

huisarts & praktijk

Wiegedood

De mysterieuze, plotselinge en geheel onverwachte dood van een tevoren gezonde zuigeling is sinds de grijze oudheid bekend. Mogelijk betreft het verhaal van de vrouw die haar zoon dood in bed aantreft, omdat zij mogelijk op hem zou zijn gaan liggen – een van de oordelen van Salomon, 1 Koningen 3, 16-21 – een niet onderkend geval van wiegedood. Pott gaf in 1892 een van de eerste beschrijvingen van wiegedood. Afgezien van alle speculaties en theorieën omtrent de oorzaak van wiegedood, kan worden gesproken van een calamiteit van de eerste orde. Het belangrijkste probleem is en blijft de begeleiding van de ouders van het plotseling gestorven kind.

De laatste tien jaren is een stroom publicaties over dit onderwerp op gang gekomen. In oudere leerboeken zal men tevergeefs naar informatie zoeken. Voor zover het probleem wordt genoemd, worden er in de regel slechts enkele opmerkingen aan gewijd. Het toenemen van de belangstelling voor deze geheimzinnige sterfte is te danken aan de activiteiten van werkgroe-

H. B. VALMAN, KINDERARTS
NEDERLANDSE BEWERKING
DR. H. G. M. VAN DER VELDEN

pen van gedupeerde ouders. In Groot Britannië en in Canada bestaat een „Foundation for the Study of Infant Deaths”. In Nederland bestaat een dergelijke stichting niet. In het buitenland wordt het wetenschappelijk onderzoek naar de oorzaken van deze kindersterfte door ouderverenigingen gestimuleerd.

Een van de eerste problemen bij het wetenschappelijk onderzoek vormde tot nu toe het ontbreken van een eenduidige omschrijving van het syndroom van de wiegedood. Om een uitgangspunt voor onderzoek te hebben, stelde Beckwith een uniforme term voor: het Sudden Infant Death Syndrome (S.I.D.S.). Het beeld is echter onder allerlei bewoordingen bekend, zoals: Sudden Unexpected Death (S.U.D.), Sudden Unexpected and Unexplained Death (S.U.U.D.) en Morphologically Unexplained Death (M.U.D.). Andere

gebruikte begrippen zijn: „Cot Death”, „Cribdeath” en in Nederland „Wiegedood”.

Beckwith omschrijft het S.I.D.S. als „de dood van een zuigeling die tot op het

Tabel 1. Overleden kinderen in Nederland, jonger dan 1 jaar; syndroom van plotselinge onverwachte dood of wiegedood. Bron: CBS.

Jaar	Accidentele verstikking in bed of wieg ²	Plotselinge dood, oorzaak onbekend ¹	Totaal
1960	36	43	79
1961	47	59	106
1962	53	42	95
1963	48	56	104
1964	39	28	67
1965	39	43	82
1966	36	33	69
1967	53	36	89
1968	49	32	81
1969	56	59	115
1970	43	69	112

¹ 1960-1968: nrs. 795.2 + 795.3 van de Int. Stat. Classificatie van doodsoorzaken 1955

1969 : nr. E. 924 van de Int. Stat. Classificatie van doodsoorzaken 1965

² 1960-1968: nr. E. 924 van de Int. Stat. Classificatie van doodsoorzaken 1955

1969 : nr. E. 913.0 van de Int. Stat. Classificatie van doodsoorzaken 1965

Hierbij wordt meestal vermeld: verstikking in kussen.

Op de dagelijkse praktijk van de huisarts gerichte nascholing, welke voor zover niet anders is aangegeven, is ontleend aan Update, Journal of Postgraduate General Practice, waarvan huisarts en wetenschap het copyright voor Nederland verwierf.

Wiegedood 507

Uit de praktijk:

Jan en Liesje de Vries 509

ogenblik van overlijden gezond is, of slechts lichte ziektesymptomen vertoont, en bij wie bij obductie geen afwijkingen worden gevonden die de dood kunnen verklaren”.

De incidentie van het S.I.D.S. ligt over het algemeen tussen 0,3 en 3 per duizend levend geboren. Deze incidentie verschilt van land tot land, maar ook van streek tot streek in een land (Steele). Het is moeilijk vast te stellen of dit werkelijke verschillen zijn. De definitie van Beckwith wordt nog niet overal gehanteerd. In sommige landen rekent men verstikking tot dit syndroom. In Groot Britannië overlijden elk jaar 1.800 babies aan dit onverklaarde ziektebeeld. Het is aldaar dan ook de belangrijkste doodsoorzaak van kinderen in de leeftijd van 1 maand tot 1 jaar (20 procent van de overledenen). Uit tabel 1 blijkt dat in Nederland per jaar ongeveer honderd gevallen worden opgegeven. Dit komt neer op 0.42 per duizend levend geboren.

In het onderstaande worden de belangrijkste in de literatuur beschreven epidemiologische kenmerken bij wiegedood overzichtelijk weergegeven.

Factor	Risico voor wiegedood
Leeftijd	Twee weken tot zes maanden Maximale incidentie rond de leeftijd van drie maanden
Geslacht	Meer jongens dan meisjes
Seizoen	Toeneming tijdens de wintermaanden
Tijdstip	Meeste gevallen vinden plaats tussen middernacht en zes uur 's morgens
Moeder	Vaker ongehuwde moeders Vaak jonge en jong gehuwde ouders Vaak eerstgeboren kinderen
Kind	Vaak premature kinderen Vaak kinderen die kunstvoeding krijgen Kinderen die vroeg op flesvoeding zijn gebracht Kinderen met lichte ziektesymptomen (meestal van de kant van maag-darmkanaal of van de luchtwegen)

Er zijn verschillende theorieën opgesteld die de oorzaak van het S.I.D.S. moeten verklaren. Alle zijn min of meer aannemelijk. De moeilijkheid is echter, dat elke theorie slechts een verklaring is voor een deel van de gevallen. Meer en meer raakt men ervan overtuigd dat er waarschijnlijk geen sprake is van één oorzaak, doch dat een aantal factoren samenwerkt.

Wat de histologie en de pathologische anatomie betreft worden bij obductie 'en macroscopisch onderzoek soms een iets rode farynx en rode bronchi gevonden. Microscopisch onderzoek levert echter meestal geen afwijkingen op. In sommige gevallen wordt zonder duidelijke bewijzen doch op grond van het pathologisch-anatomische beeld tot de diagnose virus-pneumonie besloten.

Nauwkeuriger onderzoek, onder andere door Naeye, toonde aan dat bij kinderen met het S.I.D.S. de absolute hoeveelheid spierweefsel in de kleine longarterioli is toegenomen. Dit kan worden veroorzaakt door een chronisch zuurstofgebrek. Ook de in vele gevallen aangetoonde vervetting van lever en hersenen en de vertraagde groei van het costochondrale gewricht bij deze kinderen, kan erop wijzen dat er sprake moet zijn van een tevoren bestaande organische afwijking.

Boeiend is de bevinding, dat de hoeveelheid gedegranuleerde mestcellen in het longweefsel is toegenomen. Bij een anafylactisch gebeuren storten de mestcellen hun granulae in het weefselvocht. De genoemde bevinding wijst in de richting van een soort astma-aanval vlak voor de dood van het kind.

Er zijn nogal wat onderzoeken verricht naar een mogelijke virologische ontstaanswijze. Veelal is er, zoals opgemerkt, sprake van een lichte infectie, meestal van de bovenste luchtwegen. Het is dan ook verleidelijk een massale infectie als oorzaak aan te nemen.

In een aantal studies werd naar een oorzakelijk infectieus agens onderzoek gedaan. In ongeveer een kwart van de gevallen werden in het longweefsel of in het bloed inderdaad virusdeeltjes aangetoond. Het histologisch beeld kwam overeen met dat van een ernstige bronchiolitis. Het is bekend dat na een vluchtige infectie met het Respiratory Syncytial Virus of na een immunisatie met een R.S.-vaccin, wanneer kort daarop een nieuw contact met hetzelfde virus plaatsvindt, een zeer ernstige klinisch beeld kan ontstaan. Dit zou een gevolg zijn van een verminderde immunologische weerstand van het kind. Een en ander past in de gedachtegang dat het S.I.D.S. veroorzaakt zou worden door een viraal infect.

Uit verschillende immunologische studies blijkt, dat de incidentie van het S.I.D.S. bij met kunstvoeding gevoede baby's aanzienlijk hoger is dan bij baby's met borstvoeding. Nu bestaat er een samenhang tussen het al of niet toepassen van kunstvoeding enerzijds en een aantal sociale kenmerken van het gezin anderzijds. Maar met uitschakeling van deze interveniërende factoren blijft de correlatie tussen kunstvoeding en het optreden van S.I.D.S. bestaan.

Onmiddellijk na de geboorte wordt ieder kind tegen infecties beschermd door immunoglobulines die via de placenta en de moedermelk het kind bereiken. Na een paar maanden komt de eigen productie van het kind op gang. Bij met de fles gevoede kinderen is er rond de derde maand een verlaagde immunologische afweer. De meeste gevallen van wiegedood betreffen kinderen die ongeveer drie maanden oud zijn. Misschien gaat het dus toch om een infectie. Een andere verklaring zou kunnen zijn, dat sommige kinderen in deze tijd bijzonder overgevoelig zijn voor soortvreemd eiwit, zoals koemelkeiwit. Dit zou dan wijzen op een anafylaxie.

Naast deze immunologische aspecten van de voeding zou ook het natrium-gehalte van kunstvoedingen een rol kunnen spelen. Een hoog natrium-gehalte van de kunstvoeding blijkt gepaard te gaan met een relatief hoge incidentie van het S.I.D.S. In Nederland en Zweden, waar het natrium-gehalte van de kunstvoedingen laag is, is het sterftecijfer viermaal zo laag als in Groot Brittannië waar het natrium-gehalte in kunstvoedingen relatief hoog is.

Bij overigens gezonde kinderen kunnen perioden van ademstilstand voorkomen die tot twintig seconden duren. Een duidelijke oorzaak van dit fenomeen is nooit gevonden. Wel wordt het vaak gezien in combinatie met een infectie van de bovenste luchtwegen. Tot op een leeftijd van drie tot vier maanden zouden bepaalde kinderen extra gevoelig zijn voor een dergelijke ademstilstand die meestal tijdens de slaap optreedt. Behalve aan een mogelijke infectieuze oorzaak voor deze periode van apnoea is gedacht aan een relatieve onrijpheid van het ademcentrum in de hersenstam.

Voor de huisarts als gezinsarts heeft het S.I.D.S. nog andere dan strikt medische implicaties. Met recht kan worden gesproken van een gezinsdrama. Het lijkt onvoorstelbaar om geheel onverwacht een tevoren nog gezonde baby dood in de wieg te vinden. In panische schrik zal men nauwelijks weten wat te doen. De huisarts zal als eerste worden gewaarschuwd en van hem wordt in deze situatie het uiterste van

zijn bijstand gevraagd. Hij zal de schok en de gevoelens van schuld en angst moeten kunnen opvangen. Maar daarnaast zal men verwachten dat hij de eventuele oorzaak van de plotselinge dood kan ophelderen.

De ouders kunnen anderzijds het gevoel hebben, dat men hen op de dood van hun baby zal aankijken. Steeds weer zullen zij zich afvragen of zij het niet hadden kunnen voorkomen door meer aandacht aan het kind te besteden. Het probleem is nog groter wanneer de dood kwam op het moment, dat een ander dan de ouders op de baby paste.

Het is inderdaad de taak van de huisarts om de mogelijke oorzaken van dit sterven en het totaal onverwachte van de wiegedood uit te leggen. Tevergeefs zullen de ouders naar een verklaring vragen. Daarbij zal de huisarts in sommige gevallen de baby hebben gezien in verband met een triviale luchtweginfectie. Misschien rijst er bij de ouders twijfel over de gegeven therapie en geruststelling. De arts moet met gevoelens van agressie jegens hem rekening houden, terwijl er zijnerzijds geen aanleiding zal zijn om aan zijn advies of zijn geruststelling van de ouders te twijfelen. Hij kan het initiatief tot obductie nemen, hoe moeilijk dit ook is. Hierbij is niet uit het oog te verliezen, dat een negatief resultaat zowel een bijdrage tot geruststelling van de betrokkenen kan zijn als een bron van verdere onzekerheid.

De begeleiding van de ouders, wier kind zo onverwacht is overleden, is een verre van gemakkelijke taak. Het wegnemen van angst voor herhaling vormt een van de belangrijkste aspecten. De begeleiding van het rouwproces van de ouders is, met name in geval van S.I.D.S., een moeilijke maar dankbare taak van de huisarts. Medisch-wetenschappelijk staat hij met lege handen. Ondanks alle tot nu verrichte onderzoek heeft hij geen antwoord op vragen naar oorzaak en ontstaanswijze van deze wiegedood. Als gezinsarts is de huisarts evenwel vrijwel de enige, die vanuit zijn voortdurende relatie met de betrokken ouders de begeleiding ter hand kan nemen. Het komt hierbij vooral aan op het hanteren van schuldgevoelens, zowel bij de ouders als bij zichzelf.

Misschien kunnen de observaties van huisartsen, die met het S.I.D.S. werden en worden geconfronteerd, bijdragen aan de opheldering van dit geheimzinnige en dramatische ziektebeeld.

Beckwith, J. B. Sudden Infant death Syndrome, University of Washington Press, Seattle, 1970. →