

Uppmärksammade fynd om plötslig spädbarnsdöd

Minimal risk vid ryggläge och fritt ansikte

HUGO LAGERCRANTZ, professor
Hugo.Lagercrantz@ki.se

MIRIAM KATZ-SALAMON, docent; båda Astrid Lindgrens barnsjukhus, Stockholm
BERNT ALM, med dr, barnhälsovårdsöverläkare, Landstinget Halland

GÖRAN WENNERGREN, professor, Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus, Göteborg

Att sova i samma säng som sitt spädbarn ökar risken för plötslig spädbarnsdöd (sudden infant death syndrome, SIDS), enligt en aktuell artikel i BMJ [1]. Artikeln uppmärksammades i ett flertal dagstidningar och tv. Budskapet ifrågasattes också, eftersom fri amning underlättas av att man har barnet i samma säng. I sådana situationer är det lätt att somna ifrån sitt barn.

Om man läser artikeln noggrant, förefaller det som om den risk vid samsovning som presenteras inte har gjort någon skillnad mellan säng och soffa. Ur tabellerna kan man dock läsa att det är risken med soffa som är den allt övervägande risken, men att en liten risk vid samsovning i föräldräsängen inte kan uteslutas. Risken blir mindre om föräldrarna inte brukat alkohol.

Liknande observationer sammanfattas i en översikt av Ed Mitchell [2], som belönades med Rosén von Rosenstein-medaljen tidigare i år.

Störd andning tidigare hypotes

Vid rapporteringen har man skrivit att plötslig spädbarnsdöd fortfarande är oförklarligt och något mystiskt. I själva verket är väl den stora gåtan hur det kommer sig att 99,98 procent av alla till synes friska spädbarn inte oftare slutar andas eller drabbas av asystoli med letal utgång. Att naturen inte är helt perfekt verkar vara mer förståeligt för oss när det gäller foster som dör intrauterint.

Tidigare ansågs SIDS bero på störd andningskontroll. Genom att övervaka andningen med sk apnéalarm skulle man

kunna förhindra plötslig spädbarnsdöd.

Det finns dock inga studier som övertygande visat att apnéalarm minskar risken för SIDS. Man har inte heller funnit att barn som dött i SIDS eller barn med ökad risk för SIDS har fler apnéer än andra spädbarn [3].

I vissa fall har andnings- och hjärtverksamhet registrerats alldeles före dödsögonblicket, varvid pulsfall noterats trots andningsrörelser [4]. Dock är det möjligt att barnet haft obstruktiva apnéer, dvs andningsrörelser utan gasutbyte på grund av övre luftvägsobstruktion. Dessa apnéer har inte kunnat fångas av vanliga apnéalarm.

Att andningen tillfälligt obstrueras är vanligt särskilt hos snarkare, men normalt rycker man till och drar kompensatoriska djupa andetag. Det har visat sig i både experimentella och kliniska studier att förmågan att genom självåterupplivning komma i gång igen efter en apné/bradykardi är viktig [5].

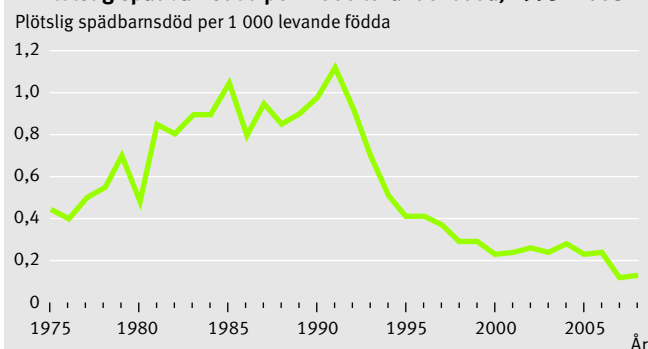
Denna mekanism blockeras av nikotinexponering [6], som också kan störa den autonoma homeostasen vid lägesförändringar [7], vilket kan förklara varför barn till rökande mammor har upp till fyra gånger ökad risk att dö i SIDS.

Ryggläge gav paradigmskifte

Upptäckten att plötslig spädbarnsdöd till stor del kunde förebyggas genom att lägga barnet på rygg i stället för på mage innebar ett paradigmskifte [2, 8]. Förekomsten av plötslig spädbarnsdöd har i Sverige minskat från 140 fall år 1991 till färre än 15 år 2008 (Figur 1).

Att spädbarn började läggas i magläge

■ Plötslig spädbarnsdöd per 1 000 levande födda, 1975–2008



Figur 1. Incidensen av plötslig spädbarnsdöd har minskat markant i Sverige efter upptäckten 1991 att ryggläge har förebyggande effekt.

inspirerades av militärläkarna under Koreakriget, som visade att man kunde minska risken för skadade soldater att aspirera sina kräkningar genom att placera dem i framstupa läge.

Eftersom spädbarn ofta kräks extrapolerade man från vuxenmedicin till barnmedicin med katastrofala konsekvenser. Spädbarn aspirerar inte lika lätt, eftersom larynx sitter högre upp. Å andra sidan kan magläge öka risken för luftvägsobstruktion och koldioxidåterandning.

Den främsta orsaken till att ryggläge är bättre än magläge är att barnet avger värme till stor del via ansiktet. Det är väl känt att hypertermi ökar apnéförekomsten hos för tidigt födda barn. Det finns en del indikationer på att hypertermi kan utlösa apnéer också hos lite äldre spädbarn, vilket i sin tur kan leda till bradykardi och desaturation [9]. Ex-

■ SAMMANFATTAT

Risken för plötslig spädbarnsdöd ökar om barnet sover på mage eller i samma bädd som föräldrarna.

Det kan bero på att temperatur- och andningskontrollen störs om ansiktet inte är helt fritt.

Under förutsättning att barnet kan ligga fritt på rygg i samma säng som föräldrarna och att de inte har rökt eller druckit alkohol torde risken för plötslig spädbarnsdöd ändå vara minimal.

perimentella data visar att en stegring av interleukinnivån, som vid infektionsutlöst feber, ökar prostaglandinfri-sättningen i hjärnstammen, vilket i sin tur hämmar andningen [10].

Dessa fynd kan förklara varför samsovning ökar risken för plötslig spädbarnsdöd, särskilt om föräldrarna har druckit alkohol eller barnet somnar tillsammans med föräldern i en trång soffa.

Inga slutgiltiga bevis mot samsovning

Den aktuella engelska studien har dock inte slutgiltigt bevisat att samsovning per se i en normalstor säng ökar risken för SIDS. Det finns till och med forskare som hävdar att mammans andningsrörelser har en positiv effekt på barnets andning [11]. Om hon inte är påverkad av alkohol eller droger reagerar hon sannolikt också på om barnet kommer i kläm.

Samsovning – om vissa förutsättningar

Sammanfattningsvis anser vi att det inte innebär någon risk att sova med sitt spädbarn i samma säng, under förutsättning att barnet ligger på rygg och att

man inte druckit alkohol eller är rökare. Barnet bör ligga så fritt som möjligt utan risk att bli för varmt eller över-täckt, varför det kanske trots allt är enklare att lyfta över barnet i dess egen bädd efter amning.

Socialstyrelsens broschyr »Minska risken för plötslig spädbarnsdöd« uppdaterades år 2006. Där finns en balanserad diskussion om vad man bör tänka på om man vill ha spädbarnet hos sig i sängen när man ammar.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Blair PS, Sidebotham P, Evason-Coombe C, Edmonds M, Heckstall-Smith EMA, Fleming P. Hazardous cosleeping environments and risk factors amenable to change: case-control study of SIDS in south west England. *BMJ*. 2009;339:b3666, 1-11.
2. Mitchell EA. SIDS: past, present and future. *Acta Paediatr*. 2009;98:1712-9.
7. Cohen G, Vella S, Jeffery H, Lagercrantz H, Katz-Salamon M. Cardiovascular stress hyperactivity in babies of smokers and in babies born preterm. *Circulation*. 2008;118:1848-53.
8. Alm B, Möllborg P, Erdes L, Pettersson R, Åberg N, Norvenius G, et al. SIDS risk factors and fac-

tors associated with prone sleeping in Sweden. *Arch Dis Child*. 2006;91:915-9.

11. McKenna JJ, McDade T. Why babies should never sleep alone: A review of the co-sleeping controversy in relation to SIDS, bedsharing and breast feeding. *Pediatr Respir Rev*. 2005;6:134-52.

Läkartidningens
nya författar-
anvisningar finns
nu på webben.

Läs! Tävla om bokcheckar!

[www.lakartidningen.se/
forfattaranvisningar](http://www.lakartidningen.se/forfattaranvisningar)

Läkartidningen