

PRAATJESMAKER

Magazine voor professionals | Uitgave van Nutricia voor (para)medici



Het belang van
extra's in flesvoeding



Is het niet-IgE gemedieerde
koemelkallergie?
DAT IS DE VRAAG



PODCAST: Elke borstvoeding telt



Inhoud

Interviews

- 04 Het belang van extra's in flesvoeding.
Clara Belzer
- 08 Is het niet-IgE? Dat is de vraag.
Kim Brand
- 12 PODCAST: Elke borstvoeding telt.
Anita Badart



04

Wetenschappelijk

- 07 Abstract: Hoge ziektelast bij koemelkallergie
- 15 Verslag: Voeding bij (zieke) kinderen: het roer moet om
- 16 Onderzoek: Risicoprofielen voor matig en laat prematuren

Divers

- 11 Column: 'Kraamzorg is nodig voor een goede start'. Renée van der Heide
- 18 Nieuws
- 20 Casus: Spugen, krampjes, onrust en huilen, maar geen koemelkallergie



16



12



20

Van de redactie

Twee keer per jaar maken we als redactie de PraatjesMaker voor u. Elke keer weer merken we dat er heel veel onderwerpen zijn die we aan bod kunnen laten komen. Soms is het lastig kiezen. Er vindt immers veel interessant onderzoek plaats en er gebeurt zoveel op het gebied van kindervoeding! Of het nu gaat om gezonde of zieke kinderen, om à terme geboren of premature zuigelingen, voeding is en blijft altijd één van de belangrijkste aspecten voor de groei en ontwikkeling van het kind. Borstvoeding blijft de beste voeding voor elke zuigeling. Dat is iets wat we bij Nutricia ook altijd zullen benadrukken. Voor deze editie spraken we met diëtist en lactatiekundige Anita Badart, die zich gespecialiseerd heeft in de zorg voor zwangere vrouwen en pasgeboren kinderen. In de podcast die bij deze PraatjesMaker hoort, stelt ze dat "elke borstvoeding telt", ook als deze gecombineerd wordt met flesvoeding. Zo beschouwd is het winst als door de combinatie van borst- en flesvoeding, moeders langer de borst blijven geven.

Een ander onderwerp in deze PraatjesMaker is de darmmicrobiota en hoe de samenstelling daarvan op de juiste wijze ondersteund of verbeterd kan worden. Het op pagina 7 opgenomen abstract laat zien dat een dysbiose veel voorkomt bij kinderen met koemelkallergie. Lees in dat kader ook het interview met microbioloog Clara Belzer over de toegevoegde waarde van extra's in flesvoeding, zoals pre- en postbiotica. Ook kinderarts Kim Brand vertelt over de mogelijke toegevoegde waarde van synbiotica voor kinderen met koemelkallergie. Tevens vertelt zij over de verschillende vormen van ernstige en milde niet-IgE gemedieerde koemelkallergie waarbij in geval van milde klachten, de diagnose soms lastig te stellen is.

Kortom: we hebben voor u weer een leeswaardige PraatjesMaker gemaakt.

Veel lees- en luisterplezier,

Redactie PraatjesMaker

Tekst, ontwerp en realisatie: Scriptum communicatie over voeding en gezondheid

Beeld: iStockphoto, Nutricia

Monique Dijsselhof
Kinderdiëtist
Emma Kinderziekenhuis, AMC



Elvira George
Kinderarts MDL
Noordwest Ziekenhuisgroep,
locatie Alkmaar



Gerda van de Put
Head of Medical Affairs
paediatrics
Nutricia



Redactie-adres: Nutricia Nederland, Postbus 445, 2700 AK Zoetermeer. Beweringen en meningen geuit in de artikelen en mededelingen in deze publicatie zijn niet noodzakelijkerwijs die van de redactie. Grote zorgvuldigheid wordt betracht bij de samenstelling van de artikelen. Desondanks kunnen onjuistheden niet altijd worden voorkomen. Om die reden wijst Nutricia elke verantwoordelijkheid of aansprakelijkheid bij voorbaat af. Overname van informatie uit PraatjesMaker is uitsluitend toegestaan in overleg met de redactie.



Het belang van extra's in flesvoeding

Niet alle flesvoeding is hetzelfde. Dr. Clara Belzer ziet directe effecten van prebiotica (HMO's) en postbiotica. 'Als wetenschapper ben ik heel erg voor het optimaliseren van flesvoeding, met moedermelk als grote inspiratiebron.'

Er is geen twijfel mogelijk, borstvoeding is de beste voeding voor elke pasgeborene. Maar voor zuigelingen die om de één of andere reden geen borstvoeding (meer) krijgen, is er tegenwoordig een groot aanbod aan flesvoeding. Niet al deze voedingen zijn echter hetzelfde. Jarenlang onderzoek geeft steeds meer inzicht in de samenstelling van moedermelk. Dat leidt tot nieuw ontdekte en wetenschappelijk bewezen effectieve ingrediënten. In de Europese wetgeving* voor zuigelingenvoeding is vastgelegd wat er minimaal in flesvoeding moet zitten. Onderzoek naar moedermelk leert ons dat moedermelk veel meer ingrediënten bevat dan er wettelijk minimaal in flesvoeding moeten zitten.¹⁻⁴ Naast de verplichte samenstellingen kunnen fabrikanten op vrijwillige basis ingrediënten toevoegen. Die ingrediënten moeten wel bewezen geschikt zijn voor deze gevoelige groep. Juist de toegestane ingrediënten, die niet verplicht zijn, maken het verschil tussen de diverse flesvoedingen.

Naast de verplichte samenstellingen kunnen fabrikanten op vrijwillige basis ingrediënten toevoegen die bewezen geschikt zijn voor deze gevoelige groep

Dr. Clara Belzer doet veel onderzoek naar de microbiota, voeding en gezondheid en ziet onder andere de winst van de al verplichte prebiotica zoals galacto-oligosachariden en fructo-oligosachariden (GOS/FOS) in flesvoeding: 'Onderzoek laat zien dat prebiotica de groei van bifidobacteriën stimuleren bij kleine kinderen.^{5,6} Voor mij zijn borstgevoede kinderen nog altijd de referentie. Bij borstgevoede kinderen zie je hoge aantallen bifidobacteriën⁷ dus streef je liefst ook naar veel bifidobacteriën bij flesgevoede kinderen. Over de functie van die bifidobacteriën weten we veel. Ze stimuleren onder andere het immuunsysteem en helpen bij het verteren van vezels in de voeding.¹⁰⁻¹² In borstvoeding zitten ook prebiotische oligosachariden: de Humane Melk Oligosachariden, afgekort HMO's. Deze vezels stimuleren bifidobacteriën en tegelijkertijd helpen de bifidobacteriën met het verteren van het voedsel in de darm.¹³⁻¹⁶ Bij onvoldoende vertering kan constipatie of verminderde groei ontstaan. Het is dus een beetje een kip-ei verhaal, maar door prebiotica toe te voegen aan flesvoeding stimuleer je de groei van bifidobacteriën en dus de vertering.⁵⁻⁶ Dat is ook een voordeel als je als moeder nog wilt switchen naar borstvoeding omdat de borstvoeding eerder nog niet op gang was gekomen of een combinatie van borst- en flesvoeding wilt geven. >>



dr. Clara Belzer
Microbioloog en universitair
hoofddocent
Wageningen University &
Research

* Gedelegeerde verordening (EU) 2016/127

Via flesvoeding heeft het kind dan al genoeg microben in de darm, die ook wat kunnen met de borstvoeding. Maar die bifidobacteriën brengen het kind nog meer. Er is wetenschappelijk bewijs dat het immuunsysteem gestimuleerd wordt en er minder kans op infectie is. De bifidobacteriën produceren ook korteketenvetzuren, die de omgeving zuurder maken, wat ook weer beschermt tegen infecties.^{5,6,16,17}

De natuur een handje helpen

Flesvoeding kan ook het extra – niet verplichte, maar wel toegestane – ingrediënt postbiotica bevatten. Belzer: ‘Postbiotica zitten in moedermelk maar we kennen het ook uit gefermenteerd voedsel. Flesvoeding kan worden voorbehandeld met bacteriën – die zorgen voor fermentatie – waardoor korteketenvetzuren en andere metabolieten ontstaan in de voeding: de postbiotica. Deze postbiotica hebben een positieve invloed op de samenstelling en het functioneren van de darmmicrobiota en daarmee ook de ontwikkeling van het immuunsysteem.¹⁹ Er ontstaat bijvoorbeeld een zure omgeving wat de ontwikkeling van gunstige darmmicrobiota ten goede komt. Het voordeel van het toevoegen van postbiotica aan flesvoeding is dat je niet hoeft te wachten of de bifidobacteriën wel willen groeien en de omgeving wel zuur wil worden, maar dat je zelf in de dunne darm de gunstige stoffen hiervoor al aan het kind kunt aanbieden.’

‘Bij borstgevoede kinderen zie je hoge aantallen bifidobacteriën’ dus streef je liefst ook naar veel bifidobacteriën bij flesgevoede kinderen’

Innovaties

Belzer: ‘Als wetenschapper ben ik heel erg voor het optimaliseren van flesvoeding, met moedermelk als grote inspiratiebron. We blijven zoeken naar vernieuwingen. Die extra’s maken de voeding logischerwijs wel duurder, want het wetenschappelijk onderzoek en de innovaties zijn kostbaar. Maar ik snap ook dat voor ouders geld een beperkende factor kan zijn.’ Belzer doet mede daarom veel metingen

in moedermelk, ook om naar alternatieven te kijken voor goede dure ingrediënten. ‘Ik ben geen kinderarts, maar microbioloog en kijk dus ook vanuit het perspectief wat bacteriën nodig hebben, en niet alleen vanuit het perspectief “wat zit er allemaal in moedermelk”. Vanuit dat perspectief werken we nu aan niet HMO-gerelateerde innovaties. Zo hebben bacteriën stikstof nodig om te kunnen leven. Ik heb samen met Nutricia een review geschreven over stikstofbronnen in moedermelk. Dat is een heel nieuw onderzoeksveld en misschien biedt dat in de toekomst wel mooie toevoegingen naast HMO’s en andere extra’s. Zo werken we samen aan innovaties en aan de toekomst van nog betere producten.’ •

Nutrilon* bevat, in navolging van moedermelk, de volgende extra – ingrediënten:

- de prebiotische vezelmix scGOS:lcFOS 9:1 om de hoeveelheid en diversiteit van Humane Melk Oligosachariden (HMO’s) in moedermelk te evenaren¹
- aanvullend de Humane Melk Oligosacharide (HMO) 3’GL vergelijkbaar aanwezig in moedermelk¹
- postbiotica, die belangrijk zijn voor het scheppen van de juiste omstandigheden in de darm¹⁹
- een onderscheidende vetzuursamenstelling: behalve het verplichte DHA bevat Nutrilon ook AA in een onderlinge verhouding die vergelijkbaar is met die van moedermelk^{20**}



Hoge ziektelast bij koemelkallergie

Kinderen met koemelkallergie hebben in de eerste jaren van hun leven significant vaker infecties van bijvoorbeeld het maagdarmkanaal, de luchtwegen of de oren. Dat blijkt uit onderzoek onder bijna 7.000 jonge kinderen. De onderzoekers concluderen dat de ziektelast dus meer omhelst dan alleen de klassieke symptomen van koemelkallergie.

Koemelkallergie is een veel voorkomende voedselallergie, waar circa 2 tot 5 procent van de kinderen in Europa in het eerste levensjaar last van krijgt. In dit onderzoek is voor het eerst de totale ziektelast in het dagelijkse leven van een grote groep kinderen met en zonder koemelkallergie vergeleken. Deze retrospectieve studie is uitgevoerd in het Verenigd Koninkrijk en de kinderen zijn gemiddeld 4 jaar gevolgd. De kinderen met koemelkallergie kregen een passende dieetbehandeling en tijdens de follow-up groeiden veel kinderen over de allergie heen. Toch zagen de onderzoekers een groot verschil in ziektelast bij kinderen met koemelkallergie. Uit de vergelijking blijkt namelijk dat klassieke allergieklachten aan het maagdarmkanaal, de huid en de luchtwegen in beide groepen kinderen voorkomen, maar bij kinderen met koemelkallergie significant vaker en ernstiger. De onderzoekers ontdekten ook dat kinderen met koemelkallergie er gemiddeld ruim 6 maanden langer last van hadden dan kinderen zonder koemelkallergie.

Nieuwe bevinding: meer infecties

De meest opvallende bevinding in het onderzoek is dat infecties significant vaker voorkomen bij kinderen met koemelkallergie, ook na het eerste levensjaar. De grootste toename is gevonden bij maagdarminfecties, die kinderen met koemelkallergie voor 74% meer treffen. Ook oorinfecties, huidinfecties en luchtweginfecties komen vaker voor bij kinderen met koemelkallergie.

Dysbiose bij koemelkallergie

De onderzoekers concluderen hieruit dat de kinderen met koemelkallergie een hogere ziektelast hebben, die verder gaat dan alleen allergieklachten. Volgens de onderzoekers zijn er aanwijzingen dat kinderen met allergie een verhoogde vatbaarheid voor infecties hebben. Ze denken dat er sprake is van een verminderde immuunrespons, mogelijk mede door een dysbiose in de darmmicrobiota. Deze dysbiose komt vaker voor bij kinderen met koemelkallergie. •

Scan de QR-code voor het volledige artikel



Literatuur:

1. Sorensen K et al (2022) Immun Inflamm Dis 10(3):e572.

Literatuur:

1. Salminen S et al Nutrients (2020) 12:1952;doi:10.3390/nu12071952.
2. Pereira PC et al (2014) Nutrition 30(6):619-627.
3. Ballard O et al (2013) Pediatric Clinics of North America 60(1):49.
4. Koletzko B et al (2019) Am J Clin Nutr 2019; 00:1-7.
5. Moro G et al (2002) JPGN 34:291-295.
6. Knol J et al (2005) J Pediatr Gastroenterol Nutr 40:36-42.
7. Stewart C et al (2018) Nature 562(7728):583-588.
8. Martin R et al (2003) J Pediatrics 143:P754-758.
9. Martin R et al (2009) Appl Environ Microbiol 75:965-9.
10. Heikkilä M and Saris P (2003) J Appl Microbiol 95(3):471-8.
11. Boix-Amorós A et al (2016) Front Microbiol 20:7:492.
12. Gomez-Gallego C et al (2018) Nutrients 10:1355.
13. Coppa, Int. Conf. On Bresat milk and Lactation 1991 USA.
14. Brand-Miller J et al (1998) J Pediatr 133:95-8.
15. György P et al (1974) Eur J Biochem 1974;43:29.
16. Wickramasinghe S et al (2015) BMC Microbiol 15:172.
17. Knol J et al (2005) Acta Paediatrica 449:S31-33.
18. Arslanoglu S et al (2008) J Nutr 138(6):1091-1095.
19. Varasteh S et al (2019) J Pe- diatr Gastroenterol Nutr 68(S1):N-P-016:1049.
20. Koletzko B et al (2019) Am J Clin Nutr. 00:1-7.

*Nutrilon Volledige Zuigelingenvoeding en Opvolgmelk
**Enkel van toepassing op de nummer 1 flesvoeding

Is het niet-IgE? Dat is de vraag

Onrust, veel huilen, diarree, braken, regurgitatie... een scala aan klachten die mogelijk samenhangen met koemelkallergie bij een baby. Het is vaak lastig te achterhalen of het een niet-IgE gemedieerde vorm van koemelkallergie is en of er überhaupt wel sprake is van een allergie. Kinderarts-allergoloog Kim Brand geeft richtlijnen.

In de praktijk vindt Brand het zelf lastig zuigelingen met een milde niet-IgE gemedieerde koemelkallergie te diagnosticeren: 'Het proces kost veel tijd, ouders zijn vaak wanhopig, symptomen zijn niet specifiek en echt goede diagnostiek ontbreekt voor het vaststellen van deze vorm van koemelkallergie. Zelfs de dubbelblinde provocatie, die de gouden standaard is bij het vaststellen van een voedselallergie, geeft hier niet altijd uitsluitel. Dit leidt tot lange consulten en veel onzekerheid bij ouders. Maar ook bij artsen, want: zien we geen andere pathologie over het hoofd?'

Verschillende subtypes niet-IgE

De Europrevall-studie laat zien dat in Nederland 1,1 procent van de kinderen onder de twee jaar een bewezen koemelkallergie heeft, waarvan iets minder dan de helft niet-IgE gemedieerd is.¹ 'De niet-IgE gemedieerde koemelkallergie komt dus relatief weinig voor', zegt Brand. 'Zeker als je het afzet tegen hoe vaak kinderen zich met klachten presenteren en de ouders denken dat koemelk de boosdoener is.'¹ Wat de kinderarts houvast kan geven is patroonherkenning. De niet-IgE gemedieerde koemelkallergie heeft vier verschillende presentatievormen: food protein induced allergic proctocolitis (FPIAP), food protein induced enteropathy (FPE) en food protein induced enterocolitis syndroom (FPIES) (zie kader). Brand: 'Naast deze drie subtypen van niet-IgE gemedieerde koemelkallergie is er nog groep vier: een vrij grote restgroep van kinderen met milde gastro-intestinale klachten met een mogelijke relatie tot koemelk.'

'We weten dat huilbaby's op latere leeftijd een grotere kans hebben op een functionele gastro-intestinale aandoening'

Rode vlaggen

Allereerst is het volgens Brand belangrijk om een IgE gemedieerde koemelkallergie van een niet-IgE gemedieerde koemelkallergie te onderscheiden. 'Dit omdat het beleid bij deze typen allergie verschillend is. Het onderscheid met een IgE gemedieerde allergie is in de praktijk niet altijd even makkelijk. Wat kan helpen is specifiek vragen naar de acute IgE gemedieerde klachten. Een IgE gemedieerde reactie ontstaat acuut, binnen maximaal 2 uur na inname van koemelk, en treedt iedere keer op na blootstelling. Je ziet geen chronische gastro-intestinale klachten en er zijn IgE antistoffen voor koemelk aantoonbaar. Het treedt bovendien vrijwel nooit op bij zuigelingen die alleen borstvoeding krijgen, terwijl bij niet-IgE de klachten



Kim Brand
Kinderarts-allergoloog
Emma kindziekenhuis Amsterdam UMC

Literatuur:

1. Schoemaker AA et al (2015) Allergy 70(8): 963
2. Vanderplas Y et al (2016) Acta Paediatr. 105(3):244
3. Korterink J et al. (2015) PLOS ONE DOI:10.1371
4. Sorenson K et al (2021) Nutrients 13(7):935
5. De Groot H et al. Werkboek Kinderallergologie, derde druk, Juli 2023

ook later kunnen ontstaan, bloedonderzoek geen uitsluitel geeft en een niet-IgE wel kan voorkomen bij het geven van borstvoeding.’ Wanneer moet je nu aan welk type niet-IgE gemedieerde koemelkallergie denken? Brand: ‘Denk bij een failure to thrive aan een FPE. Bloederige ontlasting wijst, bij uitsluiten van andere oorzaken, op een FPIAP. En bij een beeld van fulminant braken, bleekheid en lethargie moet er aan een FPIES gedacht worden.’

Als de rode vlaggen ontbreken

Dan is er nog de groep baby's met milde gastro-intestinale klachten, overmatige onrust, vaak overbelaste ouders, maar waarbij de rode vlaggen ontbreken. Brand: ‘Ongeveer de helft van de baby's maakt in de eerste maanden een periode door van onrust of overmatig huilen. Een kwart van deze kinderen wordt verwezen voor mogelijke koemelkallergie.² Een deel doet het daadwerkelijk beter na eliminatie van koemelk, maar het is de vraag of dit een allergie is? Gaat het om een interactieprobleem en zijn kind en ouders in een vicieuze cirkel geraakt? Of is hier sprake van klachten gerelateerd aan immaturiteit van het maag-darmstelsel? We weten dat huilbaby's op latere leeftijd een grotere kans hebben op een functionele gastro-intestinale aandoening.³ Is dit de eerste uiting hiervan? In een systematische review vanuit het Amsterdam UMC was er bij kinderen met functionele buikpijnklahten in 25 tot 30% sprake van overmatig huilen in het eerste levensjaar beschreven ten opzichte van 11 tot 12% bij kinderen zonder functionele buikpijn.³ Komt hier een verstoorde darmmicrobiota om

de hoek kijken en zouden deze kinderen dan gebaat zijn bij pre- en/of probiotica? Allemaal vragen waar we nog geen definitief antwoord op hebben.’

Pre- en probiotica

‘Wat we wel weten, is dat de darmmicrobiota grotendeels definitief gevormd worden in de eerste drie levensjaren. In deze window of opportunity kan het microbiom zowel negatief als positief worden beïnvloed’. Brand legt uit: ‘Je kunt je voorstellen dat pre- en/of probiotica van toegevoegde waarde kunnen zijn, maar het is nog niet precies duidelijk welk kind welke combinatie van pre- en probiotica nodig heeft voor gezonde darmmicrobiota. Zo is er geen bewijs dat het overmatige onrustklachten kan voorkomen en ook voorkomt het niet het ontwikkelen van functionele buikpijnklahten op latere leeftijd. Interessant zijn wel de resultaten van een systematische review van Sorensen⁴ die suggereren dat bij zuigelingen met koemelkallergie de toevoeging van pre- en probiotica aan de koemelkvrije voeding zou leiden tot een lagere ziektelast met minder doorgemaakte infecties, minder symptomen. De kinderen maken daardoor minder gebruik van gezondheidszorg en antibiotica. Deze resultaten zullen in andere studies bevestigd moeten worden.’ •

Overzicht klachten bij verschillende vormen van niet-IgE gemedieerde koemelkallergie⁵

FPIAP

- gezonde, goed groeiende, jonge zuigeling
- bloedverlies in de ontlasting als gevolg van door koemelk geïnduceerde lokale inflammatie van het distale colon
- >50% bij borstgevoede baby
- eliminatie van koemelk geeft vaak al na 72 uur verbetering
- de meeste kinderen kunnen voor de leeftijd van 2 jaar koemelk verdragen

FPE

- meestal bij jonge flesgevoede baby
- afbuigende groei (door malabsorptie)
- diarree
- anemie door ijzertekort en hypoalbuminurie
- lijkt op presentatie van coeliakie, maar zuigeling is jonger en klachten zijn niet gerelateerd aan gluten
- vaak dehydratie en failure to thrive
- eliminatie van koemelk geeft binnen 1-2 weken verbetering
- vrijwel alle kinderen kunnen vanaf 1-2 jaar koemelk verdragen

FPIES

- gezonde, goed groeiende zuigeling
- na een van de eerste flessen koemelk binnen 1-4 uur fulminant braken
- meestal gepaard gaande met bleekheid en lethargie
- vaak gevolgd door diarree de dag erna
- herstel treedt op binnen 24 uur, tot de volgende blootstelling aan koemelk
- eliminatie van koemelk geeft direct verbetering
- de meeste kinderen kunnen voor de leeftijd van 2 jaar koemelk verdragen



Column: Kraamzorg is nodig voor een goede start

Nederland is uniek in het systeem van kraamzorg aan huis. Maar we gaan om de zorg betaalbaar te houden naar minder uren en we moeten de uren meer afstemmen op de behoefte van een gezin.

Zo zou er bij een tweede kind minder behoefte aan kraamzorg zijn en bij een gezin waar veel mantelzorg aanwezig is, zou er ook minder professionele zorg nodig zijn. Dat is nu de gedachtegang. Natuurlijk blijft er niks in het leven hetzelfde, dus het is ook wel logisch dat we tegenwoordig anders denken over kraamzorg dan vroeger. Jaren geleden was er veel meer tijd nodig, omdat we als kraamzorg ook het hele huishouden moesten runnen. Tegenwoordig zijn vaders meestal een aantal weken vrij en heeft vrijwel elk gezin de luxe van een wasdroger en vaatwasser. Begrijpelijk dat we daarom minder uren nodig zijn in een gezin. Maar toch staat er tegenwoordig wel veel druk op de zorg. Officieel is kraamzorg nu 49 uur verdeeld over 8 dagen als er borstvoeding gegeven wordt, en 45 uur als de ouders niet voor borstvoeding kiezen. Dat gaat zeker veranderen. Afgelopen zomer heeft er een pilot gedraaid van 36 uur in 6 dagen in verband met het tekort aan collega's. En in de grote steden wordt vaak al gekozen voor de minimale zorg van 3 uur per dag en deels digitale begeleiding. Dat is wel erg krap. Met een beetje geluk kan ik dan bijvoorbeeld in die paar uur per dag één, hooguit twee keer zien hoe een voeding gaat. Terwijl juist die eerste dagen zo belangrijk zijn om de ouders te leren

hoe ze op de juiste wijze de voeding moeten geven. Zowel bij borstvoeding als bij flesvoeding is dit belangrijk. Borstvoeding vraagt iets meer tijd, maar ook een baby de fles geven is niet voor alle ouders zomaar vanzelfsprekend. Hoe moet je het kind vasthouden, hoe ga je om met een baby die heel klein is, hoe maak je de fles schoon, en hoe zie je of je kind genoeg gehad heeft? Hoe korter wij als kraamzorg aanwezig zijn, hoe ongeruster de ouders zijn. Kijk: als een luier achterstevoren zit, is dat niet erg. Maar als een baby niet goed aangelegd wordt of als de voedhouding bij de fles niet goed is of de fles wordt niet op de juiste wijze bereid, dan ontstaan er echt problemen die langer aanhouden. Als wij minder tijd hebben, moeten ouders meer zelf gaan uitzoeken, terwijl het zo fijn is als ze het kunnen leren van iemand met ervaring. Het is ontzettend jammer dat ons unieke systeem van kraamzorg aan huis zo onder druk staat. Elk kind verdient toch die goede start? •

Renée van der Heide



Renée van der Heide-Canninus zelfstandig kraamverzorgende Kraam met Zorg, Drachten

Elke borstvoeding telt

Het is niet best gesteld met borstvoeding in Nederland. Informatie geven en het wegnemen van onzekerheid kan helpen, zegt Anita Badart, diëtist van de praktijk Rond en Gezond. Wellicht kan het combineren van borst- en flesvoeding ervoor zorgen dat moeders langer borstvoeding blijven geven.

Badart geeft in haar Limburgse praktijk voedingsadvies aan vrouwen die zwanger willen worden en vrouwen die zwanger zijn. Ze geeft tevens adviezen over borstvoeding, voeding bij allergie, groei problemen: kortom, alles rondom de eerste duizend dagen van het kind. Badart was 12 jaar als onderzoeksdiëtist verbonden aan Maastricht University en is tevens opgeleid als lactatiekundige. Ze vindt het maar slecht gesteld met de duur van borstvoeding in Nederland: 'Van de pasgeboren baby's krijgt maar 69% borstvoeding en dit percentage daalt heel snel in de eerste twee weken. Het aantal moeders dat überhaupt borstvoeding geeft, neemt af. En op de leeftijd van 6 maanden krijgt nog maar 19 procent van de zuigelingen volledige borstvoeding.'¹

Onzekerheid

Volgens Badart zijn veel moeders tegenwoordig onzeker: 'De meest genoemde reden om te stoppen met borstvoeding is dat moeders twijfelen over de hoeveelheid melk die ze produceren. Ze willen graag controle over de hoeveelheid melk die hun baby drinkt, of over het aantal voedingen, en dat kan nu eenmaal niet met borstvoeding. Ze raken dan gestrest en juist dat is nadelig voor het toeschieten van de melk. Voor het laten stromen van melk is oxytocine nodig, een hormoon dat pas vrijkomt bij ontspanning. Bij stress werkt dat mechanisme niet. Ondanks dat de melkproductie prima is, vermindert de toeschietreflex, is het kind ontevreden en krijgt de moeder het gevoel dat ze niet voldoende produceert. Voor je het weet raakt ze in een vicieuze cirkel en dan is de borstvoeding al snel gestopt. Het zou zoveel schelen als moeders in die eerste weken gerustgesteld worden, bijvoorbeeld door de kraamzorg en met een bezoek aan een lactatiekundige na de kraamperiode, als de zorgen oplopen.'

*'Meer kennis kan
borstvoedingsperiode
verlengen'*

Weerstand

Een andere belangrijke reden om te stoppen met borstvoeding is dat moeders weer aan het werk gaan. Badart: 'Veel ouders weten wel dat borstvoeding heel gezond is voor hun kind, en ze noemen daarbij altijd de antistoffen. Wat ze vaak niet weten, is dat het immuunsysteem van een baby na de geboorte helemaal moet worden opgebouwd. Voor de eerste 2 maanden na de geboorte krijgt het kind nog wat antistoffen mee van de moeder, maar vanaf maand 3 is die voorraad op. En dat is dan



Anita Badart
Diëtist en lactatiekundige
Praktijk Rond en Gezond,
Geulle

net in een periode dat de baby in contact komt met nieuwe ziektekiemen, bijvoorbeeld op het kinderdagverblijf. De borstvoeding kan zich nog aanpassen aan de virussen en bacteriën die het kind bij zich draagt en zo antistoffen op maat meegeven. Als moeders dat weten, zijn ze meer gemotiveerd om langer de borst te geven.’^{2,3}

Doe dit nooit meer!

Badart vindt het jammer dat moeders tegenwoordig vaak zo onzeker zijn over het geven van borstvoeding. Meer kennis en meer zelfvertrouwen kan er zeker voor zorgen dat moeders langer de borst blijven geven, stelt ze. ‘Als moeders zich zorgen maken over de hoeveelheid melk, krijgen ze soms het advies om een voeding te kolven, om te kijken hoeveel melk er in de borst zit. Dat advies zouden we nooit meer moeten geven! Want wat er dan gebeurt, is dat de moeder niet ontspannen gaat kolven, de melk niet toeschiet en dat er dan vervolgens wordt geconcludeerd dat er inderdaad te weinig wordt aangemaakt. Kolven is geen maat voor de aanmaak van moedermelk.’

Borst- en flesvoeding zijn te combineren

Literatuur:

- 1. Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ). Rapport Peiling Melkvoeding (2020).
- 2. Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ). Richtlijn Borstvoeding (2015, multidisciplinair).
- 3. Voedingscentrum. Moedermelk | Voedingscentrum.
- 4. Semmekrot BA (2001) Borstvoeding en het immuunsysteem, Tijdschrift voor Verloskundigen 26:296-303.

Combineren borst- en flesvoeding

Werken en borstvoeding zijn in de praktijk een lastige combinatie, beaamt Badart: ‘Stel dat je bijvoorbeeld voor de klas staat, dan is kolven lastig in te plannen. Ook al is het wettelijk geregeld, veel moeders vinden het moeilijk om die tijd te claimen. Bovendien lukt het kolven vaak niet goed op het werk, als de ontspanning

er niet is. Ik zie liever dat vrouwen dan borst- en flesvoeding gaan combineren in plaats dat ze helemaal stoppen met borstvoeding. Met een beetje plannen lukt dat, bijvoorbeeld door in rustig tempo één of meer voedingen af te bouwen. Vrouwen voeden dan bijvoorbeeld alleen nog ’s ochtends, ’s avonds en ’s nachts zelf. Onder de juiste voorwaarden kan dat prima lukken, omdat de vraag en productie zich aanpassen. Het vergt wel aandacht van de moeder. Als ze bijvoorbeeld merkt dat de productie toch terugloopt, kan het helpen om thuis wat vaker aan te leggen of te kolven, tot een nieuw evenwicht ontstaat. De natuur is zo goed geregeld dat de resterende borstvoedingen in verhouding zelfs meer antistoffen bevatten.’⁴ Daarom zeg ik ook altijd: “Elke borstvoeding telt”. Als een moeder op deze manier langer zelf blijft voeden, dan is dat in mijn ogen winst.’ •



Voeding bij (zieke) kinderen: het roer moet om

Hoe kan de voeding van (zieke) kinderen gezonder, plantaardiger en duurzamer? Dat was de hoofdvraag van het congres “Voeding bij (zieke) kinderen: het roer moet om”. De Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK), Netwerk Kinderdiëtisten (NKD) en Stichting Student en Leefstijl organiseerden dit congres in samenwerking met Nutricia op 25 september in Arnhem.

In de praktijk kunnen kinderen met voedingsproblemen bij langdurige sondevoeding baat hebben bij Blended Diet; zelfbereide voeding die zo fijn gemalen is dat het via een sonde toegediend kan worden. Toch is er nog weinig onderzoek gedaan naar Blended Diet. Binnenkort start er een multi-center onderzoek in Nederland, waarin Blended Diet wordt vergeleken met traditionele sondevoeding. Blended Diet vormt voor ouders wel een grote uitdaging, zo werd duidelijk tijdens het congres: het kost veel tijd, wordt niet vergoed en voedingstekorten liggen op de loer. Kant-en-klare producten met blends en liefst ook plantaardige varianten kunnen het ouders in de toekomst wat gemakkelijker maken.

Voedingszorg op maat na ontslag

Na ontslag uit het ziekenhuis heeft volgens een onderzoek in het Erasmus MC in Rotterdam ruim 1 op de 3 kinderen thuis voedingszorg nodig, waarvan de helft sondevoeding.¹ Voedingszorg thuis geeft dan vaak stress bij ouders. Gestructureerde nazorg door een

voedingsteam is er nauwelijks. De NutriCAD-studie moet daar verandering in brengen. Deze multi-center studie start binnenkort in 6 ziekenhuizen in Nederland, waarbij een voedingsplan op maat met follow-up wordt vergeleken met de huidige standaardzorg. De interventiegroep vult regelmatig vragenlijsten in en krijgt op basis daarvan een advies op maat van een multidisciplinair voedingsteam, bestaande uit een diëtist, een kinderarts en een psycholoog. De eerste resultaten worden over enkele jaren verwacht. •



Scan de QR-code voor het uitgebreide verslag op de site

Literatuur:

- 1. Kooij M et al (2023). J Hum Nutr Diet. 36:664-672.

De PraatjesMaker Podcast

Dit interview is een weergave van een gesprek met Anita Badart. U kunt het volledige gesprek beluisteren in de vijfde aflevering van de PraatjesMaker Podcast. De PraatjesMaker Podcast verschijnt bij elk nummer van PraatjesMaker. Vaste host van de PraatjesMaker Podcast is journalist en diëtist Karine Hoenderdos. Scan de QR-code voor het beluisteren van het gesprek.





Risicoprofielen voor matig en laat prematuren

Al jaren doet dr. Femke de Groof onderzoek naar prematuren met een zwangerschapsduur van 32-36 weken. Hoe ontwikkelen deze matig en laat prematuren zich en wat zijn hun morbiditeiten en zorgvraag? Ook nu de kinderen (bijna) 9 jaar zijn, hebben ze haar volledige interesse. De Groof hoopt met de uitkomsten van haar onderzoek voor meer bewustwording voor deze groep te zorgen.

Meer dan 80% van de prematuur geboren kinderen worden geboren na een zwangerschapsduur van 32 tot 36 weken. De Groof: 'In onderzoek is dit een beetje een vergeten groep. Adviezen en richtlijnen zijn vaak gebaseerd op à terme zuigelingen of "echte" prematuren, geboren voor 32 weken zwangerschap. Uitkomsten van onderzoek bij die groepen zijn niet één op één over te nemen voor matig en laat prematuren.' De Groof was enkele jaren geleden benieuwd hoe juist deze kinderen groeien en zich ontwikkelen in de eerste levensdagen, -maanden en -jaren.

Op de gecorrigeerde leeftijd van 2 jaar is daarom de Bayley Scales of Infant and Toddler Development afgenomen. De test meet de domeinen cognitie, taal en motoriek. Destijds is op deze manier al veel in kaart gebracht, De Groof vertelde hier over in PraatjesMaker nr 1 van 2022.

Lagere score dan verwacht

'Recenter hebben we de uitkomsten van de body compositie metingen bij 2 jaar bekeken', vertelt De Groof. 'We ontdekten geen relatie tussen voeding in het vroege leven

en de lichaamssamenstelling op 2-jarige gecorrigeerde leeftijd, noch was er een verschil in lichaamssamenstelling bij kinderen die werden gevoed met moedermelk of flesvoeding.' De Groof heeft uitkomsten van de Bayley Scales nu ook gecombineerd met prenatale gegevens. 'We vonden geen significante associatie tussen groei in de eerste twee levensjaren en de neurologische ontwikkeling na 2 jaar. Jongens scoorden echter significant lager op cognitieve ontwikkeling en taal dan meisjes. De jongens zitten nog steeds wel rond het landelijk gemiddelde, maar omdat de meeste ouders van de onderzochte kinderen hoog opgeleid zijn, hadden we bij beide groepen een bovengemiddelde score verwacht maar die zagen we alleen bij meisjes. We waren benieuwd naar verklaringen. Met voeding zien we hier geen correlatie, dus we vroegen ons af of het in de groei zit. We hebben op de 20-weeken echo gekeken naar femurlengte, buik- en hoofdomtrek, maar die blijken niet voorspellend. Ook de groei in de eerste 2 jaar bleek niet voorspellend voor de neurologische ontwikkeling. Wel hadden kinderen waarvan de moeders prenatale steroïden gekregen hadden, een significant kleinere hoofdomtrek bij 2 jaar maar wel 2-3 hogere punten op de cognitie en taalscores. Dit was niet significant.' Volgens De Groof en haar collega's benadrukt dit onderzoek de noodzaak van meer lange termijn onderzoek met betrekking tot de neurologische ontwikkeling in deze vergeten groep prematuren.

'We willen de matig en laat prematuren beter in kaart brengen met risicoprofielen om meer awareness te creëren'

Nu ook een controlegroep

Het Alkmaarse cohort werd retrospectief bekeken op 5-jarige leeftijd. Toen bleek dat de matig en laat prematuren meer ziekenhuisopnames hadden in het eerste levensjaar en in de jaren daarna dan à terme geboren kinderen. Daarnaast vielen vooral voedingsproblemen en spraaktaalachterstand op bij de matig en laat prematuren. De 5-jaars data hebben geresulteerd in de 9-jaars studie die net gestart is. De Groof: 'Ons doel is neurologische ontwikkelingsuitkomsten zoals neurocognitieve, motorische, taal-, gedrags- en

academische functies, groei en morbiditeiten te beoordelen bij matig en laat prematuren op 9-jarige leeftijd. Momenteel zijn de eerste gezinnen benaderd met de vraag of ze weer willen deelnemen.' Naast de 70 matig en laat prematuren die De Groof hoopt bereid te vinden deel te nemen, zoekt ze nu ook 9-jarige vrienden van de matig en laat prematuren voor een controlegroep. Voor het eerst in dit langlopende onderzoek gaan kinderen die geboren zijn na een ongecompliceerde volledige zwangerschapsduur als controle deelnemen.

9-jaars onderzoek

De Groof vertelt dat alle kinderen een hele dag naar het ziekenhuis komen voor diverse onderzoeken: 'We testen ze onder andere op taal, cognitie, executieve functies en motoriek. Daarnaast bekijken we bijvoorbeeld de Cito-scores, hun eet- en beweegdagboeken, buikomtrek, bloeddruk en vragenlijsten die ouders ingevuld hebben over het gedrag van hun kind. En we zijn benieuwd of kinderen bijvoorbeeld opgenomen zijn geweest in het ziekenhuis, of ze last hebben gehad van infecties of astma, of er voedingsproblemen zijn en of ze naar speciaal onderwijs gaan. Zo'n dag is intensief, maar het is fijn als we de groep matig en laat prematuren beter in kaart kunnen brengen met risicoprofielen; een overzicht van problemen waar matig en laat prematuren meer kans op hebben. Ik denk echt dat er heel veel uit het onderzoek kan komen.' De Groof licht toe dat zo'n risicoprofiel voor meer bewustwording kan zorgen. 'We weten bijvoorbeeld dat de kinderen uit dit cohort 6 tot 20 maanden eerder naar een fysiotherapeut of logopedist werden verwezen dan vanuit de Jeugdgezondheidszorg in de eerste lijn en dat matig prematuren met fysiotherapie het beter deden qua ontwikkeling dan matig prematuren zonder fysiotherapie. Er wordt nu een pilot gedaan voor een beperkt TOP-programma voor matig prematuren vanuit het Amsterdam Universitair Medisch Centrum door de groep van Martine Jeukens. Als er meer bewustwording komt in de eerste lijn dat matig en laat prematuren een verhoogd risico hebben op onder andere spraak-, taal- en ontwikkelingsproblemen, verwacht ik dat er bijvoorbeeld vanuit de eerste lijn meer aandacht voor zal zijn en er eerder doorverwezen wordt.' •



Dr. Femke de Groof
kinderarts-neonatoloog
de Noordwest Ziekenhuis-
groep, Alkmaar

Nutrilon Pepti nu mét Syneo®-support

Met de introductie van Nutrilon Pepti Syneo® zitten pre- én probiotica (synbiotica) in onze standaard dieetvoedingen bij milde en ernstige koemelkallergie: Nutrilon Pepti Syneo® en Neocate Syneo®.

- Syneo® staat voor onze unieke, gepatenteerde synbiotica-mix bestaande uit:
- prebiotica (scGOS:lcFOS 9:1/scFOS:lcFOS en HMO 2'FL¹⁰) en
 - probiotica (*Bifidobacterium breve* M-16V)

Het is bewezen veilig, wordt goed getolereerd door allergische zuigelingen en heeft een positief effect op de darmmicrobiota.¹⁻⁹ Daarnaast brengt het verlichting van de extra ziektelast bij allergie en atopische dermatitis.^{2,3,11} Dit resulteert in minder gastro-intestinale- en luchtwegklachten en een verlaagd medicijngebruik.^{2,3,11} Ondersteunend onderzoek met dieetvoedingen met Syneo® bij allergische zuigelingen toont daarnaast een vermindering van infecties.^{5,7-9} •

Borstvoeding is de beste voeding voor baby's. Nutrilon Pepti Syneo® is een voeding voor medisch gebruik. Dieetvoeding bij koemelkallergie. Uitsluitend te gebruiken onder medisch toezicht. Contra-indicaties: prematuren voor de à terme datum en immuun-gecompromiteerde zuigelingen.

Referenties: 1. Abrahamse-Berkeveld M et al (2016) J Nutr Sci 5:e42 2. Van der Aa LB et al (2010) Clin Exp Allergy 40(5):795-804. 3. Van der Aa LB et al (2011) Allergy, 66(2):170-7. 4. Harvey B et al (2014) Pediatr Res 75(2):343-51. 5. Burks AW et al (2015) Pediatr Allergy Immunol. 26(4):316-322. 6. Candy et al (2018) Pediatr Res. 83(3):677-86. 7. Fox A et al (2019) World Allergy Organ J 12(5):100034. 8. Chatchatee P et al (2022) J Allergy Clin Immunol 149(2):650-658. 9. Sorenson K et al (2021) Nutrients, 13:2205. 10. Salminen S et al (2020) Nutrients 12-1952 11. Hubbard GP et al (2022) Immun Inflamm Dis, 10(6):e636.

Bestel hier handige oudermaterialen of proefverpakkingen



Nieuwe verpakking Neocate

De verschillende dieetvoedingen van Neocate gaan vanaf begin 2024 gefaseerd over op een nieuw uiterlijk. Voor alle Neocate aminozuurvoedingen geldt:

- De indicatie blijft gelijk
- Het blikformaat blijft gelijk
- De bereidingswijze blijft gelijk

Bij Neocate Syneo® wordt naast de nieuwe verpakking, ook HMO 2'FL¹ aan de ingrediëntenlijst toegevoegd. De eiwitsamenstelling en dus ook de hypoallergene eigenschappen blijven gelijk. Er is naar verwachting geen nieuwe verklaring dieetpreparaten nodig om vergoeding voor de aangepaste Neocate verpakkingen/receptuur aan te vragen. •

Neocate is een voeding voor medisch gebruik. Dieetvoeding bij koemelkallergie, meervoudige voedselallergie en andere indicaties waarbij een aminozuurvoeding geïndiceerd is. Uitsluitend te gebruiken onder medisch toezicht, na alle voedingsopties te hebben overwogen, met inbegrip van borstvoeding. Neocate Syneo® is niet geschikt voor premature zuigelingen of immuungecompromiteerde zuigelingen. Niet aanbevolen voor zuigelingen met een centraal veneuze catheter, post-pylorische sondevoeding of short bowel syndroom tenzij een health care professional alle risico's en voordelen overwogen heeft en de patiënt gemonitord wordt.

Referentie: 1. Salminen S et al. (2020) Nutrients 12:1952.

Voedingstherapie bij kinderen

Dat is handig! De huidige richtlijnen en aanbevelingen van de Nederlandse Vereniging van Kindergeneeskunde en het Kenniscentrum Ondervoeding en uit het werkboek Voeding voor zieke kinderen overzichtelijk bij elkaar samengevat.

Ondervoeding bij kinderen moet vroegtijdig herkend, vastgesteld en behandeld worden. Acute ondervoeding bij kinderen die opgenomen zijn in het ziekenhuis is geassocieerd met een langere opnameduur en een hoger complicatierisico.¹⁻³ In deze samenvatting staan alle richtlijnen en aanbevelingen overzichtelijk bij elkaar. •

Referenties: 1. NVK (2021) Ondervoeding bij kinderen. www.richtlijnendatabase.nl. 2. Kenniscentrum ondervoeding (2022) Leidraad screening op- en behandeling van ondervoeding bij kinderen opgenomen in Nederlandse ziekenhuizen. 3. Kneepkens et al (2017) Werkboek Voeding voor zieke kinderen. VU University Press

Scan de QR-code voor de samenvatting



Nutricia, samen voor het leven

Nutricia.nl is vernieuwd

Op de geheel vernieuwde website Nutrica.nl zetten we ons in voor het ondersteunen van gezondheidszorgprofessionals zoals u, in het bieden van zo goed mogelijke zorg aan zuigelingen en kinderen. Registreer uzelf als gebruiker op nutricia.nl en ontdek onze diensten:

Nutricia Academy: uw kennisbron
Als geregistreerde gebruiker van Nutricia.nl krijgt u toegang tot onze Nutricia Academy. Hier vindt u educatieve bronnen, wetenschappelijke inzichten, webinars, aankomende scholingen en praktische informatie die u kunnen helpen bij het bieden van hoogwaardige zorg.

Nutricia Medische- en Kindervoedingservice
Vragen of behoefte aan meer informatie rondom voeding, het gebruik van producten, tips voor variatiemogelijkheden, verkrijgbaarheid en vergoeding? Van maandag t/m vrijdag van 8:30 tot 17:00 uur kunt u gratis contact opnemen met de diëtisten van Nutricia. Bovendien is de Nutricia Kindervoedingservice ook 24/7 bereikbaar voor ouders.

- Kindervoedingservice: 0800 022 80 60
- Medische voedingsservice: 0800 022 33 22

Nutricia Smaakservice
De Smaakservice is ontworpen om u te helpen bij het advies op maat en de smaakvoorkeuren van uw patiënten als het gaat om medische voeding. Stel via onze smaakservice gemakkelijk een pakket samen met verschillende smaken drinkvoeding. Zo kan uw patiënt uitproberen welke smaken het beste bevallen. •



Beeld ter illustratie

Casus: spugen, krampjes, onrust en huilen, maar geen koemelkallergie

Situatieschets

- Jack is een baby van 12 weken
- Doorverwezen vanwege spugen, onrust, krampjes, dunne ontlasting en veel huilen
- Jack groeit goed volgens zijn groeicurve
- Krijgt vanaf geboorte standaard flesvoeding
- Pinda-allergie bij 2 jaar oudere broertje

Op koemelkallergie lijkende klachten waarbij het vermoeden bestaat dat er geen sprake is van koemelkallergie. Dat is de reden dat Jack wordt doorverwezen.

Het Reinier de Graaf ziekenhuis in Delft verwijst Jack door naar kinderdiëtist Esther van Ruijven van Voedingsadviesbureau Vie in Rijswijk. Volgens de anamnese krijgt Jack 6 keer per dag een fles. Direct na de geboorte was de start wat moeizaam en dronk Jack slecht. Nu gaan de flessen leeg. De ouders vinden dat hij daarna veel spuugt, veel huilt en veel last heeft van darmkrampjes. Jack overstrekt zich en huilt heftig en lang. Van Ruijven: 'De ouders zitten er duidelijk doorheen. Vader is gefrustreerd over het vele huilen en moeder, die nog niet aan het werk is, trekt het zich erg aan.'

Effect binnen een paar dagen

De anamnese over het ontstaan van de klachten en de soort klachten wijzen niet op een IgE of niet-IgE gemedieerde koemelkallergie. Een dieetvoeding met intensief gehydrolyseerde koemelkeiwitten is hier dus volgens Van Ruijven niet geïndiceerd. Van Ruijven adviseert een flesvoeding met partieel eiwithydrolysaat, bèta-palmitaat en verlaagd lactosegehalte (zoals Nutrilon Omneo), omdat deze lichter verteerbaar is en een positief effect kan hebben op de ontwikkeling van de darmmicrobiota.¹⁻⁴ Ook bevat deze voeding zetmeel wat de voeding iets dikker maakt. Na 2 weken heeft Van Ruijven contact met de moeder van Jack en hij is veel rustiger. Al vanaf een paar dagen na het starten van de voeding heeft hij duidelijk minder krampjes gehad en huilt hij niet meer zo veel.

Spugen zelden reden tot zorg

Spugen doet Jack nog wel. Wat dat betreft merkt Van Ruijven op dat ouders altijd snel denken dat het veel is als een baby spuugt. 'Een paar mondjies teruggeven lijkt al heel veel, maar dat is het niet. Bij spugen is het vooral ouders geruststellen dat het erbij hoort, zeker als de baby goed groeit en levendig is.' Dit was ook het geval bij Jack.

Vervolg

Bij 5 maanden ziet Van Ruijven Jack weer, dat is een standaardprocedure omdat kinderen met darmklachten als zuigeling ook bij de introductie van vaste voeding zich vaker met klachten presenteren. Bij Jack gaat het echter goed en Van Ruijven adviseert door te gaan met het aanbieden van vaste voeding. 'Maar vanwege de pinda-allergie in de familie geef ik ze wel het advies om introductie van ei en pinda te doen volgens een opklimschema.' Over 3 weken heeft Van Ruijven contact over de voortgang van het opklimschema. Als dat in orde is, hoeft Jack niet meer terug te komen. •

Nutrilon Omneo is een voeding voor medisch gebruik. Dieetvoeding bij krampjes en moeizame ontlasting, uitsluitend te gebruiken onder medisch toezicht.

Literatuur:

1. Knol J et al (2005) J Pediatr Gastroenterol Nutr. 40(1):36-42.
2. Moro G et al (2002) J Pediatr Gastroenterol Nutr. 34(3):291-295.
3. Billeaud C et al (1990) Eur J Clin Nutr. 44(8):577-83.
4. Tolia V et al (1992) J Pediatr Gastroenterol Nutr. 15(3):297-301.