

het feit dat het kindje dood in de wieg werd gevonden. Vereist zijn de medische constatering dat het kind inderdaad is overleden, een zorgvuldige inspectie van het gehele kind (met een rectale temperatuurmeting) en een volledige anamnese. Indien er op grond van dit onderzoek (bijvoorbeeld doordat er sporen zijn van geweld) of op grond van de anamnese bij de arts twijfel rijst aan een natuurlijke doodsoorzaak, dan mag geen verklaring van een natuurlijke dood worden afgegeven. Maar indien dit niet het geval is, dan kan deze verklaring wel worden verstrekt omdat wiegedood als een natuurlijke doodsoorzaak is te beschouwen.

Daarnaast moet worden opgemerkt dat in het algemeen bij een plotseling en onverwacht overlijden van een kind het specialistische postmortale onderzoek door een kinderarts en een patholoog samen zeer is aan te bevelen. Doorgaans wordt dit ook door de ouders als bijzonder zinvol ervaren. In circa 10% van de gevallen komt daarbij alsnog een redelijke verklaring van het plotseling en onverwacht overlijden aan het licht; veel vaker worden dubieuze aanwijzingen gevonden van een pre-existente stoornis."

De inspectievergadering van de Geneeskundige Inspectie acht het van groot belang, dat een zorgvuldige inspectie van het gehele, ontklede kind plaatsvindt, opdat kan worden vastgesteld of eventueel extern letsel bestaat.

INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten; stukken die langer zijn dan 1 kolom druks komen niet voor plaatsing in aanmerking)

Hyperurikemie en jicht; behandeling van de acute jichtaanval

Gast et al.¹ schrijven dat colchicine in lagere dosering kan gebruikt worden om recidieven van jichtaanvallen te voorkomen. Men kan zich echter afvragen of colchicine na de komst van urinezuurverlagende middelen nog het middel van eerste keuze is. Colchicine doet wel de gewrichtsvervalsingen afnemen en kan deze ook voorkómen, maar heeft geen invloed op de aan jicht ten grondslag liggende metabole afwijkingen, o.a. de hyperurikemie. Daarom stellen vele auteurs een ander behandelingsschema voor.²⁻⁵

Inmiddels hebben Gibson et al. tijdens een 2 jaar durend onderzoek bij 59 patiënten met primaire jicht een statistisch significante daling vastgesteld van de glomerulaire filtratiesnelheid en van het vermogen urine te concentreren, bij patiënten die alléén colchicine toegediend kregen.⁶ Bij de patiënten die ook allopurinol kregen, trad geen vermindering van de nierfunctie op. Tot slot dient colchicine in ieder geval niet gebruikt te worden bij slechte nierfunctie,⁷ hetgeen bij jichtpatiënten vaak het geval is.⁸⁻¹⁰ Vermeulen raadt thans aan voor de onderhoudsbehandeling van jicht: in de eerste fase een gecombineerde behandeling met allopurinol of uricosurica en kleine doses van colchicine (0,5-2 mg/dag), gedurende enige weken totdat de urinezuurdepots grotendeels verwijderd zijn. Daarop volgt dan een monotherapie, waarbij allopurinol ofwel uricosurica worden toegediend, maar uricosurica niet bij nierinsufficiëntie of urolithiasis.¹⁰ Dit moderne behandelingsschema ter preventie van jichtaanvallen wordt met grote doeltreffendheid door talrijke collegae toegepast.

Dit betekent dus het volgende:

- Zolang er twijfel is, mag geen verklaring van een natuurlijke doodsoorzaak worden afgegeven.
- Om die twijfel op te lossen, worden, bij voorkeur door de gemeentelijke lijkschouwer, een specialist kindergeneeskunde en een patholoog-anatoom ingeschakeld om door uitwendige schouwing en het opnemen van een anamnese tot een conclusie te komen.
- Luidt de gezamenlijke conclusie wiegedood, dan kan een verklaring van natuurlijke dood worden afgegeven.
- De aandacht die aan een dergelijk voorval wordt gegeven, kan voor de betrokken ouders aanleiding zijn om zich niet voortdurend te hoeven blijven afvragen of er nog meer onbeantwoorde vragen zijn.

De Wet op de lijkbezorging wordt thans herzien, daarna zal opnieuw een bulletin van de Geneeskundige Hoofdinspecteur worden samengesteld dat aan alle artsen zal worden verzonden en daarbij zal aan de wiegedood aandacht worden geschonken. Met nadruk breng ik het bovenstaande nog eens onder uw aandacht met het verzoek de richtlijn gegeven in het boven geciteerde antwoord aan te willen houden.

W.J. CHR. VAN GESTEL,
Geneeskundig Hoofdinspecteur
van de Volksgezondheid

LITERATUUR

- ¹ Gast LF, Cats A, Romunde LKJ van. Hyperurikemie en jicht; behandeling van de acute jichtaanval. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 2235-7.
- ² Korst JK van der. Gewrichtsziekten. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1980.
- ³ Nienhuis PLF, et al. De behandeling van jicht. Patient Care, sept. 1981.
- ⁴ Scott JT. Long term management of gout. Br Med J 1980; 281: 1164-6.
- ⁵ Haas WHD de, Hoek J van. Jicht, diagnostiek en behandeling in de eerste lijn. Vraag en Antwoord Journaal 1982, nr. 16.
- ⁶ Gibson T, et al. Allopurinol treatment and its effects on renal function in gout: a controlled study. Ann Rheum Dis 1982; 41: 59-65.
- ⁷ Informatorium Medicamentorum. 's-Gravenhage: KNMP, 1983, deel IIB.
- ⁸ Gibson T, et al. Renal impairment and gout. Ann Rheum Dis 1980; 39: 417-23.
- ⁹ Short CD, Mullick NP. Renal manifestations of systemic disorders. Practitioner 1981, 997-1005.
- ¹⁰ Vermeulen A. Endocriene ziekten en stofwisselingsziekten, 3e ed. Gent: E. Story-Scientia, P.V.B.A. 1982.

Dilbeek (België), januari 1984

CHR. VAN HOECKE

Collega Van Hoecke verwijst naar auteurs (zijn ref. nrs. 2-5) met een ander behandelingsschema voor jicht, met als voornaamste doel het voorkomen van aanvallen en het verlagen van de uraatspiegels. Wij wezen er vooral op dat een deel van de jichtpatiënten geen medicamenteuze onderhoudsbehandeling nodig heeft, colchicine noch urinezuurverlagende middelen. Het eerste optreden van een uraasteen is een erkende indicatie voor behandeling met allopurinol, al kan het effect van ruime diurese en vermindering van purinerijk voedsel afgewacht worden.

Van Hoecke citeert Vermeulen niet volledig juist (zijn ref. nr. 10). Het gaat niet over „onderhoudsbehandeling van jicht”, maar over de „behandeling van jicht in de chronische fase”. Wel schrijft Vermeulen slechts enige weken colchicine voor; verder op dezelfde pagina staat echter 3 tot 6 maanden. Ook Vermeulen acht allopurinol pas aangewezen bij gecompliceerde jicht en wel bij: (1) jichtpatiënten met vermeerderde urinezuuruitscheiding, vooral als de kwaal bij relatief jonge patiënten fulminant begint; (2) bestaan van talrijke tophi; (3) uraatsteenvorming; (4) nierinsufficiëntie en (5) patiënten met acute nierinsufficiëntie en daardoor veroorzaakte hyperurikemie.

Nienhuis (V.H. ref. nr. 3) – in 1980 geschreven, niet in 1981 – stelt: „De indicatie tot behandeling van hyperurikemie geldt in het bijzonder voor patiënten met jichtaanvallen met tophi en (of) urinezuurnephrolithiasis” (bl. 12). Met beide auteurs menen wij dat er geen plaats is voor allopurinol of uricosurica bij ongecompliceerde jicht of bij hyperurikemie sec.

Vermindering van nierfunctie c.q. slechte nierfunctie, behoeft wel nadere definiëring. Gibson (V.H. ref. nr. 8) vindt bij 51 onbehandelde jichtpatiënten, van wie 12 met hypertensie, 8 met tophi en 2 met stenen, gemiddeld een lagere glomerulusfiltratie dan bij gezonden: respectievelijk 96 ml en 106 ml/min. De creatinine- en ureumconcentratie van beide groepen waren niet duidelijk verschillend. Hij resumeert: „Renal dysfunction was generally mild and was not associated with specific clinical characteristics”. Gibson (V.H. ref. nr. 6) mat de nierfunctie gedurende 2 jaar bij 2 groepen jichtpatiënten, één groep behandeld met colchicine

plus allopurinol, één uitsluitend met colchicine. Alleen in de colchicinegroep verminderden glomerulusfiltratie en concentratievermogen. Zijn getallen tonen echter aan dat bij begin van het onderzoek deze waarden hoger lagen in de tweede groep en dat na 2 jaar in beide groepen glomerulusfiltratie en concentratievermogen gelijk waren.

Uremie bij jichtpatiënten wijst veeleer op een primaire nierziekte met secundaire jicht, dan op uraatnephropathie door jicht. Berger en Yü toonden in een vervolgonderzoek over 12 jaren bij 524 jichtpatiënten aan dat hyperurikemie per se geen nadelige invloed heeft op de nierfunctie.¹ Nierfunctieverslechtering bleek voornamelijk verband te houden met veroudering, renovasculaire ziekte, nierstenen met pyelonephritis of een intercurrente, van jicht onafhankelijke nierziekte. Slechts een enkele maal was verminderde nierfunctie aan jicht zelf toe te schrijven. Echte moderne behandeling van jicht met een plaats voor colchicine (1780), naast probenecide (1950) of allopurinol (1965), wordt door Yü (ons ref. nr. 4) beschreven. Yü heeft ongetwijfeld de grootste serie patiënten met jicht ter wereld beschreven en heeft een zeer lange ervaring.

LITERATUUR

¹ Berger L, Ts'ai-fan Yü. Renal function in gout. IV. An analysis of 524 gouty subjects including long-term follow-up studies. *Am J Med* 1975; 59: 605-13.

Leiden, maart 1983

L.F. GAST

A. CATS

L.K.J. VAN ROMUNDE

BERICHTEN

Buitenland

CANADA

Afwijkingen van T-lymfocyten bij atopisch eczeem. – De productie van IgE door plasmacellen wordt gereguleerd door T-cellen. Een vermindering van T8(suppressor)-lymfocyten veroorzaakt een verhoogde IgE-productie bij mensen. Ook bij kinderen met een atopische constitutie heeft men afwijkingen gevonden in functie en onderlinge verhoudingen van de T-celsubpopulaties. Ranjit Kumar Chandra en Maryanne Baker van de Memorial University en het Janeway Child Health Centre, Newfoundland, Canada verrichtten een prospectief onderzoek bij 2 groepen van 30 zuigelingen in de eerste 2 jaar na de geboorte. In de ene groep kwam in de familie wel en in de andere groep geen atopie voor. Gedurende de onderzoeksperiode ontstond bij 18 kinderen van de eerste groep en bij 6 kinderen van de tweede groep een atopisch eczeem. Bij deze 24 kinderen vond men toen zij 1-2 maanden oud waren en nog geen ziekteverschijnselen toonden een verhoogde T4/T8-verhouding voornamelijk veroorzaakt door een vermindering van de T8-suppressorlymfocyten. Een zelfde afwijking bestond toen het atopisch eczeem manifest was geworden.

De schrijvers concluderen dat de T-celafwijking voorafgaat aan het atopisch eczeem. Zuigelingen met een dergelijke afwijking zouden kunnen profiteren van een vroegtijdige bescherming tegen allergenen uit voeding en omgeving. (*Lancet* 1983; ii: 1393-4.)

ZUID-AFRIKA

Groeiremming van kankercellen door gamma-linolzuur. –

Dippenaar et al. toonden aan dat gamma-linolzuur (GLZ) de groei remt van melanoomcellen van muizen (deze rubriek 1983; 127: 312). De maligne groei zou ontstaan door een tekort aan prostaglandine E, als gevolg van een gebrek aan het enzym delta-6-esterase. Dit enzym zet het cis-linolzuur om in het gamma-linolzuur, een voorloper van de prostaglandinen. Dezelfde onderzoeksgroep toonde aan dat de groei van een hepatoom van de mens afhankelijk was van GLZ. Vervolgens beschrijven zij de proeven met toevoeging van GLZ aan celcultures van een osteosaroom en van een carcinoom van de oesophagus. Zij constateren een groeiremming van respectievelijk 76% en 69% in vergelijking met onbehandelde celcultures van deze kankers. In een cultuur van normale runderniercellen veroorzaakte de toevoeging van GLZ een lichte groeiversnelling. De schrijvers vermelden dat door anderen bij ratten groeiremming werd waargenomen van getransporteerde mammatumoren na subcutane injecties met GLZ in olie. Ook bij de mens zou groeiremming zijn waargenomen van een primair levercarcinoom na orale therapie met GLZ in olie. (*S Afr Med J* 1984; 65: 240-2.)

A.L. NOORDAM

CONGRESSEN

Het Institute of Obstetrics and Gynaecology van de Universiteit van Londen zal op 8 juni 1984 een symposium houden over de chirurgische problemen bij de pasgeborene.

Inlichtingen verstrekt het symposium-secretariaat, Queen Charlotte's Maternity Hospital, Goldhawk Road, Londen W6 0XG; tel. 01-741 8351, tst. 15.