

Wiegendood in een box

G.A.de Jonge en B.A.Semmekrot*

Zie ook de artikelen op bl. 1254 en 1273.

Doel. Een verklaring zoeken voor de toename van het aantal kinderen dat aan wiegendood overleed terwijl zij in een box lagen of op een boxkleed buiten de box, te weten 13 in de periode 1 september 1996-31 augustus 2004, versus 0 in de jaren 1984/96.

Opzet. Beschrijvend.

Methode. In de gegevens van de 13 kinderen die waren gemeld bij de Landelijke Werkgroep Wiegendood, werd nagegaan welke risicofactoren voor wiegendood er waren.

Resultaten. Er waren dikwijls bekende risicofactoren in het geding, vermijdbare en onvermijdbare, meestal in combinatie: mannelijk geslacht (n = 9), leeftijd 1-8 maanden (n = 12), rangnummer > 1 (n = 9), roken door 1 of 2 ouders (n = 6), primaire buikligging (n = 4), secundaire buikligging (n = 6, meestal voor het eerst), gelaat tegen de onderlaag (n = 9), en in alle gevallen afwezigheid van een volwassene (n = 13).

Conclusie. Er was geen duidelijke verklaring voor de waargenomen toename van wiegendood die plaatsvindt in een box of buiten de box op een boxkleed.

Ned Tijdschr Geneeskd 2005;149:1279-82

In de periode 1 september 1996-31 augustus 2004 zijn er in Nederland 190 kinderen overleden aan wiegendood, van wie 13 terwijl zij in een box lagen (12 kinderen) of buiten de box op een boxkleed op de vloer (1 kind), zo bleek uit de gegevens van de Landelijke Werkgroep Wiegendood (LWW), een werkgroep van de sectie Intensive Care Kinderen van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde. Dit is in de geschiedenis van wiegendood een nieuw fenomeen. Zo was er volgens enquêteonderzoek over de periode 1984-1991 van de 222 wiegendoodkinderen 1 kind in een box overleden, maar achteraf gezien was de doodsoorzaak een accidentele verstikking door dunne plastic folie van een zogenaamde strikclip die over het gelaat was komen te liggen.¹ Ook in het onderzoek bij 108 wiegendoodkinderen (1 week-5 maanden oud) in de periode september 1985-augustus 1987 en in dat bij 74 wiegendoodkinderen (1 week-23 maanden oud) in de periode maart 1995-augustus 1996 waren alle kinderen overleden in een wieg, reiswieg, campingbedje, ledikant of groot bed; de aanduiding 'box' komt in de onderzoeksverslagen niet voor.²⁻³ Evenmin zijn ons uit de buitenlandse literatuur gevallen van wiegendood bekend die zich in een box hebben voorgedaan.

Wij vroegen ons af hoe het komt dat wiegendood in een box of buiten de box op een boxkleed pas na 1996 zo naar

voren kwam, welke risicofactoren voor wiegendood bij deze 13 gevallen in het geding waren, en of er voor de preventie lering uit getrokken kan worden.

METHODE

De gegevens over de voorgeschiedenis en de toedracht van ieder gemeld geval van plotseling onverwacht overlijden van kinderen jonger dan 2 jaar dat zich in Nederland voordoet, worden sinds september 1996 door de LWW verzameld en systematisch geanalyseerd. De LWW ontvangt die meldingen in de regel telefonisch van een van de betrokken artsen op het meldnummer 06-51293788. Er is bij die melding ook gelegenheid voor overleg en advies. Met instemming van de ouders wordt dan, meestal enige weken later, tijdens huisbezoek van een kinderarts (lid van de LWW) een volledige anamnese afgenomen en de plaats van het overlijden bezichtigd en besproken. Is er geen toestemming van de ouders voor een huisbezoek door een LWW-kinderarts, dan worden gegevens ingewonnen door de huisarts of door een lokale kinderarts.

De definitieve diagnostische rubricering wordt vastgesteld in het halfjaarlijks plenair overleg van de werkgroep.⁴ De daarbij gehanteerde definitie van 'wiegendood' luidt: 'wiegendood is het plotseling en onverwacht tijdens een slaaperperiode overlijden van een ogenschijnlijk gezonde zuigeling bij wie geen lichamelijke oorzaak wordt gevonden die op zich het overlijden verklaart'.

Doordat er geen gegevens beschikbaar zijn over het gebruik van boxen en boxkleden in de bevolking is het niet mogelijk om gevallen van wiegendood die zich in een box of buiten de box op een boxkleed voordeden, met een referen-

* Namens de Landelijke Werkgroep Wiegendood, waarvan de leden aan het einde van dit artikel worden vermeld.

Hr.em.prof.dr.G.A.de Jonge, kinderarts, Prins Bernhardlaan 50, 2341 KL Oegstgeest.

Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis, afd. Kindergeneeskunde, Nijmegen.

Hr.dr.B.A.Semmekrot, kinderarts-neonataloge.

Correspondentieadres: hr.em.prof.dr.G.A.de Jonge.

tiegroep te vergelijken. Voor dit onderzoek volstaan wij daarom met een beschrijving van de 13 gemelde gevallen tegen de achtergrond van wél beschikbare gegevens.

RESULTATEN

Postmortaal onderzoek. Van alle 13 kinderen waren de medische gegevens over hun voorgeschiedenis en over de toedracht van hun overlijden door de LWW met instemming van de ouders verzameld, inclusief de gegevens van het medisch postmortaal onderzoek. In alle gevallen waren deze aangevuld met gegevens uit een anamnesegegesprek van een LWW-kinderarts bij de ouders thuis. Bij 10 kinderen was een pediatriesch postmortaal onderzoek uitgevoerd en bij 6 kinderen tevens een obductie (in 3 gevallen inclusief schedel-obductie). Alle 13 kinderen voldeden aan de Nederlandse criteria van wiegendood.⁴ Pediatriesch postmortaal onderzoek en obductie leverden in de bewuste gevallen geen andere oorzakelijke factoren op.

Demografische kenmerken. De reeks van 13 kinderen bestond uit 9 jongens (69%) en 4 meisjes (31%) met de volgende leeftijdsverdeling: 1 kind van 1 maand oud, 1 van 2 maanden, 1 van 3 maanden, 4 van 4 maanden, 2 van 5 maanden, 2 van 6 maanden, 1 van 8 maanden en 1 van 13 maanden. Het betrof 4 eerste (31%) en 9 volgende (69%) kinderen.

Borstvoeding. Er hadden 6 van de 13 kinderen (46%) minder dan 6 weken borstvoeding gehad en 5 van de 11 (45%) minder dan 3 maanden (2 kinderen waren vóór die leeftijd overleden).

Gebruik van geneesmiddelen. Geen van de kinderen gebruikte een geneesmiddel waarvan enige samenhang met wiegendood wordt vermoed.⁴

Passief roken. In 6 van de 13 gezinnen werd gerookt, namelijk door 3 moeders (23%) en 5 vaders (38%), door 7 van hen meer dan 10 sigaretten per dag.

Dekbed. 2 van de overleden kinderen waren in de vroege ochtend wakker geworden en werden toen in een box in de huiskamer verder te slapen gelegd, de één toegedekt met een dekbed, de ander met een deken in een dekbedhoes. Zij waren om 7 uur 's morgens overleden aangetroffen; het kind onder het dekbed was toen enigszins bezweet.

Primaire en secundaire buikligging. Van de 13 kinderen waren 10 in buikligging aangetroffen. Van deze 10 kinderen waren 4 ook op hun buik neergelegd, terwijl 6 zichzelf naar de buik hadden omgedraaid. Bij 5 van deze 6 kinderen in secundaire buikligging was het de eerste keer dat zij zich naar de buik hadden omgedraaid. Van de 10 kinderen die op hun buik werden gevonden, lagen er 9 met het gelaat tegen de onderlaag: 4 kinderen met het gelaat recht omlaag en 5 met het gelaat schuin omlaag. Voor 6 van deze 9 kinderen was het de eerste keer dat zij op hun buik met het gelaat omlaag werden waargenomen.

Zonder een ouder in dezelfde kamer. 3 kinderen werden in kritieke toestand of overleden aangetroffen tussen 6.00 en 7.30 uur, de overige 10 kinderen tussen 10.00 en 19.00 uur, dus het merendeel overdag. In 12 gevallen was er buiten het kind niemand in de kamer en bij 1 kind lag de vader op een bank te slapen. 7 van de 13 kinderen waren niet langer dan een kwartier alleen geweest.

BESCHOUWING

Demografische kenmerken. In alle overzichten van wiegendood is er een onbegrepen overwicht van het aandeel jongens, zoals ook in deze reeks van 13 kinderen, die in de box of buiten de box op een boxkleed overleden.⁴ Hun leeftijdsverdeling verschilde weinig van die van wiegendoodkinderen in het algemeen. Dat er maar enkele kinderen jonger waren dan 3 maanden kan verband houden met een nog beperkt gebruik van de box in die leeftijdsfase. In het algemeen worden bij wiegendood meer later geboren kinderen getroffen dan te verwachten was op grond van de verdeling naar rangnummer in de bevolking. Zo ook hier: 69% later geboren kinderen tegenover 53% in de bevolking.⁴ De oorzaak hiervan wordt in verband gebracht met het gedrag van de ouders, die later geboren meer op de buik te slapen leggen dan eerstgeborenen.^{4, 5}

Risicofactoren. Het niet krijgen van tenminste 3 maanden borstvoeding is een risicofactor voor wiegendood.⁴ In dit opzicht was er een klein verschil met de bevolking, ten gunste van de 13 kinderen. Ook wat het roken betreft was er geen relevant verschil tussen deze ouders en de ouders van zuigelingen in de algemene bevolking van 1999: van de 13 moeders rookte 23% versus 20% van alle moeders, en van de 13 vaders 38% versus 32% van alle vaders.⁵

Het is opvallend dat in geen van de 13 gevallen een ouder in de kamer aanwezig was die enig contact met het kind kon hebben toen dit in een kritieke toestand geraakte, terwijl toch in het algemeen een baby in de box gezelschap heeft van één of meer (wakkere) volwassenen in diezelfde ruimte. Daarbij valt verder op dat de aanvankelijk aanwezige ouder dikwijls nog maar kort uit de kamer vertrokken was toen de baby overleed of in een irreversibel kritieke toestand geraakte. Dit was in 7 van de 13 gevallen niet langer dan een kwartier.

Ook is het opmerkelijk dat 10 van de 13 kinderen op hun buik werden aangetroffen, van wie 6 kinderen zelf waren omgedraaid, veelal voor het eerst in hun leven. De oorzaak van dit omdraaien is niet duidelijk: wordt dit bevorderd door de afwezigheid van beddengoed, de aanwezigheid van speelgoed, het alleen in de kamer zijn? Dat wiegendood in secundaire buikligging zich vooral voordoet bij 'onervaren buikliggers', dus bij kinderen zonder ervaring met buikligging, wordt door de gegevens van deze kinderen bevestigd.¹⁻⁴ Een andere bijzonderheid is, dat het op enkele uitzonderingen

na kinderen waren die niet te slapen waren gelegd, maar vermoedelijk wakker waren op het moment dat zij alleen gelaten werden. Het is niet uitgesloten dat er onder hen kinderen waren die, mogelijk als reactie op het vertrek van de ouder, zich gingen bewegen en daardoor in moeilijkheden kwamen. Het is uiteraard niet bekend of de kinderen al of niet slapend zijn overleden.

Het afwezig zijn van een ouder komt hier naar voren als een indrukwekkende risicofactor. Het heeft er omgekeerd alle schijn van dat van de aanwezigheid van een ouder in dezelfde ruimte een preventief effect uitgaat. Waaraan dit effect is toe te schrijven, is een open vraag. Is het een kwestie van toezicht of van louter aanwezigheid? Bij toezicht kan men zich voorstellen dat de ouder een baby terugdraait naar de rug, wanneer deze zich op de buik draait of met het gelaat omlaag komt te liggen. Ook kan men denken aan een ouderlijk levensreddend ingrijpen als de baby anderszins in nood geraakt. Het is ook mogelijk dat de pure aanwezigheid van een ouder een preventief effect heeft, zoals dit ook geldt voor het laten slapen van een zuigeling in het eigen bedje naast het ouderlijke bed, een effect dat door sommigen wordt toegeschreven aan een verhoogde wekbaarheid van het kind.⁶ Ook kan men zich afvragen of het vertrek of het vertrokken-zijn van de ouder het kind stimuleert zich te bewegen, waarbij het van de rug op de buik terecht kan komen, al dan niet met het gelaat geheel of ten dele tegen de onderlaag, zonder dat het een dergelijke, mogelijk adembelemmerende situatie corrigeert.

Geen verklaring voor de toename. Men kan zich afvragen of een verandering in de definitie van wiegendood de waargenomen toename kan verklaren. Dat is niet het geval. De enige verandering in de Nederlandse definitie van 'wiegendood' (omstreeks 1990) betreft de maximumleeftijd: niet meer de 1e verjaardag, maar de 2e.⁴ Aangezien echter 12 van de 13 besproken kinderen jonger waren dan 9 maanden, biedt de opgeschoven leeftijdsgrens geen verklaring. Wiegendood is ook nimmer aan 'de wieg' gekoppeld geweest of aan een andere plaats waar men zuigelingen gewoonlijk te slapen legt.

Gebruik van box en boxkleed. Er is geen basisinformatie beschikbaar over het huidige gebruik van box en boxkleed in Nederland. Het is onbekend of de laatste jaren meer en op een jongere leeftijd gebruik wordt gemaakt van een box, welk percentage van de gezinnen een box gebruikt, welk soort gezinnen dit zijn en voor welke leeftijd, voor hoeveel tijd per dag en met welk doel die box wordt gebruikt. Wij kunnen vermoeden dat allochtone gezinnen minder vertrouwd zijn met een box dan autochtone. Het feit dat alle 13 kinderen uit onze studie autochtoon waren, past hierbij. Het feit dat wiegendood in een box weinig eerstgeborenen, maar vooral later geboren treft, zou verklaard kunnen worden door preferentieel boxgebruik in grotere gezinnen met meerdere kinderen. Een box wordt immers nogal eens

gebruikt om een jonge baby af te schermen van een explorerende oudere peuter, maar er zijn hierover geen gegevens beschikbaar. Het is van belang hierover beter geïnformeerd te raken. Daarnaast is over boxkleden informatie nodig met betrekking tot de kwaliteit, de consistentie en de uitvoering, met of zonder opstaande rand.

Conclusie. Bij de 13 gevallen van wiegendood in een box of buiten de box op een boxkleed waren, evenals bij andere gevallen van wiegendood, dikwijls bekende risicofactoren in het geding, meestal in combinatie: mannelijk geslacht; maternale pariteit > 1; leeftijd 1-8 maanden; passief roken; primaire buikligging; secundaire buikligging (met name voor het eerst); gelaat tegen de onderlaag en in alle gevallen afwezigheid van een volwassene. Er is geen duidelijke verklaring voor de sedert 1995 waargenomen toename van wiegendood die plaatsvindt in een box of buiten de box op een boxkleed.

Aanbeveling voor de preventie van wiegendood in een box. Evenzeer als het bedje dient de box een veilige omgeving voor het kind te zijn. Dit betekent dat, in het kader van optimale preventie van wiegendood, alle eenvoudig voorkombare risicofactoren moeten worden vermeden, zoals het op de buik of (na 14 dagen) op de zij te slapen leggen, passief roken, gebruik van dekbed of hoofdkussen en het niet of slechts kort geven van borstvoeding. Wiegendood heeft immers meestal een multifactoriële achtergrond. De preventieve maatregelen gelden des te meer als er geen direct toezicht is van een volwassene.

Ook bij boxgebruik dient men toe te zien op preventie van secundaire buikligging door het kind na 14 dagen niet meer op een zij te slapen leggen en door actief als ouder aanwezig te zijn. In de eerste maanden en zeker in de leeftijdsgroep waarin het naar de buik en terug draaien nog niet vlot worden beheerst, dient men een zuigeling niet zonder toezicht in een box te laten liggen. Mits het kind wakker is en onder toezicht van een volwassene, mag men buikligging accepteren, omdat hiervan een gunstig effect verwacht kan worden op de ontwikkeling van de hoofdbalans en de preventie van positionele plagiocefalie.

Gezien de onbekendheid van factoren rond het gebruik van boxen en boxkleden is onderzoek hiernaar gewenst.

Er zijn ons geen sterfgevallen bekend van baby's die in een maxi-cosi of wipstoeltje waren gefixeerd en zich dus niet konden omdraaien. Gebruik van een dergelijk hulpmiddel lijkt voor de hand te liggen, maar ook over de toepassing hiervan en over effecten op de motorische ontwikkeling ontbreken ons de nodige referentiegegevens, zodat dit gebruik voorsnog niet kan worden aanbevolen.

De Landelijke Werkgroep Wiegendood bestond in deze fase uit de volgende leden: dr.A.C.Engelberts, secretaris; dr.M.H.Gons; prof.dr.G.A.de Jonge (coördinator); dr.F.J.Kuijper, prof.dr.R.H.Kuijten, B.M.Lankester-Knape, prof.dr.J.H.Ruys, dr.H.G.Scholten, dr.B.A.Semmekrot, A.G.W.M. Tielens en dr.H.Wierenga, kinderartsen; prof.J.Huber en A.Maes, patho-

logen; prof.dr.M.M.Y.Lammens, neuropatholoog; dr.M.P.L'Hoir, psychotherapeut; dr.R.Brand, biostatisticus; dr.G.W.'t Jong, co-assistent; I.M. van Langen, klinisch geneticus.

Dit onderzoek kon totstandkomen dankzij de hulp van betrokken huisartsen, kinderartsen, pathologen en ouders van de overleden kinderen.

Belangenconflicten: geen gemeld. Financiële ondersteuning: de Stichting Wiegedood voorzorg in een onkostenvergoeding.

Aanvaard op 18 november 2004

Literatuur

- 1 Jonge GA de, Kostense PJ, Pieterse I. Achtergronden van wiegedood. Verslag van een onderzoek betreffende 222 wiegedoodkinderen. Wageningen: Vereniging Ouders van Wiegedoodkinderen; 1992.
- 2 Engelberts AC. Cot death in the Netherlands. An epidemiological study. Amsterdam: VU University Press; 1991.
- 3 L'Hoir MP. Cot death. Risk factors and prevention in the Netherlands in 1995-1996 [proefschrift]. Utrecht: Universiteit Utrecht; 1998.
- 4 Jonge GA de, L'Hoir MP, Ruys JH, Semmekrot BA, redacteuren. Wiegedood, ervaringen en inzichten. Noorden: Stichting Wiegedood; 2002.
- 5 Jonge GA de, Hoogenboezem J. Epidemiologie van 25 jaar wiegedood in Nederland; incidentie van wiegedood en prevalentie van risicofactoren in 1980-2004. Ned Tijdschr Geneeskd 2005;149:1273-8.
- 6 Scragg RKR, Mitchell EA, Stewart AW, Ford RPK, Taylor BJ, Hassall IB, et al. Infant room-sharing and prone sleep position in sudden infant death syndrome. New Zealand Cot Death Study Group. Lancet 1996;347:7-12.

Abstract

Sudden infant death syndrome in playpens

Objective. To explain the increase in the number of deaths due to sudden infant death syndrome (SIDS) that occurred while the infant was in a playpen or on a playpen mat placed outside of the pen. 13 deaths were reported in the period 1 September 1996-31 August 2004, in contrast to 0 deaths in the years 1984/96.

Design. Descriptive.

Method. Data on the 13 infants that were reported to the National Study Group on SIDS were analysed and the presence of risk factors for SIDS was assessed.

Results. Of the 13 infants, 9 were male and 4 were female. 12 were aged less than 12 months and 1 was aged 13 months. Known risk factors for SIDS were often present and frequently occurred in combinations: male sex (n = 9), higher birth order (n = 9), age 1-8 months (n = 12), parental smoking (n = 6), primary prone sleeping position (n = 4), secondary prone (n = 6, often the first time), face down (n = 9), no adult present (n = 13).

Conclusion. There was no clear explanation for the observed increase in SIDS that occurred in a playpen or on a playpen mat placed outside of the pen.

Ned Tijdschr Geneeskd 2005;149:1279-82