

Een bijwerking van medische vooruitgang



Foto: Hollandse Hoogte

We kunnen tegenwoordig te vroeg geboren kinderen goed in leven houden en laten opgroeien. Regelmatig duikt echter de vraag op wat er precies van deze kinderen terechtkomt. In Noorwegen volgde men daarom tot 2005 1.167.506 eenlingen die geboren waren in de jaren 1967-1976. Van alle kinderen, geboren na een zwangerschapsduur van 22-27 weken ($n = 4602$) overleefde ruim de helft de eerste dagen niet. Van de overlevenden overleed vervolgens ruim 70% in het eerste levensjaar. Het sterftecijfer bleef ook verhoogd in de daaropvolgende vijf jaar,

en daarna was het aantal overlevenden te gering om nog betrouwbare cijfers te kunnen verkrijgen, maar de kans op overlijden lijkt zich dan te stabiliseren. Mortaliteit en zwangerschapsduur waren gecorreleerd: naarmate de zwangerschapsduur toenam, bleek de mortaliteit lager.

Omdat vroeggeboorte ook zou samenhangen met neuro-cognitieve ontwikkelingsstoornissen bepaalde men het opleidingsniveau van de overlevenden uit het cohortvroeggeborenen, geboren voor 1977. Dat bleek, zoals verwacht, lager dan van à terme geboren. Opvallend was dat ook het zelf krijgen van kinderen samenhang met de zwangerschapsduur van de moeder ten tijde van de eigen geboorte. De kans op eigen kinderen nam af naarmate men vroeger was geboren, tot ongeveer eenderde, vergeleken met degenen die geboren waren na een normale zwangerschapsduur. Dit effect was overigens veel sterker voor jongens dan voor meisjes. De auteurs opperen dat hier mogelijk niet zozeer sprake is van biologische factoren, maar meer van handicaps, die het vinden van een partner bemoeilijken. Vroeggeboorte blijkt ook 'erfelijk'. Te vroeg geboren hebben ook zelf weer meer kans op een voortijdige bevalling.

Nu zijn er bezwaren te noemen tegen dit onderzoek. Tegenwoordig is de zorg

rondom de geboorte beter dan dertig jaar geleden en leidt dat tot een betere prognose. Maar we kunnen nu eenmaal niet in de toekomst kijken en moeten het doen met de gegevens die we kunnen verzamelen. Voorts moeten we bedenken dat die betere zorg leidt tot een betere overleving en daarmee het grootste effect heeft in de groep met extreme vroeggeboorte: meer handicaps. Anderzijds vond dit onderzoek plaats in Noorwegen, een land waar de medische zorg en ook het sociale vangnet ook in de vorige eeuw al goed was ontwikkeld. Waarschijnlijk hadden gehandicapten in Noorwegen een betere kans dan op veel andere plaatsen in de wereld.

Wat moeten we nu met deze kennis? We kunnen er niet zo heel veel mee, lijkt me. Dat deze kinderen 'at risk' zijn is geen nieuws en dat we goed moeten zorgen voor zwangeren en hun kinderen lijkt me duidelijk. Het geeft wel informatie waarmee een fatsoenlijke discussie kan worden gevoerd. Wat ik mezelf echter altijd weer moet realiseren is de menselijke ellende die schuil gaat achter deze koele cijfers. Zowel voor de ouders als voor de (veel) te vroeg geboren kinderen. (HvV)

Swamy GK, et al. Association of preterm birth with long-term survival, reproduction, and next generation preterm birth. JAMA 2008;299:1429-36.

Met dank voor bewezen diensten

De term metaboolsyndroom beschrijft de samenhang van insulineresistentie, centrale obesitas, hypertensie en dislipidemie met of zonder glucose-intolerantie. Maar het syndroom staat ter discussie. Criticus Gale vindt dat de pathofysiologische basis onduidelijk is en de term geen diagnostische of therapeutische voordelen oplevert. Het recente voorstel om niet langer insulineresistentie maar centrale obesitas als belangrijkste kenmerk van het syndroom te beschouwen, heeft als bezwaar dat middelomtrekken bij uiteenlopende etnische groepen verschillen. De kalibratie van de normaalwaarden moet

men dan ontleen aan het cardiovasculaire risico. Het resultaat is een circulaire definitie waarin het cardiovasculaire risico het syndroom bepaalt en het syndroom het cardiovasculaire risico.

Advocaten van het syndroom, Alberti en Zimmet, vinden dat het syndroom wel degelijk klinische waarde heeft omdat het mensen met een hoog risico identificeert. Bovendien heeft het ervoor gezorgd dat cardiologen meer aandacht hebben voor diabetes en diabetologen voor HVZ.

De argumentatie van de verdediging is zwak omdat dat overwegend de implementatie van goede zorg betreft. Vermoe-

delijk is het zo langzamerhand verstandig om het syndroom te bedanken voor bewezen diensten. (TW)

Alberti KG, et al. Should we dump the metabolic syndrome? BMJ 2008;336:640-1.

De berichten, commentaren en reacties in het Journal richten zich op de wetenschappelijke en inhoudelijke kanten van het vak. Bijdragen van lezers zijn welkom (redactie@nhg.org). Deze bijdragen zijn van Marjolijn Hugenholz, Koos Jongebreur, Henk Schers, Edmond Walma, Henk van Weert en Tjerk Wiersma.