



Aanpassing 'SBS'-diagnostiek dringend gewenst.

pagina 1 van 3

Door Jannes Koetsier, arts, maart 2014.

Samenvatting.

Het medische beleid in veel academische ziekenhuizen en van AMK-vertrouwensartsen inzake diagnostiek en handelen ingeval van 'non-accidental-injury' ('shaken baby syndroom', 'SBS') schaadt waarschijnlijk veel meer kinderen en hun ouders dan dat het kinderen beschermt. Dit heeft te maken, zo lijkt het, met een onvoldoende 'open mind' bij veel artsen voor andere medische verklaringen en met persoonlijk risicomijdend gedrag van artsen en jeugdzorg.

1

Het 'SBS-probleem'.

Veel artsen menen dat de combinatie van oude en verse subdurale en retinale bloedingen (bloedingen rond de hersenen en in de ogen) soms met (rib)fracturen, aangetroffen bij een baby, het gevolg zijn van schudden van het kind. Ze noemen dit tegenwoordig 'non-accidental-injury', een eufemistische term voor kindermishandeling. Voorheen had men het over 'shaken baby syndroom' (Let wel: 'SBS' is niet 'evidence based' maar 'assumption based').

Als de betrokken artsen in het ziekenhuis en de vertrouwensarts van het AMK zo'n zaak met het etiket 'non-accidental-injury' doorschuiven naar jeugdzorg, kinderbescherming en/of justitie dan zijn de gevolgen voor ouders en kind dramatisch en schadelijk indien het vermoeden op kindermishandeling onterecht is. Dit heeft mede te maken met de autoriteit die de medewerkers van deze instanties toekennen aan de artsen. Hierdoor wordt vaak een mening ('SBS') gezien als een feit in het dossier. Onlangs stelde de kinder-ombudsman vast in zijn rapport 'Is de zorg gegrond?' dd 10 dec 2013, dat het toch al moeilijk is bij jeugdzorg en kinderbescherming om feiten en meningen goed uit elkaar te houden. Als dan vervolgens in het juridische strijdperk steevast dezelfde 'SBS'-deskundige opduikt, die selectief met de medische gegevens aan de slag gaat om 'SBS' te bewijzen en niet even gepassioneerd zoekt naar andere mogelijke verklaringen, dan volgt veelal uithuisplaatsing en blijven de ouders verdacht met alle gevolgen van dien. Belangrijkste vraag voor de betrokken artsen, zeker bij baby's uit normale liefdevolle thuissituaties, is dus of er behalve de 'SBS'-veronderstelling ook andere mogelijke medische verklaringen zijn voor de genoemde bloedingen en (rib)fracturen en huidbloedinkjes (purpura, petechie). Er zijn bovendien internationale richtlijnen vastgelegd m.b.t degelijk en gericht onderzoek naar "adverse events following immunization (AEFIs)", inclusief op het gebied van ITP of vitamine deficiënties, waar artsen toch bekend mee zouden moeten zijn. De 'SBS'-casuïstiek die recent door meerdere wanhopige ouderparen bij mij werd gemeld (nog zes cases na de eerste drie waarover de EenVandaag uitzending dd 14-12-2013, zie: <http://www.youtube.com/watch?v=TIzNef-Ve3k>), maakt mij duidelijk dat dit diagnostisch proces in veel ziekenhuizen verbetering behoeft.

Jannes Koetsier, arts, med.adviseur – big-regnr: 29022117701

Cantharel 40, 9685EB Blauwestad

www.degezondepatient.nl - jth.koetsier@gmail.com

tel 0597-852132 – gsm 0653 909783



Als bij afwezigheid van sociale risico-factoren de kans op een medische verklaring groter zou zijn dan de kans op 'SBS', ontstaat kennelijk een lastig dilemma voor de artsen. Immers de zaak doorschuiven naar de kinderscherming kan zeer schadelijke gevolgen hebben als de verdenking onterecht is, terwijl de zaak niet doorschuiven en zelf de vinger aan de pols houden riskant kan zijn voor kind en artsen als er wel sprake zou zijn van kindermishandeling. De verantwoordelijkheid doorschuiven is dus verleidelijk. De praktijk is nu hoogst waarschijnlijk dat zeer veel goeden onder misschien enkele kwaden moeten lijden in de 'SBS'-gevallen. Er worden hierdoor dus veel meer kinderen geschaad dan beschermd. Medisch beleid met dergelijke gevolgen verdient herbezinning. Primum non nocere. (=medisch principe om allereerst niet te schaden).

Mogelijke medische verklaringen voor wat SBS wordt genoemd.

Er zijn medische verklaring anders dan 'SBS' voor dezelfde verschijnselen. Doordat hieraan niet wordt gedacht, dan wel te snel tot 'non-accidental-letsel' geconcludeerd wordt, krijgen deze mogelijkheden in de Nederlandse ziekenhuizen veelal geen aandacht. Bijkomend probleem is dat deze oorzaken soms tijdelijk bij het kind aan de hand zijn en daardoor niet meer op te sporen zijn als het kind in het ziekenhuis belandt. Het stollingsonderzoek bijvoorbeeld levert dan geen afwijkingen meer op. Dat wil natuurlijk ook zeggen dat dergelijke oorzaken dus moeilijk of niet uit te sluiten zijn. Met name in het British Medical Journal is veel literatuur over mogelijke verklaringen te vinden, waarvan hieronder een korte onvolledige samenvatting van enkele voorbeelden.

1. Vit-C deficiëntie.

Kan verschillende oorzaken hebben zoals infecties bij de baby waardoor de vit-C-voorraad in het kind sneller wordt verbruikt dan aangevuld. Er kan abnormaal veel vit-C verbruikt zijn om van een moeilijke bevalling met bijvoorbeeld veel aspiratie te herstellen. Gebrekkige moedermelk kan een rol gespeeld hebben door bijvoorbeeld anti-epilepticagebruik door de moeder, of voedings-deficiënties bij de moeder. Ook de immuunreactie op vaccins kan bijdragen aan het vit-C tekort, zeker bij baby's die voor of tijdens de vaccinatie met infecties kampen. Bloedingsneiging t.g.v. vit-C tekort is vanouds bekend als scheurbuik.

Er ontstaat bij vit-C tekort altijd een sterk verhoogde histamine-spiegel. De verhoogde histamine spiegel veroorzaakt problemen bij de collageenvorming waardoor de kleine bloedvaatjes met name rond de snel groeiende hersenen kwetsbaar worden voor bloedingen. Ook botten worden door collageen tekort kwetsbaar voor fracturen. Hoe weet je achteraf zeker dat er voor de ziekenhuisopname niet een periode met vit-C-tekort is geweest? Ingeval van voedingsproblemen en infecties, verergerend na vaccinatie, in de weken voor opname, is het vermoeden van tijdelijk vit-C tekort toch minstens net zo gerechtvaardigd als een AMK-melding wegens 'SBS'. Zeker als er ook nog petechie (puntvormige huidbloedinkjes) zijn geweest. Petechie zijn immers vrijwel bewijzend voor een stollingsprobleem en niet door mishandeling tot stand te brengen.



2. ITP, immuun trombocytopenie.

Een soort allergische reactie van de bloedplaatjes waarvoor sommige kinderen kennelijk gevoelig zijn. De acute vorm is kortdurend en herstelt zich snel, waardoor ten tijde van de ziekenhuisopname het vaak niet meer mogelijk is om via bloedonderzoek tot een zekere diagnose ITP te komen. Het snelle herstel door de enorme bloedplaatjes aanmaak (normale levensduur bloedplaatjes is 8-10 dagen) leidt vaak tot een rebound-effect met een verhoogd trombocyten aantal dat soms nog wel is vast te stellen maar niet geduid wordt als een mogelijke reactie op ITP. Ook ITP kan door verschillende oorzaken getriggerd worden, zoals (onopgemerkte) infecties en vaccinatie. Het Lareb erkent dat ITP een zeldzame bijwerking van het kinder vaccinatie schema kan zijn. Vit-D en vit-B12 deficiënties zijn ook beschreven als oorzakelijke factor bij ITP. Ook hier zijn er voor de opname vaak huidbloedinkjes (petechie, purpura) gezien.

3. Vit-K deficiëntie.

Ondanks toedienen van vit-K na de geboorte zijn er gevallen beschreven met een (tijdelijk) vit-K tekort. Soms te relateren aan medicijngebruik of vit-K deficiëntie van de moeder, soms door overmatig spugen van de zuigeling. Ook leverdysfunctie en of malabsorptie in de darm van het kind zeker bij antibiotica gebruik zou aanleiding kunnen zijn. Behalve de bekende rol bij de bloedstolling heeft vit-K net als vit-C een belangrijke rol bij de botvorming.

Conclusies.

Een zorgvuldige anamnese is van belang maar trof ik in de dossiers onvoldoende aan. Is er verhoogde bloedingsneiging geweest bijvoorbeeld blijkend uit te makkelijk ontstaande blauwe plekken of uit purpura/petechie. Zijn er al langer verschijnselen van klachten van het hoofdje, zoals abnormaal huilen, wegrakingen, te snelle schedelgroei door de drukverhoging t.g.v. de vaak gesignaleerde oudere en verse bloedingen. Had het kind infecties. Was de bevalling extra belastend. Reageerde het kind slecht op vaccinatie. Kan er sprake geweest zijn van vitamine deficiëntie. Heeft de baby abnormaal gespuugd. Waren er voedingsproblemen. Allemaal aanwijzingen voor een verhoogd risico op één van de geschetste verklaringen. In combinatie met een observatie van twee liefdevolle ouders en geen duidelijke uitwendige mishandelingssporen is 'non-accidental-injury' dan beslist niet de meest logische verklaring voor de bloedingen al of niet met fracturen. Dan toch maar voor de zekerheid concluderen tot 'non-accidental-injury' leidt te vaak tot niet te onderschatten langdurige rechtsgangen (kinderrechter, strafrecht) met onterechte uithuisplaatsingen van de baby en emotionele schade voor kind en ouders. In het algemeen zouden dus alternatieve hypothesen grondig en degelijk moeten worden onderzocht en beter onderkend, alvorens bij afwezigheid van algemeen gangbare medische verklaringen te snel tot 'SBS' te concluderen. Want zoals terecht gesteld in een recent artikel van een aantal professoren: "In medicine, this is known as a differential diagnosis (i.e. list of possible causes). In law, it is known as due process" ("Admissibility of shaken baby syndrome/abusive head trauma evidence", K.A. Findley et al, Pediatric Radiology (2013) 43:890).