

FMH-Quiz 20 / Quiz FMH 20

Daniela Ghelfi, Zürich

Traduction: R. Schlaepfer, La Chaux-de-Fonds

Fallbeschreibung

Frau Meier, eine 38-jährige Frau aus Nordamerika, raucht 15 Zigaretten pro Tag und konsumiert am Wochenende leichte Drogen (Cannabis, gelegentlich auch Heroin). Sie hat vor 5 Tagen in der 35. Schwangerschaftswoche per vias naturales Béatrice, ihr drittes Kind, geboren. Sub partu traten im Cardiotocogramm variable Dezelerationen auf, der Apgar war 7/9/10, das Geburtsgewicht 2–10 kg. Es geht dem Kind gut.

Frage 1

Welche in der Fallvorstellung angegebenen Informationen erhöhen bei diesem Kind das Risiko, an einem plötzlichen Säuglingstod (= «SIDS») zu sterben?

Frage 2

Welche allgemeine Empfehlungen haben im Laufe der letzten Jahre die Inzidenz von SIDS-Todesfällen auch in der Schweiz um mehr als 60% gesenkt. Erwähnen Sie deren fünf.

Présentation du cas

Madame Meier, une femme de 38 ans d'origine nord-américaine, fume 15 cigarettes par jour et consomme le week-end du cannabis (et rarement même de l'héroïne). Elle a accouché, il y a 5 jours par voie basse de son troisième enfant, Béatrice. L'enfant est né à la 35^{ème} semaine gestationnelle. Pendant le travail on a constaté des perturbations cardiotocographiques (décélérations variables). Apgar 7/9/10, poids néonatal: 2100 g. L'enfant va très bien.

Question 1

Indiquez les éléments de la présentation du cas de cet enfant qui sont associés à un risque élevé de mort subite inexplicée du nourrisson (= «SIDS»).

Question 2

Quelles recommandations ont permis de réduire significativement (de 60%) les cas de décès par mort subite du nourrisson (SIDS) en Suisse. On vous demande d'indiquer 5 recommandations.



Lösungen

Antwort 1

- Zigarettenkonsum
- Drogenkonsum
- Prämaturnität

Antwort 2

1. Vermeiden Sie das Rauchen und achten Sie auf eine rauchfreie Umgebung.
2. Legen Sie Ihr Baby zum Schlafen immer auf den Rücken.
3. Schützen Sie Ihr Baby vor Überwärmung.
4. Bemühen Sie sich um einen geregelten Tagesablauf für Ihr Baby im ersten Lebensjahr.
5. Versuchen Sie möglichst Ihr Baby zu stillen.
6. Behalten Sie Ihr Baby wenn immer möglich in Ihrer Nähe und pflegen Sie Körperkontakt mit ihm.
7. Gehen Sie mit Ihrem Baby regelmässig zu Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt.

Kommentar

Nach wie vor ist die Ursache für den plötzlichen Kindstod nicht klar. Nach den bisherigen Erkenntnissen handelt es sich um ein multifaktorielles Geschehen. Zum fatalen Ereignis kann es kommen, wenn ein prädisponierter Säugling in einer vulnerablen Phase (Altersgipfel beim Tod: 10 Wochen) unter dem Einfluss von äusseren Stressfaktoren keine adäquate physiologische Antwort («arousal») geben kann und es zu Schwierigkeiten in der Blutdruckregulation, der Atmung und/oder der Temperaturkontrolle kommt. Epidemiologische Faktoren und Risikofaktoren sind gut bekannt, aber nicht in allen Populationen gleich gewichtet. Einige der Risikofaktoren sind abhängig voneinander (zum Beispiel: Gestationsalter und niedriges Geburtsgewicht und Rauchen in der Schwangerschaft) und daher sind die Resultate der vielen Studien häufig auch nicht kongruent. Kohorten- und Case-Control-Studien zeigen auch «lokale» Gegebenheiten mit einer anderen Gewichtung (zum Beispiel: Stillen, Frühgeburtlichkeit).

Epidemiologische Faktoren sind: männliches Geschlecht (60%), Frühgeburtlichkeit/niedriges Geburtsgewicht, mütterliches Rauchen in und nach der Schwangerschaft, mütterlicher Drogengebrauch, Wintergipfel, niedriger sozioökonomischer Status, niedrige Schulbildung, sehr junge Mütter, wenig oder keine Schwangerschaftskontrollen, hö-

Jahr	Mädchen	Knaben	Total SIDS	Lebend- geburten	SIDS- Inzidenz ¹⁾	Säuglings- sterblichkeit ¹⁾ (n)
1986			63	76 320	0,83	6,8
1987			66	76 505	0,86	6,8
1988			74	80 345	0,92	6,8 (550)
1989	45	55	100	81 180	1,23	7,3 (596)
1990	41	58	99	83 939	1,18	6,8 (574)
1991	40	48	88	86 200	1,02	6,2 (537)
1992	35	49	84	86 910	0,97	6,4 (557)
1993	31	51	82	83 762	0,98	5,6 (465)
1994	18	42	60	82 980	0,72	5,1 (424)
1995	19	35	54	82 203	0,66	5,0 (414)
1996	10	27	37	83 007	0,45	4,7 (390)
1997	13	27	40	80 584	0,50	4,8 (387)
1998	10	18	28	78 949	0,35	4,8 (375)
1999	14	21	35	78 408	0,45	4,7 (361)
2000	13	11	24	78 458	0,31	4,9 (386)
2001	6	12	18	73 509	0,24	5,0 (365)
2002				72 372		4,5 (326)

Tabelle 1: SIDS-Fälle Schweiz (Säuglinge < 1 Jahr)

¹⁾ Angaben aus: Bundesamt für Statistik (Erwin Wüest: 032 713 67 00, erwin.wueest@bfs.admin.ch), Stand Mai 2004

here Parität/multiple Schwangerschaften, allein stehende Mütter. Weitere Risikofaktoren sind: ungünstige Schlafkonditionen (Bauchlage/Seitenlage, weiche Unterlagen, Sofas (Unfälle mit Ersticken!)), Schlafen mit potenziell obstruierendem Material (Kuscheltiere) und Bettteilen – vor allem, wenn die Mutter raucht, Alkohol oder Drogen konsumiert hat oder übermüdet ist – und das Überhitzen. Milde Infektionen werden bei SIDS-Opfern gehäuft (in 40–75%) in der Autopsie gefunden (Arztbesuch oder Husten am Vortag/Todestag sind signifikant) und werden als äussere Stressfaktoren interpretiert. SIDS-Kinder sind generell leichter oder zeigen gar einen Knick in der Wachstumskurve (die fast 400 Zürcher SIDS-Opfer liegen alle < P50 mit dem Gewicht!). Etliche Kinder fallen (häufig erst retrospektiv gesehen) durch minimale neuromotorische Defizite auf, einige schwitzen stark, einige schlafen tief und lassen sich schwer wecken und sind allgemein «sehr ruhig», andere werden als schlechte Trinker beschrieben. Aktuell werden auch genetische Faktoren intensiv diskutiert und teils auch gefunden. Allerdings sind auch solche – wie alle andern bisher vorgeschlagenen Ursachen (von der Apnoe-These zum Botu-

lismus, CMV- und H. Pylori-Infekt und Toxinen bis zum Long-QT-Syndrom) – nicht als alleinige Ursache identifiziert worden. Durch die Kampagnen zur Risikominderung, wie sie seit 1992 auch in der Schweiz stattfinden, konnte die Inzidenz des plötzlichen Säuglingstodes deutlich (weltweit um mindestens 50%) gesenkt werden. Die Schweiz zählte schon immer zu den Ländern mit sehr niedriger Inzidenz. Starben von Mitte der 80er-Jahre bis Anfang der 90er-Jahre bei uns noch 0,8–1,2 von 1000 Säuglingen (65–100 Kinder) im ersten Lebensjahr am SIDS, so waren es im Jahre 2001 nur noch 0,24/1000 (6 Mädchen und 12 Knaben) (Tabelle 1).

Kommentar zu Antwort 1 (Risikofaktoren SIDS)

Alter und Parität der Mutter

Das Risiko für einen SIDS erhöht sich einerseits bei sehr jungen Müttern (unter 20 Jahren: 7–11-faches Risiko: je jünger, desto höher) und andererseits bei höherer Parität (3. und 4. Gebärende: 5–10-faches Risiko). Bei den sehr jungen Müttern gibt es allerdings gehäuft auch Begleitrisiken, die vermehrt vorkommen – wie ungenügende Schwanger-

schaftskontrollen, Drogen- und Nikotin-Abusus, schlechte Schulbildung usw.

Ethnische Zugehörigkeit

Gewisse Rassen haben ein deutlich geringeres Risiko (Asiaten), andere ein deutlich erhöhtes, wie die schwarze Bevölkerung in Nordamerika. Diese Korrelation bleibt auch nach Korrektur von Begleitumständen (sozioökonomischer Status, Rauchen usw.).

Rauchen in der Schwangerschaft/

Rauchen in der Umgebung des Säuglings
Mütterliches Rauchen in der Schwangerschaft ist mit einem deutlich erhöhten Risiko (5-faches) für SIDS verbunden. Bei einem Konsum von mehr als 1 Paket pro Tag steigt das Risiko, ebenso, wenn nach der Geburt Mutter und Vater in der Umgebung des Kindes Rauchen (8-faches). Schläft das Baby bei der Mutter (Raucherin) im Bett, so steigt das Risiko auf das 10–17-Fache: je jünger das Kind, desto höher. Jede Zigarette weniger pro Tag in der Schwangerschaft verringert das Risiko. Das Rauchen ist seit der Abkehr von der Bauchlage der SIDS-Risikofaktor Nummer 1 geworden. Eine internationale Studie von 21 Zentren zeigte, dass im Durchschnitt bei Geburt 22% der Mütter rauchten (0–43%): in den deutschen und österreichische Zentren zu 13–16%, in Kopenhagen 43%. Hier liegt ein grosses Potenzial (auch für die Schweiz), das Risiko für den SIDS durch Vermeiden des Rauchens drastisch weiter senken (um 20–40%) zu können.

Drogenkonsum in der Schwangerschaft

Drogenkonsum erhöht das Risiko um ein 10–100-faches. Wegen den multivariablen Begleitfaktoren sind genaue Daten schwierig zu erheben. Kokaingebrauch alleine erhöht das Risiko um das 2–5-Fache. Säuglinge von jungen drogenabhängigen Müttern in schlechten sozialen Verhältnissen haben ein SIDS-Risiko von 10%!

Gestationsalter und Geburtsgewicht

Je nach Studie steigt das Risiko bei niedrigem Geburtsgewicht: So findet man Angaben von einem niedrigen (2–3-fachen Risiko für Kinder von 1500–2000 g und einem 4–5-fachen Risiko bei <1500 g) bis zu hohem Risiko (9-fachen) für Kinder von 1500–2000 g. Eine grosse amerikanische Studie hat für Kinder < 37 Wochen GA eine OR von 1,83 gezeigt. Mit dem niedrigen Gestationsalter/Geburtsgewicht sind aber multipelste

Variablen verknüpft (wie Rauchen, schlechte Schwangerschaftskontrollen, niedriger sozialer Status), sodass das Nettorisiko schwierig zu definieren ist. Ein eindeutiges erhöhtes Risiko haben Kinder unter 1500 g GG, untergewichtige Kinder (< P3 und < P10) und Kinder, die eine schlechte Gewichtszunahme zeigen. Etliche Zentren zeigen in Case-Control-Studien, dass die Frühgeburtlichkeit als solche unter Berücksichtigung von verschiedensten Variablen nicht mehr ein Risiko ist (Deutschland, Case-Control-Studie CH). Unter den SIDS-Kindern finden sich deutlich vermehrt Frühgeborene (international und CH: 15–19%) bei einer Rate von circa 8% (5–10%) Frühgeborenen in der Population. In der Prävention sollten Frühgeborene nicht anders als Termingeborene behandelt werden. Ganz explizit sollten ehemalige Frühgeborene aber nicht im Bett der Mutter schlafen, nicht auf den Bauch zum Schlafen gelegt und nicht (weiter) Rauchern ausgesetzt werden, da sie diesbezüglich speziell vulnerabel sind.

Komplikationen in Schwangerschaft und unter Geburt

Schlechte oder keine Schwangerschaftskontrollen und Rauchen in der Schwangerschaft erhöhen das SIDS-Risiko ganz eindeutig. Faktoren wie vorzeitige Plazentalösung, Plazenta praevia, vorzeitiger Blasensprung und Untergewicht für Gestationsalter erhöhen das SIDS-Risiko. Verminderte Plazentardurchblutung und mütterliche Anämie scheinen ebenfalls das Risiko zu erhöhen, ein niedriger Apgarwert (5 min < 5) wird von kaum einem Autor als Risiko angesehen.

Kommentar zu Antwort 2 (Prävention)

Rückenlage als Schlafposition

Durch das Vermeiden der Bauch- (und Seiten-)lage als Schlafposition ist es zu einer eindrucklichen Reduktion der SIDS-Fälle gekommen. Die Bauchlage erhöht das Risiko um das 3–10-Fache. Sie ist mit einigen Eigenheiten verknüpft, die den Säugling kompromittieren können – die aber die Todesursache nicht erklären: Rückatmung von CO₂, Sauerstoffverarmung (Ersticken), Hitze-stauung (verminderte Konvektion), schlechtere Clearance von bakteriellen Toxinen nach Virusinfekten, höhere Besiedelung durch nasale Keime, Retroposition der Maxilla (Obstruktion), Okklusion von vertebra- len Arterien durch die Kopfrotation, verminderte Aufwachschwelle und höhere Schlaf-

tiefe. Ein klassisches Ersticken wegen der Bauchlage (Gesichtslage) scheint für den gesunden Säugling aber keine Diskussion zu sein, ebenso gibt es keinen Grund, Angst zu haben, dass der Säugling in Rückenlage an seinem Erbrochenen ersticken könnte (keine Fälle in der Literatur dazu). Die Seitenlage ist mit erhöhtem Risiko verbunden, da Kinder in dieser instabilen Position mehrheitlich auf den Bauch rollen. Gefährlich ist auch die erste Nacht in Bauchlage, wenn der Säugling sonst gewohnt ist, auf dem Rücken zu schlafen. Wegen dem Risiko der Entwicklung eines lagebedingten Plagiocephalus und zur Förderung der Motorik sollte der junge Säugling im Wachzustand zum «Spielen» auf den Boden und den Bauch gelegt werden («Dummy Time»).

Überwärmung

Fieber, Infekte, starkes Zudecken/Bekleiden, Bauchlage, Tücher und Kuschtiere im Kopfbereich, Bettteile, Überheizen, gesteigerte metabolische Rate (Untergewicht, Knaben, Formulamilch) sind Faktoren, die die Temperatur erhöhen können. Atmungsregulation und Schlafstadien sind temperaturabhängig. Überwärmung kann bei prädisponierten Säuglingen als Stressfaktor wirken und Befunde bei SIDS-Opfern (Schweiss, unter der Decke/stark zugedeckt, erhöhte Rektaltemperatur) deuten darauf hin, dass sie eine wesentliche Rolle für das fatale Ereignis spielen kann. Möglicherweise spielt der thermische Stress aber nur bei Kindern in Bauchlage eine Rolle!

Geregelter Tagesablauf

Jede Art von Stress kann ein Triggerfaktor bei prädisponierten Kindern sein. Sterbedaten zeigen zum Beispiel eine Häufung von SIDS-Fällen am Wochenende (anderer Tagesablauf?) oder dass viele der Kinder zum Zeitpunkt des Todes nicht in der normalen Umgebung waren.

Stillen

Dem Stillen wird ein protektiver Effekt zugeschrieben (11 von 18 Studien). Wird nur das univariable Risiko betrachtet, so haben die Flaschenkinder ein 2–3-faches Risiko für den SIDS. Werden weitere Variablen verglichen (sozioökonomischer Status, Rauchen, kulturelle Faktoren usw.), so verschwindet dieser Effekt. Bei den 400 Zürcher SIDS-Fällen waren > 60% der Kinder gestillt, was einer erhöhten Stillfrequenz (für das Alter von 2–4 Monaten) bei den Verstorbenen entspricht. Jeder Risi-

kofaktor soll in der Prävention Eingang finden: Das Stillen ist also unbedingt zu empfehlen.

Aufsicht und Körperkontakt/ Gesundheitskontrollen

Durch gutes Beobachten des Kindes und regelmässige Kontrollen können minimale Veränderungen besser und schneller wahrgenommen werden – insbesondere gilt dies für Krankheitszeichen und Gedeihprobleme. Da letztere eine wesentliche Rolle spielen, können durch gute Vorsorge sicher etliche Kinder vor einem plötzlichen und unerwarteten Tod (auch Nicht-SIDS!) geschützt werden. Von den unerwartet Verstorbenen (mit klinischer SIDS-Diagnose) sind 25% an einer klar definierten Krankheit verstorben (Autopsie). Der junge Säugling soll aber nicht im elterlichen Bett schlafen, sondern im eigenen Bett (im selben Zimmer).

Referenzen

- FM Sullivan, SM Barlow. Review of risk factors for sudden infant death syndrome. Paediatr Perinatal Epidemiol 2001; 15: 144–200
- K Campbell Daley. Update on sudden infant death syndrome. Curr Opin Pediatr 2004; 16: 227–232
- RW Byard, HF Krous. Sudden infant death syndrome: overview and update. Pediatr Dev Pathol 2003; 6: 112–127
- D Getahun, D Amre, GG Rhodas, K Demissie. Maternal and obstetric risk factors for sudden infant death syndrome in the United States. Obstet Gynecol 2004; 103: 646–52
- PJ Fleming, PS Blair. Sudden unexpected death after discharge from the neonatal intensive care unit. Semin Neonatol 2003; 8: 159–167

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Daniela Ghelfi
Universitäts-Kinderklinik Zürich
Steinwiesstr. 75
8032 Zürich
daniela.ghelfi@kispi.unizh.ch

Solutions

Réponse 1

- Consommation de cigarettes
- Consommation de drogues
- Prématurité

Réponse 2

1. Évitez de fumer et maintenez une ambiance exempte de fumée
2. Allongez toujours votre enfant sur le dos pour dormir
3. Protégez votre bébé contre un excès de chaleur
4. Efforcez-vous d'observer un rythme quotidien régulier pendant la première année d'existence de votre enfant
5. Dans la mesure du possible, allaitez votre enfant
6. Chaque fois que possible, gardez votre bébé près de vous et entretenez le contact physique avec lui
7. Emmenez-le régulièrement chez votre médecin

Commentaires

La cause de la mort subite du nourrisson n'est toujours pas claire. D'après les connaissances actuelles il s'agit d'un événement multifactoriel. L'incident fatal peut se produire lorsqu'un nourrisson prédisposé ne peut donner, dans une phase vulnérable (pic d'âge lors du décès: 10 semaines), sous l'influence de facteurs de stress extérieurs, une réponse physiologique adéquate («arousal») avec pour conséquence des difficultés de régulation de la pression artérielle, de la respiration et/ou de la température. Les facteurs épidémiologiques et les facteurs à risque sont bien connus, mais ne sont pas pondérés de la même façon pour toutes les populations. Certains facteurs à risque dépendent les uns des autres (par exemple: âge gestationnel et petit poids de naissance et tabagisme pendant la grossesse) et pour cette raison les résultats des nombreuses études ne sont souvent pas congruentes. Des études de cohortes et de



Année	Filles	Garçons	Total SIDS	naissances	Incidence du SIDS ¹⁾	Mortalité des nourrissons ¹⁾ (n)
1986			63	76 320	0,83	6,8
1987			66	76 505	0,86	6,8
1988			74	80 345	0,92	6,8 (550)
1989	45	55	100	81 180	1,23	7,3 (596)
1990	41	58	99	83 939	1,18	6,8 (574)
1991	40	48	88	86 200	1,02	6,2 (537)
1992	35	49	84	86 910	0,97	6,4 (557)
1993	31	51	82	83 762	0,98	5,6 (465)
1994	18	42	60	82 980	0,72	5,1 (424)
1995	19	35	54	82 203	0,66	5,0 (414)
1996	10	27	37	83 007	0,45	4,7 (390)
1997	13	27	40	80 584	0,50	4,8 (387)
1998	10	18	28	78 949	0,35	4,8 (375)
1999	14	21	35	78 408	0,45	4,7 (361)
2000	13	11	24	78 458	0,31	4,9 (386)
2001	6	12	18	73 509	0,24	5,0 (365)
2002				72 372		4,5 (326)

Tableau 1: Cas de SIDS en Suisse (nourrissons < 1 an)

Données de l'Office Fédéral des Statistiques

(Erwin Wüest: 032 713 67 00, erwin.wueest@bfs.admin.ch, situation mai 2004)

«case-control» mettent en évidence des particularités «locales» pondérées différemment (par exemple: allaitement, prématurité).

Facteurs épidémiologiques: sexe masculin (60%), prématurité/petit poids de naissance, tabagisme maternel pendant et après la grossesse, consommation de drogues par la maman, pic hivernal, conditions socio-économiques défavorables, formation scolaire peu élevée, mère très jeune, pas ou peu de contrôles pendant la grossesse, parité élevée/grossesse multiple, mère seule. Autres facteurs à risque: mauvaises conditions de sommeil (position ventrale/sur le côté, surface molle, sofas (accidents avec étouffement!), objets (peluches) ou parties de literie potentiellement obstructifs – et surtout, si la maman fume, a consommé alcool ou drogues ou est surmenée ainsi qu'un appartement surchauffé. Chez les victimes d'un SIDS sont souvent constatées des infections banales (40–75%) à l'autopsie (une visite chez le médecin ou une toux le jour avant ou le jour même du décès sont significatifs) et sont interprétés comme de facteurs de stress extérieurs.

Les enfants décédés d'un SIDS sont en général plus légers et peuvent présenter une

cassure de la courbe pondérale (les presque 400 victimes d'un SIDS zurichoises se situent toutes en dessous de P50 pour le poids!). Chez un bon nombre d'enfants on remarque (souvent seulement rétrospectivement) des troubles moteurs minimes, certains transpirent excessivement, certains dorment profondément et ne se laissent réveiller que difficilement et sont en général «très tranquilles», d'autres sont décrits comme ayant de la peine à boire. Actuellement des facteurs génétiques sont intensivement recherchés et aussi parfois trouvés. Mais – comme pour d'autres causes proposées jusqu'ici (depuis la thèse des apnées jusqu'au botulisme, des infections à CMV et H. pylori, des toxines au syndrome du QT long) – aucune n'a pu être identifiée comme cause unique.

Suite aux campagnes visant à réduire les risques – qui ont également eu lieu en Suisse dès 1992 – l'incidence de la mort subite du nourrisson a pu être sensiblement réduite (mondialement d'au moins 50%). Si – du milieu des années 80 au début des années 90 – 0,8 à 1,2 sur 1000 nourrissons (65 à 100 enfants) mourraient chez nous durant la première année de vie d'un SIDS, en 2001 ils n'étaient que 0,24/1000 (6 filles et 12 garçons). (tableau 1)

Commentaire sur la question 1 (facteurs de risque pour le SIDS)

Âge et parité de la mère

Le risque d'un SIDS augmente d'une part si la mère est très jeune (en dessous de 20 ans: risque 7 à 11 fois plus grand; plus la mère est jeune, plus le risque est grand) et d'autre part avec la parité (3- et 4-pares: risque 5 à 10 fois plus grand). Cependant chez les mères très jeunes s'additionnent souvent des risques complémentaires – contrôles insuffisants pendant la grossesse, abus de nicotine ou drogues, formation scolaire peu élevée etc.

Appartenance ethnique

certaines groupes ethniques ont un risque nettement plus petit (asiatiques), d'autres un risque nettement augmenté, comme la population noire d'Amérique du nord. Cette corrélation persiste après correction de facteurs concomitants (bas niveau socio-économique, tabagisme etc).

Tabagisme pendant la grossesse / tabagisme dans l'entourage du nourrisson

le tabagisme maternel pendant la grossesse est associé à un risque de SIDS nettement augmenté (5 fois). Le risque augmente lorsque la consommation dépasse un paquet par jour et lorsque, après la naissance, les parents fument dans l'entourage de l'enfant (8 fois). Si l'enfant dort dans le lit de la maman (tabagique), le risque augmente à 10 à 17 fois; plus l'enfant est jeune, plus le risque est grand. Chaque cigarette de moins pendant la grossesse diminue le risque. Depuis l'abandon de la position ventrale, la fumée est devenue le facteur de risque No 1 du SIDS. Une étude internationale dans 21 centres montre qu'en moyenne 22% de mères fumaient lors de l'accouchement (0 à 43%): dans les centres allemands et autrichiens 13 à 16%, à Copenhague 43%. Ici se trouve un grand potentiel (également en Suisse) pour diminuer encore drastiquement (20 à 40%) le risque du SIDS en évitant de fumer.

Consommation de drogues pendant la grossesse

La consommation de drogues augmente le risque de 10 à 100 fois. En raison de cofacteurs à variabilité multiple il est difficile d'établir des données précises. La consommation de cocaïne seule augmente le risque de deux à cinq

fois. Les nourrissons de jeunes mères toxico-manes vivant dans des conditions sociales défavorables ont un risque de SIDS de 10%!

Age gestationnel et poids de naissance

Selon les études, un petit poids de naissance fait augmenter le risque: ainsi on peut trouver des indications allant d'un risque limité (deux à trois fois plus élevé pour les enfants de 1500 à 2000 g et de quatre à cinq fois pour un poids < 1500 g) jusqu'à un risque neuf fois plus élevé pour des enfants de 1500 à 2000 g. Une grande étude américaine a mis en évidence un risque relatif de 1,83 pour des enfants < 37 semaines d'âge gestationnel. Mais le bas âge gestationnel/poids de naissance sont associées à un grand nombre de variables (comme le tabagisme, contrôles insuffisants pendant la grossesse, niveau socio-économique défavorisé), le risque net étant ainsi difficile à définir. Un risque clairement élevé existe pour les enfants avec un poids de naissance de moins de 1500 g, avec un poids < P3 et < P10 et pour les enfants avec une prise pondérale insuffisante. Plusieurs centres démontrent par des études «case-control» que la prématurité en soi, en considérant toute sorte de variables, ne représente plus un risque (Allemagne, Case-Control-Studie CH). Parmi les enfants décédés d'un SIDS, on trouve nettement plus d'anciens prématurés (au niveau international et CH: 15 à 19%), alors que leur incidence est d'environ 8% (5 à 10%) dans la population. La prévention devrait être la même pour les anciens prématurés que pour les enfants nés à terme. Explicitement, en raison de leur vulnérabilité particulière, les anciens prématurés ne devraient pas dormir dans le lit de leur maman, ne devraient pas être couchés sur le ventre pour dormir et ne devraient pas (ou plus) être exposés à la fumée de cigarettes.

Complications pendant la grossesse et périnatales

Des contrôles insuffisants ou leur absence ainsi que le tabagisme pendant la grossesse augmentent clairement le risque d'un SIDS. Des facteurs comme le décollement précoce du placenta, le placenta praevia, la rupture prématurée des membranes et un petit poids pour l'âge gestationnel augmentent le risque d'un SIDS. Une mauvaise perfusion du placenta et l'anémie maternelle semblent également augmenter le risque; rares sont les auteurs pour qui un Apgar bas (5 min < 5) représente un risque.

Commentaire à la question 2 (prévention)

Position dorsale pour le sommeil

En évitant la position ventrale (et latérale) pendant le sommeil, nous avons assisté à une réduction impressionnante des cas de SIDS. La position ventrale augmente le risque de 3 à 10 fois. Elle est associée à certaines particularités qui peuvent mettre en danger le nourrisson - mais qui n'expliquent pas la cause du décès: ré-inspiration du CO₂, appauvrissement en O₂ (étouffement), rétention de chaleur (diminution de la convection), mauvaise clearance de toxines bactériennes après une infection virale, colonisation accrue par des germes nasaux, rétrognathie (obstruction), occlusion des artères vertébrales par la rotation de la tête, seuil de réveil diminué et sommeil plus profond. L'étouffement classique en position ventrale (visage sur la surface) du nourrisson en bonne santé ne semble pas être objet de discussions et il n'y a pas non plus lieu de craindre que le nourrisson en position dorsale puisse s'étouffer avec du vomi (aucun cas dans la littérature à ce propos). La position latérale est liée à un risque accru parce que les enfants roulent généralement depuis cette position instable dans la position ventrale. Dangereuse est aussi la première nuit en position ventrale, lorsque l'enfant était habitué à dormir sur le dos. Pour éviter le risque d'une plagio-céphalie positionnelle et pour stimuler sa motricité, le nourrisson devrait être posé, lorsqu'il est réveillé, par terre et sur le ventre («dummy time»).

Excès de chaleur

Fièvre, infections, trop de couvertures/habits, position ventrale, pattes ou peluches en proximité de la tête, partager le lit, chauffage excessif, activité métabolique accrue (petit poids, garçons, lait artificiel) sont des facteurs qui peuvent faire monter la température. La régulation de la respiration et les phases de sommeil dépendent de la température. Un excès de chaleur peut devenir, chez le nourrisson prédisposé, un facteur de stress et certaines constatations chez des victimes d'un SIDS (transpiration, sous la couverture/fortement recouvert, température rectale élevée) indiquent qu'il peut jouer un rôle prépondérant lors d'une l'issue fatale. Possiblement le stress thermique ne joue un rôle que pour les enfants en position ventrale!

Déroulement réglé de la journée

Tout stress peut devenir un facteur favorisant chez le nourrisson prédisposé. Le recensement des décès montre une augmentation des cas de SIDS en fin de semaine (déroulement différent de la journée?) ou que beaucoup d'enfants n'étaient, au moment de leur décès, pas dans leur entourage habituel.

Allaitement

On attribue à l'allaitement un effet protecteur (11 de 18 études). En ne considérant que cette seule variable, le risque pour les enfants nourris au biberon de décéder d'un SIDS est 2 à 3 fois plus grand. Si d'autres variables sont comparées (niveau socio-économique, tabagisme, facteurs culturels etc.) cet effet disparaît. Parmi les 400 cas de SIDS zurichois >60% des enfants étaient nourris au sein, ce qui correspond à une fréquence élevée d'allaitement (à l'âge de 2 à 4 mois) chez les enfants décédés. Tout facteur à risque doit être considéré lors de la prévention: l'allaitement est donc à conseiller en tout cas.

Surveillance et contact corporel / Contrôles de santé

Par une bonne observation de l'enfant et par des contrôles réguliers des changements minimes seront mieux et plus rapidement détectés - tout particulièrement les symptômes de maladie ou une croissance staturo-pondérale inadéquate. Ces derniers jouant un rôle important, une bonne prévention permet de protéger un certain nombre d'enfants d'une mort subite et inexpliquée (aussi autre que SIDS!). Parmi les enfants victimes d'une mort inattendue (avec diagnostic clinique de SIDS), 25% étaient décédés d'une maladie clairement définie (autopsie). Le petit nourrisson ne devrait toutefois pas dormir dans le lit des parents, mais dans son propre lit (dans la même pièce).

Références

Voir texte allemand

Correspondance:

Dr Daniela Ghelfi
Universitätskinderklinik Zürich
Steinwiesstr. 75
8032 Zürich
daniela.ghelfi@kispi.unizh.ch