

# Mort subite du nourrisson :

et si le terrain maternel était en cause ?

---

## Un signal dans les données

Dans le sondage PMCHS (N=423, 10+ pays), 9,7% des répondants rapportent un antécédent de mort subite du nourrisson (MSN) dans leur famille ou entourage proche. Pour donner un ordre de grandeur : la prévalence de la MSN dans la population générale est d'environ 0,05%. Ce signal, observé dans une cohorte de personnes présentant un terrain d'hyperréactivité mastocytaire, n'est pas une coïncidence — il est cohérent avec 30 ans de recherche publiée sur le sujet.

## Ce que la science sait depuis les années 1990

Les travaux de Holgate et al. (1994) et Platt et al. (1994) ont montré indépendamment des niveaux de bêta-tryptase post-mortem significativement élevés chez les nourrissons décédés de MSN, comparés aux décès expliqués — avec un risque multiplié par 20 ( $p=0,0004$ ). Cette activation mastocytaire était IgE-indépendante : ce n'est pas une allergie classique, c'est une activation de type MCAS.

En 2000, Gold et al. ont fait un pas décisif : en testant des membres vivants de familles touchées par la MSN, ils ont montré que 73% d'entre eux présentaient une hyperréactivité mastocytaire — prouvant ainsi que ce terrain est héritable et présent dans la famille, pas seulement chez le nourrisson décédé.

*“ La MSN n'est peut-être pas une fatalité imprévisible. Elle pourrait être, dans un sous-groupe de cas, l'expression la plus dramatique d'un terrain mastocytaire héritable — transmis par la mère, amplifiable par l'histoire périnatale. ”*

## Le scénario SHMP

Dans le cadre du SHMP, le nourrisson naît avec un terrain d'hyperréactivité mastocytaire hérité majoritairement de la lignée maternelle. Ce terrain, combiné aux stress périnataux (accouchement difficile, séparation, infections), abaisse encore davantage le seuil de dégranulation. Dans certains cas, une activation mastocytaire systémique massive — déclenchée par un stimulus mineur (changement de température, infection légère, position de sommeil) — peut provoquer une défaillance cardio-respiratoire aiguë.

Ce mécanisme n'explique pas tous les cas de MSN. Mais il en explique potentiellement un sous-groupe familial — celui où la MSN récidive dans la fratrie ou se retrouve dans plusieurs générations d'une même famille.

## Une proposition de dépistage simple

Nous proposons un protocole de dépistage urinaire de l'histamine en deux points chez le nouveau-né, non invasif et peu coûteux :

- **J2–J3** : mesure du pic histaminique post-naissance (tout accouchement est un stress mast cell — ce premier point établit le niveau de réactivité hérité)
- **J15** : mesure du retour à l'équilibre — si l'histamine reste élevée à J15, le système ne s'autorégule pas : c'est le signal d'un terrain hyperréactif qui ne revient pas spontanément à la normale

Ce protocole mesure la dynamique de régulation — la capacité à revenir à l'équilibre — pas seulement un niveau basal. Appliqué en priorité aux nouveau-nés de mères avec terrain MCAS/SHMP connu, il permettrait d'identifier les dyades à risque avant toute complication.

## Ce que les familles peuvent faire aujourd'hui

- Si vous avez un antécédent de MSN dans votre famille, **mentionnez-le systématiquement** lors de chaque grossesse — c'est une information clinique importante, pas un tabou.
- Demandez à votre médecin un **bilan histamine urinaire** pendant la grossesse — la mesure existe, elle est simplement rarement prescrite.
- La **stabilisation mastocytaire maternelle** pendant la grossesse et l'allaitement pourrait réduire la transmission du terrain — c'est une piste thérapeutique à explorer formellement.