

overleden kind, jonger dan drie jaar, ten einde de doodsoorzaak vast te stellen. Hierdoor kan de frequentie van onverklaarbare sterfgevallen bij zuigelingen worden bepaald. Onlangs gaven PETERSON e.a. (1982) een overzicht van de gegevens die in de jaren 1969 tot en met 1980 zijn verzameld. Er kwamen gedurende dit tijdvak in King County 431 gevallen van SIDS voor. Hierbij bleek dat er een duidelijk verband bestaat tussen de leeftijd van de moeder, het rangnummer van het kind en de frequentie van wiegedood. Uit de gepubliceerde grafieken valt af te leiden dat wiegedood veel vaker voorkomt bij kinderen van jeugdige dan van oudere moeders en minder vaak bij eerstgeborenen dan bij het tweede of derde kind. De frequentie bedroeg ongeveer 4 per 1000 levendgeborenen uit moeders van 17 tot 19 jaar tegenover ongeveer 1 per 1000 bij moeders van 32 tot 34 jaar. Bovendien bleek de frequentie van wiegedood voor eerstgeborenen en later geboren in gelijke mate te dalen met het stijgen van de leeftijd van de moeders van 5 à 13 per 1000 bij moeders van 14-16 jaar tot 1 à 2,5 per duizend bij moeders van 26-28 jaar. Bij verdere stijging van de leeftijd der moeders verminderde de frequentie van wiegedood nog maar weinig. De grootste kans op een wiegedood hadden dus kinderen van jeugdige moeders, in het bijzonder wanneer die al één of twee kinderen hadden gehad. Volgens de literatuur komt wiegedood vaker voor bij kinderen van jeugdige, niet-blanke, alleenstaande moeders, met beperkte schoolopleiding, in een armoedige omgeving, en slechte behuizing, die tijdens de zwangerschap hadden gerookt. De schrijvers vermoeden dat het gemeenschappelijke van al deze factoren gezocht moet worden in de eisen die herhaalde zwangerschappen stellen aan de nog groeiende adolescent maar deze hypothese is, evenals vele andere, niet bewezen.

Literatuur: New Castle Survey (1977) *Arch. Dis. Childh.* 52, 828. – PETERSON, D.R., G. VAN BELLE en N.M. CHINN (1982) *J. Amer. med. Ass.* 247, 2250. – STANDFAST, S.J., S. JEREB en D.T. JANERICH (1979) *J. Amer. med. Ass.* 241, 1121.

F. KUIPERS

Diversen

Autologe bloedtransfusie

Voor het doen invriezen van eigen bloed met het oog op eventuele transfusie later – autologe bloedtransfusie – zijn

de volgende indicaties gebruikelijk: 1. Wanneer in het serum antistoffen zijn aangetoond tegen „public antigens” of tegen een combinatie van antigenen waardoor het zeer moeilijk wordt een passende donor te vinden, en 2. onbegrepen hemolytische reacties. In beide gevallen heeft reeds immunisatie plaatsgevonden. SCHRICKER e.a. (1981) hebben deze werkwijze toegepast ter voorkoming van immunisatie door bloedtransfusie. Bij 262 cardiologische patiënten, die in aanmerking kwamen voor cardiochirurgie, namen zij weken tot maanden tevoren om de 4 weken een eenheid bloed (450 ml) af en vrozen deze in. In totaal werden 721 eenheden afgenomen: 78% hiervan werd autoloog getransfundeerd, 14% behoefde niet te worden gegeven en 8% kon om technische redenen niet worden gebruikt. Soms moest de operatie eerder worden gedaan dan was voorzien of er ontstonden tijdens het bloed afnemen cardiale klachten zodat niet genoeg eenheden ten tijde van de operatie voorhanden waren (7%) en bij één patiënt deed zich een irreversibele cardiale complicatie voor.

Als voordelen voor het autoloog transfunderen van deze groep patiënten noemen de schrijvers het vermijden van immunisatie tegen erythrocyten- en leukocyten-antigenen en van het overdragen van ziekten (met name hepatitis). In hun artikel ontbreken evenwel gegevens over de frequentie van voorkomen van zulke complicaties in een vergelijkbare groep, waarbij donorbloed werd getransfundeerd. Als nadelen noemen zij: de hoge investeringskosten, de ontdooiingstijd van het bloed (ca. 45 min.), de korte houdbaarheid na ontdooien (24 uur) en de technische defecten die kunnen voorkomen bij vriezen en ontdooien.

Vooralsnog lijken in ons land, waar de kans op het overbrengen van hepatitis relatief klein is, de nadelen van autologe bloedtransfusie voor deze indicatie zwaarder te wegen dan de voordelen. Een uitzondering vormen wellicht de patiënten met een koude-agglutinine die ook bij temperaturen tot welke de patiënt tijdens de cardiochirurgische ingreep onderkoeld zal worden, nog werkzaam is. Bij deze patiënten komt evenwel ook plasmaferese in aanmerking om de titer van de antistof te doen dalen en daardoor de werkzaamheid te verminderen.

Literatuur: SCHRICKER, K. TH., B. NEIHARDT en J. VON DER EMDE (1981) *Dtsch. med. Wschr.* 106, 1333.

M.B. VAN 'T VEER

INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten)

Iatrogeen letsel van de oesophagus

Door collega prof. dr. D.M. Maclaren werd ik attent gemaakt op een misleidende voorstelling van zaken betreffende gevoeligheden van bacteriën in mijn Klinische Les (1982). Zo wordt op bl. 1298 bij patiënte C gesteld dat een pseudomonas werd gekweekt „gevoelig voor gentamicine (3 × 80 mg d.d.) en clindamycine (4 × 100 mg d.d.)”. Dit is inderdaad onjuist omdat *Pseudomonas*, evenals *Proteus*

morganii en *E. coli*, als aërobe Gram-negatieve bacterie niet gevoelig is voor clindamycine. De combinatie gentamicine en clindamycine wordt geadviseerd als breedspectrum wanneer aërobe en anaërobe infecties verwacht kunnen worden.

Literatuur: OTTER, G. DEN (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 1297.

Amsterdam, juli 1982

G. DEN OTTER