

Plötslig, oväntad spädbarnsdöd

Owe Petersson

Gert von Sydow

Plötslig, oväntad spädbarnsdöd är en dödsorsak, vars patogenes är okänd och vars stora andel i den nutida spädbarnsdödligheten sannolikt inte står klar för alla barnläkare och för alla som arbetar i barnhälsovård och annan barnavård. Som en orientering i frågan har här sammanställts en resumé av förhandlingarna vid ett symposium som vid medicinska riksstämman i november 1973 anordnades av svenska läkarsällskapets pediatrika sektion. I panelen fanns företrädare för polisiära synpunkter (länsåklagare Sten Styring, Vänersborg), rättsmedicin (Jan Lindberg, Solna), patologi (Biörn Ivarsson, Stockholm), fysiologi (Petter Karlberg, Göteborg), immunologi (Torsten Berg, Västerås), barnpsykiatri (Ingvar Nylander, Stockholm), samt en grupp pediatriker som bl. a. hade sammanställt och studerat alla plötsliga dödsfall bland spädbarn som hade inträffat i deras upptagningsområde under en femårsperiod (Owe Petersson och Karen Hammarlund, Uppsala, Lars Fohlin, Stockholm, Sten Christersson, Örebro, Hannes Odelram, Linköping, Jan Carlsson, Lund, Inga Svensson, Malmö, Ingmar Kjellmer och Gert v. Sydow, Göteborg). Sammanställningen har gjorts av Owe Petersson och Gert v. Sydow.

Spädbarnsdödligheten i Sverige är ju numera utomordentligt låg. De sista åren har endast omkring 1 % av alla levande födda barn dött före ettårsåldern, och det förefaller som om sänkningen kommer att fortsätta ytterligare. De allra flesta dödsfallen inträffar under den första levnadsveckan och beror på missbildningar eller skador som har drabbat barnen före eller under födelsen. Efter första levnadsveckan dör nu endast

omkring 250 spädbarn om året i Sverige, och minst hälften av dessa dödsfall synes likaledes bero på pre- eller perinatalt uppkomna skador. Ett mindre antal barn dör av sjukdom som drabbat dem efter födelsen, och några få dör av yttre våld.

Bland de omkring 250 dödsfall som årligen inträffar mellan en veckas och ett års ålder döljer sig emellertid även en inte så liten grupp fall där dödsorsaken förblir ouppklarad. Sådana dödsfall kan inträffa när som helst under första levnadsåret, någon gång även under andra året, men oftast under de första tre månaderna. Karakteristiskt är att döden kommer överraskande. Barnet har av sin omgivning betraktats som fullt friskt, eller tyckts ha lindriga förkylningstecken, tills man finner det dött i sin säng eller barnvagn, eller till och med i moderns famn. Utredningen ger ingen tillfredsställande förklaring till dödsfallet, och föräldrarnas frågor blir obesvarade.

Att många spädbarn dör oförklarligt tycker man ju borde utgöra en utmaning för varje barnläkare, liksom för alla som sysslar med barnhälsovård och annan barnavård. Men sannolikt har många barnläkare inte känt någon sådan utmaning: De har aldrig upplevt något fall av plötslig, oväntad spädbarnsdöd. Dessa fall söker man ju inte läkare för. Möjligen tillkallas läkaren i efterhand för att konstatera dödsfallet. Utredningen blir i stället en rättsak. Det blir polisen som "tar upp anamnesen", och rättsläkaren som "gör status" på obduktionsbordet.

Polisutredningen

Vid ett oförklaradt dödsfall åligger det polismyndigheten att göra utredning, i första hand för att

utesluta möjligheten av brottslig gärning. Även om inget brott skäligen kan misstänkas, bör polisen dock göra en utredning och förordna om rättsmedicinsk obduktion.

Polisutredningen omfattar undersökning av platsen för dödsfallet och förhör om vad som föregått detta. En genomgång av en serie polisutredningar vid plötslig oväntad spädbarnsdöd visar dock att utredningen vanligen varit mycket kortfattad och knapphändig. Barnets vård och uppfödning, liksom den sociala bakgrunden, blir sällan belysta. Polisutredningen får då ringa värde för bedömning av händelseförloppet.

En rutin, godkänd av rikspolisstyrelsen, omfattande ett minimiprogram som måste ingå i polisutredningen, skulle kanske öka dennas värde för fallets belysning. Om det dessutom blev rutin att polisprotokollet och den rättsmedicinska utredningen översändes till vederbörande barnmedicinska klinik, där en barnläkare finge till uppgift att underrätta föräldrarna och förklara vad som framkommit skulle denne också kunna komplettera den medicinska anamnesen. Samtidigt skulle ju barnläkaren få en uppfattning om fenomenets förekomst i hans upptagningsområde.

Den rättsmedicinska utredningen

Plötslig oväntad död förekommer i alla åldrar, men vanligen avslöjar då obduktionen dödsorsaken. Även i spädbarnsåldern kan plötslig död bero på faktorer som avslöjas vid obduktionen, vare sig dessa är förut kända, t ex ett svårt hjärtfel, där endast tidpunkten för döden var oväntad, eller oväntat avslöjas, t ex en meningit, som förlöpt utan symptom eller där symptomen misskänts. Men dessutom förekommer i spädbarnsåldern en grupp där dödsfallet är plötsligt, oväntat och oförklarligt. Särskildt med tanke på internationella jämförelser är det viktigt att hålla på definitionen plötslig, oväntad och *oförklarlig* spädbarnsdöd.

När rättsläkaren inte finner någon fullgod förklaring till dödsfallet, söker han gärna efter en krok att hänga upp dödsorsaken på. Därför hamnar dessa fall ej sällan under förlägenhetsdiagnoser som "kapillärbronkit" (baserad på ett ringa

antal peribronkiella lymfocytinfiltrat) eller "aspiration" (med stöd av att maginnehåll påvisats i grövre bronker). Inte minst detta gör det angeläget att i dödsorsaksnomenklaturen en särskild kod skapas för fall av plötslig oförklarlig spädbarnsdöd.

Hypoteser

Man har naturligtvis spekulerat över många olika mekanismer som skulle kunna leda till dessa dödsfall. Erfarenheten säger att plötsliga dödsfall i olika åldrar kan förorsakas av förändringar i hjärtat och i lungorna. I hjärtat har man speciellt intresserat sig för retledningssystemet, koronarartär-genomblödningen och högerkammerbelastningen. En kombination av högerkammerbelastning och lungkärlsförändring (pulmonell hypertension?) har på senare tid beskrivits som en tänkbar orsak till plötslig spädbarnsdöd. Kronisk alveolär hypoxi, sannolikt till följd av apnéperioder före döden skulle kunna tänkas ligga bakom vissa lungkärlförändringar som beskrivits vid plötslig spädbarnsdöd (bl a av Ivemarks arbetsgrupp). Hur man än tolkar dessa lungkärlförändringar förefaller lungorna, inklusive kärlbädden, intaga en central plats i diskussionen av syndromet plötslig oväntad spädbarnsdöd.

Av största intresse är också nyligen utförda experiment på lamm, som tyder på att det finns en reflexbana med receptorer ("smaklökar") i larynx, som, medierade via nervus laryngeus superior, på vissa stimuli kan ge apnéstillstånd. Huruvida sådana receptorer finns även hos människan, är för närvarande föremål för studier.

Psykiatriska synpunkter

Parallellt med sökandet efter medicinska orsaker till barnets död måste man studera om även andra, icke medicinska faktorer direkt eller indirekt kan ha haft något samband med dödsfallet. Detta kräver stor erfarenhet och insikt i hur t ex olika psykosociala faktorer kan påverka vården av barn och barns hälsa. Detta stöder kravet på att föräldrarna, sedan utredningen för övrigt är slutförd, skall få samtala med en erfaren barnläkare.

En noggrann och allsidig utredning av dessa

gåtfulla dödsfall är nämligen nödvändig även för att man skall kunna hjälpa de drabbade föräldrarna. För föräldrarna, och särskilt för modern, kan barnets plötsliga, oväntade död ibland innebära ett så svårt psykiskt trauma och leda till så svår ångest att de behöver stöd och hjälp av en psykiater.

Erfarenheten säger att föräldrar i en krissituation ofta reagerar med skuld känslor. Risken för att sådana utvecklas och fixeras, kanske till slutligen invalidiserar en förälder, är sannolikt avsevärdt mindre om man tidigt kan förklara varför barnet dog, och samtidigt ge föräldrarna möjlighet att ge uttryck för sina känslor och tankar. Därigenom får också utredningen om barnets död en terapeutisk betydelse. En omsorgsfullt gjord utredning kan hjälpa föräldrarna från skuld känslor eller lindra dessa. Av hänsyn till föräldrarnas starka emotionella reaktioner efter barnets död bör man därför inte avstå från en utredning — det skulle vara olyckligt för dem och försämra möjligheterna att hjälpa dem. Som i allt arbete med ångestfyllda människor är den första kontakten betydelsefull. Det är viktigt att föräldrarna möts på ett sätt som gör att de inte känner sig förhörda eller anklagade, utan att de förstår att utredningen syftar till att klarlägga barnets död och ge dem själva hjälp. Det vore därför säkert bättre om barnläkaren vore den som tog första kontakten med föräldrarna och inte, som nu oftast blir fallet, polisen eller rättsläkaren.

Vi vet inte om risken för plötslig och oväntad spädbarnsdöd kan vara större för familjer i socialt bekymmersamma förhållanden, vilket på sina håll har hävdats. Ibland registrerar man i dessa barns familjer olika psykosociala belastningsfaktorer. Samlevnadsproblem mellan föräldrarna, missbruk av olika slag, psykisk instabilitet, allt sådant kan tas som uttryck för att föräldrarna har sviktat, att de inte har orkat med ens sin egen personliga och sociala anpassning. Sådana faktorer kan väl tänkas bidra även till att föräldrarna inte klarar att ge barnet den vård, omsorg och stimulering som dess normala utveckling kräver. En del av dessa föräldrar är svåra att få kontakt med, de utnyttjar inte samhällets service, går inte på barnavårds-

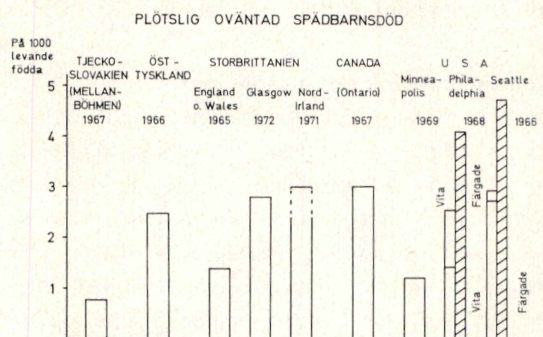
centralen, de isolerar sig. Hur skall man kunna hjälpa dem? För även om det inte skulle föreligga något samband mellan de psykosociala faktorerna och barnets död, behöver dessa familjer säkert hjälp.

Som ett första led i behandlingen vill man försöka bryta deras isolering. Här kanske personalen på mödravårds- och barnavårdscentralen kan göra en insats. Dessa institutioner väcker vanligen inte misstro och aggressivitet som andra hjälporgan. För att få kontakt med dessa familjer är det säkert nödvändigt att satsa på uppsökande verksamhet. Det räcker inte med att kalla till kontroller eller göra några hembesök för att, om man inte får gensvar, ge upp kontakten. En personlig kontakt som ingenting kräver skulle sannolikt ge bättre utbyte.

Svenskt material

Plötslig oväntad spädbarnsdöd förekommer i alla länder. Undersökningar på olika håll tyder på ganska växlande förekomst i olika samhällen, och även i olika befolkningsgrupper (fig 1).

Fig. 1. Incidens, iakttagen i olika länder.



I Sverige har tidigare ingen mera omfattande undersökning gjorts av hithörande problem. För att få en uppfattning om förekomsten i vårt land har nu en grupp barnläkare, var och en i sin stad eller sitt landstingsområde, gått igenom de fall som inträffat under femårsperioden 1968—1972. Fallen har uppsökts i Statistiska Centralbyråns dödsorsaksregister, varvid dels alla dödsfall som inträffat utanför sjukhus, dels alla som fått diagnoser som plötslig död, kvävning, aspiration, bronkopneumoni etc, närmare granskats. I dessa

Tabell 1 Fall av plötslig oväntad spädbarnsdöd och levande födda i undersökta områden 1968–1972.

	Fall av plötslig oväntad spädbarns- död 1968–1972	Därav gossar	Antal levande födda 1968–1972	Plötslig oväntad spädbarnsdöd per 1 000 levande födda
Uppsala län	14	10	17 759	0,79
Stockholm	53	34	94 245	0,56
Örebro län	4	4	18 658	0,22
Östergötlands län	11	6	26 084	0,42
Malmö	5	2	13 732	0,36
Övr. Malmöhus län	15	11	25 863	0,53
Göteborg	25	18	32 249	0,78
Summa	127	85	228 590	0,56
Hela Sverige			557 616	

fall har man studerat dödsattesten, polisrapporten, obduktionsprotokollet, barnhälsovårdsjournalen, BB-journalen och andra sjukhusjournaler, samt de anteckningar i sociala arkiv som kunnat förekomma.

Tabell 1 visar förekomsten av plötslig oväntad spädbarnsdöd i de studerade områdena. Gossebarn har drabbats dubbelt så ofta som flickebarn, vilket stämmer rätt väl med en del utländska iakttagelser. Incidensen per 1 000 levande födda växlar ganska mycket mellan områdena. Den är störst i Uppsala län och i Göteborg, och lägst i ett par av de andra landstingsområdena. Man måste fråga sig om siffrorna avspeglar verkliga skillnader, eller om de sammanhänger med olika intensiv efterforskning eller med att den tillämpade diagnostiken på sina håll har lyckats dölja många fall. Den på dödsbeviset angivna dödsorsaken har ju, som tabell 2 visar, endast i en mindre del av fallen varit plötslig död eller synonymer till denna. Lika ofta har olika luftvägsinfektioner angivits, och lika ofta också någon annan diagnos.

Incidensen i det sammanslagna materialet är 0,56 per 1 000 levande födda. Om denna siffra vore representativ för hela riket, skulle det inne-

Tabell 2 Dödsorsaker enligt dödsattesten.

	Plötslig oväntad spädbarnsdöd eller synonymer	Pneumoni, bronkit, andra luftvägs- åkomor	Kvävning, aspiration	Övriga diagnoser, ej obducerad	Summa
Uppsala län	3	10	1	—	14
Stockholm	16	12	21	4	53
Örebro län	—	2	2	—	4
Östergötlands län	1	8	1	1	11
Malmö	3	2	—	—	5
Övr. Malmöhus län	5	9	—	1	15
Göteborg	16	—	6	3	25
Summa	44	43	31	9	127

bära att, av de 250 årliga dödsfallen mellan en vecka och ett år, omkring 60 bör ha varit fall av plötslig oväntad spädbarnsdöd. Om siffrorna för Uppsala och Göteborg bedöms vara de riktiga och de andra för låga, bör det varje år ha inträffat omkring 85 fall. Om man återigen godtar de funna skillnaderna som verkliga, förefaller det mest sannolikt att incidensen i de ej undersökta, mera glesbefolkade delarna av Sverige mest överensstämmer med den i Örebro och Östergötlands län och alltså ej överstiger 0,40‰. I så fall är det troligt att det årliga antalet fall i Sverige inte har överstigit 45. Vilken beräkning man föredrar, kommer incidensen i Sverige att hamna lågt vid internationell jämförelse (fig 1). I flera material från andra länder har man beräknat att en tredjedel av den postneonatala spädbarnsdödligheten utgöres av plötslig oväntad spädbarnsdöd.

Hälften av dödsfallen har drabbat barn under 3 månader, och endast ett fåtal har varit äldre än 6 månader (tabell 3). Detta stämmer med utländska iakttagelser. Årstidsfördelningen är tämligen jämn, fränsett en viss anhopning av fall under höstmånaderna. I en del utländska material förekommer också en vintertopp. I detta material beror hösttoppen till någon del på ett ökat antal fall av plötslig död under en influensaepidemi i Stockholm hösten 1971.

Tabell 3 Dödsfallens åldersfördelning.

	Ålder i månader					Summa
	0-3	3-6	6-9	9-12	12-	
Uppsala län	9	5	—	—	—	14
Stockholm	32	18	2	1	—	53
Örebro län	—	4	—	—	—	4
Östergötlands län	1	4	3	1	2	11
Malmö	2	3	—	—	—	5
Övr. Malmöhus län	5	8	1	1	—	15
Göteborg	14	7	—	3	1	25
Summa	63	49	6	6	3	127

Tabell 4 visar att inemot hälften av dödsfallen har upptäckts mellan klockan 6 och 12, oftast under morgontimmarna klockan 6—8. I regel har detta inneburit att upptäckten skedde när någon av föräldrarna vaknade på morgonen. Tabell 5 tyder på att risken för plötslig oväntad spädbarnsdöd är betydligt större för spädbarn i flerbarnsfamiljer än för första barnet.

Tabell 4 Tid på dygnet då dödsfallet upptäcktes.

	Tid på dygnet				Samtliga
	00-06	06-12	12-18	18-24	
Uppsala län	4	5	2	2	13
Stockholm	5	22	13	11	51
Malmö	2	—	2	1	5
Malmöhus län	5	4	6	—	15
Göteborg	3	15	3	4	25
Summa	19	46	26	18	109

Dessa båda iakttagelser, att dödsfallen ofta har upptäckts när föräldrarna vaknat, och att de är vanligare hos barn som har syskon än hos ensamma barn, skulle möjligen kunna väcka misstanken att risken för plötslig oväntad spädbarnsdöd i någon mån påverkas av vårdarens uppmärksamhet. Även en mamma måste ju sova på natten och kan då inte övervaka sitt barn lika intensivt som på dagen, och en mamma med flera småbarn

Tabell 5 Barnets nummer i syskonskaran.

	Nummer i syskonskara						Samtliga
	1	2	3	4	5	6	
Uppsala län	4	4	4	—	—	—	12
Stockholm	16	14	10	2	1	—	43
Malmö	2	2	1	—	—	—	5
Malmöhus län	2	8	5	—	—	—	15
Göteborg	8	11	4	—	1	1	25
Summa	32	39	24	2	2	1	100

kan inte ägna spädbarnet lika odelad uppmärksamhet som den som har ett barn. I så fall ligger det nära till hands att fråga sig om även andra omständigheter, som drar uppmärksamheten från barnet, kan inverka på samma sätt: sjukdom hos någon familjemedlem; skilsmässotvister; missbruk av olika slag; social misär; eller helt enkelt brist på tillräckligt intresse för ett ovälkommet barn. I vissa utländska undersökningar, och i några delmaterial i vår undersökning har man tyckt sig skönja en tendens i den riktningen, men denna fråga behöver mycket mer belysning, innan den kan besvaras.

Trots att ganska intensiv forskning om den plötsliga spädbarnsdöden pågår på flera håll i världen, har man inte kunnat nå enighet om vilka patogenetiska faktorer som bidrar till dessa dödsfall och följaktligen inte heller om vilka profylaktiska åtgärder som bör försökas. En förutsättning för att man skall nå klarhet måste vara att man under en period kan utreda samtliga fall som inträffar i ett område, så fullständigt och likformigt som möjligt, enligt ett strukturerat minimiprogram som omfattar såväl förhistorien som omständigheterna kring dödsfallet och obduktionsfynden. Detta förutsätter att alla fall registreras och kommer till undersökarens kännedom. Möjligheten att genomföra en sådan undersökning bedöms vara större i Sverige än i de flesta andra länder. En sådan undersökning i stor skala i vårt land planeras för närvarande.