

Baten van extra vitamine D voor zwangeren en zogenden nog steeds onduidelijk

Tjerk Wiersma, Pien Offerhaus, Suze Jans, Jules Schagen van Leeuwen

De kern

- ▶ De Gezondheidsraad adviseert zwangeren en zogenden dagelijks 10 microgram vitamine D in te nemen.
- ▶ Er is onvoldoende bewijs dat dit advies gezondheidswinst oplevert.

Naar aanleiding van een rapport van de Gezondheidsraad uit 2000 over diverse vitaminen B, vitamine D en calcium hebben het Nederlands Huisartsen Genootschap, de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen en de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie in 2001 in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* betoogd onvoldoende reden te zien voor routinematige suppletie van vitamine D aan zwangeren en zogenden. Klinisch relevante effecten van artificiële verhoging van de inname van vitamine D door zwangeren en zogenden waren indertijd niet aangetoond en werden niet aannemelijk geacht.¹ Naar aanleiding van nieuwe publicaties over vitamine-D-tekorten hebben dezelfde organisaties enkele jaren later de meest prangende vragen over de voorgestelde specifieke aandacht voor - de dit keer allochtone

Samenvatting

Wiersma Tj, Offerhaus PM, Jans SMPJ, Schagen van Leeuwen JH. Baten van extra vitamine D voor zwangeren en zogenden nog steeds onduidelijk. *Huisarts Wet* 2009;52(8)408-9.

In het nieuwe rapport van de Gezondheidsraad over de vitamine-D-voorziening van de Nederlandse bevolking wordt geadviseerd dat zwangeren en zogenden voortaan dagelijks 10 microgram vitamine D moeten gaan gebruiken. Dit advies is onvoldoende onderbouwd omdat de daarmee te bereiken gezondheidswinst onduidelijk is, zo stellen de auteurs van deze beschouwing. Zij schreven deze namens het Nederlands Huisartsen Genootschap, de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen en de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie.

Nederlands Huisartsen Genootschap, afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht: dr. Tj. Wiersma, huisarts-filosof en senior wetenschappelijk medewerker. Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen: P.M. Offerhaus, verloskundige, gezondheidswetenschapper en hoofd Richtlijnontwikkeling; S.M.P.J. Jans, verloskundige en beleidsmedewerker Richtlijnontwikkeling. Antonius Ziekenhuis Nieuwegein, Commissie richtlijnen NVOG: dr. J.H. Schagen van Leeuwen, gynaecoloog.

Correspondentie: t.wiersma@nhg.org

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

- zwangeren en zogenden nog eens herhaald: welke pathologie beoogt men hiermee precies te voorkomen en waarom richt men zich specifiek op zwangeren en zogenden?²

Nieuw rapport Gezondheidsraad

Inmiddels is een nieuw rapport van de Gezondheidsraad verschenen over de vitamine-D-voorziening van de Nederlandse bevolking.³ Een korte samenvatting daarvan stond in het februari-nummer van dit blad.⁴ De adviezen voor zwangeren en zogenden blijken goeddeels ongewijzigd. De raad adviseert deze groepen een dagelijkse suppletie van 10 microgram vitamine D.

We lezen echter in het rapport niets over de redenen om een specifieke aanbeveling voor zwangeren op te nemen. Uit tabel 1 van het rapport blijkt dat de prevalentie van een vitamine-D-tekort - gedefinieerd als een serumcalcidiolspiegel van minder dan 30 nmol/l - onder zwangeren met een lichte huidskleur niet hoger is dan bij andere volwassenen met een lichte huidskleur. Vermoedelijk geldt hetzelfde bij de vergelijking van zwangeren met niet-zwangeren met een donkere huidskleur, hoewel de gemiddelde serumcalcidiolspiegel bij deze groeperingen lager ligt. Over klinisch relevante effecten van routinematige substitutie met vitamine D bij zwangeren en zogenden hebben we geen informatie kunnen vinden. Dat relatief kortdurende inname van vitamine D in de vruchtbare levensfase bijdraagt aan de preventie van osteoporotische fracturen diverse decennia later, lijkt ons op fysiologische gronden zeer onwaarschijnlijk.

Discussie

Teleurstellend aan het rapport is dat de auteurs enerzijds niet ingaan op de kritiek zoals eerder is verwoord in een wetenschappelijk tijdschrift en dat zij geen enkele poging hebben gedaan die te weerleggen. Dat blijkt ook uit het feit dat de Raad de zo-even aangeduide publicaties niet in de lijst van geraadpleegde literatuur heeft opgenomen. Daarmee onttrekt de Raad zich aan de reguliere wetenschappelijke discussie.

Dit is des te opmerkelijker, omdat de commissie anderzijds wijst op de wenselijkheid van uniforme voorlichting over het gebruik van extra vitamine D, dan wel verrijkte voedingsmiddelen. Hoe denkt de commissie deze uniformiteit te bereiken, als zij zonder overleg opnieuw adviezen uitbrengt die al eerder zijn bekritiseerd?

Conclusie

Wij vragen ons af of het niet tijd wordt om de werkwijze en samenstelling van commissies die zich bezighouden met voedingsad-

Abstract

Wiersma Tj, Offerhaus PM, Jans SMPJ, Schagen van Leeuwen JH. Efforts of extra vitamin D for pregnant and breastfeeding women still not clear. *Huisarts Wet* 2009; 52(8):408-9.

The new report of the Dutch Health Council on the supply of vitamin D in the Dutch population advises women who are pregnant or breastfeeding to use 10 microgram of vitamin D daily. This advice is insufficiently evidence-based because the clinical benefits are unclear.

viezen eens kritisch tegen het licht te houden. Terwijl grote delen van de geneeskunde zich bekommeren om *evidence-based medicine*, waarbij adviezen op klinisch relevante eindpunten moeten zijn onderbouwd, is dat bij voedingsadviezen zoals extra vitamine D in veel mindere mate het geval en richt men zich meer op biochemische parameters. Uit de gegevens over de samenstelling van de commissie en de gegevens over de deelnemers aan de werkconferentie blijkt dat bij de opstelling van de adviezen geen huisartsen, verloskundigen en gynaecologen betrokken zijn geweest, terwijl

in de brief met aanvullende vragen aan de Raad (zie bijlage B bij het rapport) wel om afstemming met deze beroepsgroepen was gevraagd. Het lijkt zaak om in dit soort commissies in de toekomst ruimhartig plaats in te ruimen voor praktiserende medici, zodat er meer aandacht ontstaat voor klinisch relevante effecten en er bovendien wordt nagedacht over hoe de aanbevelingen praktisch moeten worden gerealiseerd in de praktijk.

Literatuur

- 1 Wiersma Tj, Daemers DOA, Steegers EAP, Flikweert S. Onterechte aanbeveling voor extra vitamine D bij zwangeren en zogenden. *Ned Tijdschr Geneesk* 2001;145:1700-1.
- 2 Wiersma Tj, Flikweert S, Schagen van Leeuwen JH, Daemers DOA. Vitamine-D-deficiëntie [Ingezonden]. *Ned Tijdschr Geneesk* 2006; 150:1313-5.
- 3 Gezondheidsraad. Naar een toereikende inname van vitamine D. Den Haag: Gezondheidsraad, 2008;2008/15.
- 4 Weggemans R, Schaafsma G, Kromhout D. Naar een toereikende inname van vitamine D. Een advies van de Gezondheidsraad. *Huisarts Wet* 2009;52:73-5.

Klinische les

Erectiele disfunctie

Marsha van Koppen-van Benthem, Arie Knuistingh Neven, Guus Lycklama à Nijeholt

Introductie

De huisarts speelt tegenwoordig een belangrijke rol bij de diagnosestelling en behandeling van erectiele disfunctie (ED).¹ Hij vergaart de juiste informatie en schat in of de oorzaak van het probleem in de psychogene, relationele of somatische sfeer ligt. Overigens ligt de oorzaak vaak niet op slechts één gebied.²

Casus

Patiënt A, een man van 49 jaar, bezocht het spreekuur met klachten over verminderd seksueel verlangen, moeite met opgewonden raken en het uitblijven van een erectie. Hij had soms nog wel een ochtenderectie. Hoe lang het probleem precies speelde en wanneer hij voor het laatst een ejaculatie had gehad, wist hij niet. Hij kon zich wel herinneren

Auteursgegevens

LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijns geneeskunde, Postbus 2088, 2301 CB Leiden: M.J. van Koppen-van Benthem, huisarts, destijds aios, dr. A. Knuistingh Neven, huisarts-epidemioloog.

LUMC, afdeling Urologie: prof. dr. A.A.B. Lycklama à Nijeholt, uroloog.

Correspondentie: a.knuistinghneven@upcmail.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

dat het ejaculaat de laatste keer waterig was. Zijn vrouw, die recent een mamma-amputatie had ondergaan, vond hij niet meer seksueel aantrekkelijk. In verband met haar ziekte had zijn vrouw evenmin behoefte aan seksueel contact. Ze spraken er niet meer over. De patiënt vertelde dat zijn okselbehaving was verdwenen. Hij vond dit vreemd en vroeg zich af wat het kon betekenen. Hij gebruikte geen medicijnen, er waren geen cardiovasculaire risicofactoren en evenmin aanwijzingen voor stemmingsstoornissen.

Bij lichamelijk onderzoek vond de huisarts inderdaad geen okselbehaving. De testikels waren echter niet afwijkend. Vanwege het verminderde libido dacht de huisarts aan een verlaagd testosterongehalte. Hij regelde een bloedonderzoek en vroeg de patiënt een week later terug te komen. Bij het volgende consult klaagde de patiënt over toenemende stekende hoofdpijn aan de rechterkant van zijn slaap. Hij had geen klachten over dubbelzien, hemianopsie of andere visusafwijkingen en de ateriitis temporalis was niet palpabel.

Het testosterongehalte was 4,7 nmol/l (n 12,0-35,0 nmol/l), FSH 2,6 U/l (n 2,0-7,0 U/l) en LH 1 U/l (n 1,5-8,0 U/l, dus hypogonadotroop). De uitslagen gaven aanwijzingen voor een verlaagd testosterongehalte door gedeeltelijke hypofysaire uitval. De huisarts sprak met de patiënt af het bloedonderzoek te herhalen, nu met een prolactinebepaling. De waarden van de eerdergenoemde bepalingen bleken opnieuw verlaagd. Het