

Wiegendood: risicofactoren en preventie

M.P. L'HOIR

L'Hoir MP. Wiegendood: risicofactoren en preventie. Huisarts Wet 1999;42(10):451-4.

Nederland is het West-Europese land met de laagste incidentie van wiegendood – 0,17 per 1000 levend geboren baby's –, maar in absolute zin gaat het toch nog om circa 30 sterfgevallen per jaar. Wereldwijd bestaat consensus met betrekking tot de risico's van buikligging, zijligging, dekbedden, kussens, zeiltjes en zachte matrassen, en overal wordt geadviseerd de wieg of het bedje 'kort op te maken'; de baby ligt met de voetjes tegen het voeteneind. Verder is wereldwijd een dosis-effectrelatie gevonden tussen roken en wiegendood; deze factor is bovendien duidelijk belangrijker in landen met een lage incidentie. Verdovende middelen, sederende hoestmiddelen voor de baby, en weinig toezicht op de baby zijn eveneens risicofactoren. Belangrijke preventieve maatregelen zijn het gebruik van een trappelzak en van een fopspeen (bij borstvoeding pas als het kind een goede zuigtechniek heeft ontwikkeld).

mw.dr. M.P. L'Hoir, Wilhelmina Kinderziekenhuis/
Academisch Ziekenhuis Utrecht, Postbus 85090,
3584 AB Utrecht.

Inleiding

Onder wiegendood wordt verstaan: 'het plotseling en onverwacht overlijden, meestal gedurende de slaap, van een ogenschijnlijk gezonde zuigeling in de eerste twee levensjaren'. *Sudden infant death syndrome* (SIDS) betekent bijna hetzelfde, behalve dat deze term slechts betrekking heeft op 'baby's in de leeftijd van een week tot een jaar oud bij wie de dood grotendeels onverklaard blijft na volledig postmortaal onderzoek'.¹⁻⁴ Bij het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) worden gevallen van SIDS en wiegendood in de leeftijd van een week tot een jaar ondergebracht in één categorie: wiegendood/SIDS (ICD 10e revisie R95.0, voorheen ICD 9e revisie 798.0).⁵

Postmortaal onderzoek – uitgebreide anamnese, lichamelijk onderzoek, onderzoek van de slaappleeds, laboratoriumonderzoek en obductie – wordt verricht in 60-70 procent van de gevallen; in 10-20 procent van deze gevallen wordt een verklaring voor het overlijden gevonden. Nadrukkelijk wordt aanbevolen bij elk geval van wiegendood een postmortaal onderzoek te verrichten.¹ Juist nu wiegendood minder vaak voorkomt, lijkt de kans op het aantonen van een onderliggende ziekte groter. Bovendien heeft een aanzienlijk deel van de ouders die afzien van postmortaal onderzoek achteraf spijt, omdat men graag meer had willen weten over de mogelijke doodsoorzaak van het kind.

De volgende oorzaken worden gevonden bij postmortaal onderzoek: myocarditis, congenitale aortastenose, fulminante pneumonie, gastro-enteritis, aspiratie, sepsis, acute meningitis en bepaalde erfelijke metabole stoornissen. Soms wordt op grond van de resultaten van de sectie besloten een overlijdensgeval in een andere categorie te registreren, bijvoorbeeld als acute luchtweginfectie, pneumonie, bronchitis, inhalatie van voeding, accidentele mechanische verstikking of 'diagnose onbekend of vaag'.

In een deel van de gevallen – in Nederland geschat op 3-8 procent – gaat het in feite niet om wiegendood, maar om infan-

ticide.⁶ Wiegendood is een natuurlijke dood; bij een vermoeden van mishandeling dient de huisarts echter – eventueel na raadpleging van de gemeentelijk lijk-schouwer – de Officier van Justitie te vragen een gerechtelijke sectie te gelasten. Aangezien bij postmortaal onderzoek geen verschil tussen opzettelijke uitwendige adembelemmering en accidentele mechanische verstikking kan worden vastgesteld, is infanticide moeilijk aantoonbaar. Bij een vermoeden van een onnatuurlijke dood zijn in ieder geval zorgvuldig lichamelijk onderzoek, uitgebreide gezinsanamnese en het opvragen van gegevens van het consultatiebureau noodzakelijk.

Het aantal gevallen van wiegendood/SIDS in Nederland is de laatste jaren sterk gedaald. In 1986 en 1987 bedroeg de incidentie respectievelijk 1,03 en 0,91 per 1000 levendgeborenen. Toen eind 1987 buikligging als slaaphouding werd afgeraden, daalde dit cijfer naar 0,58/1000 in 1988, en in 1996 en 1997 bedroeg de incidentie respectievelijk 0,26 en 0,17 per 1000 levend geboren baby's. Dat is enerzijds de laagste incidentie van West-Europa, anderzijds gaat het nog steeds om ruim 30 baby's per jaar.

Uit epidemiologisch onderzoek zijn factoren naar voren gekomen die het risico voor wiegendood vergroten, ook wanneer rekening werd gehouden met versturende variabelen (confounders).⁷⁻⁹ Herhaling van onderzoek en het opnieuw – en elders – vinden van bepaalde associaties wettigt het propageren van bepaalde preventieve maatregelen. Sterke associaties betekenen overigens niet hetzelfde als 'causale verbanden'.

Van maart 1995 tot en met september 1996 is in Nederland een onderzoek verricht naar wiegendood, dat een onderdeel vormde van de European Concerted Action on SIDS (ECAS), waaraan zestien landen deelnamen.^{8,9} In het Nederlandse onderzoek waren 73 wiegendoodbaby's betrokken, met per geval twee controlekinderen. Het doel van dit onderzoek was tweeledig:

- vaststellen van het huidige aandeel van bekende en mogelijk nog nieuwe, beïnvloedbare risicofactoren, die samenhangen met verzorgings- en slaapgewoonten (zoals ligging, beddengoed en slaappleaats);
- bepalen van de huidige risico's van reeds eerder gesignaleerde risicofactoren, zoals sociaal-economische status, leeftijd van de moeder, rangorde in het gezin, infecties, geboortegewicht, meerlingen, seizoensinvloed en vroeggeboorte.¹⁰

In deze bijdrage bespreek ik de resultaten van het Nederlandse onderzoek, waarbij de nadruk ligt op de risicofactoren en de mogelijkheden tot preventie.

Slaaphouding

Ook in Nederland, waar 93 procent van de ouders hun baby op de rug te slapen legt, is buikligging nog steeds de belangrijkste risicofactor voor wiegendood. Onder de baby's die nog op de buik te slapen worden gelegd (primaire buikligging), kunnen enkele bijzondere categorieën worden onderscheiden. Huilbaby's worden soms op de buik gelegd, omdat de baby in deze houding tot rust komt. Vroeggeboren baby's en baby's met een laag geboortegewicht (die gemiddeld ook meer huilen dan andere baby's) worden in de kliniek om verschillende redenen op de buik verpleegd; vóór ontslag uit het ziekenhuis worden zij tegenwoordig echter gewend aan de rugligging. En dan zijn er ouders die gunstige ervaring hebben met buikligging bij eerdere kinderen, en daarmee om die reden doorgaan.

Een nieuwe risicogroep bestaat uit baby's die zich tijdens de slaap op de buik draaien.¹¹ Uit verschillende bronnen is bekend dat op dit moment zo'n 40 procent van de wiegendoodkinderen op de rug te slapen is gelegd, maar zelf op de buik is gedraaid.^{9,12} De meesten van deze 'secundaire buikliggers' lagen niet in een babytrappelpak, waren wat ouder (5-10 maanden), en waren van het mannelijk geslacht. Een subgroep bestond uit baby's die voor (bijna) de eerste keer van de rug op de buik

draaiden ('onervaren buikliggers'). Wanneer de baby's die eenmalig op de buik te slapen werden gelegd, bij deze subgroep worden opgeteld, blijkt de totale groep 'onervaren buikliggers' een zeer hoog risico te hebben: het risico om te overlijden neemt toe met een factor 17.

Een opvallende bevinding was dat alle wiegendoodbaby's die met mond en neus naar beneden werden gevonden, onervaren buikliggers waren. Het is daarom verstandig de motorische ontwikkeling van de baby te stimuleren door hem overdag, als hij wakker is, regelmatig op zijn buik te leggen (uiteraard onder toezicht).

Het risico van zijligging is verhoogd, maar duidelijk minder dan dat van buikligging. De consensus is dat baby's de eerste twee weken op de zij te slapen kunnen worden gelegd. Daarna wordt rugligging als slaaphouding aanbevolen.

Beddengoed

Bij baby's heeft het hoofd – met een relatief groot oppervlak – een belangrijke functie bij de regulatie van de lichaamstemperatuur. Daarmee moet rekening worden gehouden bij de keuze van het beddengoed.

Een dekbed heeft diverse nadelen. Het kind kan het dekbed over zich heen trekken of er met zijn hoofd onder raken. Verder kan de baby aan de zijkanten niet goed worden ingestopt. Instoppen is risicoverlagend, waarschijnlijk mede doordat het kind zich moeilijker op de buik kan draaien. Warmteverlies wordt overigens ook bemoeilijkt wanneer de baby op de buik ligt. Tenslotte vormt een dekbed zich gemakkelijk naar degene die eronder ligt, zodat er een soort 'holletje' kan ontstaan rond het gezicht van het kind. Dit kan leiden tot 'rebreathing' (zie hierna).

Het beste kan men een of meer dunne dekens gebruiken (afhankelijk van de kamertemperatuur). Daarnaast is het een goede gewoonte om het bed 'laag op te maken' (de baby met de voetjes tegen het voeteneind): de baby is dan niet of nauwelijks in staat om onder het beddengoed terecht te komen.

Uitwendige adembemmering is een ander risico. Dit kan zich voordoen als het kind met de neus en mond tegen een zachte (onder)laag komt te liggen, zoals een dekbed, kussen, zachte matras, schapenvacht of hoofdbeschermer. Nat worden van de onderlaag (door transpiratie, nussecreet of braaksel) kan de ademweerstand vergroten.¹ Het vooroverliggen, met mond en neus recht naar beneden, kan ertoe leiden dat de neus geheel of gedeeltelijk wordt dichtgedrukt. Bovendien is het mogelijk dat de nog vrij beweeglijke onderkaak met de tong naar achteren wordt gedrukt, waardoor de luchtweg ter hoogte van de farynx wordt vernauwd of afgesloten. Een derde mogelijkheid is 'rebreathing'. Wanneer mond en neus tegen volumineus materiaal aanliggen (dekbed, kussen) wordt uitgeademde lucht opnieuw ingeademd. De gaswisseling kan hieronder lijden, met hypercapnie (teveel aan koolzuur) en hypoxemie (zuurstoftekort) als mogelijke gevolgen. Hypercapnie kan een sederend, zelfs narcotiserend effect hebben, waardoor een spontane houdingsverandering als reactie op de ademnood uitblijft.

Een zeiltje in bed is af te raden, vooral als het ter hoogte van het hoofdje ligt. Met de tegenwoordige luiers is een zeiltje overigens overbodig geworden. Ander plastic materiaal dient eveneens buiten het babybedje te worden gehouden. Elektrische dekens, een elektrisch te bewegen wieg en een waterbed zijn onveilig.

Wat nodig is, is een stevige matras; het hoofdje mag er niet in wegzakken. De veronderstelling dat uit oudere matrassen een giftig gas kan vrijkomen, is niet juist.

Gebrek aan toezicht

De aanwezigheid van een volwassene in de slaapkamer van de baby blijkt bescherming te bieden tegen wiegendood, waarschijnlijk doordat de ouder kan signaleren dat de baby op de buik is gedraaid en/of onder het beddengoed terecht is gekomen. Samen slapen in het bed bij de ouder(s) is daarentegen risicoverhogend tot de leeftijd van vier maanden.⁸ Een baby mag ze-

ker niet bij de ouders in bed slapen wanneer zij alcohol hebben gebruikt of een slaapmiddel hebben ingenomen.

Roken en verdovende middelen

Roken tijdens de zwangerschap brengt risico's met zich mee. Het heeft een ongunstige invloed op de zuurstofvoorziening van de baby, op de groei en vermoedelijk ook op de longfunctie – stuk voor stuk gevolgen die het risico van wiegendood zouden kunnen vergroten. Bij roken is sprake van een dosis-effectrelatie: hoe meer men rookt, des te groter het risico op wiegendood. Bij 10-19 sigaretten is het risico verhoogd met een factor 2, bij 20 of meer sigaretten met een factor 5.

Roken in de buurt van de baby lijkt ook een risicofactor, hoewel er op dit gebied nauwelijks goed onderzoek is gedaan. Passief roken zou het risico op wiegendood verhogen met ongeveer een factor 2.

Verdovende middelen, zoals heroïne, methadon en cocaïne, gaan samen met een verhoogd risico. Ook na correctie voor mogelijke 'verstoringe factoren' blijft dit verband bestaan.

Overige risicofactoren

Volgens sommige – niet alle – onderzoeken wordt het risico van wiegendood verhoogd door kunstvoeding. Borstvoeding – vooral uitsluitend borstvoeding – lijkt beschermend te zijn.

Promethazine, alimentazine als bestanddeel van een hoestdrank, en andere stoffen met een sederende werking zijn risicoverhogend; sinds 1992 worden dergelijke preparaten afgeraden voor zuigelingen.

Mogelijk is er ook een relatie met veranderingen in de dagelijkse routine (logeren, bezoek, lange autorit, vreemde omgeving, andere slaappleaats, etc.). zoals in recent Nederlandse onderzoek is gevonden. Daarnaast is in verschillende onderzoeken een hogere incidentie in de weekends gevonden.

Preventie

Er zijn twee betrekkelijk nieuwe mogelijkheden tot preventie: de babytrappellzak en de fopspeen.

Babytrappellzak

Het gebruik van een ongewatteerde babytrappellzak verlaagt de kans op wiegendood. De babytrappellzak heeft diverse voordelen:

- de baby kan minder gemakkelijk op de buik draaien;
- de baby kan minder gemakkelijk naar boven of naar beneden schuiven, en heeft daardoor minder kans om onder beddengoed terecht te komen;
- er is minder extra beddengoed nodig;
- de rits zit aan de voorkant, waardoor ouders de baby als vanzelf op de rug leggen.

Het fixeren van de trappellzak (door middel van een riem die door een tunneltje aan de achterzijde van de trappellzak wordt ge-

haald en daarna onder de lattenbodem wordt bevestigd) wordt wel geadviseerd aan zeer angstige ouders, bijvoorbeeld na een eerder geval van wiegendood.¹

Fopspeen

In diverse onderzoeken is een risicoverlagerend effect van een fopspeen gevonden.⁹ Hypothesen op dit gebied zijn:

- mechanisch effect: een fopspeen belemmert het met mond en neus recht naar beneden liggen (wat buikslapers gemiddeld 3 procent van de nacht doen);
- rustgevend effect: de baby valt snel in slaap met een fopspeen, wat de kans kan verkleinen dat hij onder beddengoed terecht komt;
- effect op de spierspanning; een fopspeen stimuleert de spieren van de bovenste luchtwegen, waardoor de tong meer naar voren ligt en de ademweg vrij blijft.
- effect op de speekselproductie; het veelvuldiger slikken bij een fopspeen zou een arousal-functie hebben, waardoor wordt voorkomen dat een baby (te) diep slaapt.

Het te slapen leggen van een baby met een fopspeen kan worden aangeraden voor kinderen die flesvoeding krijgen. Bij kinderen met borstvoeding dient men te wachten tot de voeding goed op gang is gekomen.

Folder

De Stichting Wiegendood heeft in het voorjaar van 1998 een folder – 'Veilig Slapen' – uitgebracht, gebaseerd op de Consensus Preventie van Wiegendood, en aangevuld met bevindingen uit Nederlands onderzoek.^{1,9} De preventieve maatregelen in de folder worden hieronder samengevat:

- Leg de baby altijd op de rug te slapen.
- Zorg dat de baby niet te warm ligt.
- Zorg voor veiligheid in wieg of bed.
- Gebruik een babytrappellzak.
- Houd de baby in de buurt.
- Rook niet.
- Geef bij voorkeur borstvoeding, houd een fopspeen achter de hand.

Adressen en telefoonnummers

- Vereniging Ouders van Wiegendoodkinderen (Vereniging van en voor lotgenoten), Postbus 293, 6700 AG Wageningen, tel. 033-4751487 (dagelijks bereikbaar van 14.00 tot 15.00 uur en van 20.00 tot 21.00 uur).
- Stichting Wiegendood, Postbus 1008, 2430 AA Noorden, tel. 0172-408271.
- Psychosociale wiegendood polikliniek van het Wilhelmina Kinderziekenhuis (WKZ)/Academisch Ziekenhuis Utrecht (AZU), Postbus 85090, 3508 AB Utrecht, tel. 030-2504112, fax 030-2505325.
- Landelijke Werkgroep Wiegendood, p/a Prins Bernhardlaan 50, 2341 KL Oestgeest, Nederland, tel. 06-51293788.

- Geef geen geneesmiddelen met slaapverwekkende bijwerking.
- Verstoor zo min mogelijk rust en regelmaat.

Het spreekt voor zich dat in deze verkorte richtlijnen nuancerings ontbreken die in de folder wel zijn aangebracht.

Van belang is dat de folder wordt uitgereikt door mensen aan wie ouders autoriteit toeschrijven, en bij wie zij met hun vragen terecht kunnen. De thuiszorgorganisaties (consultatiebureaus en kraamzorg) en in geringere mate ziekenhuizen (kinderafdelingen, afdelingen neonatologie) hebben de eerste oplage (170.000) afgenomen. In januari 1999 kwam een tweede oplage beschikbaar. Een Turkse en Marokkaanse versie zijn intussen gereed.

Dankbetuiging

Met dank aan de medewerkers van het onderzoek: J. Huber, G.Th.J van Well, S. McClelland, T. Dandachli, G.J. Mellenbergh, W.H.G. Wolters, A.C. Engelberts en P. Westers.

Literatuur

- 1 Centraal begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO). Consensus Preventie van Wiegendood. Utrecht: Commissie Overleg Kinderartsen/Jeugdartsen, 1996.
- 2 Van Velzen-Mol HWM, Burgmeijer RJF, Hofkamp M, Den Ouden AL. Consensus preventie van wiegendood. Ned Tijdschr Geneesk 1997; 37:1779-83.
- 3 Guntheroth WG, editor. Crib death. The sudden infant death syndrome. Third edition. Armonk, NY: Futura Publishing, 1995.
- 4 Rognum TO, editor. Sudden infant death syndrome. New trends in the nineties. Oslo: Scandinavian University Press, 1995.
- 5 Overledenen naar doodsoorzaak, leeftijd en geslacht in het jaar 1980-1997, serie 1A. Voorburg: Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), 1998.
- 6 Kuyvenhoven MM, Hekkink CF, Voorn ThB. Overlijdensgevallen onder 0-18-jarigen door vermoede mishandeling: naar schatting 40 gevallen in 1996 gebaseerd op een enquête onder huisartsen en kinderartsen. Ned Tijdschr Geneesk 1998;142:2515-8.
- 7 Engelberts AC. Cot death in the Netherlands. An epidemiological study [Dissertatie]. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1991.
- 8 Carpenter RG, England PD. European Concerted Action on Sudden Infant Death. Report on co-ordinated case-control studies to determine ways of reducing sudden infant death (SIDS) rates in Europe. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine, 1997.
- 9 L'Hoir MP. Cot death. Risk factors and prevention in the Netherlands in 1995-1996 [Dissertatie]. Utrecht: Universiteit Utrecht, 1998.
- 10 Wierenga H. Cot death in preterm and small for gestational age infants in the Netherlands. Groningen: Wolters-Noordhoff, 1988.
- 11 De Jonge GA, Engelberts AC, Kostense PJ. Wiegendood in secundaire buikligging: kenmerken en preventie. Ned Tijdschr Geneesk 1996;140: 1890-4.
- 12 Landelijke Werkgroep Wiegendood. Wiegendood in Nederland. Een verslag van de Landelijke Werkgroep Wiegendood. Med Contact 1997; 52:1595-6.

Het beleid bij fecale incontinentie in de huisartspraktijk

Vervolg van pag. 450

- 30 Mortensen N, Humphreys MS. The anal continence plug: disposable device for patients with anorectal incontinence. Lancet 1991;337:295-7.
- 31 Jacobs PPM, Kuijpers JHG, Dony JMJ, Vingerhoets MH. Incontinentie voor faeces na obstetrisch letsel: betekenis van beschadigde bekkenbodempinnervatie en resultaten van chirurgische behandeling. Ned Tijdschr Geneesk 1989; 133: 1648-51.
- 32 Kamm MA. Faecal incontinence. BMJ 1998; 316:528-32.
- 33 Madoff RD, Williams JG, Caushaj PF. Fecal incontinence. New Eng J Med 1992;326:1003-7.
- 34 Briel JW, Schouten WR. Teleurstellende resultaten van de achterste reefplastiek bij de behandeling van incontinentia alvi. Ned Tijdschr Geneesk 1995;139:23-6.