

La tocolyse aujourd'hui

Autor(en): **Luyen, Ans**

Objektyp: **Article**

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**

Band (Jahr): **95 (1997)**

Heft 6

PDF erstellt am: **12.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-950975>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

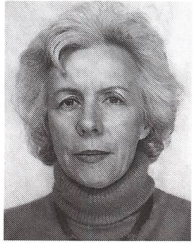
EDITORIAL

De très gros efforts continuent à être mis en œuvre pour diminuer les risques d'accouchement prématuré.

Une évaluation critique de la situation, afin de pouvoir décider du traitement adéquat lors de

menace d'accouchement prématuré, n'est pas toujours aisée, compte tenu de son efficacité souvent mise en doute.

Et le rôle de la sage-femme dans la prévention de la prématurité?



Elle prend justement là une importance capitale. Dès le début de la grossesse, son rôle est de détecter les menaces d'accouchement prématuré par ses conseils, les cours qu'elle donne, et autres interventions auprès des femmes enceintes.

Par le suivi de grossesse à risque à domicile sur ordre médical, la sage-femme a un rôle capital à ce moment-là. Elle peut, par des moyens complémentaires tels que la relaxation, la visualisation positive, les massages relaxants et j'en passe, renforcer la confiance de la femme et du couple dans une situation très déstabilisante. Il serait aussi temps que le monde du travail réalise que les femmes enceintes ont droit à des égards durant la période de la grossesse comme la loi sur le travail le stipule, mais qu'on ignore royalement la plupart du temps. Ce serait aussi un moyen de stabiliser les coûts de la santé en permettant aux femmes qui en ont le besoin de diminuer ou d'arrêter leur travail durant une période déterminée. Mettons tous les atouts du côté de la prévention et offrons à nos petits une qualité de vie à long terme.

L'assurance maternité tant attendue pourrait résoudre une certaine partie des problèmes.

La pression que subissent actuellement beaucoup de femmes enceintes est intolérable.

Ruth Brauen

Ruth Brauen

22 Schweizer Hebamme
6/97 Sage-femme suisse

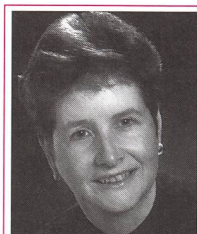
Mise au point

► La tocolyse aujourd'hui

L'accouchement prématuré, avec les risques qui en découlent pour l'enfant, reste l'un des plus grands problèmes de l'obstétrique actuelle, et ceci malgré une meilleure surveillance et un traitement toujours plus efficace des enfants concernés.

Ans Luyben

LES buts de l'obstétrique s'orientent vers la prévention de l'accouchement prématuré. Mais cela n'est pas toujours possible: des problèmes maternels ou fœtaux peuvent nous obliger à accepter l'accouchement prématuré [4]. Les problèmes obstétricaux qui nous permettent de tenter la prorogation de l'accouchement sont entre autres la rupture prématurée des membranes et les contractions prématurées. Le but de la prorogation lors de la rupture prématurée des membranes est la possibilité de la maturation pulmonaire, par ex. par l'injection de corticoïdes (Celestone®). Lors de contractions prématurées, le traitement s'oriente vers un possible retardement de l'accouchement jusqu'au terme [2,3,4]. Depuis 30 ans, le traitement de choix est la tocolyse (arrêt des contractions) [3]. Les



Ans Luyben, sage-femme, enseignante à la Maternité Universitaire de Berne, et, à partir de juillet 1997, enseignante à l'École de sages-femmes de Coire, membre du Schweiz. Hebammenforschungsnetzwerks (comité de recherche).

causes de la prématurité sont multiples et donc difficiles à traiter. La tocolyse en tant que traitement symptomatique supprime les contractions utérines. Elle n'est qu'une partie de l'ensemble des traitements thérapeutiques [3]. L'évaluation de l'action effective de la tocolyse est de ce fait plus compliquée. De grandes diffé-

rences existent dans l'application de la tocolyse (comment, quand, combien, quel médicament) [2]. Ces différences, les résultats pour la mère et l'enfant, et les effets secondaires du traitement médicamenteux, font l'objet de fréquentes discussions [3,5,6].

La difficulté de la prévention

La tocolyse devrait réduire les contractions utérines et empêcher ainsi l'accouchement ou si possible le début d'un accouchement. Déterminer le début d'un accouchement est aussi difficile dans le cas d'un accouchement prématuré que dans celui d'un accouchement conformément au terme prévu. Il est permis, et souvent nécessaire, d'attendre lors d'un accouchement à terme; lors d'un accouchement prématuré il peut être souvent trop tard, si l'on est trop optimiste. Plus l'accouchement est avancé, plus son enraiment sera difficile.

La prévention de l'accouchement prématuré comporte deux points importants: 1) empêcher le début prématuré d'un accouchement et 2) enrayer un processus d'accouchement déjà commencé.

Actuellement, la prévention d'un possible accouchement prématuré comprend:

- La sélection des femmes enceintes à risque élevé pour une prématurité. Différents programmes de screening existent, mais leur action effective laisse un doute [9].

«Un optimiste est une personne qui voit partout des feux verts, tandis que le pessimiste ne remarque que les feux rouges. Les personnes remplies de sagesse sont atteintes de daltonisme.»

Albert Schweizer [1]



Annegret Meyer Zurflü

- La détermination de l'ouverture du col utérin et de sa longueur lors des contrôles de grossesse. A cause des nombreuses différences d'interprétation individuelle, la valeur pronostique du toucher vaginal est d'environ 25%. Les contrôles faits à l'aide d'ultrasons par voie vaginale donnent plus d'informations [8]. A l'avenir, des recherches plus approfondies devraient confirmer leur valeur. On a également fait le rapprochement entre des touchers vaginaux fréquents pendant la grossesse et la plus grande fréquence de rupture prématurée des membranes.
- Test de la fibronectine chez le fœtus. Différents tests pour des paramètres biochimiques n'ont pas pu prouver sa valeur. Le test de la fibronectine fœtale détermine le taux de fibronectine fœtale dans les pertes vaginales entre la 21^e et la 37^e semaine et il peut peut-être, en cas de résultat positif, prédire un accouchement prématuré. Le test est encore en phase de recherche. A ce jour, les résultats sont très nuancés [1].
- Examen en vue de détecter une infection vaginale, et traitement précoce.
- Prophylaxie avec inhibiteurs de contractions par voie orale, par ex. béta-sympathicomimétiques. Une action prophylactique ne peut être prouvée.
- Mesure des contractions utérines. Jusqu'à présent des études ont montré une valeur pronostique d'environ 25%. L'activité de l'utérus est très différente selon l'individu et montre un rythme de jour et de nuit. D'où la dif-

ficulté d'interpréter la valeur de la mesure [1,2].

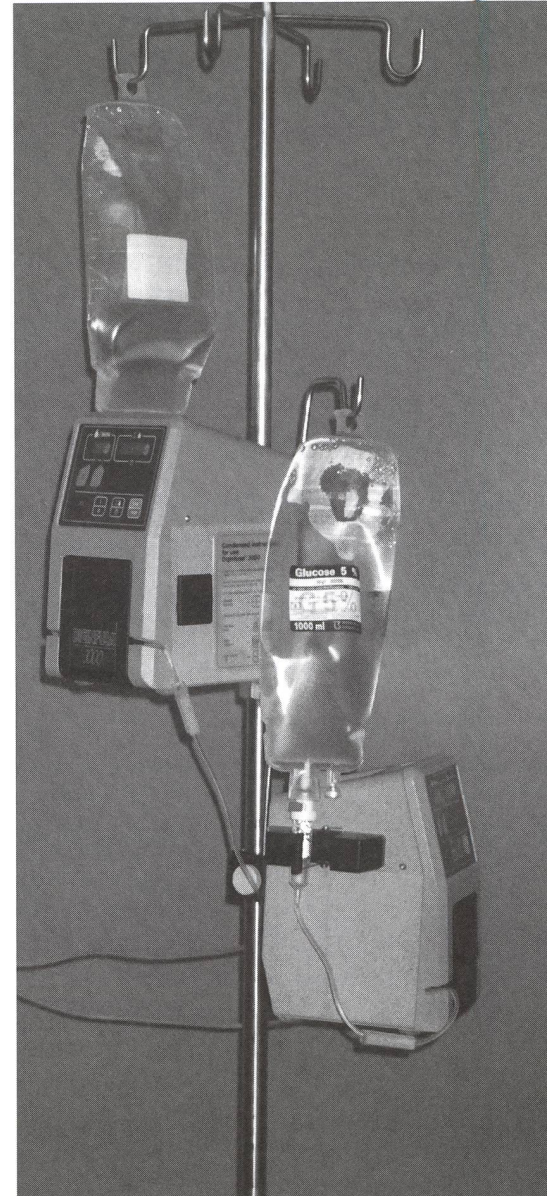
Les contractions et l'accouchement prématurés sont davantage considérés comme un syndrome social que médical. Plusieurs études confirment cette hypothèse [1,2,3,10]. Dans une étude américaine, on a observé que le contact quotidien avec une sage-femme a peut-être eu un effet préventif plus grand que l'enregistrement quotidien des contractions [1]. Une enquête sur la problématique globale de l'environnement social d'une femme enceinte est également difficile, et d'importants indicateurs sont souvent connus plus tard (ou trop tard) [3,10].

Signes précurseurs du début d'un accouchement

Lors d'un accouchement à terme, le début du travail se manifeste par la perte du bouchon muqueux ou de glaires sanguinolentes, par la rupture de la poche des eaux ou des contractions régulières et douloureuses [11]. Ces mêmes signes sont également valables pour un accouchement prématuré. Malgré l'hypothèse affirmant que beaucoup de femmes ne peuvent pas définir elles-mêmes le début de l'accouchement, Kragt et Keirse [2] ont trouvé que le diagnostic de la femme était dans la majorité des cas le plus exact; dans cette étude cependant, 33% des femmes sont retournées à leur domicile dans les 48 heures. Beaucoup d'études confirment également qu'il est difficile de re-

«Chaque article concernant les soins à un enfant né trop tôt conclut avec le souhait que cet accouchement prématuré ait pu être évité.»
Lancet 1980 (2)

«L'utilisation de médicaments pour inhiber les contractions est le plus souvent inutile, souvent sans effet et de temps à autre préjudiciable.»
British Medical Journal 1979 (2)

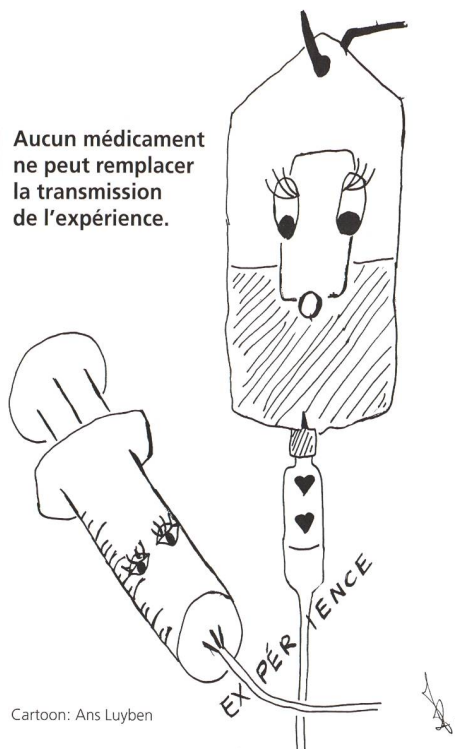


Barbara Vljakovic-Fäh

connaître le processus de démarrage de l'accouchement au moyen de la mesure du raccourcissement du col utérin et de son ouverture, de même que par l'observation des contractions. Plusieurs études travaillent avec un score (par ex. score de Bishop [3]).

Dans une étude canadienne [12], le début de l'accouchement a été défini à 2 cm d'ouverture du col, respectivement lors d'un raccourcissement de

Aucun médicament ne peut remplacer la transmission de l'expérience.



Cartoon: Ans Luyben

50% en comparaison de résultats antérieurs. On sait également que lors d'une dilatation inférieure à 3 cm les contractions peuvent à nouveau s'arrêter [2]. En cas d'attente trop longue, il n'est plus possible d'enrayer le processus d'accouchement. Ces difficultés pour la définition et l'indication ont aussi des conséquences sur la mesurabilité de l'action effective du traitement [2,3,4,5].

Médicaments

Les médicaments les plus souvent mis en œuvre pour la tocolyse sont les bêtasymphaticomimétiques, les antagonistes de la prostaglandine et le sulfate de magnésium.

Les bêtasymphaticomimétiques

Dans le monde entier, les bêtasymphaticomimétiques sont utilisés depuis 30 ans pour inhiber les contractions. Les formes les plus couramment utilisées en Suisse sont: Ritodrine (Tocodrin®), Fenoterol (Partusisten®) et Hexapralin (Gynipral®). Les bêtasymphaticomimétiques ont une action relaxante sur l'utérus (B2) et peuvent retarder un accouchement de 48 heures. Leurs effets secondaires sur le cœur et d'autres organes ont été largement minimisés [3]. La plupart des recherches sur l'inhibition des contractions concernent ces médicaments (le plus souvent Ritodrine).

Dans ces études les femmes sont presque toujours traitées par une tocolyse orale ultérieurement. La fréquence de la prématurité est légèrement réduite et le traitement tocolytique ultérieur par voie orale réduit le risque d'une nouvelle hospitalisation et d'une

inhibition des contractions par voie veineuse [2].

Les bêtasymphaticomimétiques ont les effets secondaires suivants: tremblements, palpitations cardiaques, nausées, vomissements, maux de tête, soif et nervosité. Des problèmes cardiaques peuvent survenir. Un effet secondaire très connu est l'œdème pulmonaire, surtout en cas d'administration de plusieurs médicaments en même temps, en cas de problèmes préexistants du système vasculaire ou en cas de grossesse multiple. Les bêtasymphaticomimétiques ont une influence sur le métabolisme des hydrates de carbone. Le taux de glucose sanguin peut être de 40% plus élevé. Il faut être très prudent lors de l'application de ce traitement chez des femmes souffrant de diabète.

Les bêtasymphaticomimétiques sont administrés par perfusion ou par injection initiale (c'est-à-dire administration pulsatile [3]). L'avantage de la tocolyse par injection initiale réside dans ses effets secondaires moindres. L'apport restreint de liquide diminue le risque d'œdème pulmonaire; ainsi la tocolyse peut être réduite plus rapidement (dans le cas idéal en 48 h). Ceci raccourcit le traitement tocolytique et réduit avec le même effet la dose de bêtasymphaticomimétiques [3,15]. L'idée qui se cache derrière le développement de la tocolyse par injection initiale est que différentes hormones sont également éliminées de façon pulsatile [3].

Les antagonistes de la prostaglandine [2,4]

Les prostaglandines sont l'un des facteurs les plus importants pour le démarrage d'un accouchement. Il semble donc logique d'enrayer l'accouchement au moyen d'antagonistes. Dans ce groupe, le médicament le plus connu est l'Indométhacine (Indocid®). Pendant la grossesse, et également en dehors de la grossesse, les antagonistes des prostaglandines inhibent les contractions du myomètre. Leur action est encore plus forte que celle des bêtasymphaticomimétiques. Diverses recherches confirment cette action [2]. Le nombre de prématurés est réduit en 48 h; d'autre part ces médicaments conduisent à une baisse de la prématurité de 7 à 10 jours à partir du début du traitement et à une réduction du nombre d'enfants avec un faible poids de naissance.

Les effets secondaires pour la mère peuvent être graves: thrombocytopénie, hémorragies (entre autres dans le tube digestif), réactions allergiques et ulcère d'estomac. Les effets secondaires pour

l'enfant concernent surtout la fermeture anticipée du *ductus arteriosus* et diminuent la fonction rénale (tous deux peuvent conduire à la mort) [13]. Les effets secondaires dépendent de la dose et de la durée du traitement par l'Indométhacine [2,13].

Le sulfate de magnésium [2,3]

Le sulfate de magnésium est surtout utilisé dans les pays germanophones et quelques centres aux Etats-Unis pour empêcher un accouchement prématuré. Le mécanisme par lequel le sulfate de magnésium peut stopper des contractions spontanées ou provoquées à l'aide d'ocytocine, n'est pas connu. Il est presque certain que le magnésium se substitue au calcium au niveau cellulaire, mais nous ne savons pas comment.

Une étude de Spätling (1981) [2,3] montre à quel point le magnésium peut réduire le nombre d'hospitalisations pendant la grossesse. Bien que le sulfate de magnésium puisse réduire les contractions utérines chez des femmes «peut-être déjà en travail» [2], quatre études ne montrent aucun avantage par rapport aux bêtasymphaticomimétiques. Le sulfate de magnésium est administré par perfusion.

De manière préventive le magnésium peut être administré pendant la grossesse sous forme de tablettes, capsules ou sachets. Les effets secondaires sont



Discuter, échanger, communiquer ses expériences fait partie intégrante de l'obstétrique d'aujourd'hui.

les conséquences d'un taux sanguin de magnésium trop élevé dû à une fonction rénale insuffisante ou à une trop forte dose de magnésium, par ex.: diminution des réflexes, problèmes cardiaques, dépression respiratoire (ou év. la mort). Durant le traitement de magnésium par voie intraveineuse, les réflexes doivent être régulièrement contrôlés. Un œdème pulmonaire peut survenir si l'on ajoute des bêtasymphaticomimétiques et/ou des corticostéroïdes. Actuellement les bêtasymphaticomimétiques et les antagonistes des prostaglandines sont principalement utilisés pour inhiber les contractions. D'autres médicaments (éthanol, progestérone, oxytozinalogène, antagonistes du calcium, diazoxyde (antihypertensif) et l'administration d'antibiotiques à titre préventif) sont encore du domaine de la recherche [2]. Parmi les alternatives, l'homéopathie par exemple, de nouvelles possibilités ont été développées [20].

Surveillance et soins

Parallèlement au traitement tocolytique, les soins médicaux et infirmiers comprennent la surveillance de la mère et de l'enfant à cause des effets secondaires dus aux médicaments, le traitement d'une éventuelle infection, le soutien pour le bien-être de la mère, la prise en charge psychosociale (problèmes actuels, environnement social) et les informations concernant le séjour hospitalier et le traitement.

Les effets secondaires sur la mère sont contrôlés au moyen des signes vitaux et du bilan liquidien; un électrocardiogramme devrait être fait avant le début du traitement à cause des effets secondaires des bêtamimétiques sur le cœur.

Le bilan des liquides et éventuellement la prise de poids quotidienne de la femme permettent de diagnostiquer un œdème pulmonaire dont les symptômes pourraient être observés chez des femmes ayant des troubles circulatoires antérieurs (hypertonie, grossesse multiple) ou lors de traitements avec plusieurs médicaments simultanément (bêtasymphaticomimétiques, magnésium, corticostéroïdes).

Souvent les femmes ayant des contractions prématurées souffrent d'une infection urinaire ou vaginale. Ce traitement peut aussi influencer l'activité utérine.

Bien que le repos absolu au lit ait été pendant longtemps un facteur important en cas de contractions préma-

turées, la discussion porte aujourd'hui sur sa controverse [14].

Une mobilisation précoce (douche, toilette) peut améliorer le bien-être de la femme et ainsi aider au prolongement de la grossesse. L'information sur le séjour hospitalier et les conséquences possibles d'un accouchement prématuré font également partie de l'ensemble du traitement. Il peut stimuler la femme enceinte à analyser son séjour hospitalier et empêcher un approfondissement de l'ensemble des problèmes sociaux qui pourraient encore s'aggraver par un séjour hospitalier [2,3]. Plusieurs études supposent un rapport entre l'ensemble des problèmes sociaux, le séjour hospitalier et une augmentation de la prématurité.

Action effective

Il est problématique de constater une action effective du traitement par tocolyse sur la base de documents scientifiques. Les résultats de ce traitement sont essentiellement des déductions tirées d'études d'observations mal contrôlées (pas de comparaison avec un médicament placebo).

La Meta-analyse «Effective Care in Pregnancy and Childbirth» (Cochrane Database) concernant 16 études contrôlées, arrive à la conclusion que:

1. 54% des femmes du groupe de contrôle ont pu poursuivre leur grossesse jusqu'à terme, c'est-à-dire qu'elles ont été traitées sans que l'accouchement ait véritablement commencé [2]. Dans une enquête statistique, nous avons pu arriver aux mêmes résultats [15].
2. Le temps relativement court durant lequel la grossesse a été prolongée (jusqu'à environ 48 h), n'a pas de conséquences positives sur le nombre de prématurés avec un syndrome de souffrance respiratoire, d'autres problèmes respiratoires graves ou la

mortalité périnatale (les retombées d'une adjonction de corticostéroïdes ne sont pas prises en considération dans cette conclusion).

Un groupe de recherche du Canada a obtenu des résultats identiques à la Meta-analyse de Cochrane Database. La valeur de la tocolyse est une prorogation de l'accouchement de 24 à 48 heures. Ceci peut être très important



pour le transport dans un centre avec soins intensifs de néonatalogie et pour l'administration de corticostéroïdes (Celestone®) en vue d'une maturation pulmonaire. L'importance d'un traitement de corticostéroïdes pour enfants prématurés, spécialement avant la 32^e semaine de grossesse, est bien prouvée dans les études [14,16]. Cela réduit surtout le nombre de problèmes pulmonaires et d'hémorragies cérébrales.

A l'avenir d'autres études devraient prouver l'importance de la tocolyse pour les enfants entre la 24^e et la 28^e semaine de grossesse. Une prorogation de l'accouchement peut être particulièrement importante pour ce groupe, bien qu'une augmentation de 2,47 du nombre d'enfants avec hémorragie cérébrale ait été décrite comme conséquence de traitement avec bêtasymphaticomimétiques [5,17,18]. Une étude canadienne n'a pas pu confirmer ces résultats [12]. C'est pourquoi il faudrait continuer à évaluer les retombées de la tocolyse pour ce groupe [5].

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 postnatale 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 XX^e 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