschillende onderdelen van de begin 2012 online gepubliceerde

multidisciplinaire richtlijn Borstvoeding (zie [www.richtlijnborstvoeding.nl](http://www.richtlijnborstvoeding.nl)). Kristel Zeeman, beleidsmedewerker richtlijnontwikkeling bij de KNOV, is blij met de nieuwe richtlijn, maar stelt dat deze door het evidence-based karakter wel wat abstract is geworden: "Een praktische uitwerking voor de dagelijkse praktijk is dus een waardevolle aanvulling."

Doel van de richtlijn is de kwaliteit en de continuïteit van zorg rond borstvoeding te verbeteren en zo een bijdrage te leveren aan een samenleving waarin het geven van borstvoeding heel gewoon is. Overigens tekent Adrienne de Reede, tot 1 januari j.l. directeur van de stichting Zorg voor Borstvoeding, aan: "Soms vraag ik me wel eens af of we daarin niet te ver gaan. Zijn we bewijs aan het zoeken voor iets wat eigenlijk doodgewoon is? Waarom moeten we wetenschappelijk aantonen dat voeden op verzoek goed is? Of huid op huidcontact? Er is ook nooit wetenschappelijk onderbouwd dat het goed is om volgens een schema te voeden, of om de baby eerst te wassen en te kleden voordat we hem aan zijn moeder geven, toch gebeurde dát op grote schaal."

### Voeden op verzoek-filosofie

De kwaliteit van de geboden zorg is de afgelopen jaren verbeterd, onder meer door BFHI-certificering van verloskundigenpraktijken, kraamzorginstellingen, kraamafdelingen van ziekenhuizen en Jeugdgezondheidszorgorganisaties door de Stichting Zorg voor Borstvoeding. Joke de Jongh, kraamverzorgende en vertegenwoordiger van de Nederlandse Beroepsvereniging voor Kraamverzorgenden (NBVK) bij de ontwikkeling van de nieuwe richtlijn, tekent daarbij aan dat certificaten en extra opleidingsuren niet altijd direct leiden tot een verandering in de zorg voor de kraamvrouw: "Als je al dertig jaar op de klok werkt, is het lastig om opeens over te moeten stappen naar de 'voeden op verzoek'-filosofie. Terwijl veel borstvoedingen mislukken omdat er niet vaak genoeg wordt aangelegd en niet meegegaan wordt in het ritme van het kind. En de houding van de kraamverzorgende ten opzichte van borstvoeding is belangrijk: wil je er alles voor doen?" In de praktijk werken veel kraamverzorgenden nauw samen met lactatiekundigen, in overleg met de betrokken verloskundigen.

Erna Kerkhof, bestuurslid van de KNOV en IBCLC gecertificeerd lactatiekundige, onderzocht hoe verlos-

---

*Lara Tauritz Bakker is bezig met de voorbereiding van onderzoek naar borstvoeding in opdracht van LUMC en TNO; daarnaast is zij publicist*

*Een eerdere versie van dit artikel verscheen in Medisch Contact, 67e jaargang, 6 januari 2012.*

kundigen aankijken tegen de kennis die zij tijdens hun studie krijgen over borstvoedingsproblemen. Eén op de vijf recent afgestudeerden vond in 2007 dat zij te weinig had meegekregen over dit onderwerp. Of de overige 80 % voldoende weet over het behandelen en voorkomen van lactatieproblemen is onduidelijk [Kerkhof, 2007]. Zeeman stelt bijvoorbeeld dat een uur lang direct bloot op de huid aantoonbaar beter is voor zowel borstvoeding als kind: het kind zal zelf op zoek gaan naar de tepel, kan gemakkelijker zijn temperatuur houden, heeft een betere hartslag en ademhaling. "Kortom, zo'n kind heeft een minder stressvolle start. Er zijn een heleboel verloskundigen die het kind wel even bij de moeder leggen maar dan al snel gaan afdrogen en aankleden. Met heel weinig moeite zouden we al heel veel kunnen doen."

### Actieve overdracht

Na de intensieve kraamweek is het wenselijk dat er pro-actief steun wordt aangeboden door de jeugdgezondheidszorg. Jacqueline de Vries van Actiz stelt dat locale praktijken verschillen. Zo biedt Jong Florence in Den Haag een gratis lactatiekundig (inloop)spreekuur aan op vier consultatiebureaus in de stad. Het plaatselijke aanbod hangt af van gemeentelijke prioriteiten, de organisatievorm (via een lidmaatschap van Actiz, een GGD, een combinatie of een nieuwe stichting) en lokale bezuinigingsdoelen. In ieder geval zou De Vries graag zien dat de nieuwe richtlijn Borstvoeding gaat adviseren om de overdracht van kraamzorg naar JGZ zo in te richten, dat deze direct na de kraamweek ondersteuning kan bieden bij borstvoedingsproblemen.

Vorig jaar is door het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid een standpunt geformuleerd over de gewenste overdracht van gegevens, o.a. rondom borstvoeding vanuit de verloskundige- en kraamzorg [Beckers et al, 2011]. Er wordt gestreefd naar (digitale) implementatie vanaf 2013. Op dit moment verschilt de vorm en de kwaliteit van de overdracht per gemeente en per overdragende zorgverlener. Ook de registratie van de perinatale data rondom voeding is volgens Kerkhof en Zeeman voor verbetering vatbaar om een duidelijker beeld te krijgen van de prevalentie en aard van borstvoedingsproblemen. Jeugdarts Lucy Smit van de vereniging Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN) stelt dat de jeugdverpleegkundige bij een borstvoedingsprobleem drie keer een huisbezoek van een uur kan afleggen om te observeren hoe de borstvoeding verloopt en om advies en begeleiding te geven. Smit: "Drie keer is overigens zelden nodig." Onduidelijk is hoe vaak dit daadwerkelijk wordt aangeboden. Binnen het basistakenpakket is ruimte voor zorg op indicatie; ondersteuning bij problemen bij het geven van borstvoeding kan een van de redenen zijn om dit in te zetten.

### Redenen om te stoppen

In onderzoek is de meest genoemde reden voor het opgeven van borstvoeding 'te weinig melk' [Lanting et al, 2007]. De gebruikelijke aanname is 'dat ongeveer 98% van de moeders fysiologisch in staat is om voldoende borstvoeding te geven'. In de Erasmus-studie uit 2009 naar de redenen om te stoppen met voeden, concludeerden de onderzoekers daarom dat het waarschijnlijker is dat oorzaken als stress en een negatieve emotionele situatie redenen zijn om te stoppen, waarbij 'te weinig melk' voornamelijk een legitimatie zou zijn om te stoppen zonder schuldgevoel [Vogel et al, 2009].

Bij gebrek aan onderzoek naar de fysiologische aspecten, ontbreekt echter de empirie om het percentage van 98% te staven. Het is onduidelijk in welke mate verschillende fysiologische borstvoedingsproblemen voorkomen en hoe die samenhangen met sociaal-psychologische aspecten. Kinderarts en hoogleraar sociale pediatrie Anne Marie Oudesluys-Murphy zou daar graag verandering in zien: "Beter begrip van het falen van hun borstvoeding kan leiden tot minder anti-reclame van moeders richting collega-moeders." Daarbij zouden meer moeders daadwerkelijk met productieproblemen kunnen kampen dan meestal verondersteld. In de literatuur worden ook prevalentieschattingen van primaire en secundaire lactatie insufficiëntie genoemd variërend van 5 tot 15 %. in Nederland zouden dat 5000 tot 27000 kinderen per jaar zijn wier moeders potentieel te weinig melk hebben of krijgen [Neifert, 2001].

Bovendien geeft meer dan de helft van de vrouwen aan dat zij liever langer zelf hadden willen voeden, zelfs als zij de borstvoeding vaak als last ervaren (Kerkhof, 2008). Kristel van Asselt, huisarts en als wetenschappelijk medewerker bij het NHG betrokken bij de nieuwe huisartsenstandaard Zwangerschap en Kraambed stelt: "Goede begeleiding kan voortijdig en ongewild stoppen met het geven van borstvoeding voorkomen." Myrte van Lonkhuijsen, voorzitter van de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen verwoordt het zo: "Iedere moeder heeft een goede reden om te stoppen. Als vrouwen graag zelf willen voeden, wordt de vraag of we iets aan die redenen kunnen doen."

Pijn is de tweede meest genoemde reden om te stoppen met borstvoeding. Goed aanleggen en begeleiding hierbij kan problemen voorkomen en oplossen (Haisma, 2011). Soms is echter verdergaande hulp vereist. Volgens Van Lonkhuijsen krijgen patiënten met zichtbaar aangedane huid te vaak nog van artsen te horen dat ze maar moeten stoppen met voeden, ongeacht de wensen van de moeder: "Behandeling van tepels bij borstvoeding zou niet mogelijk zou zijn. Nu worden vrouwen hoogstens behandeld met vette crème en antimycotica, verder onderzoek vindt zelden plaats." Pathogenen als Staphylococcus

Aureus worden bijvoorbeeld zelden vastgesteld en behandeld. Van Lonkhuysen: "Bovendien is er een direct verband tussen pijn bij voeden en (secundaire) lactatie insufficiëntie."

De derde meest genoemde reden is 'werk'. Ook rondom werk kunnen verloskundigen, kraamverzorgenden en JGZ een positieve rol spelen bij het stimuleren en faciliteren van borstvoeding. De nadruk in dit artikel ligt vanwege plaatsgebrek op de voornaamste stopredenen in de eerste maanden na de bevalling.

### Onzekerheid

Tekortschietende borstvoeding, ook wel 'insufficient-milksyndroom' of 'falende lactogenese II', wordt in de literatuur grofweg in drie vormen beschreven: veronderstelde, secundaire en primaire lactatie insufficiëntie [Chapman et al, 1999; Neville et al, 2001; Smith et al, 2010].

Bij 'veronderstelde lactatie insufficiëntie' groeit de baby prima, toch denkt de moeder dat het kind onvoldoende krijgt. Door slecht borstvoedingsmanagement, waarbij onnodig kunstvoeding wordt ingezet en het advies om direct vaker en/of beter te voeden ontbreekt, kan deze vorm makkelijk tot secundaire lactatie insufficiëntie leiden. Voor deze groep zou tijdige goede begeleiding en een stimulerende houding van de zorgverlener volstaan. Het is deze groep die veel voordeel kan hebben bij een duidelijker gestandaardiseerd weegbeleid. Verloskundige Zeeman stelt dat je het kind in de kraamweek tenminste drie keer bloot moet wegen. Liefst elke keer op hetzelfde tijdstip en met dezelfde weegschaal. Voor een verloskundige is dat nauwelijks in te plannen. Ook daarom is de samenwerking met de kraamverzorgende van groot belang. "Zo kun je stille ondervoeding voorkomen, maar ook onnodig bijvoeden. Dat is beter dan als verloskundigen met een eigen unster komen, op verschillende momenten wegen en soms met de kleertjes aan om vervolgens het gewicht van 'vergelijkbare kleertjes' eraf te trekken."

Oudesluys voegt toe dat de meeste mensen denken dat ze te weinig melk hebben als het kind huilt, "Terwijl het aankomen in gewicht over meerdere dagen eenvoudig kan bewijzen dat de moeder voldoende voeding produceert." Bij uitblijven van gewichtstoename is echter nog niet gezegd dat dit komt door lactatie-insufficiëntie. Volgens Prof. dr. Peter Hartmann, biochemicus en hoofd van de Human Lactation Group aan de Universiteit van West Australië zou hulpverlening moeten beginnen met een functietest. De behandeling van lactatieproblemen zou vergelijkbaar moeten zijn met een ziekte als diabetes, vindt Hartmann: "Met een glucosetolerantie test weet je of een patiënt diabetes heeft of niet: einde verhaal. We hebben een borstfunctietest nodig."

### Te weinig melk

Als blijkt dat de moeder daadwerkelijk te weinig melk produceert, vormen ontoereikend borstvoedingsbeleid en/of aanlegproblemen vaak de oorzaak. Hierdoor kan een in eerste instantie voldoende melkproductie stagneren. Deze secundaire vorm van lactatie insufficiëntie vormt volgens de lactatiekundige literatuur de hoofdoorzaak van productieproblemen. Daarom moet een patiënt zo vlot mogelijk doorverwezen worden naar een zorgverlener met lactatiekundige kennis en ervaring. Deze moet niet alleen letten op techniek en frequentie van voeden, ook de fysiologie van de baby is van belang. Er zijn veel – vaak behandelbare – situaties waardoor de baby niet goed kan drinken. [Pelleboer, 2011] Als daar het probleem ligt, heeft vaker aanleggen of kolven geen zin. Een korte tongriem (ankyloglossia) kan bijvoorbeeld problemen opleveren, maar is meestal makkelijk te corrigeren [Post et al, 2010; Geddes et al, 2008]. Kolven is vaak een eerste advies bij geconstateerde en veronderstelde melktekortten. In de praktijk is dat niet altijd even eenvoudig. Kraamverzorgende De Jongh tekent aan dat het in weekend lastig kan zijn om een goede huurkolf te krijgen, omdat verhuurcentra en kraamzorgbureaus dan dicht zijn. Een oplossing zou kunnen zijn als verloskundigenpraktijken kolven beschikbaar stelden, omdat verloskundigen altijd bereikbaar zijn. In de vermoedelijk veel zeldzamere primaire vorm zijn vrouwen fysiologisch niet in staat voldoende melk te produceren, bijvoorbeeld door borstafwijkingen. Uit onderzoek blijkt dat patiënten met mammahyperplasie, ofwel te grote borsten [Hugginset al, 2000] slechts 63% kans hebben om twee weken na de geboorte nog borstvoeding te geven. Na een cosmetische ingreep voor mammahyperplasie slaagt nog steeds 62% erin om twee weken na de geboorte nog borstvoeding te geven, een niet-significant verschil. Chirurgie is derhalve oplossing noch oorzaak van de lactatieproblemen bij mammahyperplasie [Oostrom, 2011]. Een oorzaak van problemen, bijvoorbeeld na borstchirurgie, kan zijn dat de intercostale zenuwen beschadigd zijn. Of door veel weefsel eromheen signalen minder goed doorgeven. Stimulatie van met name de vierde intercostale zenuw door het zuigen van de baby, is noodzakelijk voor het hormonale proces dat melkproductie en -afgifte regelt [Riordan, 2005]. Daarnaast kan hormonale problematiek aan de orde zijn, al is het mechanisme dat melkproductie reguleert onvoldoende bekend [Powe et al, 2010]. Hartmann stelt dat het prolactineniveau in het bloed kort na de bevalling hoog moet zijn om melk te kunnen produceren. Na een aantal maanden daalt het prolactinegehalte, zonder dat de melkproductie evenredig daalt. Zogende moeders hebben na een langere borstvoedingsduur wel nog steeds een hogere prolactinespiegel dan niet-lacterende vrouwen.

Zorgverleners kunnen zelf ook de oorzaak van lactatieproblemen zijn. Er zijn associaties gevonden tussen het gebruik van bepaalde medicatie rondom de partus en het mislukken van borstvoeding, maar causaliteit is niet bewezen [De Wildt, 2011]. Ook vroegtijdige scheiding van moeder en kind na een sectio kan problemen opleveren. Hartmann voegt toe dat bij die ingreep de kans groter is dat een deel van de placenta achterblijft, waardoor de vereiste scherpe daling van het progesteron-gehalte in het bloed ontbreekt en lactatie uitblijft [Pelleboer, 2011; Schippers, 2011].

## Behandeling

Als problemen niet opgelost kunnen worden door het interventiearsenaal van de kraamverzorgende, lactatiekundige of verloskundige, zou een arts met specialistische borstvoedingskennis de patiënte verder moeten helpen. "Vaak is doorverwijzing naar een specialist op het gebied van borstvoeding wenselijk", vindt Van Lonkhuijsen. Dat gebeurt nu nog niet, al zeggen zowel kinderartsen als jeugdartsen en huisartsen desgevraagd dat zij een rol voor zichzelf zien bij het oplossen van borstvoedingsproblemen. Namens de AJN stelde jeugdarts Smit onlangs in het artsblad Medisch Contact dat jeugdartsen al honderd jaar de borstvoedingsspecialist onder de artsen zijn [Smit, 2012]. Kinderarts Marianne Neifert waarschuwt dat artsen de neiging hebben om lactatieproblemen te bagatelliseren en ontwijken, terwijl ze juist de realiteit van borstvoedingsproblematiek moeten onderkennen, risico factoren identificeren en zo nodig interveniëren [Neifert 2001].

Ter onderbouwing van het diagnostisch werk van zorgverleners zijn verschillende online methodologie papers beschikbaar over het echoscopisch onderzoeken van de gezonde en pathologische lacterende borst en het aanhappen en drinken van de baby aan de borst [Geddes, 2009; Geddes, 2009a]. Daarmee kan ook bijvoorbeeld de oorzaak van (terugkerende) borstontstekingen onderzocht worden. Verloskundige Zeeman ziet mogelijkheden om dit in de verloskundigenpraktijken met echoapparatuur te doen: "Maar nu (nog) niet door verloskundigen. Dat is een heel nieuw terrein voor hen."

In sommige gevallen, als de melkproductie niet verhoogd kan worden door frequent te voeden, kan de lactatie gestimuleerd worden met medicatie. De Commentaren Medicatiebewaking, een uitgave waaraan wetenschappers, artsen/specialisten en praktiserende apothekers meewerken, stelt dat dopamine-antagonisten door hun effect op de prolactinespiegel zogstimulerend werken, al staan ze hiervoor niet geregistreerd. Domperidon is daarvan de bekendste, een middel dat zonder recept bij de apotheek verkrijgbaar is. [Van Haaren, 2011; Kenniscentrum Borstvoeding, 2010; Van Buren et al, 2011] Het

verhoogt waarschijnlijk niet de productie van prolactine, alleen de afscheiding ervan (Hale, 2010).

Bij het voorschrijven van geneesmiddelen om lactatie te stimuleren zijn artsen terughoudend, omdat naslagwerken als het Farmacotherapeutisch Kompas gebruik tijdens borstvoeding vaak afraden. Andersom stoppen veel vrouwen met borstvoeding omdat het niet mogelijk zou zijn om hun eigen medicatie te gebruiken. Ook de Teratologie Informatie Service biedt advies voor eerste- en tweedelijns behandelaars, bij Nederlands Bijwerkingen Centrum Lareb in 's Hertogenbosch (073-6469702) [Van Thoor et al, 2011]. Daarnaast kunnen artsen en verloskundigen terecht bij de eerdergenoemde Commentaren Medicatiebewaking. Van dezelfde bron verschijnt ook regelmatig een nieuwe versie van Geneesmiddelen, Zwangerschap en Borstvoeding, een gerichte bundeling van informatie die ook in de Commentaren is opgenomen.

## Donormelk

Tenslotte rest verloskundigen de mogelijkheid om moeders van wie de borstvoeding niet slaagt te wijzen op de mogelijkheid van donormelk. Ondervoeding moet voorkomen worden, daarom adviseren verloskundigen regelmatig bijvoeding - in feite een andere vorm van medicalisering van de lactatieperiode. Bijvoeding hoeft echter niet noodzakelijkerwijs kunstmelk te zijn. Volgens de WHO is donormelk de tweede voorkeur na de eigen melk van de moeder (World Health Organization/United Nations Children's Fund, 1989). Wereldwijd wordt er onderzoek gedaan naar de voordelen van donormelk voor vroeggeborenen (Ganapathy et al, 2011). Sinds eind november 2011 is ook VUmc gestart met onderzoek naar de voordelen van gepasteuriseerde donormelk. Voor gezonde kinderen van wie de moeder niet in staat is zelf te voeden, is er sinds 2005 de mogelijkheid van het moedermelknetwerk ([www.moedermelknetwerk.nl](http://www.moedermelknetwerk.nl)), waarover in een volgend nummer van dit tijdschrift verder zal worden bericht. Verloskundigen en andere zorgverleners die constateren dat een moeder juist heel gemakkelijk borstvoeding geeft en te maken heeft met overproductie, kunnen een rol spelen door deze vrouwen te wijzen op de mogelijkheid donor te worden binnen het netwerk.

## Samenvatting

- \* Het is wenselijk dat meer kinderen langer borstvoeding krijgen
- \* Er is meer onderzoek nodig naar de prevalentie, oorzaken en oplossingen van borstvoedingproblemen
- \* Reeds aanwezige kennis over diagnosestelling en behandelmogelijkheden moet breder verspreid worden onder zorgverleners
- \* Nauwe samenwerking tussen verschillende beroeps-groepen in de zorg is nodig om moeders en baby's

wanneer nodig snel en effectief hulp te kunnen bieden

\* Als borstvoeding niet slaagt, bestaat de mogelijkheid van donormelk

## Referentielijst

Anten-Kools, E.J., Van Wouwe, J.P., Oudesluys-Murphy, A.M., Semmekrot, B.A. (2010). Voorwoord, in: E.J. Anten-Kools, J.P. Van Wouwe, A.M. Oudesluys-Murphy en B.A. Semmekrot (eds.). Een professionele kijk op borstvoeding. Assen: Koninklijke Van Gorcum

Beckers, M., e.a. (2011). Standpunt gegevensoverdracht van kraamzorg en verloskunde naar de jeugdgezondheidszorg. Utrecht: NCI

Chapman, D.J., Perez-Escamilla, R. (1999). Identification of risk factors for delayed onset of lactation. *J Am Diet Assoc.* 99 (4): 450-454; quiz 455-456

Buchner, F.L., Hoekstra, J., Van Rossum, C.T.M. (2007) Health gain and economic evaluation of breastfeeding policies: Model simulation. Bilthoven: RIVM Rapport 350040002

De Wildt, S.N., Scheepers, H.C.J. (2011). Borstvoeding en geneesmiddelen rondom de partus. In: E.J. Anten-Kools, J.P. Van Wouwe, A.M. Oudesluys-Murphy en B.A. Semmekrot (eds.). (2011). Een professionele kijk op borstvoeding. Assen: Koninklijke Van Gorcum.

Ganapathy, V., Hay, J.W., Kim, J.H. (2011). Costs of Necrotizing Enterocolitis and Cost-Effectiveness of Exclusively Human Milk-Based Products in Feeding Extremely Premature Infants. *Breastfeeding Medicine*. Zie verder <http://www.prolacta.com/publications.php>

Geddes, D. (2009). Ultrasound imaging of the lactating breast: methodology and application. *Int Breastfeed J*; Apr 29;4:4.. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19402903>

Geddes, D. (2009a). The use of ultrasound to identify milk ejection in women - tips and pitfalls. *Int Breastfeed J*. Jun 1;4:5. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19486512>

Geddes, D., Langton, D.B., Gollow, I., Jacobs, L.A., Hartmann, P.E., Simmer, K. (2008). Frenulotomy for breastfeeding infants with ankyloglossia: effect on milk removal and sucking mechanism as imaged by ultrasound. *Pediatrics*. 08/2008; 122(1):e188-94.

Haisma, H., Lesterhuis, P., Da Costa, S. (2011). Fysiologie van het zuigen en slikken. In: E.J. Anten-Kools, J.P. Van Wouwe, A.M. Oudesluys-Murphy en B.A. Semmekrot (eds.). Een professionele kijk op borstvoeding. Assen: Koninklijke Van Gorcum

(Productinformatie bij advertentie op pag. 32)

### Productinformatie RheDQuin®

**Samenstelling en farmaceutische vorm:** Oplossing voor injectie voor intramusculair gebruik. **Bevat:** Het product bevat 100-180 gram eiwit per liter. De eiwitfractie bestaat uit ten minste 90% immunoglobuline G (IgG), geringe hoeveelheden immunoglobuline A (IgA) en immunoglobuline M (IgM) en sporen van andere plasma-eiwitten. RheDQuin® bestaat uit een eiwitfractie verkregen uit menselijk plasma met een hoge titer aan rhesus (D)-antistoffen. RheDQuin wordt geleverd in afvullingen van 1000 IE (ten minste 400 IE humaan anti-D immunoglobuline per ml) en 375 IE (ten minste 150 IE humaan anti-D immunoglobuline per ml). Het product wordt steriel en pyrogeenvrij geleverd. **Indicaties:** RheDQuin is bestemd ter preventie van immunisatie tegen het rhesus (D)-antigeen bij rhesus (D)-negatieve vrouwen tijdens zwangerschap en postpartum. Daarnaast is RheDQuin bestemd ter preventie van immunisatie tegen het rhesus (D)-antigeen bij meisjes en vrouwen jonger dan 45 jaar na rhesus (D)-positieve bloed- of trombocytentransfusie, orgaan- of weefseltransplantatie van een rhesus (D)-positieve donor. **Contra-indicaties:** Bekende intolerantie voor het product of andere producten met vergelijkbare samenstelling van de homologe immunoglobulinen. Dit geldt ook voor patiënten met selectieve IgA-deficiëntie bij wie anti-IgA-antistoffen aangetoond zijn. **Bijwerkingen:** Pijn en gevoeligheid op de injectieplaats kunnen worden waargenomen; dit kan worden verminderd door de grotere doseringen over verschillende toedieningsplaatsen te verdelen. In zeldzame gevallen ontstaan koorts en/of exantheem. Zelden zijn misselijkheid, braken, hypotensie, tachycardie en overgevoeligheidsreacties of anafylactische reacties met inbegrip van shock gerapporteerd. **Speciale waarschuwingen en voorzorgen:** niet intraveneus toedienen. Bij patiënten die bij eerder gebruik van bloed(producten) een atypische reactie vertoonden, kan een anafylactische reactie optreden. Deze en bovengenoemde IgA-deficiënte patiënten bij voorkeur niet behandelen met bloedproducten. Als om dringende redenen hiervan moet worden afgeweken, dan alleen toedienen onder nauwkeurige klinische controle. RheDQuin moet na de bevalling toegediend worden aan de moeder, niet aan het kind. Ondanks voorzorgen om bloedoverdraagbare infectieuze agentia in zowel het uitgangsmateriaal (plasma) als in het eindproduct te elimineren, kan het risico op infectie niet geheel uitgesloten worden. **Verpakking:** flacon à 1000 IE ml (ten minste 400 IE humaan anti-D immunoglobuline per ml), flacon à 375 IE (ten minste 150 IE humaan anti-D immunoglobuline per ml). **Afleverstatus:** U.R. In het register ingeschreven onder RVG 16928 (375 IE) RVG 16929 (1000 IE). **Datering:** April 2010.

Sanquin Bloedvoorziening  
Plesmanlaan 125  
1066 CX Amsterdam, Nederland  
[www.rhesusprik.nl](http://www.rhesusprik.nl)  
[www.sanquin.nl](http://www.sanquin.nl)



Hale, T. (2010). *Medications and Mothers' Milk* 14th Edition. Amarillo: Hale Publishing.

Huggins, K.E., Petok, E.S., Mireles, O. (2000). Markers of lactation insufficiency: a study of 34 mothers. In: K.G. Auerbach (ed.). *Current Issues in Clinical Lactation*. Sudbury MA: Jones and Bartlett Publishers.

Kerkhof, E. (2007). Verloskundige ook lactatiedeskundige? Een studie naar ervaringen met borstvoedingonderwijs en de voorlichting en begeleiding bij borstvoeding van de in 2006 afgestudeerde verloskundigen aan de Nederlandse initiële opleidingen voor verloskundigen. Zwolle: Master of Science Verloskunde

Kerkhof, Z., Martijn, R., Van der Horst, M., Van der Wouwe, J., Boxem, J. (2008). Een verkennend onderzoek naar de relatie tussen borstvoedingsduur en tevredenheid. Leiden: TNO Kwaliteit van leven.

Lanting, C.I., Van Wouwe, J.P. (2007) Redenen en motieven om te starten en te stoppen met borstvoeding. Leiden: TNO

Neifert, M.R. (2001). Prevention of breastfeeding tragedies. *Pediatr Clin North Am.* ;48:273-297

Neville, M.C., Morton J. (2001). Physiology and endocrine changes underlying human lactogenesis II. *J Nutr.* 131 (11): 3005S-3008S

Oostrom, C.A.M., (2011). Borstvoeding en chirurgie. In: E.J. Anten-Kools, J.P. Van Wouwe, A.M. Oudesluys-Murphy en B.A. Semmekrot (eds.). (2011). Een professionele kijk op borstvoeding. Assen: Koninklijke Van Gorcum.

Pelleboer, R.A.A., (2011). Voorkomen van uitdroging en ondervoeding. In: E.J. Anten-Kools, J.P. Van Wouwe, A.M. Oudesluys-Murphy en B.A. Semmekrot (eds.). (2011). Een professionele kijk op borstvoeding. Assen: Koninklijke Van Gorcum.

Post, E.D.W.M., Rupert, A.W.M., Schulp, T.W.J. (2010). Problematische borstvoeding door een te korte tongriem. *Ned Tijdschr Geneesk.* 154:A918.

Powe, C.E., Allen, M., Puopolo, K.M., Merewood, A., Worden, S., Johnson, L.V., Fleischman, A., Welt, C.K. (2010). Recombinant human prolactin for the treatment of lactation insufficiency. *CLIN Endocrinol (Oxf.)* Nov;73(5):645-53. doi: 10.1111/j.1365-2265.2010.03850.x. Harvard Medical School Reproductive Endocrine Unit, Brigham and Women's Hospital, Boston University Medical School.

Riet, M.E., Haasnoot-Smallegange, C., Renders, M., Oudesluys-Murphy, A., Hirsing, R. (2009) Professionele steun van groot belang bij borstvoeding. *Ned. Tijdschr. Geneesk.*; 153:B72

Riordan, J. (2005) *Breastfeeding and Human Lactation*. Sudbury MA: Jones and Bartlett Publishers

Sattari, M., Levine, D., Bertram, A., Serwint, J.R. (2010). Breastfeeding Intentions of Female Physicians. *Breastfeeding Medicine.*; 5(6): 297-302

Schippers, D. (2011). Anatomie en fysiologie van de lactatie. In: E.J. Anten-Kools, J.P. Van Wouwe, A.M. Oudesluys-Murphy en B.A. Semmekrot (eds.). (2011). Een professionele kijk op borstvoeding. Assen: Koninklijke Van Gorcum.

Smit, L. (2012). Lactatie verdient serieuze aandacht. *Rubriek Brieven. Medisch Contact*; 05-03 februari 2012;294

Smith, L.J., Riordan, J. (2010). Chapter 8: Postpartum Care. in: J. Riordan, K. Wambach (eds.). *Breastfeeding and Human Lactation*. Burlington: Jones and Bartlett Publishers.

Van Buren, H.C.S., De Gier, J.J., Heringa, M. (eds.). (2011). *Commentaren Medicatiebewaking 2011/2012*. Houten: Health Base.

Van Haaren, V. (2011). Induced lactation en relatatie. In: E.J. Anten-Kools, J.P. Van Wouwe, A.M. Oudesluys-Murphy en B.A. Semmekrot (eds.). (2011). Een professionele kijk op borstvoeding. Assen: Koninklijke Van Gorcum. (35) Het Kenniscentrum Borstvoeding adviseert om de doseerlijn van kinderarts Thomas Hale te volgen. Zie voor details: <http://www.borstvoeding.com/kindjeaanborst/al-even-bezig/domperidon-1.html>

Van Rossum, C.T.M. (2011). Economische aspecten in: E.J. Anten-Kools, J.P. Van Wouwe, A.M. Oudesluys-Murphy en B.A. Semmekrot (eds.). Een professionele kijk op borstvoeding. Assen: Koninklijke Van Gorcum

Van Thoor, C.J.M., Nijhuis, J.G. (2011). Medicatie tijdens borstvoeding. In: E.J. Anten-Kools, J.P. Van Wouwe, A.M. Oudesluys-Murphy en B.A. Semmekrot (eds.). (2011). Een professionele kijk op borstvoeding. Assen: Koninklijke Van Gorcum.

Vogel, I., Van Rossem, L., Van Drongelen, K., e.a. (2009). Borstvoeding in de eerste zes maanden. Een focusgroep studie naar redenen en motieven van vrouwen om gedeeltelijk of geheel te stoppen met het geven van borstvoeding in de eerste 6 maanden. Rotterdam: IMG, Erasmus MC

World Health Organization/United Nations Children's Fund. (1989). Protecting, promoting, and supporting breastfeeding: The special role of maternity services. A Joint WHO/UNICEF Statement. Geneva: WHO. ■