

‘Clinici zijn geneigd problemen te bagatelliseren of te ontwijken’

Lactatie verdient serieuze aandacht

Lara Tauritz Bakker,
publicist

ltauritz@gmail.com;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

Uit gezondheidsoogpunt geniet borstvoeding de voorkeur boven flesvoeding. De beleidsdoelen voor lactatie worden echter bij lange na niet gehaald. Een van de redenen daarvoor is de beperkte kennis die artsen hebben over de behandelopties bij lactatieproblemen.

Ongeveer 90 procent van alle moeders begint na de bevalling met borstvoeding, maar van de kinderen van één en twee maanden oud, krijgt slechts respectievelijk 48 en 42 procent borstvoeding.¹ Enkele jaren geleden becijferde het RIVM dat een kleine stijging van deze cijfers – van 82 naar 85 procent een week na geboorte en van 23 naar 25 procent na 6 maanden – al veel oplevert: 1200 *disability-adjusted life years* (DALY's) en een jaarlijkse besparing van 10 miljoen euro.¹⁻³ Uit onderzoek blijkt dat professionele ondersteuning van groot belang is voor de slagingskansen.⁴⁻⁵ Daarbij is het wenselijk dat moeders niet geconfronteerd worden met tegenstrijdige adviezen.

De kwaliteit van de geboden lactatiezorg is de afgelopen jaren verbeterd, onder meer door BFHI-certificering door de Stichting Zorg voor Borstvoeding, waarbij BFHI staat voor het *Baby Friendly Hospital Initiative* van Unicef en de WHO.⁶ Vorig jaar verscheen het eerste Nederlandstalige wetenschappelijke (leer)boek, *Een professionele kijk op borstvoeding*, en er is een toename van het aantal gecertificeerde lactatiekundigen (*International Board Certified Lactation Consultants*, IBCLC).^{1,7} Desondanks blijft er behoefte aan medische hulpverlening. Dit artikel biedt een bespreking van de meest voorkomende oorzaken van lactatieproblematiek en beschikbare oplossingsrichtingen. Daarmee vormt het een opmaat naar de evidence-based multidisciplinaire richtlijn Borstvoeding, die begin 2012 online zal verschijnen, en de gereviseerde standaard Zwangerschap en Kraambed, die in maart dit jaar zal verschijnen in het NHG-tijdschrift Huisarts en Wetenschap.⁸

Te weinig melk

De meest genoemde reden voor het opgeven van borstvoeding is ‘te weinig melk’.⁹ De gebruikelijke aanname is echter ‘dat ongeveer 98 procent van de moeders fysiologisch in staat is om voldoende borstvoeding te geven’. In een Erasmus-studie uit 2009 naar de redenen om te stoppen met voeden, concludeerden de onderzoekers daarom dat het waarschijnlijk is dat stress en een negatieve emotionele situatie de ware redenen zijn om te stoppen.¹⁰ ‘Te weinig

In Mctv Uitgelicht vertelt kinderarts en hoogleraar sociale pediatrie Anne Marie Oudesluys-Murphy wat artsen kunnen doen om problemen met borstvoeding te verhelpen. Ook is er aandacht voor het moedermelknetwerk waarin donoren moeders met lactatieproblemen helpen.

Bekijk het filmpje op www.medischcontact.nl/video.

mctv
uitgelicht





Ongeveer 98 procent van de moeders zou fysiologisch in staat zijn om voldoende borstvoeding te geven.

beeld: David Trood, HH

Meer dan de helft van de vrouwen wil liever langer zelf voeden

melk' zou voornamelijk een legitimatie zijn voor de beslissing, bedoeld om het schuldgevoel te verminderen.

Er is echter geen bewijs om het percentage van 98 procent te staven. Het is onduidelijk in welke mate verschillende fysiologische borstvoedingsproblemen voorkomen en hoe die samenhangen met sociaalpsychologische aspecten. Kinderarts en hoogleraar sociale pediatrie Anne Marie Oudesluys-Murphy zou dat graag anders zien. 'Beter begrip van het falen van hun borstvoeding kan leiden tot minder antireclame van moeders richting collega-moeders.'

Daarnaast zouden meer moeders daadwerkelijk met productieproblemen kunnen kampen dan meestal wordt verondersteld. In de literatuur worden ook prevalentieschattingen van primaire en secundaire lactatie-insufficiëntie genoemd van 5 tot 15 procent. In Nederland

zouden dat 9.000 tot 27.000 kinderen per jaar zijn wier moeders potentieel te weinig melk hebben.¹¹

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.¹² Kristel van Asselt, huisarts en wetenschappelijk medewerker bij de afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap van het NHG: 'Goede begeleiding kan voortijdig en ongewild stoppen met het geven van borstvoeding voorkomen. Hierin is ook een rol voor de huisarts weggelegd'. 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.'

Bagatelliseren

Pijn is de tweede meest genoemde reden om te stoppen met borstvoeding. Goed aanleggen en begeleiding hierbij kunnen problemen

Clinici hebben de neiging om lactatieproblemen te bagatelliseren

voorkomen en oplossen. 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 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 Lonkhuijsen: 'Bovendien is er een direct

verband tussen pijn bij voeden en lactatie-insufficiëntie.'

De derde meest genoemde reden om te stoppen – werk – wordt in dit artikel buiten beschouwing gelaten, omdat de nadruk hier ligt op problemen die zich voordoen in de eerste maanden na de bevalling en die met medische interventie zouden kunnen worden opgelost.

Huisarts Van Asselt benadrukt de noodzaak van nader onderzoek naar behandelingen die voortijdig stoppen kunnen voorkomen. 'Je wilt niet bezig gaan met onvoldoende onderbouwde klinische toepassingen.' Een risico daarvan is dat behandeling slechts op placebo-effect berust, of dat vrouwen zich melden met lactatiepro-

blemen, puur omdat de diagnose bekendheid krijgt (nocebo-effect).

Daar stelt kinderarts Marianne Neifert tegenover dat klinici nu vaak de neiging hebben om lactatieproblemen te bagatelliseren en te ontwijken. Volgens Neifert zouden ze juist de realiteit van borstvoedingsproblematiek moeten onderkennen, risicofactoren moeten identificeren en zo nodig moeten interveniëren.¹¹

Borstfunctietest

Tekortschietende borstvoeding, ook wel *insufficient milk syndrome* of falende lactogenese II genoemd, wordt in de literatuur grofweg in drie vormen beschreven: veronderstelde, secundaire en primaire lactatie-insufficiëntie.¹³⁻¹⁵ Bij veronderstelde insufficiëntie groeit de baby prima, maar meent 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 zouden tijdige goede begeleiding en een stimulerende houding van de zorgverlener volstaan.

Oudesluis: 'De meeste mensen denken dat ze te weinig melk hebben als het kind huilt, terwijl de gewichtstoename over meerdere dagen eenvoudig kan bewijzen dat de moeder voldoende voeding produceert.' En zelfs bij het uitblijven van gewichtstoename is niet gezegd dat er te weinig melk is. Volgens prof. dr. Peter Hartmann, biochemicus en hoofd van de Human Lactation Group aan de University of Western Australia zou hulpverlening moeten beginnen met een functietest. De behandeling van lactatieproblemen zou vergelijkbaar moeten zijn met die van een ziekte als diabetes, vindt Hartmann: 'Met een glucosetolerantietest weet je of een patiënt diabetes heeft of niet: einde discussie. We hebben een borstfunctietest nodig.'

Afwijkingen

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 letten op techniek en frequentie van



Onnodig inzetten van kunstvoeding kan bijdragen tot secundaire lactatie-insufficiëntie.

beeld: iStockphoto

SAMENVATTING

- Er is meer onderzoek nodig naar de prevalentie, oorzaken en oplossingen van borstvoedingsproblemen.
- Reeds aanwezige kennis over diagnosestelling en behandelmogelijkheden moet breder verspreid worden onder medici.
- Nauwe samenwerking tussen verschillende beroepsgroepen in de zorg is nodig om moeders en baby's wanneer nodig snel en effectief hulp te kunnen bieden.
- Er gaan stemmen op om het artsenspecialisme 'mammaloog' in het leven te roepen.

voeden, maar ook op de fysiologie van de baby. Er zijn veel – vaak behandelbare – situaties waardoor de baby niet goed kan drinken.¹ Een korte tongriem (ankyloglossia) kan bijvoorbeeld problemen opleveren, maar is meestal makkelijk te corrigeren.^{8 16 17}

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 slechts 63 procent kans hebben om twee weken na de geboorte nog borstvoeding te geven.^{1 15 18} Daarnaast kan hormonale problematiek aan de orde zijn, al is het mechanisme dat melkproductie reguleert onvoldoende bekend.¹⁹ 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.

Artsen 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.¹ 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 progesterongehalte in het bloed ontbreekt en lactatie uitblijft.

Mammaloog


Vaak is doorverwijzing naar een specialist op het gebied van borstvoeding wenselijk, vindt Van Lonkhuijsen. Als er een artsenspecialisme was op dit gebied, zou de diagnosestelling en behandeling van borstvoedingsproblemen sterk kunnen verbeteren, menen Hartmann en de International Academy for Breastfeeding Medicine. Van Lonkhuijsen stelt de term mammaloog voor. Ook kinderarts Jan Rehbock ziet de noodzaak van meer kennis over borstvoeding bij artsen, maar stelt voor dit in eerste instantie onder te brengen bij pediatrie. Huisarts Van Asselt verwacht dat de meeste problemen goed in de eerste lijn te behandelen zijn: 'In bepaalde gevallen raadt de nieuwe standaard aan om te verwijzen. Wel hebben sommige huisartsen meer affiniteit met borstvoeding dan anderen, bijvoorbeeld als zij verloskundig actief zijn.'

Ter onderbouwing van het diagnostisch werk van artsen en lactatiekundigen zijn verschillende online papers beschikbaar over het echoscopisch onderzoeken van de gezonde en pathologische lacterende borst en het aanpakken en drinken van de baby aan de borst.^{20 21} Daarmee kan ook bijvoorbeeld de oorzaak van (terugkerende) borstontstekingen onderzocht worden. Rehbock: 'In het ziekenhuis is de diagnostische techniek reeds voorhanden, nu nog de kennis.'

In sommige gevallen, als de melkproductie niet verhoogd kan worden door frequent te voeren, kan de lactatie gestimuleerd worden met medicatie. De Commentaren Medicatiebewaking, een uitgave waaraan wetenschappers, artsen 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.^{22 23} Het verhoogt waarschijnlijk niet de productie van prolactine, alleen de afscheiding ervan.²⁴

Donormelk

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. Initiatieven zoals de POP-poli – Psychiatrie, Obstetrie en Pediatrie – kunnen daarin verbetering brengen.²⁵ Ook de Teratologie Informatie Service biedt advies voor eerste en tweedelijns behandelaars.¹ Daarnaast kunnen artsen terecht bij de eerdergenoemde Commentaren Medicatiebewaking.

Ten slotte rest artsen de mogelijkheid om moeders van wie de borstvoeding niet slaagt, te wijzen op de mogelijkheid van donormelk. Ondervoeding moet voorkomen worden, daarom schrijven artsen regelmatig bijvoeding voor – 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.²⁶ Het VUmc doet momenteel onderzoek naar de voordelen van gepasteuriseerde donormelk voor vroeggeborenen.²⁷⁻²⁹ Voor gezonde kinderen van wie de moeder niet in staat is zelf te voeren, is er de mogelijkheid van het moeder-melknetwerk.³⁰ 



De voetnoten en links naar bijpassende boekentips vindt u bij het artikel op www.medischcontact.nl.

Voetnoten

1. Anten-Kools EJ, Wouwe JP van, Oudesluys-Murphy AM, Semmekrot BA (eds.). Een professionele kijk op borstvoeding, Van Gorcum 2011.
2. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/index.html
3. Buchner FL, Hoekstra J, Rossum CTM van. Health gain and economic evaluation of breastfeeding policies. Model simulation. RIVM Rapport 350040002, 2007.
4. Riet ME, Haasnoot-Smallegange C, Renders M, Oudesluys-Murphy AM en Hirasings RA. Professionele steun van groot belang bij borstvoeding. Ned Tijdschr Geneesk 2009; 153: B72.
5. Sattari M, Levine D, Bertram A, Serwint JR. Breastfeeding Intentions of Female Physicians. Breastfeeding Medicine 2010; 5(6): 297-302.
6. <http://www.zorgvoorbordstvoeding.nl>
7. Adrienne de Reede, één van de bijdragers aan Een professionele kijk op borstvoeding (zie voetnoot 1), tekent aan dat ook een ander handboek nuttig kan zijn: Walker M, Breastfeeding Management for the Clinician. Using The Evidence, 2006.
8. De multidisciplinaire Richtlijn Borstvoeding verschijnt volgens planning in 2012 online. Zie <http://www.partnerschapborstvoeding.nl>.
9. Lanting CI en Wouwe JP van. Redenen en motieven om te starten en te stoppen met borstvoeding, TNO, 2007.
10. Vogel I, Rossem L van, Drongelen K van e.a. 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. IMG, Erasmus MC Rotterdam, juli 2009.
11. Neifert MR. Prevention of breastfeeding tragedies. Pediatr Clin North Am 2001; 48: 273-97.
12. Kerkhof Z, Martijn R, Horst M van der, Wouwe J van der, Boxem J. Een verkennend onderzoek naar de relatie tussen borstvoedingsduur en tevredenheid. TNO Kwaliteit van leven, 2008.
13. Chapman DJ, Perez-Escamilla R. Identification of risk factors for delayed onset of lactation. J Am Diet Assoc 1999; 99 (4): 450-6.
14. Neville MC, Morton J. Physiology and endocrine changes underlying human lactogenesis II. J Nutr 2001; 131 (11): 3005S-3008S.
15. Riordan J en Wambach K (red.). Breastfeeding and Human Lactation. Jones and Bartlett Publishers, LLC, 2010.
16. Post EDWM, Rupert AWM, Schulpen TWJ. Problematische borstvoeding door een te korte tongriem. Ned Tijdschr Geneesk 2010; 154: A918.
17. Geddes D, Langton DB, Gollow I, Jacobs LA, Hartmann PE, Simmer K. Frenulotomy for breastfeeding infants with ankyloglossia: effect on milk removal and sucking mechanism as imaged by ultrasound. Pediatrics 2008; 122(1): e188-94.
18. Huggins KE, Petok ES, Mireles O. Markers of lactation insufficiency: a study of 34 mothers. In: Auerbach KG (red.). Current Issues in Clinical Lactation 2000. Sudbury MA, Jones and Bartlett Publishers, 2000.
19. Powe CE, Allen M, Puopolo KM, Merewood A, Worden S, Johnson LV, Fleischman A en Welt CK. Recombinant human prolactin for the treatment of lactation insufficiency. Clin Endocrinol 2010; 73(5): 645-53. Doi: 10.1111/j.1365-2265.2010.03850.x.
20. Geddes D. Ultrasound imaging of the lactating breast: methodology and application. Int Breastfeed J 2009; 4: 4. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19402903>
21. Geddes D. The use of ultrasound to identify milk ejection in women – tips and pitfalls. Int Breastfeed J. 2009; 4: 5. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19486512>
22. <http://www.borstvoeding.com/kindjeaandebord/al-even-bezig/domperidon-1.html>
23. http://www.rivm.nl/cib/binaries/CI%20Lac%20Inleiding%20lactatie_tcm92-55015.pdf
24. Hale T. Medications and Mothers' Milk, 14th Edition, 2010
25. www.poppoli.nl/
26. World Health Organization/United Nations Children's Fund. Protecting, promoting, and supporting breastfeeding: The special role of maternity services. A Joint WHO/UNICEF Statement. Geneva: WHO, 1989.
27. Ganapathy V, Hay JW, Kim JH. 'Costs of Necrotizing Enterocolitis and Cost-Effectiveness of Exclusively Human Milk-Based Products in Feeding Extremely Premature Infants'. Breastfeeding Medicine 2011.
28. <http://www.prolacta.com/publications.php>
29. De Nederlandse Moedermelkbank is op 24 november 2011 officieel geopend.
30. <http://www.moedermelknetwerk.nl>