

PREVENTIEF GEBRUIK VAN VITAMINE D

Regelmatige blootstelling aan zonlicht waarborgt bij de meeste personen een goede vitamine D-reserve; toch kan in bepaalde situaties vitamine D-deficiëntie optreden. In dit artikel wordt aandacht besteed aan de risicogroepen voor vitamine D-deficiëntie en aan het preventieve gebruik van vitamine D.

Vitamine D wordt in de huid gevormd onder invloed van de zon (met vorming van vitamine D₃, synoniem coelcalciferol), maar is in mindere mate ook afkomstig uit de voeding (vitamine D₂, synoniem ergocalciferol, van plantaardige oorsprong, en vitamine D₃ van dierlijke oorsprong, bv. vette vis; sommige voedingswaren, bv. bepaalde margarines en kunstmelken voor kinderen, zijn aangerijkt met vitamine D). Vitamine D₂ en vitamine D₃ worden in het lichaam omgezet tot het actieve 1,25-dihydroxycholecalciferol (synoniem calcitriol).

De belangrijkste oorzaak van vitamine D-deficiëntie is onvoldoende blootstelling aan de zon, en personen met een donkere huidskleur hebben meer zonlicht nodig om voldoende vitamine D te kunnen aanmaken. Andere oorzaken van deficiëntie zijn bv. chronisch nierlijden (door de gestoorde 1 α -hydroxylatie) en uiterst deficiënt dieet of vetmalabsorptie. Vitamine D-deficiëntie leidt tot spierzwakte, spierpijn of moeheid, en bij ernstige vormen tot osteomalacie bij volwassenen, en rachitis bij kinderen.

Regelmatige blootstelling aan de zon waarborgt normaal gezien een goede vitamine D-reserve, en komt tegemoet aan de behoeften van vitamine D. Langdurige blootstelling aan de zon wordt tegenwoordig wel afgeraden.

De belangrijkste **risicogroepen voor vitamine D-deficiëntie** zijn de volgende.

- *Bejaarden in een instelling, en hoogbe-*

jaarden in het algemeen. Hoewel de richtlijnen niet unaniem zijn, zijn er argumenten om, in het kader van preventie en behandeling van osteoporose, bij deze risicogroepen extra vitamine D aan te bevelen, in combinatie met calcium. De aanbevolen dosis vitamine D bedraagt 800 IE per dag, de dosis elementair calcium 0,5 g à 1 g per dag [zie Folia augustus 2004].

Er is onvoldoende evidentie om systematisch extra vitamine D en calcium aan te raden bij alle postmenopauzale vrouwen: er kon bijvoorbeeld geen gunstig effect van vitamine D- en calciumsuppletie op het fractuurrisico worden aangetoond in een placebo-gecontroleerde gerandomiseerde studie uitgevoerd bij een deel van de vrouwen die waren ingesloten in de *Women's Health Initiative*, een studie bij postmenopauzale vrouwen tussen 50 en 79 jaar oud, vooral bekend door het onderzoek van de effecten van hormonale substitutietherapie op bv. cardiovasculaire accidenten [zie Folia oktober 2003].

- *Kinderen die borstvoeding krijgen.* Inderdaad bevat moedermelk relatief weinig vitamine D, in het bijzonder wanneer de moeder over weinig vitamine D-reserves beschikt. Het risico van vitamine D-deficiëntie is vooral groot wanneer moeder en/of kind weinig worden blootgesteld aan de zon of een donke-

re huidskleur hebben, of wanneer het kind geboren is in de wintermaanden. De preventie van vitamine D-tekort bij de zuigeling die borstvoeding krijgt, start best reeds in de loop van de eerste twee levensmaanden. Sommigen (bv. de Hoge Gezondheidsraad in België, *Nelson Textbook of Pediatrics*) stellen een dosis van 400 IE vitamine D per dag voor, anderen (bv. *American Academy of Pediatrics*) 200 IE per dag. Voor kinderen die geen borstvoeding krijgen, maar per dag minstens een halve liter kunstmelk drinken, stelt dit probleem zich veel minder, gezien kunstmelken steeds zijn aangerijkt met vitamine D (200 tot 400 IE/0,5 l).

De Belgische Hoge Gezondheidsraad beveelt gebruik van vitamine D aan bij zwangere vrouwen en vrouwen die borstvoeding geven, en dit in een dosis van 400 IE per dag. Dergelijk systematisch gebruik is evenwel controversieel, en de evidentie ervoor zwak. Men zou wel extra aandacht kunnen besteden aan zwangere vrouwen die een donkere huidskleur hebben, zeker wanneer zij weinig in de zon lopen, of die gesluierd zijn.

Sommigen (bv. de Hoge Gezondheidsraad in België) raden extra vitamine D aan bij alle kinderen tot de leeftijd van bv. 4 jaar en, in de wintermaanden, ook bij oudere kinderen en adolescenten. Een dergelijke systematische toediening is evenwel niet op evidentie gebaseerd. Op basis van de adviezen in *Nelson Textbook of Pediatrics* en de aanbevelingen van de *American Academy of Pediatrics*, kan men wel extra vitamine D overwegen bij kinderen die te wei-

nig in de zon lopen, zeker wanneer zij een donkere huidskleur hebben. [N.v.d.r.: bijzondere aandacht dient te gaan naar kinderen die weinig in de zon lopen en worden behandeld met anti-epileptica met enzyminducerend effect: vooral met fenytoïne, maar ook met carbamazepine en barbituraten is inderdaad beschreven dat zij vitamine D-deficiëntie kunnen uitlokken.]

Welke preparaten?

- Voor de dagelijkse inname van vitamine D, in het kader van preventie van vitamine D-deficiëntie, kan voor de verschillende risicogroepen colecalciferol worden gebruikt: D-Cure® bv. onder vorm van druppels (2.400 IE/ml; 400 IE komt overeen met 5 druppels).
- Bij ouderen kan geopteerd worden voor een vaste combinatie van colecalciferol en calcium (Cacit Vitamine D3 500/440®, Cacit Vitamine D3 1000/880®, D-Vital®, Sandoz Ca-D®, Steovit D3®).
- Calciumpreparaten, alleen of in combinatie met vitamine D, zijn wel vrij duur, en een extra inspanning om de dagelijkse calciumbehoefte te bereiken via de voeding is dan ook aan te bevelen.
- Bij ouderen zou ook D-cure® onder vorm van orale ampullen kunnen gebruikt worden (1 ampul om de maand of om de 2 maand), maar een dergelijke doseringsschema is minder goed onderzocht.
- De andere vitamine D-derivaten [alfacalcidol (1-Alpha Leo®), calcifediol (Dedrogyl®) en calcitriol (Rocaltrol®)]

zijn alleen bestemd voor preventie van vitamine D-deficiëntie in situaties zoals cholestase of nierfalen; bij nierfalen is de 1α -hydroxylatie gestoord, en dienen alfacalcidol of calcitriol te worden gebruikt.

De referenties zijn terug te vinden bij het artikel op onze website www.bcfi.be

BELL-PARALYSE

Bell-paralyse (Bell's palsy of idiopathische facialis paralyse) is een perifere facialis-verlamming, die meestal acuut ontstaat en kan samengaan met verminderde smaak, oorpijn en overgevoeligheid voor geluid. Een herpesvirusinfectie wordt als de meest waarschijnlijke oorzaak beschouwd. Over een periode van enkele weken tot meerdere maanden herstelt tot 85% van de patiënten zonder behandeling volledig of met minimale restverschijnselen. Voor de overige 15% zou een behandeling baat kunnen hebben, maar er is controverse over het nut daarvan.

- *Corticosteroiden* worden voorgesteld om de inflammatie en het oedeem te verminderen.
- De *antivirale middelen* aciclovir en valaciclovir worden voorgesteld op basis van de hypothese dat Bell-paralyse een virale oorzaak kent.

De besluiten van twee systematische overzichten van de *Cochrane Collaboration* zijn evenwel dat de doeltreffendheid van zowel corticosteroiden als antivirale middelen in

deze indicatie onvoldoende bewezen is.

Facialis paralyse is ook een mogelijk symptoom van o.a. ziekte van Lyme, sarcoïdosis, bepaalde tumoren of HIV-infectie, met noodzaak voor een specifieke aanpak [in verband met ziekte van Lyme, zie Folia mei 2002 en mei 2004, en *Geneesmiddelenbulletin* 2006;40:41-6].

Enkele referenties

Bandolier: via <http://www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/booth/neurol/Bellsyre.html>

De Ru JA, van Benthem PPG en Hordijk GJ. Vóór medicamenteuze behandeling van Bell-paralyse. *Ned Tijdschr Geneesk* 2005;149:1454

Portegies P. Tegen medicamenteuze behandeling van Bell-paralyse. *Ned Tijdschr Geneesk* 2005;149:1455

The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, issue 1. Abstracts via www.cochrane.org/reviews/en/ab001942.html en www.cochrane.org/reviews/en/ab001869.html