Perinatale Belastungsfaktoren und der plötzliche Kindestod (Sudden Infant Death Syndrome, SIDS)

E.		Petru ^a
K.		Rosanelli ^a
C.		Einspieler ^b
H.		Auner ^a
M.		Heydarfadaei ^a

^aGeburtsh.-Gynäk. Univers.-Klinik (Vorstand: Prof. Dr. E. Burghardt), ^bPhysiologisches Institut der Universität Graz (Vorstand: Prof. Dr. Th. Kenner)

Dr. E. Petru, Geburtsh.-gynäk. Universitätsklinik, Auenbruggerplatz 14, A-8036 Graz

Der plötzliche Tod im Kindesalter (SIDS) ist die häufigste Todesursache im 1. Lebensjahr nach der Neonatalperiode (1–4%) und macht 40% aller Todesfälle zwischen dem 2. und 12. Monat aus. Ein plötzlicher Kindestod ist dann anzunehmen, wenn weder aus der Vorgeschichte noch aufgrund der Obduktion eine eindeutige Todesursache feststellbar ist. Über die Ätiologie besteht heute noch weitgehend Unklarheit, wobei eine Entwicklungsstörung oder Schädigung des Hirnstammes diskutiert werden.

Die Fragestellung für die vorliegende Studie war, ob sich ein Zusammenhang zwischen prä- und perinatalen Belastungsfaktoren und dem SIDS herstellen läßt. Bezüglich der Oxytocingabe zur Einleitung der Geburt existiert eine solche Vermutung [3]. Die Geburtenprotokolle von insgesamt 80 Müttern, deren Kinder zwischen 1982 und August 1987 an SIDS verstorben sind, wurden auf geburtshilfliche Besonderheiten untersucht. 43 Kinder wurden an der Gebärklinik in Graz, 37 in Landeskrankenhäusern der Steiermark geboren. Zum Vergleich wurde das jeweils dem SIDS-Fall folgende Geburtenprotokoll herangezogen. Zwischen den 80 Kontrollfällen und dem SIDS-Kollektiv gab es hinsichtlich folgender Parameter keine signifikanten Unterschiede: Sozialstatus, Altersverteilung der Mutter, Verabreichung von Medikamenten während der Schwangerschaft und unter der Geburt, Zahl der Diabetikerinnen, EPH-Gestosen, Anämien bzw. Abortusanamnese, Inzidenz von vorzeitigem Blasensprung, mißfärbigem Fruchtwasser, Nabelschnurkomplikationen, Geburt aus Schädel- bzw. Beckenendlage, Entbindungsmodus, Geburtsgewichtsverteilung sowie Apgarbeurteilung nach 1 bzw. 5 Minuten.

26 Mütter (32%) aus dem SIDS-Kollektiv wiesen eine familiäre SIDS-Anamnese auf (Kontrollen: 2%, $p < 0,001$). 20 Mütter aus der SIDS-Gruppe (= 25%) gegenüber 7 Kontrollen gaben regelmäßigen Nikotinkonsum in der Schwangerschaft an ($p < 0,001$). 37 Frauen aus der SIDS-Gruppe erhielten Sympathomimetika aufgrund einer Hypotonie (3 Kontrollfälle, $p < 0,001$). 17 Frauen (= 21%) aus dem SIDS-Kollektiv erhielten Tokolytika wegen vorzeitiger Wehen, wohingegen eine solche Therapie nur in 10% der Kontrollfälle durchgeführt wurde ($p < 0,05$). 67% ($n = 54$) der Mütter von an SIDS verstorbenen Kindern gegenüber 25% ($n = 20$) aus dem Kontrollkollektiv wurde Oxytocin entweder zur Geburtseinleitung oder Beschleunigung des Geburtsverlaufes verabreicht ($p < 0,001$). Die Neugeborenenhyperbilirubinämie bedurfte in 24 SIDS-Fällen (= 30%) bzw. 7 Kontrollfällen (9%) einer Fototherapie ($p < 0,01$).

Oxytocin findet in der Geburtshilfe breite Anwendung. Mehrere Autoren haben über ein gehäuftes Auftreten von Atemnotsyndromen, neonataler Hyperbilirubinämie und uro-

Mitteilungen zum 4. Hauptthema

132

genitalen Infektionen der Mutter nach Anwendung von Oxytocin berichtet [2, 4]. Von Oxytocin ist bekannt, daß es einen vasokonstriktorischen Effekt auf die uterinen Gefäße ausübt [1]. In unserem Kollektiv wurde Oxytocin an Mutter des SIDS-Kollektivs wesentlich häufiger verabreicht als in der Kontrollgruppe. Ob Zusammenhänge zwischen der pharma-kodynamischen Wirkung von Oxytocin allein oder in Kombination mit möglichen Co-Faktoren wie Nikotin, Sympathomimetika oder der familiären Disposition und SIDS beste-hen, läßt sich zum heutigen Zeitpunkt noch nicht beweisen, jedoch scheint aufgrund der vorliegenden Daten sowie Ergebnissen anderer Autoren ein Zusammenhang zwischen Oxytocin und SIDS möglich. Zur weiteren Abklärung der obengenannten Fragen erscheint die Durchführung einer prospektiven Studie notwendig.

Literatur

Altura, A. T., Altura, A. T.: Actions of vasopressin, oxytocin and synthetic analogs on vascular smooth muscle. Fed. Proc. 43: 80–86 (1984)

Chalmers, I., Campbell, A., Turnbull, A.: Use of oxytocin and incidence of neonatal jaundice. Br. Med. J. 2: 116–118 (1975)

Einspieler, C, Kenner, T.: A possible relation between oxytocin for induction of labor and sudden infant death syndrome. New Engl. J. Med. 313: 1660 (1985)

Liston W., Campbell, A.: Dangers of oxytocin-induced labour to fetusses. Br. Med. J. 3: 606–607 (1974)

Gynäk. Rdsch. 28: suppl. 2, pp. 132–134 (1988)

Primäre Reanimation des Neugeborenen in der Geburtsklinik

W. Sterniste, H. Fürnkranz

Kinderklinik Glanzing der Stadt Wien (Vorstand: Prof. Dr. Rosenkranz)

Vorbereitung

Die Grundvoraussetzung einer suffizienten Erstversorgung ist das Vorhandensein einer vollständigen und funktionstüchtigen Reanimationseinheit.

Fenster und Türen des Raumes

in dem die Erstversorgung stattfindet

müssen geschlossen

der Raum warm

die Klimaanlage abgeschaltet sein

warme Windeln bereitlie-gen. Der Reanimationstisch soil fahrbar und von 3 Seiten gut zugänglich sein

er muß über eine ausreichende Beleuchtung verfügen

die Wärmezufuhr sollte von oben erfolgen

keine