

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/25798>

Please be advised that this information was generated on 2017-12-05 and may be subject to change.

- 25 Paulsrud JR, Pensler L, Whitten CF, et al. Essential fatty acid deficiency in infants induced by fat-free intravenous feeding. *Am J Clin Nutr* 1972;25:897-904.
- 26 Carey MC, Small DM, Bliss CM. Lipid digestion and absorption. *Annu Rev Physiol* 1983;45:651-77.
- 27 Lepage G, Champagne J, Ronco N, et al. Supplementation with carotenoids corrects increased lipid peroxidation in children with cystic fibrosis. *Am J Clin Nutr* 1996;64:87-93.
- 28 Luthria DL, Mohammed BS, Sprecher H. Regulation of the biosynthesis of 4,7,10,13,16,19-docosahexaenoic acid. *J Biol Chem* 1996;271:16020-5.
- 29 Lepage G, Levy E, Ronco N, et al. Direct esterification of plasma fatty acids for the diagnosis of essential fatty acid deficiency in cystic fibrosis. *J Lipid Res* 1989;30:1483-90.
- 30 Thomson GN. Relationships between essential fatty acid levels, pulmonary function and fat absorption in pre-adolescent cystic fibrosis children with good clinical scores. *Eur J Pediatr* 1989;148:327-9.
- 31 Al MDM, Vanhouwelingen AC, Kester ADM, et al. Maternal essential fatty acid patterns during normal pregnancy and their relationship to the neonatal essential fatty acid status. *Br J Nutr* 1995;74:55-68.

Aanvaard 27 mei 1997.

Etniciteit en verwijzing voor astma naar de kinderarts in Amsterdam West

B.H.M. WOLF EN B.J.A.M. BOTTEMA

SAMENVATTING

Doel van de studie was te onderzoeken of verschillen bestaan in de aard van de aandoeningen waarvoor kinderen van verschillende etnische herkomst worden verwezen. Vanaf 1 juni 1994 tot 1 februari 1996, werden van alle kinderen jonger dan 15 jaar, voor de eerste keer door de huisarts naar de polikliniek kindergeneeskunde van het Sint Lucas ziekenhuis in Amsterdam verwezen, leeftijd, adres, geslacht, etnische herkomst, reden van verwijzing, naam van de verwijzende huisarts en naam van geconsulteerde kinderarts geregistreerd. In totaal werden 904 kinderen verwezen, 308 (55%) jongens en 410 (45%) meisjes, allen woonachtig in Amsterdam West. Luchtwegproblemen (27%) vormden de belangrijkste reden van verwijzing en werden bij 60% door astma veroorzaakt. Tweehonderd twee en tachtig (31%) kinderen waren autochtoon en 622 (69%) allochtoon. Astma werd vaker bij allochtone dan bij Nederlandse kinderen gediagnostiseerd. Bij subgroepanalyse bleek het vooral om kinderen van Marokkaanse herkomst te gaan. De reden waarom astma op de polikliniek kindergeneeskunde vaker bij Marokkaanse kinderen voorkomt is uit het materiaal niet af te leiden. Het is denkbaar dat huisartsen in Amsterdam West deze kinderen eerder naar de kinderarts doorverwijzen. Verder onderzoek is aangewezen.

SUMMARY

The objective of the study was to assess a possible relationship between ethnicity and referral to the pediatrician. From June 1, 1994 to February 1, 1996 data on age, gender, reason for referral and ethnicity were collected in children younger than 15 years, referred for the first time by their general practitioner to the pediatric outpatient clinic of St Lucas Ziekenhuis, a general district hospital in Western Amsterdam. The most frequent reason for referral was respiratory symptoms (27%) and asthma was the most common diagnosis. In this period 904 children, 494 (55%) boys, were referred from the same neighbourhood; 622 (69%) were migrant children. Only the prevalence of asthma differed

when the various ethnic groups were compared. Asthma was more often diagnosed in migrant than in Dutch children. Analysis of subgroups revealed that asthma was most prevalent in Moroccan children. It might be that the higher prevalence of asthma in Moroccan children in our outpatient population is due to increased referral. However, further study is necessary to confirm this and to reveal the underlying causes.

INLEIDING

In toenemende mate krijgen huisartsen en kinderartsen te maken met kinderen van allochtone ouders. Volgens het rapport 'Minderheden in Nederland 1993/1994' van het Instituut voor Sociologisch Economisch Onderzoek en het Centraal Bureau voor de Statistiek behoren bijna 1 miljoen mensen (6,1% van de bevolking) tot een etnische minderheidsgroepering. Hiervan is de Surinaamse gemeenschap (263.000) het grootst, gevolgd door de Turkse (241.000), de Marokkaanse (196.000) en de Antilliaanse/Arubaanse gemeenschap (91.000). De restgroep bestaat onder anderen uit vluchtelingen met een A-status, Molukkers en woonwagenbewoners. Een groot deel van de allochtonen (44%) woont in de vier grote steden, terwijl daar slechts 13% van de autochtone bevolking woont. De maatschappelijke positie van deze allochtonen is slechter dan die van autochtonen. Niet alleen is de werkloosheid hoog (16% onder Surinamers, 32% onder Marokkanen, 5% onder autochtonen), ook het opleidingsniveau is laag en de beheersing van het Nederlands vaak slecht.¹ In 1995 had Amsterdam 722.350 inwoners, van wie 42% allochtoon.² Kinderen die naar het Sint Lucas ziekenhuis worden verwezen zijn afkomstig uit zogenaamde achterstandswijken in Amsterdam West, waar zelfs 70% van de kinderen onder de 15 jaar allochtoon is. Het meren-

deel is van Marokkaanse (26%) en Turkse (17%) herkomst.³

Kinderen van allochtonen vormen over het algemeen risicogroepen met betrekking tot gezondheidsproblemen: zij lopen een groter risico op infecties, aangeboren afwijkingen en psychosociale problemen. Het blijkt bovendien dat zowel geboorte- als sterftecijfer van Marokkaanse en Turkse kinderen hoger is dan van Nederlandse kinderen en dat allochtone kinderen vaker en langduriger in het ziekenhuis worden opgenomen dan Nederlandse kinderen.⁴ Over het gebruik van ambulante specialistische hulp in ons land zijn geen gegevens bekend. Doel van de studie was te onderzoeken of verschillen bestaan in de aard van met name respiratoire aandoeningen waarvoor kinderen van verschillende etnische herkomst naar de kinderarts worden verwezen.

PATIËNTEN EN METHODEN

Van alle kinderen onder de 15 jaar die door de huisarts voor de eerste keer naar de polikliniek kindergeneeskunde van het Sint Lucas ziekenhuis in Amsterdam West verwezen werden van 1 juni 1994 tot 1 februari 1996 genoteerd: leeftijd, adres, geslacht, etnische herkomst, reden van verwijzing, naam van de verwijzende huisarts en naam van de geconsulteerde kinderarts. De patiënten werden ingedeeld in de volgende etnische groepen: Nederlanders, Marokkanen, Turken, Surinamers (inclusief Antillianen) en overige buitenlanders. Het geboorteland van de moeder was bepalend voor de indeling.² Bij kinderen die door de huisarts waren verwezen met chronisch recidiverende klachten van hoesten, kortademigheid of piepen, werd door de behandelend kinderarts op basis van klinische gegevens conform de consensus van het CBO⁵ vastgesteld of sprake was van astma. Bij kinderen met astma werd het totaal IgE-gehalte in het serum en het specifiek IgE op inhalatieallergenen (huisstofmijt, gras-en boompollen, kat, hond, schimmels) bepaald. Het totaal IgE werd ingedeeld naar normaal of verhoogd voor de leeftijd op basis van de normaalwaarden van het Centraal Laboratorium voor de Bloedtransfusiedienst in Amsterdam.⁶ Voorwaarde voor het opnemen van de diagnose astma in dit onderzoek was, dat de kinderarts deze diagnose expliciet in de brief aan de huisarts vermeldde en dat specifieke behandeling (anti-inflammatoire middelen of bronchusverwijders) aan de patiënt was voorgeschreven.

Statistiek

Bij de statistische analyse werd gebruik gemaakt van SPSS-PC+, versie 4,0. Verschillen van gemiddelden in groepen werden geëvalueerd middels de enkelvoudi-

ge variantieanalyse (oneway) aangevuld met de Student Newman-Keuls-test. Als significantie niveau (alfa) werd $p < 0,05$ gehanteerd.

RESULTATEN

Vanaf 1 juni 1994 tot 1 februari 1996 werden 904 kinderen, 494 (55%) jongens en 410 (45%) meisjes, voor de eerste keer naar de polikliniek kindergeneeskunde verwezen. Luchtwegproblemen (27%) vormden de belangrijkste reden van verwijzing (tabel I) en werden in 60% door astma veroorzaakt. Een en negentig (61%) kinderen met astma waren jonger dan 4 jaar. Tweehonderd twee en tachtig (31%) kinderen waren van Nederlandse origine en 622 (69%) allochtoon (tabel II). Leeftijd en geslacht verschilde in de diverse etnische groeperingen, waarbij verwezen kinderen uit overige landen gemiddeld jonger waren dan Marokkaanse en Turkse kinderen ($p < 0,01$). In de Nederlandse, Marokkaanse en Turkse groepen kwamen meer jongens voor dan in de Surinaamse groep ($p < 0,05$). Van alle diagnoses verschilde alleen de prevalentie van astma tussen de verschillende etnische groeperingen ($p < 0,01$). Astma werd vaker bij allochtone dan bij Nederlandse kinderen gediagnostiseerd ($p < 0,05$). Bij subgroepanalyse bleek het vooral om kinderen van Marokkaanse herkomst te gaan. De gemiddelde leeftijd van de kinderen met astma verschilde niet in de diverse etnische groepen (tabel III). Er was geen verschil in het aantal jongens en het aantal kinderen met een verhoogd totaal IgE of positief specifiek IgE op huisstofmijt bij de kinderen met astma in de verschillende etnische groepen. Tenslotte was de verdeling van de kinderen met astma uit de diverse et-

Tabel I: Nieuwe verwijzingen: de meest voorkomende redenen en diagnoses bij 619 (68%) van de 904 naar de polikliniek kindergeneeskunde verwezen kinderen

| Diagnose | Aantal | % |
|------------------------|--------|------|
| Astma | 149 | 16,5 |
| Luchtweginfecties | 96 | 10,6 |
| Buikpijn | 56 | 6,2 |
| Enuresis/incontinentie | 41 | 4,5 |
| Braken/diarree | 39 | 4,3 |
| Hartgeruis | 32 | 3,5 |
| Obstipatie/encopresis | 30 | 3,3 |
| Huidafwijkingen | 27 | 3,0 |
| Urineweginfecties | 25 | 2,8 |
| Malaise | 23 | 2,5 |
| Klein | 21 | 2,3 |
| Hoofdpijn | 20 | 2,2 |
| Lymfadenopathie | 20 | 2,2 |
| Braken | 20 | 2,2 |
| Gedragsproblemen | 20 | 2,2 |
| Diversen | 285 | 31,5 |

Tabel II: Leeftijd, geslacht en astma diagnose van de verwezen kinderen naar etnische herkomst

| Herkomst | Aantal | Leeftijd in maanden | | Geslacht man % | Diagnose astma % |
|-----------|--------|---------------------|--------------------|----------------------|------------------------|
| | | gemiddeld (SD) | mediaan (range) | | |
| Nederland | 282 | 47 (45) | 29 (177) | 56 | 12 |
| Marokko | 255 | 59 (50) | 49 (179) | 57 | 23 |
| Turkije | 179 | 54 (52) | 36 (179) | 59 | 11 |
| Suriname | 83 | 51 (44) | 42 (155) | 40 | 19 |
| Overig | 105 | 42 (38) | 32 (136) | 48 | 20 |

SD = standaarddeviatie; range = variatiebreedte

Tabel III: Leeftijd, geslacht, totaal serum IgE en specifiek IgE op huisstofmijt van kinderen met astma naar etnische herkomst

| Herkomst | Aantal astma | Leeftijd in maanden | | Geslacht man % | Totaal IgE verhoogd | Specifiek IgE positief % |
|-----------|-----------------|---------------------|--------------------|----------------------|---------------------------|-----------------------------------|
| | | gemiddeld (SD) | mediaan (range) | | | |
| Nederland | 34 | 46(48) | 19(157) | 56 | 53 | 26 |
| Marokko | 58 | 51(38) | 48(140) | 66 | 70 | 34 |
| Turkije | 20 | 33(43) | 19(153) | 70 | 65 | 20 |
| Suriname | 16 | 40(25) | 42(68) | 44 | 63 | 31 |
| Overig* | 21 | 41(31) | 35(104) | 52 | 57 | 29 |

SD = standaarddeviatie; range = variatiebreedte

* Bosnie (2), Brazilië (1), Egypte (1), Hong-Kong (1), India (1), Indonesië (1), Iran (1), Israël (1), Japan (2), Libanon (1), Nigeria (1), Pakistan (3), Peru (1), Portugal (3), Spanje (1)

nische groepen over de verschillende kinderartsen gelijk.

DISCUSSIE

Bij kinderen die voor de eerste keer naar onze polikliniek kindergeneeskunde in Amsterdam West werden verwezen, kwam alleen astma vaker bij allochtone dan bij autochtone kinderen voor en werd vooral bij Marokkaanse kinderen frequent astma gediagnostiseerd. Aangezien het percentage allochtone kinderen in de polikliniekpopulatie overeenkomt met het percentage allochtone kinderen in Amsterdam West,³ lijkt het niet waarschijnlijk dat onze resultaten door zogenaamde 'referral bias' veroorzaakt zijn. Kinderen met astma uit de verschillende etnische groeperingen bleken goed vergelijkbaar wat betreft leeftijd, geslacht en atopische constitutie. Het merendeel van deze kinderen was jonger dan 4 jaar. Bij jonge kinderen bestaat geen eenduidige diagnostische test voor astma en dient de diagnose klinisch te worden gesteld.^{5,7} De kinderen met astma uit de diverse etnische groepen waren gelijkelijk verdeeld over de verschillende kinderartsen, hetgeen interdokter variatie als verklaring onwaarschijnlijk maakt. Bij de verklaring van verschillen in gezondheid tussen etnische groepen dienen socio-economische omstandigheden te worden

meegewogen.⁸ Hoewel de mogelijke relatie met socio-economische omstandigheden in deze studie niet expliciet werd onderzocht, waren er geen aanwijzingen voor belangrijke verschillen in socio-economische status aangezien alle kinderen uit dezelfde achterstandswijken in Amsterdam West afkomstig waren. Volgens recent prevalentieonderzoek naar astmatische klachten bij Amsterdamse kleuters zou astma minder vaak voorkomen bij allochtone dan bij Nederlandse kinderen.⁹ De verklaring voor het feit dat astma op onze polikliniek toch vaker gediagnostiseerd wordt bij allochtone, vooral Marokkaanse, kinderen is dan ook mogelijk gelegen in het feit dat huisartsen in Amsterdam West, Marokkaanse kinderen met astma eerder naar de kinderarts verwijzen. Communicatieproblemen vergroten in achterstandsbuurtten in Amsterdam de werklast van huisartsen, die in de praktijk mogelijk onvoldoende tijd hebben om het – vaak allesbehalve simpele – inhaleren van medicijnen bij allochtone kinderen te instrueren en te controleren.¹⁰ Daarbij komt dat Marokkanen zich, in vergelijking met andere allochtonen, in veel opzichten moeilijker aanpassen en vaak nog een traditionele of gesloten gemeenschap vormen.^{4,11} Culturele factoren kunnen mogelijk ook de gevonden verschillen verklaren.

Concluderend werd bij allochtone, vooral Marokkaanse, kinderen vaker astma gediagnostiseerd dan

bij Nederlandse kinderen. Het is denkbaar dat huisartsen in Amsterdam West deze kinderen eerder doorverwijzen. Verder onderzoek naar de factoren die een hoger aantal verwijzingen van allochtone, in het bijzonder Marokkaanse, kinderen met astma bepalen is aangewezen. Het verdient tevens aanbeveling te onderzoeken of ondersteuning van de huisarts bij de voorlichting en begeleiding van allochtone gezinnen met kinderen met astma het aantal verwijzingen naar de kinderarts in onze regio kan terugdringen.

Wij danken Dr. Nijs Lagerweij voor statistisch advies.

B.H.M. Wolf, kinderarts, afd. Kindergeneeskunde, Sint Lucas/Andreas Ziekenhuis, Amsterdam. Dr. B.J.A.M. Bottema, huisarts, Instituut Huisartsgeneeskunde, Universiteit van Amsterdam.
Correspondent: B.H.M. Wolf, kinderarts, Sint Lucas/Andreas Ziekenhuis (locatie Lucas), Postbus 9243, 1006 AE Amsterdam.

LITERATUUR

- 1 Muller H, Trommelen J. De ene allochtoon is de andere niet. *Volkskrant* 23 maart 1995, p.15.

- 2 Amsterdam: Bureau voor Onderzoek en Statistiek. De Amsterdamse bevolking naar etnische groepen. Amsterdam: Stadsboekwinkel, 1992.
- 3 Stadhuisbibliotheek Gemeente Amsterdam. Bevolking naar leeftijd en etnische groepen, 1995.
- 4 Schulpen TWJ. Migration and child health: the Dutch experience. *Eur J Pediatr* 1996;155:351-6.
- 5 Centraal Begeleidingsorgaan voor Intercollegiale Toetsing. Astma bij kinderen. Amsterdam: Consensus Bijeenkomst, 1992.
- 6 Vademecum Diagnostisch onderzoek. CLB, Amsterdam, 1993.
- 7 Brand PLP, Hoekstra MO. Diagnostiek en behandeling van recidiverend hoesten en piepen bij kinderen jonger dan 4 jaar. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1997;141:464-7.
- 8 Senior PA, Bhopal R. Ethnicity as a variable in epidemiological research. *Br Med J* 1994;309:327-30.
- 9 Wall MF van der, Rijcken B. Astmatische klachten bij autochtone en allochtone kinderen van 2-11 jaar in Amsterdam. *Tijdschr Soc Gezondheidsz* 1995;73:42-50.
- 10 Reyneveld SA. De werklust van huisartsen in achterstandsburten in Amsterdam. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1995;139:2043-7.
- 11 Hirasing RA, Verrips GH, Burgmeyer R.J.F., Verloove-Vanhorick SP. Onvoldoende deelname aan preventieprogramma's voor zuigelingen door Turkse, Marokkaanse, Chinese en Vietnamese ouders in de grote steden. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1995;139:2726-30.

Aanvaard 22 mei 1997.

De invloed van vacuümextractie op schedel en hersenen

C. DE KEZEL EN P. GOVAERT

SAMENVATTING

Hoewel minder vaak voorkomend dan in de vorige decennia, blijft schedeltrauma opgelopen tijdens de geboorte een belangrijk aandachtspunt voor verloskundige en kinderarts. Medico-legale aanklachten vanwege mechanisch trauma bij de partus zijn niet uitzonderlijk. In Vlaanderen gebeurt 14% van alle verlossingen met vaginale vacuümextractie. Inherent aan deze methode van schedeltractie is een verhoogde kans op enkele specifieke laesies 'onder de cup' als cefalhematoom, subgaleale bloeding, mesiale pariëtale botfissuren en scheuren in de falx. Minder specifiek, maar eigen aan elke excessieve schedeltractie zijn toename van de cerebroveneuze tensie en schedelcompressie. Verhoogde veneuze stuwung kan bijdragen tot subarachnoïdale en subdurale bloeding, intraventriculaire bloeding en zelden veneuze trombose. Elke vorm van schedeltractie in partu verhoogt proportioneel de schedelcompressie, waardoor het risico toeneemt op basale subdurale bloeding, scheur in het tentorium cerebelli nabij de insertie van de falx, epidurale bloeding en occipitale osteodiasose. Permanente hersenschade na vacuümextractie kan het gevolg zijn van geassocieerde peripartale asfyxie, hypovolemische shock post partum, weefselkneuzing, hydrocefalie, veneuze trombose met parenchyminfarcering of arteriële infarcering. Niet aflaten-

de aandacht voor deze potentiële verwikkelingen is vereist in centra waar verloskundigen opgeleid worden.

SUMMARY

Though less common than in preceding decades, cranial birth trauma remains of interest to the obstetrician and paediatrician. Medicolegal implications of mechanically difficult delivery are obvious. In Flanders, 14% of all cephalic deliveries are ended with vaginal vacuum extraction. Some lesions 'under the cup' are inherent to vacuum traction: cephalhaematoma, subgaleal haemorrhage, mesial parietal bone fissure and tearing of the falx. Any form of instrumental traction may add to cerebrovenous congestion and skull compression. Increased venous congestion increases the likelihood of subarachnoid and convexity subdural haemorrhage, of intraventricular bleeding and venous thrombosis. A proportion of skull traction is converted into compression, which will increase the risk of basal subdural bleeding, central tentorial tear, epidural haematoma and occipital osteodiasosis. Permanent brain damage ensuing from vacuum delivery can be mediated by intrapartum asphyxia, postnatal hypovolaemic shock, brain contusion, hydrocephalus, venous thrombosis with parenchymal infarction or arterial infarction. Attention should be