Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 95 (1997)

Heft: 6

Artikel: Prévenir la mort subite du nourisson

Autor: [s.n.]

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-950976

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 12.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Tocolyse: comment continuer?

Une évaluation du traitement effectif de la menace d'un accouchement prématuré n'est pas simple. Au début s'accumulent les questions sur la pose de l'indication: est-ce que l'accouchement a véritablement commencé? Est-ce que ce sont de fausses contractions? Beaucoup de connaissances nous manquent encore pour pouvoir mieux distinguer les contractions de l'accouchement des fausses contractions. Or le risque d'un accouchement prématuré reste encore très grand.

Jung (1981) écrit: «La prématurité est un syndrome complexe de différentes ou de plusieurs étiologies, où l'activité des contractions ne représente qu'un symptôme de premier plan.» [19]

La tocolyse est une partie de l'ensemble thérapeutique et ne traite que les symptômes, les contractions de l'utérus, pas la femme. Les résultats de ce traitement sont très difficiles à percevoir, puisqu'un traitement des causes devrait avoir lieu sur des bases individuelles; le succès (empêcher un accouchement prématuré) en dépend. En fin de compte la tocolyse nous offre un laps de temps supplémentaire pour mettre en place une autre thérapie [2,3].

Evaluation globale

Sur la base de l'étude canadienne, nous devrions considérer d'un œil plus critique la tocolyse en tant que seul traitement contre la prématurité (5,6]. Le dilemme de décider si un accouchement a véritablement commencé ou non, n'est pas résolu. Nous devrions aborder le problème de la menace d'accouchement prématuré de façon plus globale: la tocolyse peut y être un remède. Tous les médicaments qui inhibent les contractions ont leurs effets secondaires sur la mère et sur l'enfant.

Il faut tenir compte des effets secondaires lors de l'utilisation de ces médicaments.

Suite aux résultats de l'étude actuelle, il est probablement possible de réduire l'utilisation de la tocolyse de façon adaptée. La tocolyse est une thérapie parmi beaucoup d'autres qui a pour but d'atteindre une quote-part inférieure d'accouchements prématurés.

C'est pourquoi, ce qui compte pour tous les autres traitements compte aussi pour la tocolyse: «Autant que nécessaire, aussi peu que possible». ◀

Littérature

[1] *Creasy RK.* Preterm birth prevention: Where are we? Am. J. Obstet. Gynecol. 1993; 168: 1223–1230.

[2] *Keirse MJNC, Grant A, King JF.* Preterm labour. In Enkin, Keirse und Chalmers (Ed.) Effective Care in Pregnancy and Childbirth, Oxford University Press, New York.1989.

[3] *Wolff F* (Ed.). Standortbestimmung der Tokolysebehandlung. Steinkopff, Darmstadt. 1994.

[4] *King JF et al.* Beta-mimetics in preterm labour: an overview of the randomized controlled trials. Brit. J. Obstet. Gynaecol. 1988; 95: 211–222.

[5] *Sandmire H.* Whither Tocolysis? Roundtable Discussion: what is the role of tocolysis in preterm birth? Birth, 1996; 23: 38–39.

[6] *Hannah M.* Tocolytics–more good than harm, or is it the reverse ? Birth 1996; 23: 41–43.

[7] *Nathanielsz PW.* The value of animal models in comparative physiology in understanding fetal physiology and parturition. Proceedings of the XVth European Congress of Perinatal Medicine, Glasgow 1996.

[8] *Iams JD.* The length of the cervix and the risk of spontaneous premature delivery. New Engl. J. Med. 1996; 334: 567–572.

[9] *Collaborative Group on Preterm Birth Prevention.* Multicenter randomized, controlled trial of preterm birth prevention program. Am. J. Obstet. Gynecol. 1993; 169: 352–366.

[10] *Wimmer-Puchinger B.* Schwangerschaft als Krise. Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg. 1992.

[11] *O'Driscoll K, Meagher D.* Active management in labour. Saunders, London. 1980.

[12] *The Canadian Preterm Labor Investigators Group.* Treatment of preterm labor with beta-adrenergic antagonist ritodrine. New Engl. J. Med. 1992; 327: 308–312.

[13] *Van der Heijden B.J. et al.* Persistent anuria, neonatal death, and renal microcystic lesions after prenatal exposure with indomethacin. Am. J. Obstet. Gynecol. 1994; 71: 617–623.

[14] *Enkin M, Keirse MJNC, Chalmers I.* A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Oxford University Press, New York. 1989.

[15] *Bürgin S, Luyben A.* Erfahrungen mit der Bolustokolyse. Referat Obligatorischer Hebammen WK, Bern. 1993.

[16] *Crowley PA.* Antenatal corticosteroid therapy: a meta-analysis of the randomized trials, 1972–1994. Am. J. Obstet. Gynecol. 1995; 173: 322–335

[17] *Iams JD.* The role of tocolysis in the prevention of preterm birth. Birth 1996; 23: 40–41.

[18] *Sauve RS.* Tocolytics. The neonatal perspective. Birth 1996; 23: 43–45.

[19] *Jung H.* Die Frühgeburt. In Käser, Friedrich, Ober, Thomsen, Zander (Ed.). Gynäkologie und Geburtshilfe. Thieme Verlag, Stuttgart. 1991.

[20] *Daub E.* Vorzeitige Wehentätigkeit. Urachhaus, Stuttgart. 1989.

La nécessité urgente d'une campagne nationale de prévention

▶ Prévenir la mort subite du nourrisson

Le syndrome de la mort subite du nourrisson (SMSN) représente la cause la plus fréquente de décès des nourrissons, de la période postnéonatale jusqu'à l'âge de 6 mois. En Suisse, son incidence était (chiffres de 1991) de 1,0 pour 1000 naissances vivantes, ce qui représente près de 90 décès par année. Ces dernières années, on a pu mettre en évidence des facteurs de risque qui permettent d'envisager des programmes de prévention efficaces.

PARMI ces facteurs, les plus importants sont la position ventrale dans le sommeil, le réchauffement excessif, l'usage de tabac par les parents et l'absence d'allaitement maternel.

Ces facteurs sont liés à des pratiques non traditionnelles, qui se sont répandues dans le courant du XXe siècle, et leur prévention se base sur la promotion de comportements plus simples, plus naturels que les comportements à risque.

Quatre facteurs déterminants

La position ventrale de sommeil est actuellement le plus important de ces

Joëlle Ludovicy

La position de sommeil est un facteur déterminant pour la prévention du syndrome de mort subite du nourrisson.

facteurs comportementaux. Au cours des 20 dernières années, presque toutes les études effectuées ont démontré une forte association entre la position ventrale dans le sommeil et le SMSN. Un large consensus existe actuellement pour déconseiller de coucher les nourrissons sur le ventre et promouvoir la position de sommeil dorsale.

Plusieurs études ont également démontré que l'usage de tabac par la mère (ou une autre personne vivant dans le ménage) pendant ou après la grossesse augmente de 2 à 6 fois, selon la dose, le risque de SMSN. L'allaitement maternel a aussi été associé à une diminution du risque de SMSN de l'ordre de 2,5 fois. Enfin, le réchauffement excessif des enfants pendant le sommeil constitue également un facteur de risque du SMSN.

A la fin des années 1980, la Hollande, la Norvège, la Tasmanie, la Nouvelle Zélande et la Grande-Bretagne ont mis en œuvre des campagnes de prévention basées sur ces quatre facteurs. Dans les années suivantes, ces pays ont enregistré de fortes diminutions de la prévalence de la position ventrale de sommeil, jusqu'à moins de 5% des nourrissons. Dans le même temps, ils observaient de fortes diminutions de l'incidence du SMSN, de l'ordre de 50% à 80%.

Une enquête genevoise

En mai 1992, la Société suisse de pédiatrie publiait une prise de position invitant ses membres à ne plus recommander la position ventrale. Cette déclaration n'a pas été suivie d'une campagne de prévention au sein de la population. Dix-huit mois après cette prise de position, une étude a été réalisée dans le canton de Genève par une équipe formée de Paul Bouvier, Danielle Lecomte et André Rougemont. Son objectif était de mesurer la prévalence de pratiques de soins aux nourrissons, en relation avec le SMSN et la santé de l'enfant en général.

Une enquête téléphonique a ainsi été réalisée entre août et décembre 1993, auprès d'un échantillon aléatoire de 278 familles genevoises ayant eu un enfant dans le canton de Genève au cours de l'année précédente.

Dans les jours précédant l'entretien, 40% des nourrissons avaient été couchés sur le ventre, 26,2% sur le côté, et seulement 33,6% sur le dos. La prévalence de la position ventrale au coucher était plus élevée chez les nourrissons dont la mère avait déjà eu des enfants auparavant (45%) que chez les primipares (34,2%) Elle dépendait également de la clinique ou de l'hôpital où avait eu lieu la naissance.

Recommandations reçues

63 parents (22,2%) ne se souvenaient d'aucune recommandation reçue à la maternité sur la position de sommeil. Pour les autres, la position latérale avait été indiquée dans 67% des cas, et la position dorsale dans seulement 15% des cas. Après leur retour à domicile, 39,4% des mères avaient reçu la recommandation de coucher l'enfant sur le dos.

Perspectives de prévention du SMSN

Bien que les recommandations de la Société suisse de pédiatrie aient été publiées depuis plus de 18 mois, la prévalence de la position ventrale restait de 40%. Cela prouve bien que les recommandations émises à l'intention des professionnels s'avèrent insuffisantes, et qu'il est nécessaire de mettre en œuvre une campagne de prévention au sein de la population.

Sur la base des données existantes, une modification des pratiques de couchage des enfants pourrait probablement diminuer l'incidence du SMSN en Suisse de plus de 50%. Une diminution encore plus importante, pouvant dépasser 80%, pourrait éventuellement être obtenue en modifiant également les habitudes de tabagisme des parents et d'alimentation des nourrissons.

Ces estimations mettent en évidence l'urgente nécessité de mettre sur pied, en Suisse, une campagne d'information et de prévention sur le syndrome de la mort subite. Ce devrait être chose faite d'ici à l'été. ◀

Source: Paul Bouvier, Danielle Lecomte et André Rougemont: *Position ventrale de sommeil et autres facteurs de risque du syndrome de mort subite du nourrisson: Une étude de prévalence à Genève,* article paru dans la revue «Sozial- und Präventivmedizin», 42, 1997. On trouvera dans cette étude tous les renvois bibliographiques utiles.