

Geachte orthomoleculaire arts of therapeut,

Uw patiënt gebruikt mijn boek "**SLIM – op uw juiste gewicht**" om gewicht te verliezen. In mijn boek behandel ik een aantal lichamelijke stoornissen die gewichtstoename kunnen veroorzaken zoals hypothyroïdie, het metaboolsyndroom enz. In mijn boek ga ik er van uit dat afvallen, door op voeding en beweging te letten, meer succes heeft als er ook aandacht is voor deze onderliggende stoornissen.

De Nederlandse voeding vertoont **ernstige tekorten aan vitaminen, mineralen en spoorelementen**. Helaas zijn tekorten moeilijk aan de hand van klachten vast te stellen. Bloedonderzoek is daarom noodzakelijk

Zoals u waarschijnlijk weet bevat de Nederlandse voeding ernstige tekorten. Een aantal van deze tekorten veroorzaken gewichtstoename. De volgende tekorten veroorzaken gewichtstoename:

Jodium is een essentieel onderdeel van de schildklierhormonen. Een jodium tekort komt in Nederland nog steeds voor. De overheidsrichtlijn om minder zout te eten heeft waarschijnlijk een ongunstig effect op de jodium inname in Nederland¹. Dat geldt met name voor de wat oudere bevolking². Ook bij vrouwen blijken er jodiumtekorten te bestaan^{3,4}.

De Gezondheidsraad stelt wel dat de hele Nederlandse bevolking een **vitamine D** tekort heeft. De overheid heeft daarom een plan opgesteld om deze tekorten te verminderen⁵. Vitamine D tekort verhoogt het risico op overgewicht⁶

Een **magnesium** tekort¹⁴ verhoogt het risico op het metabool syndroom en daardoor op hyperinsulinemie⁷.

Een **chrom** tekort⁸ verhoogt het risico op insulineresistentie en hyperinsulinemie⁹, hetzelfde geldt voor een tekort aan **zink**^{10,11}.

Door een **selenium** tekort¹² wordt de omzetting van het schildklierhormoon T4 naar de actieve vorm, T3, verminderd, waardoor schildklierproblemen ontstaan¹³. Bovendien verkleint een seleniumtekort de jodiumvoorraad die belangrijk is voor een goede schildklierwerking¹³. Een tekort aan selenium is met name voor jonge vrouwen desastreus omdat zij ook al een hoog risico hadden op een jodium tekort.

Wilt u zo vriendelijk zijn om te onderzoeken of er bij uw patiënt inderdaad sprake is van tekorten.

Voor eventuele vragen over deze manier van behandelen ben ik voor u via telefoon en email beschikbaar.

Met vriendelijke groet,
Cora de Fluiter
Orthomoleculair gewichtsconsulent
0591 – 853377 EXLOO
<http://www.coradefluiter.nl/>
cora@coradefluiter.nl

Referenties

Belangrijk: print deze referentielijst ook uit voor uw arts of therapeut

1. **Hoption Cann SA.** *J Am Coll Nutr.* 2006 Feb;25(1):1-11. **Hypothesis: dietary iodine intake in the etiology of cardiovascular disease**
In recent years, public health bodies have aggressively promoted sodium restriction as a means of reducing hypertension and the risk of cardiovascular disease. These inducements have led to a general decline in iodine intake in many developed countries. For example, a United States national health survey conducted in the early 1970s observed that 1 in 40 individuals had urinary iodine levels suggestive of moderate or greater iodine deficiency; twenty years later, moderate to severe iodine deficiency was observed in 1 in 9 participants.
<http://www.jacn.org/cgi/content/full/25/1/1>
2. **Brug J, Löwik MR, Wedel M, Odink J.** *Eur J Clin Nutr.* 1992 Sep;46(9):671-8 **Iodide excretion before and after revision of goiter prophylaxis (Dutch Nutrition Surveillance System).**
High prevalences (greater than or equal to 37%) of low iodine excretion (less than 0.78 mumol/24 h; 100 micrograms/24 h) were found for Dutch elderly people. Mean urinary iodide excretion was 0.95 mumol/24 h (121 micrograms/24 h) for men and 0.79 mumol/24 h (100 micrograms/24 h) for women which is low, especially among women, in comparison with the United States recommended dietary allowance (118 mumol/day = 150 micrograms/day). No improvement in iodine nutrition was found among the elderly studied in 1984/1985 in comparison with an elderly population seen in 1981. Therefore, it is concluded that the present measures regarding goiter prophylaxis in The Netherlands might be of limited effectiveness.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1396484>
3. **Brussaard JH, Brants HA, Hulshof KF, Kistemaker C, Löwik MR.** *Eur J Clin Nutr.* 1997 Nov;51 Suppl 3:S59-62 **Iodine intake and urinary excretion among adults in the Netherlands**
On average, iodine intake (mean of three days) in men was in the recommended range of 150-300 microg/d, but average intake in women was not.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9598770>
4. **Brussaard JH, Hulshof KF, Kistemaker C, Löwik MR.** *Eur J Clin Nutr.* 1997 Nov;51 Suppl 4:S11-5. **Adequacy of the iodine supply in The Netherlands**
Mean intake of iodine, measured with different food consumption methods in the period 1984-1993, met the recommended amount of 150-300 microg per day in males, but not in females.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9598787>
5. Gezondheidsraad, 2008; publicatiernr. 2008/15. ISBN-13: 978-90-5549-729-4 **Naar een toereikende inname van vitamine D**
Een onvoldoende vitamine D-status komt onder alle lagen van de Nederlandse bevolking voor.
<http://www.gr.nl/pdf.php?ID=1752&p=1>
6. **Foss YJ.** *Med Hypotheses.* 2008 Dec 1. **Vitamin D deficiency is the cause of common obesity**
Common obesity and the metabolic syndrome may therefore result from an anomalous adaptive winter response. The stimulus for the winter response is proposed to be a fall in vitamin D. The synthesis of vitamin D is dependent upon the absorption of radiation in the ultraviolet-B range of sunlight.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19054627>
7. **Ford ES, Li C, McGuire LC, Mokdad AH, Liu S.,** *Obesity (Silver Spring).* 2007 May;15(5):1139-46., **Intake of dietary magnesium and the prevalence of the metabolic syndrome among U.S. adults**
Our results showing an inverse association between dietary magnesium intake and the prevalence of the metabolic syndrome add to the evidence that adequate magnesium intake or a diet rich in magnesium may be important for maintaining good cardiometabolic health.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17495189>

8. [Van Cauwenbergh R, Hendrix P, Robberecht H, Deelstra HA. Z Lebensm Unters Forsch.](#) 1996 Sep;203(3):203-6 **Daily dietary chromium intake in Belgium, using duplicate portion sampling.**
Daily dietary chromium intake in Belgium has been evaluated by sampling duplicate portions of food, heating them at an acidic pH in a microwave oven and then quantifying the chromium by atomic absorption spectrometry. The mean intake value (53 +/- 31 micrograms/day) is similar to levels found for most other countries and is situated at the lower end of the recommended range for a safe and adequate daily dietary intake.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8873457>
9. [Kleefstra N, Bilo HJ, Bakker SJ, Houweling ST., Ned Tijdschr Geneeskd.](#) 2004 Jan 31;148(5):217-20., **Chromium and insulin resistance**
Since as early as the 50s of the last century, it has been known that chromium is essential for normal glucose metabolism. Too little chromium in the diet may lead to insulin resistance
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14983576>
10. [Marreiro DN, Geloneze B, Tambascia MA, Lerário AC, Halpern A, Cozzolino SM., Arg Bras Endocrinol Metabol.](#) 2004 Apr;48(2):234-9. Epub 2004 Jul 7., **Role of zinc in insulin resistance**
Regarding obesity and insulin resistance, alterations in zinc concentration and distribution in tissues, as well as improvement in sensitivity to insulin after supplementation with this element, have been detected. Thus, the metabolic role of zinc in the insulin resistance syndrome should be further investigated having in mind that this element may contribute to the control of the usual metabolic alterations present in obese patients.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15640877>
11. [Wuehler SE, Peerson JM, Brown KH. Public Health Nutr.](#) 2005 Oct;8(7):812-9. **Use of national food balance data to estimate the adequacy of zinc in national food supplies: methodology and regional estimates.**
The mean per capita absorbable zinc content of national food supplies ranged from 2.98-3.01 mg day(-1) in Western Europe and USA & Canada.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16277796>
12. [Jackson MJ, Dillon SA, Broome CS, McArdle A, Hart CA, McArdle F. Proc Nutr Soc.](#) 2004 Nov;63(4):513-7 **Are there functional consequences of a reduction in selenium intake in UK subjects?**
Dietary Se levels in the UK have fallen over the last 20 years and recent surveys indicate that average Se intakes are 30-40 microg/d, which is well below the current UK reference nutrient intake for adult men (75 microg/d) or women (60 microg/d). Data indicate that subjects given small Se supplements (50 or 100 microg Se/d) have changes in the activity of Se-dependent enzymes and evidence of improved immune function and clearance of an administered live attenuated virus in the form of poliovirus vaccine.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15831122>
13. [Wu HY, Xia YM, Chen XS., Sheng Li Ke Xue Jin Zhan.](#) 1995 Jan;26(1):12-6. **Selenium deficiency and thyroid hormone metabolism and function**
If Se is deficient, the deiodinase activity would be inhibited, the level of circulation T4 will be elevated, and the concentration T3 in peripheral tissues will be decreased. Se deficiency will also accelerate the iodine depletion of thyroid and may even exacerbate some detrimental effects of iodine deficiency. Possibly Se deficiency is involved in the occurrence and development of iodine deficient disorders. Keshan disease, with Se deficiency as the major cause, was also observed a change of thyroid hormone metabolism.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7604216>
14. [Rylander R. J Cardiovasc Risk.](#) 1996 Feb;3(1):4-10. **Environmental magnesium deficiency as a cardiovascular risk factor.**
Through changes in the treatment of foodstuffs and altered diets, as well as increased use of surface water with low magnesium content, magnesium deficiency is present in modern society. Magnesium deficiency causes cardiac arrhythmia and several studies suggest that a low level of magnesium in drinking water is a risk factor for myocardial infarction, particularly among men. Before general prevention programmes can be recommended, risk groups must be defined and experimental intervention programmes performed.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8783025>