

JOURNÉE RÉGIONALE FEMMES RUMILLY (74) LE 29 SEPTEMBRE 2018 GROSSESSES ET ADDICTIONS par Brigitte DAVID

**REPERER, COMPRENDRE, CONNAITRE, INFORMER,
ACCOMPAGNER, TRAITER**

REGARDER, ECOUTER, PARLER..... autrement

Un REGARD qui voit la femme, la mère avant la toxicomane
Une ECOUTE attentive à repérer les facteurs de risques
Une PAROLE simple et sans détours, rassurante et libérée des tabous

Pour atteindre trois objectifs essentiels :

- Aider la femme à mener à son terme une grossesse à risque
- Lui permettre de mettre au monde un enfant en bonne santé dans des conditions de sécurité optimales
- Favoriser le développement du lien mère-enfant et éviter la séparation qui doivent demeurer le dernier recours.

Pour atteindre ces objectifs, les professionnels auront à :

- ✓ Connaître les produits en cause et leurs principaux effets, pendant la grossesse et à la naissance de l'enfant, pour informer les femmes sans les n'effrayer ni les décourager et définir avec elles des priorités
- ✓ Conduire leurs entretiens de manière à mieux repérer addictions et facteurs de risques et amener les femmes à se confier sans crainte
- ✓ Connaître les aspects essentiels d'une prise en charge adaptée à ces situations
- ✓ Se préparer et préparer les futures mères pendant la grossesse à l'accueil de l'enfant
- ✓

1) Profils et histoires

Repérer et comprendre

Une grossesse pas tout à fait comme les autres
Toxicomane... pas tout à fait comme on l'imagine
Un secret bien gardé

2) Alcool, drogues, médicaments

Comprendre et informer

Tabac	la place de la sage femme en tabacologie
Alcool	L'ennemi public n° 1
Drogues transmettre	Cannabis, cocaïne, opiacés, principaux risques, informations à
Médicaments	Usage, dépendance, mésusage

3) Du sevrage à la réduction des risques *Accompagner et traiter*

Accompagner la grossesse Le suivi d'une grossesse à risques
Accompagner l'addiction Place du sevrage et des traitements de substitution aux opiacés

4) Et l'enfant ... ?

Le syndrome de sevrage néonatal
La question de l'allaitement maternel

5) Histoires de maternité

6) La consultation « Grossesse et addictions » du CSAPA de l'Hôpital de la Croix Rousse

5 années d'activité

PROFILS ET HISTOIRES – REPERER ET COMPRENDRE

Une grossesse pas comme les autres

Une grossesse qui échappe aux normes actuelles...

Objectif « risque zéro » pour la mère et l'enfant à naître
Or grossesse à risque (malformations, faible développement intra-utérin, prématurité)

Suivi obstétrical rigoureux, normalisé, codifié
Or diagnostic tardif, inscription tardive, suivi chaotique (image de mauvaise mère, inquiétude pour l'enfant à naître, désarroi des équipes...)

Un repérage aléatoire et difficile
Repérage basé sur l'auto déclaration – tabac et alcool essentiellement
Or, dissimulation, sous (déclaration (honte, culpabilité, crainte du jugement des soignants, peur du placement)

Une évaluation des risques incertaine
Polyconsommations fréquentes
Difficulté à connaître les effets spécifiques de chaque produit
Peu d'études scientifiques solides

Pourtant

25 % des toxicomanes sont des femmes, le plus souvent en âge de procréer

Repérage et prise en charge, enjeu de santé publique et responsabilité vis-à-vis des enfants à naître.

Rechercher une addiction devant toute grossesse
Former les équipes à l'accueil et au suivi de ces femmes.

Toxicomane telle qu'on l'imagine

Une grossesse rarement prévue, de découverte tardive - je ne pensais pas pouvoir être enceinte, donc dans un contexte de cycles menstruels déréglés, de diminution de la libido, d'état général altéré, de perception et de gestion du corps défaillant.

Un suivi chaotique, une arrivée tardive à la maternité, la dissimulation des consommations par crainte du jugement des professionnels et du placement de l'enfant, dans un climat de culpabilité, de honte et de peur.

Une équipe soignante en difficulté tant avec la mère qu'avec l'enfant nouveau-né.

Des représentations négatives et des peurs mutuelles violentes, qui paralysent les relations humaines et la rencontre...

Quelques 'clefs' pour mieux repérer et comprendre.

L'histoire de vie de la mère

Une histoire souvent marquée par la violence physique, psychique, sexuelle dans l'enfance, l'adolescence.

L'histoire du couple

Un couple construit autour du produit et in conjoint consommateur voire « initiateur » qui va faciliter ou entraver le travail

Le mode de vie maternel

Une précarité matérielle et affective (précarité des soutiens familiaux et amicaux, absence de médecin traitant ou peu d'investissements réciproques de la relation de soins, difficultés sociales, endettement, problème avec la justice.

La santé maternelle

Méconnaissance de l'anatomie et de la physiologie du corps féminin, un corps qui ne parle pas.

Aménorrhée ou règles irrégulières, certitude d'être stérile, indifférence au corps, diagnostic de grossesse tardive.

Carences alimentaires, mauvais état dentaire et co-morbidités infectieuses (VHC – VHB – VIH) et psychiatriques (psychotropes).

Les peurs maternelles

Peur pour l'enfant à naître : malformations – syndrome de sevrage = culpabilité, honte

Peur du jugement des soignants : image de mauvaise mère

Peur du placement des enfants

Culpabilité et honte +++

Pour changer de regard

Derrière l'image de la « mauvaise mère » se cache une femme en grande souffrance, qui vit

dans l'angoisse de faire subir à son enfant, la même souffrance et dans l'espoir de lui offrir une vie meilleure.

La question des consommations de médicaments, tabac, alcool, produits illicites, doit être posée mais il est important également de repérer les facteurs de risque et les aspects du mode de vie qui amèneront à parler des conduites addictives.

Un secret bien gardé

Attention, il faut parfois... souvent... tendre l'oreille et la main pour repérer certaines situations.

Souvent bien insérées, de bon niveau socio culturel, les femmes usagères de CANNABIS, ALCOOL, PSYCHOTROPES, ANTALGIQUES CODEINES sont invisibles dans les dispositifs spécialisés.

La vie libre d'une femme moderne, un métier exigeant et stressant, des sorties.

Et puis... un joint le soir pour se détendre, bons vins, cocktails et vodka le week-end pour oublier une dure semaine.

Insidieusement la dépendance s'installe, silencieuse et invisible des dispositifs de soins.

A-t-on d'ailleurs envie de la soigner ? Est-ce vraiment une addiction ?

Une grossesse arrive... Comment et à qui en parler ?
Comment et à qui dire ?

- Je fume un joint tous les soirs
- J'avais bu une bouteille de vodka la veille du jour où j'ai appris que j'étais enceinte
- Ça fait longtemps que je bois pour tenir le coup dans mon travail.
- Je prends de l'Efferalgan codéiné tous les jours, ça me fait du bien ???

Cependant ces femmes bien insérées, leur grossesse est une grossesse à risque, vécue dans la solitude et la culpabilité. Leur repérage pour une prise en charge pluridisciplinaire est essentiel et revient le plus souvent aux professionnels de la périnatalité.

ALCOOL, DROGUES, MEDICAMENTS CONNAITRE ET INFORMER

Repères

Pendant la grossesse, l'usage simple est nocif et pas seulement la dépendance. Les risques de fausse-couche, accouchement prématuré, souffrance fœtale in-utéro existent avec tous les produits.

TABAC ; LA PLACE DE LA SAGE-FEMME TABACOLOGUE

Repères

La consommation de tabac précède les autres consommations y reste toujours associée

Un âge de début de la consommation de tabac très précoce avant l'adolescence doit orienter vers la recherche d'autres dépendances, souvent plus tardives.

La consultation pendant la grossesse d'un addictologue ou d'une sage-femme tabacologue pour une dépendance au tabac doit inciter à rechercher d'autres consommations en particulier l'alcool.

Intérêt d'une prise en charge conjointe par médecin addictologue et sage-femme tabacologue. Intérêt de substituts nicotiques. Depuis 1997, la prescription de substituts nicotiques est officiellement adoptée pour les femmes enceintes qui ne parviennent pas à arrêter de fumer.

La nicotine des substituts est en effet préférable à celle qui est inhalée avec les quatre mille substances toxiques de la fumée de cigarettes. De plus, elle se diffuse lentement dans le corps et non pas brutalement sous forme de pics comme cela se produit avec la cigarette.

L'utilisation des substituts nicotiques doit cependant se faire sous contrôle médical pour les femmes enceintes ou qui allaitent.

Les risques...

Grossesse extra-utérine : RR*: 1.5 à 5 : *le risque est dose dépendant.*

Avortement spontané : RR : 1.8

Placenta Prævia : RR : 1.3

Rupture prématurée des membranes : RR : 2

Prématurité : RR : 1.3

Augmentation de l'incidence des malformations labio-palatines : RR : 1.5-1.8

Mort fœtale in utero : une surmortalité fœtale au troisième trimestre est démontrée : *11% des morts in utero sont attribuées au tabagisme.*

Retard de croissance et hypotrophie : RR : 2.5: le retard de croissance est harmonieux, *le poids de naissance est en moyenne inférieur de 200 g.*

Mort subite du nourrisson : RR : 2 à 6

Altération de la fonction pulmonaire à la naissance.

Cancers de l'enfant (leucémies, lymphomes, tumeurs cérébrales) : leur fréquence serait accrue de 10% en cas de tabagisme maternel.

Augmentation des infections ORL et respiratoires surtout en lien avec le tabagisme passif

Conséquences potentielles de la consommation de tabac, de cannabis et de cocaïne par la femme enceinte sur la grossesse, le nouveau-né et l'enfant :

Tableau 2 ; Effets sur l'enfant exposé in-utéro au tabac à court et long terme

Troubles de la croissance Les enfants rattrapent leurs courbes entre 10 et 18 mois puis il a été observé une tendance à l'obésité chez ces enfants à partir de l'âge de 6-7 ans.

Troubles respiratoires : les adolescents de 14 ans ayant été exposés in-utéro au tabac (si la mère consommait plus de 20 cigarettes/j (et exposés 6 mois après la naissance au tabac ont un risque multiplié par 2 de présenter de l'asthme. Les enfants entre 4 et 6 ans exposés exclusivement au tabac durant la grossesse et pas dans la première année de vie développent davantage d'asthme que les non exposés.

Troubles de l'apprentissage : Troubles de l'apprentissage verbal, troubles de

la mémoire, diminution de la coordination oculomotrice, difficulté dans la résolution de problèmes chez l'enfant de 10 ans dont la mère a fumé du tabac durant la grossesse et qui a poursuivi après l'accouchement.

Troubles de l'attention : Troubles de l'attention entre 4 et 11 ans avec impulsivité, difficultés à résoudre des problèmes, persévérations mais le lien de causalité entre THADA et l'exposition fœtale au tabac n'est pas prouvé.

Troubles de la mémoire : Troubles de la mémoire de travail chez des adolescents entre 13 et 16 ans exposés in-utéro au tabac

Troubles psychiatriques ; Les enfants de 10 ans exposés au tabac in-utéro présentent des symptômes dépressifs et/ou anxieux et des troubles de comportement si la mère fume un demi paquet de tabac par jour au minimum. L'exposition in-utéro semble augmenter le risque de symptômes psychotiques chez l'enfant de 12 ans.

Troubles addictifs : Au vu des résultats divergents d'une étude à l'autre, la relation entre l'exposition prématurée au tabac et la consommation de tabac à l'adolescence n'a pas été confirmée.

Intérêt des substituts nicotiques

Efficacité pendant la grossesse : les substituts nicotiques permettent plutôt une réduction du nombre de cigarettes fumées qu'un sevrage.

Résultats divergents quant aux effets sur le poids de naissance du bébé.

Risques :

1er trimestre ; données peu nombreuses mais rassurantes

2e et 3^e trimestres : effets vasoconstricteurs de la nicotine, effet complexe et variable selon la dose, peu ou pas de données sur le développement psychomoteur.

Syndrome de sevrage néonatal en cas de tabagisme maternel : hypertonicité, tremblements, irritabilité. En est-il de même avec les substituts ?

Rapport bénéfice/risque favorable et à définir au cas par cas.

Recharge du dosage minimal efficace, intérêt de l'utilisation des patchs sur 16 H.

RECOMMANDATIONS

La nicotine apportée par les traitements de substitution n'est pas dépourvue d'effets délétères sur le fœtus, comme en témoigne le retentissement hémodynamique observé ? On ne dispose cependant d'aucune étude épidémiologique précisant l'impact réel de la nicotine apportée par les traitements de substitution sur le fœtus ou sur le nouveau-né.

Le risque encouru par le fœtus, en cas de poursuite du tabagisme durant la grossesse, est vraisemblablement supérieur à celui attendu lors d'un traitement de substitution nicotinique, puisque se surajoute, avec le tabac, l'exposition aux hydrocarbures aromatiques polycycliques et à l'oxyde de carbone et puisque l'exposition à la nicotine apportée par le traitement est inférieure ou au moins, n'est pas supérieure à celle liée à la consommation tabagique pour les femmes enceintes qui ne parviennent pas à arrêter de fumer.

La nicotine des substituts est en effet préférable à celle qui est inhalée avec les quatre mille substances toxiques de la fumée de cigarette.

TABAC ET ALLAITEMENT

La consommation de tabac ne constitue pas une contre-indication absolue à l'allaitement maternel mais doit être fortement déconseillée < incidence accrue d'allergie respiratoire infantile et de mort subite du nourrisson.

Quantité de lait plus faible. Depuis 1997, la prescription de substituts nicotiques est officiellement admise

Le tabagisme passif augmente le risque des maladies respiratoires infantiles mais cette conséquence est réduite par l'allaitement maternel (4 mois)

La concentration observée dans le lait dépend :

- Du délai écoulé depuis la dernière cigarette
- Du nombre de cigarettes fumées

Les effets protecteurs du lait maternel dépassent largement les risques liés à la quantité de nicotine qui passe dans le lait maternel.

Et la cigarette électronique

E-cigarettes in pregnancy

Are e-cigarettes safe to use?

- E-cigarettes aren't risk free, but they are much less harmful than smoking
- If using an e-cigarette helps you stay smokefree, it is much safer for you and your baby than smoking

Can I still smoke a bit of tobacco?

- NO - Every cigarette harms you and your baby
- The only way to stop this is to stop smoking tobacco completely
- You can use your e-cigarette as often as you need to stay smokefree

Is it OK for others to use e-cigarettes around me?

- It is far safer than allowing smoking
- Secondhand tobacco smoke is very harmful to you and your baby
- There is no evidence of harm to others from e-cigarette vapour

Can I use an e-cigarette to help me quit smoking?

- The safest products to use are nicotine replacements such as patches and gum
- If you find an e-cigarette helpful, it is far safer than continuing to smoke

Is nicotine harmful for my baby?

- Nicotine alone is relatively harmless
- The main harm from smoking comes from the thousands of chemicals in tobacco smoke

Using an e-cigarette is far safer than smoking

- E-cigarettes allow you to inhale nicotine through a vapour rather than smoke
- E-cigarettes don't burn tobacco, and don't produce tar or carbon monoxide
- Vapour contains much lower levels of harmful chemicals than smoke



For more information on quitting smoking ask your midwife, GP or pharmacy team or search NHS Smokefree.

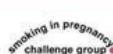


Always keep e-cigarettes and e-liquids out of the reach of children to avoid accidental poisoning. Always use the correct charger.



Published on: Oct 2016
Review date: Oct 2019
References available from
mailto:mail@tommys.org

Created by the
Smoking in Pregnancy
Challenge Group



Tommy's
Funding research
Saving babies' lives

Amélioration des contenus des e-liquides

Démarche qualité des fabricants

Risque faible, beaucoup plus faible que le risque du tabagisme

La vapeur peut contenir des substances toxiques, également présentes dans la fumée du tabac, mais en quantité plus faible (Nitrosamines, Benzopyrène...)

La vapeur de cigarette électronique ne contient pas de monoxyde de carbone.

Aucune étude scientifique sur l'usage de la cigarette électronique chez les femmes enceintes.

Véritable ennemi, c'est la fumée de tabac ++

Proposer en premier, les méthodes d'aide au sevrage tabagique validées (substituts nicotiques en particulier).

Ne proposer la cigarette électronique qu'en dernière intention

En cas d'échec des autres techniques validées et bien conduites (dose, durée, accompagnement).

L'utilisation de la cigarette électronique reste déconseillée chez la femme enceinte fumeuse, vapoteuse. Se montrer rassurant mais... absence de données.

Intérêt de l'association substituts nicotiques/cigarette électronique ?

Ne jamais décourager car... notre ennemie, c'est bien la fumée du tabac et ses conséquences sur la santé.

ALCOOL « L'ENNEMI PUBLIC N°1

Exposition prénatale à l'alcool = Enjeu de santé publique.

Substance tératogène +++

Première cause d'origine non génétique de retard mental.

Présence dans tous les milieux sociaux

Dissimulation fréquente des consommations.

Problème du « binge-drinking » (l'alcoolisation ponctuelle excessive)

Fréquence des co-morbidités psychiatriques.

Si on considère les verres habituellement servis dans les bars, on estime que, pour toutes les boissons courantes, chaque verre contient environ la même quantité d'alcool pur soit de 10 à 13 g.

On parle de verre standard ou d'unité d'alcool soit 10 g d'alcool pur = un verre standard.

- 25 cl de bière ou cidre à 6°
- 12,5 cl de vin ou champagne à 11°
- 6 cl d'apéritif à 20°
- 3 cl de whisky à 40°
- 2 cl de pastis ou digestif à 45°

Attention ce chiffre est approximatif et peut varier selon les traditions, les pays et les boissons, le contenu du verre standard peut se situer entre 6 et 12 g d'alcool pur par verre.

L'alcool franchit la barrière placentaire

L'alcool est la 1^{ère} cause non génétique de retard mental.

L'exposition prénatale à l'alcool doit être évoquée devant tout retard mental.

On ne connaît pas le seuil de consommation en dessous duquel il n'y aurait pas de risque pendant la grossesse.

Objectif zéro alcool. Mais lorsque le sevrage est impossible, il demeure nécessaire et utile de travailler à la réduction des consommations.

L'alcool est toxique durant toute la grossesse

L'arrêt de la consommation est donc bénéfique quel que soit la période de la grossesse.

Tableau de développement

A insérer

LE SYNDROME D'ALCOOLISATION FŒTALE (SAF)

Dysmorphie crânio-faciale caractéristique Fentes palpébrales étroites - Etage moyen

Malformation et atteintes sensorielles (1^{er} trimestre essentiellement) Cœur, système nerveux, squelette, œil, oreille, sphère uro-génitale

Retard de croissance staturo-pondérale retard global, harmonieux touchant poids, taille et périmètre crânien.

Atteinte du système nerveux central Déficience mentale – microcéphale – troubles du développement – troubles du langage – difficultés des apprentissages – difficultés d'abstraction – atteintes des fonctions exécutives (planification, conséquences des actes) – troubles de la mémoire – troubles de l'attention – troubles de la conduite sociale.

L'ENSEMBLE DES TROUBLES CAUSES PAR L'ALCOOLISATION FŒTALE (ETCAF)

Toutes les formes symptomatiques ou l'exposition prénatale à l'alcool est l'étiologie principale.

Dysmorphie crânio-faciale caractéristique du DAF :

- Fentes palpébrales étroites
- Etage moyen de la face plat
- Nez court
- Philtrum absent
- Lèvre supérieure fine

Chez l'adulte peu de données

La dysmorphie évolue, avec hypertrophie du nez et du menton, persistance ou aggravation de la microcéphalie.

Les troubles neuropsychiques restent l'élément le plus grave retard intellectuel et troubles du caractère.

La gravité des anomalies fœtales et des troubles cognitifs ultérieurs est corrélée à l'intensité et à la durée de l'exposition fœtale à l'alcool.

Aucun doute sur le potentiel tératogène de l'alcool à forte dose

Effets d'une consommation à faible dose sur l'embryon et le fœtus moins bien appréhendés.

Risque d'atteinte persistante du système nerveux central démontré lors d'une consommation régulière de plus de deux verres d'alcool par jour ou une consommation aigüe occasionnelle de cinq verres.

LE SAF

- Atteinte la plus grave, la plus aisée à diagnostiquer, la moins répandue
- Malformations et problèmes neurocomportementaux associés une fois sur deux à un retard mental
- Touche les enfants nés de femmes dépendantes de l'alcool ayant consommé des quantités importantes et régulières d'alcool pendant la grossesse.

LES TCAF

- Atteintes partielles et plus subtiles, diagnostics plus difficiles, situations les plus nombreuses

- Troubles du développement intellectuel, du comportement, de l'attention, de la mémoire, de capacités d'apprentissages
- Peut concerner les enfants dont l'exposition prénatale à l'alcool a été moindre
- Signes cliniques non spécifiques de la consommation d'alcool est souvent décelables tardivement au moment des apprentissages scolaires.

L'ALCOOL PASSE DANS LE LAIT MATERNEL

La concentration d'alcool dans le lait maternel est égale à la concentration sanguine au moment de la tétée.

L'alcool n'est pas stocké dans le lait maternel puis transmis au bébé lors d'une tétée ultérieure/

La quantité d'alcool ingérée par un enfant allaité représente 10% de la quantité maternelle rapportée au poids.

Le pic lacté est atteint au bout de 30 à 60 minutes si la mère était à jeun et 60 à 90 minutes s'il y a une prise alimentaire.

La baisse du taux d'alcool dans le lait est parallèle à la baisse du taux sérique. Tirer le lait n'a aucune incidence sur la rapidité d'élimination de l'alcool.

Il faudrait idéalement éviter de donner le sein pendant environ deux heures après avoir consommée des boissons alcoolisées.

Une femme de 63,5 kg qui boit 4 bières doit attendre 9 heures et 17 minutes pour que l'alcool soit complètement éliminé de son lait. Ainsi si la consommation a débuté à 20 h elle devra attendre jusqu'à 5 H 17.

Tirer son lait n'a aucune influence sur la rapidité de l'élimination de l'alcool.

Zéro alcool pendant la grossesse, le principe de précaution.

Il est impossible de déterminer ce qu'est une consommation d'alcool sans risque pour l'enfant à naître.

La prudence est de renoncer à toute consommation d'alcool (vin ; bière, champagne) dès le début de la grossesse.

Cette consommation vaut pour toutes les occasions de consommation, qu'elles soient quotidiennes ou ponctuelles même festives.

Laisser entendre que les femmes enceintes pourraient sans danger boire un petit verre de temps en temps serait perdre l'avantage du caractère repérable par toutes, du conseil d'abstinence, lui substituer une limite de sécurité floue favoriserait tous risques de dérapage en terme de volume réel des verres consommés y compris sous forme de « cuites » qui, même occasionnelles, provoquent un risque réel.

En revanche, face à une femme enceinte inquiète d'avoir consommé, le discours sera d'autant plus rassurant qu'elle aura moins consommée. Il importe de bien distinguer le discours général de prévention et le dialogue singulier entre une professionnelle et une patiente.

Pour conclure ; alcoolisées il me semble que si vous ne voulez prendre aucun risque pour votre bébé, il vaut mieux ne pas consommer de boissons alcoolisées pendant la grossesse les sur la consommation d'alcool pendant la grossesse.

A l'occasion de la Journée mondiale de sensibilisation du Syndrome d'Alcoolisation Fœtale du 09 septembre 2018 la Santé publique France publie pour la 1^e fois une estimation nationale des troubles causés par l'alcoolisation fœtale diagnostiqués chez les nouveau-nés. Elle présente les résultats du Baromètre santé 2017 sur la consommation d'alcool pendant la grossesse. Elle déploie une campagne nationale d'informations auprès du grand public et des professionnels de santé

Présence de l'alcool dans tous les milieux sociaux.

Accroissement des alcoolisations ponctuelles importantes, le binge drinking. Problème des API en début de grossesse, avant le diagnostic de grossesse.

Dissimulation fréquente des consommations : crainte du jugement, honte, culpabilité, peur du placement des enfants, antécédents de violences familiales et/ou d'abus sexuels dans l'enfance. Limites de l'auto déclaration.

Fréquence des comorbidités psychiatriques.

Enquête nationale périnatale 2016

Un résultat étonnant...

Alors que la toxicité de la consommation d'alcool durant la grossesse est bien établie, particulièrement pour les fortes doses (syndrome d'alcoolisation fœtale, augmentation du risque de mortinatalité. Les professionnels de santé semblent prêter moins d'attention à la consommation d'alcool qu'à celle du tabac puisque 67,1 % de femmes déclarent avoir été interrogées sur leur consommation d'alcool pendant la grossesse et que moins d'un tiers disent avoir reçu la recommandation de ne pas consommer d'alcool pendant leur grossesse.

Baromètre santé 2017

L'étude menée par Santé publique France a permis pour la première fois de mesurer la fréquence des cas de SAF et d'autres conséquences de l'alcoolisation fœtale dans les séjours hospitaliers des enfants durant leur premier mois de vie au niveau national et régional.

Ainsi, en France, entre 2006 et 2013, 3 207 nouveau-nés (soit une naissance par jour) ont présenté au moins une conséquence liée à l'alcoolisation fœtale font pour 452 d'entre eux (soit une naissance par semaine) un syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF).

Ces chiffres sont sous-estimés compte tenu de la difficulté à diagnostiquer ces troubles en période néonatale et n'incluent pas les diagnostics posés ultérieurement. Cependant ils permettent de mieux caractériser le fardeau que représente l'alcoolisation fœtale.

La consommation d'alcool pendant la grossesse n'est pas rare en France. Parmi les femmes interrogées, enceintes au moment de l'enquête ou mères d'un enfant de moins de 5 ans.

Près de 6 femmes sur 10 ont déclarées avoir été informées des risques de la consommation d'alcool par le médecin ou la sage-femme les suivant ou les ayant suivi.

1 sur 10 déclare avoir consommé de l'alcool occasionnellement pendant la grossesse.

Bien que moins élevée qu'en 2010 (2 femmes sur selon les résultats de l'enquête) cette proportion reste importante parce qu'elle aurait pu avoir un impact sur 90 000 naissances.

A l'hôpital de la Croix Rousse jusqu'en 2017, chaque année en moyenne 1 femme enceinte consommatrice d'alcool prise en charge par ELSA ou CSAPA.

De juin 2012 à décembre 2017, 75 femmes consommatrices d'alcool associé ou non à d'autres consommations sur les 223 femmes prises en charge par la consultation « grossesses et addictions » un tiers des patientes

15 fois plus...

La consultation « Grossesse et addictions » donne une visibilité à la question des consommations pendant la grossesse et permet de l'aborder systématiquement, pour tous les produits et en toute simplicité.

QUE FAIRE ?

PARLER DE L'ALCOOL AVANT ET PENDANT LA GROSSESSE

PARLER pour REPERER (objectiver les consommations, définir le rapport à l'alcool (+/- aide des questionnaires)

PARLER pour INFORMER (connaissance du risque, évolutions comportementales acquises et encore possibles)

PARLER pour ACCOMPAGNER (entretien motivationnel)

REPETER et ADAPTER le message de prévention

SOUTENIR, VALORISER et ENCOURAGER

On ne connaît pas le seuil de consommation en-dessous duquel il n'y aurait pas de risque pendant la grossesse d'où l'objectif « zéro alcool » ?

Mais si le sevrage est impossible, une diminution de la consommation sera bénéfique.

L'alcool est toxique durant toute la grossesse.

Son arrêt est donc bénéfique quel que soit le moment de la grossesse.

De l'alcoolisation exceptionnelle avant le diagnostic de la grossesse

Message rassurant (tics malformatifs très faibles) recommandation 'zéro alcool' pour la suite, suivi obstétrical attentif (échographie morphologique du 2^e trimestre).

A la situation de grande détresse avec facteurs de vulnérabilité préexistants (précarité, isolement, violences, troubles psychiques, polyconsommations...)

Priorité à la relation de soin, à l'accès aux soins et à la continuité du soin. Prendre le temps de la confiance.

Consultations prénatales plus longues et plus fréquentes, disponibilité pour des consultations en urgence.

Suivi échographique de grossesse à risque (pour un dépistage des malformations, d'un RCIU. Echo morphologique de référence du 2^e trimestre.

Orientation vers un dispositif addictologique en cas de dépendance, la patiente doit bénéficier d'un suivi médical spécifique et/ou d'un accès en urgence à des soins en ambulatoire ou hospitaliers en addictologie.

Attention portée aux troubles psychopathologiques associés.

Articulation du suivi avec les professionnels de la PMI de l'Aide Sociale à l'Enfance, du Service Social de l'hôpital, le médecin traitant.

Suivi pédiatrique rapproché avant et après la naissance, notamment par une consultation anténatale, un suivi postnatal au cas par cas, qui peut durer de 2 à 3 ans selon l'évolution de l'enfant (neuropédiatrie).

Toujours prendre en compte les besoins et les désirs de la femme, prendre appui sur son réseau personnel, cheminer vers ce qui est possible.

CANNABIS, COCAINE, HEROINE ; CONNAITRE ET INFORMER

CANNABIS

Drogue la plus fréquemment utilisée - 1 à 5% des femmes en âge de procréer fument au moins 10 joints par mois et presque toujours présent dans les polyconsommations.

Porte d'entrée dans la toxicomanie à l'adolescence presque toujours associée au tabac.

Les feuilles de cannabis séchées (herbe ou marijuana) et des extraits résineux de la plante 'haschich) sont utilisés à des fins récréatives ou anxiolytiques (le joint du soir) sous diverses formes, en particulier fumés seuls ou avec du tabac 'cigarettes roulées, joint, pipe à eau).

De très nombreux composés sont présents dans la plante (cannabinoïdes) : principal agent psychoactif = delta 9 – tétrahydrocannabinol (THC) = détente, bien-être, euphorie.

3 joints + 1 paquet de cigarettes - Etude comparative cannabis – tabac. La fumée de cannabis contiendrait 7 fois plus de goudrons et de monoxyde de carbone que celle du tabac. 'Risque de cancers et de maladies cardio-vasculaires.

Conséquences obstétricales mal connues 'polyconsommations et association presque constante au tabac.

Liposolubilité élevée franchit la barrière placentaire en quelques minutes. Se concentre dans le lait maternel (jusqu'à 8 fois plus que dans le sérum maternel. La consommation de cannabis est déconseillée au cours de l'allaitement maternel/

Pendant la grossesse, possibilité de RCIU 'hypoperfusion placentaire)

A la naissance :

Consommation occasionnelle ; pas d'effet néonatal connu. Consommation régulière et importante (au moins 6 fois par semaine) risque de ;

- Prématurité
- Diminution de poids de naissance (hypoperfusion placentaire)
- Syndrome de sevrage néonatal modéré qui régresse spontanément, avec tremulation, sursaut, troubles du sommeil.

Le rôle propre du tabac fumé avec le cannabis est difficile à distinguer de celui du cannabis seul.

A plus long terme : possibilité de troubles de l'attention, difficultés d'apprentissage, hyperactivité, troubles du sommeil si consommation régulière.

Conséquences potentielles de la consommation de tabac, de cannabis, de cocaïne par la femme enceinte, sur la grossesse, le nouveau-né, l'enfant.

Effets à court et long terme chez l'enfant ayant été exposé au cannabis in utéro

Troubles de croissance	Diminution du poids ; de la taille, du périmètre crânien chez le fœtus exposé au cannabis durant la grossesse
Troubles du sommeil	Accrus chez des enfants de 3 ans exposés au cannabis après correction des facteurs socio-économiques
Troubles de l'apprentissage	Retard du développement intellectuel de 9 à 19 mois surtout si exposés au 3 ^e trimestre de la grossesse. Troubles de l'apprentissage scolaire surtout si exposés au 1 ^{er} et 2 ^e trimestre . Troubles des performances intellectuelles à 6 et 14 ans, évaluation avec la Weshsler individuel ; achèvement test.
Troubles de l'attention	Entre 6 et 10 ans, les enfants paraissent plus impulsifs
Troubles de la mémoire	Des enfants de 3 ans exposés au cannabis durant la période prénatale ont des troubles de mémoire à court terme
Troubles des fonctions exécutive	Troubles de planification, d'organisation de tâches à 4 ans. Troubles de la flexibilité et de la planification encore présents à 14 ans
Troubles psychiatriques	Troubles anxieux et dépressifs augmentés à 10 ans si consommation d'alcool au 2 ^e trimestre
Conduites addictives	A 14 ans les enfants exposés in utéro au cannabis ont un risque accru par rapport à un enfant non exposé
Troubles du comportement	Troubles attentionnels et troubles anxio dépressifs qui peuvent conduire à des troubles du comportement voire à la délinquance.

COCAÏNE

Deuxième produit le plus consommé en France après le cannabis, drogue festive, drogue de l'adolescence, la cocaïne est devenue aujourd'hui plus accessible dans tous les milieux et son usage s'est banalisé.

Stimulant du système nerveux central et vasoconstricteur très puissant

Deux formes ; forme poudre blanche de chlorhydrate de cocaïne qui peut être sniffée ou injectée et la forme solide la cocaïne base qui peut être mélangée à l'ammoniaque ou au bicarbonate de soude (free base ou crack) on obtient après chauffage, un « caillou » qu'on casse en petits morceaux pour le fumer avec une pipe.

Provoque euphorie, sentiment de puissance intellectuelle et physique , indifférence à la

douleur et à la fatigue, levée d'inhibition de courte durée et « descente » rapide avec état dépressif, anxiété et besoin irrésistible de consommer à nouveau « craving » +++

Forte dépendance psychique, lésions de vasoconstriction locale (irritation, ulcération voire perforation de la cloison nasale ou viscérale (infarctus du myocarde ou cérébral, troubles cardiaques (tachycardie, troubles du rythme, hypertension voire mort subite, troubles neuropsychiatriques (troubles paranoïdes)

Risque d'infection virale : hépatite B et C lorsqu'elle est sniffée voire infection à VIH si elle est injectée.

La cocaïne passe la barrière placentaire et passe dans le lait maternel

Il est vivement recommandé de ne pas consommer de cocaïne durant l'allaitement.

Exposition maternelle prolongée -> HTA + vasoconstriction intense et diminution du flux placentaire.

Pendant la grossesse :

- Fausse couche spontanée et accouchement prématuré
- Retard de croissance in utéro
- Malformations : cœur, voies urinaires (légère augmentation – controversée)
- Hydramnios
- Hématomes rétro placentaires (HRP) risque multiplié par 4 ou 5 (avec risque de mort fœtale in utéro ++. Peut survenir dans les suites immédiates de la prise de cocaïne/
- Evoquer la prise de cocaïne devant un hématome rétro placentaire +++ - rupture prématurée des membranes, fréquence multipliée par 3 ou 4

A la naissance :

- Hypertrophie poids, taille
- Prématurité
- Syndrome d'imprégnation néonatale, hypertonie, réflexes vifs, hyperexcitabilité, trémulations, convulsions
- Syndrome de sevrage néonatal modéré, il ne nécessite pas de traitement spécifique
- Affections gastro-intestinales, neurologiques, infarctus mésentériques, entérocrites ulcéro-nécrosantes, convulsions, lésions hémorragiques cérébrales

Conséquences potentielles de la consommation de cocaïne

Effets à court et long terme chez l'enfant ayant été exposé à la cocaïne in utéro

Troubles du sommeil	EEG de sommeil perturbé jusqu'à 1 an
Troubles de l'attention	Troubles du comportement type THADA
Troubles du langage	Entre 3, 5 et 10 ans. Troubles de l'apprentissage du langage à 3 ans avec une réduction du langage expressif et réceptif. Ces troubles régressent si les enfants sont placés dans un environnement stimulant.
Troubles du comportement	De 6 à 7 ans et les préadolescents exposés à la cocaïne en période prénatale vont présenter davantage de troubles du comportement (distractibilité, imprévisibilité, hyperactivité, désorganisation, passivité)
Troubles cognitifs	A 2 ans, ils peuvent présenter un déficit intellectuel. A 6 et 10 ans ils peuvent avoir des troubles cognitifs mais le rôle de l'environnement semble prépondérant.
Conduites addictives	L'exposition in utéro à la cocaïne semble favoriser chez l'adolescent l'initiation à la consommation de toxiques

PSYCHOSTIMULANTS

Amphétamines	
Conséquences maternelles	Effet anorexigène, excitation, insomnies, troubles thymiques (dépression) troubles anxieux et phobiques, bouffées délirantes aiguës Produit vasoconstricteur et hypertenseur Hypercontractibilité utérine ; fausse couche spontanée, rupture prématurée des membranes Vasoconstriction hypoperfusion placentaire, pré éclampsie, hématome rétro placentaire surtout avec la cocaïne Poussées hypertensives : infarctus du myocarde, troubles du rythme cardiaque, accident vasculaire cérébral œdème aigu du poumon
	Complications hémorragiques fu post-partum Consommation chronique ; risque de déficit intellectuel et cognitif
Conséquences sur le fœtus	Effets tératogènes : atrésies des voies biliaires, cardiopathies, fentes labiales et palatines
	Prématurité, retard de croissance in utéro
Conséquences sur le nouveau-né	Risque de syndrome de sevrage à la naissance Malformations mentionnées ci-dessus Prises chroniques : entérocolites ulcéro-nécrosantes, hypertension artérielle transitoire choc cardiogénique, accident vasculaire cérébral

COCAÏNE

Conséquences maternelles	Effet anorexigène, excitation, insomnies, troubles thymiques (dépression) troubles anxieux et phobiques, bouffées délirantes aiguës Produit vasoconstricteur et hypertenseur Hypercontractibilité utérine ; fausse couche spontanée, rupture prématurée des membranes Vasoconstriction hypoperfusion placentaire, pré éclampsie, hématome rétro placentaire surtout avec la cocaïne Poussées hypertensives : infarctus du myocarde, troubles du rythme cardiaque, accident vasculaire cérébral œdème aigu du poumon
	Troubles psychiatriques 50 % chez l'utilisateur chronique possible en usage ponctuel, agressivité, paranoïa, impulsivité, mégalomanie, passage à l'acte...
Conséquences sur le fœtus	Microcéphales Des effets tératogènes ont été décrits par effet vasoconstricteurs
	Prématurité, retard de croissance in utéro
Conséquences sur le nouveau-né	Syndromes d'imprégnation : irritabilité ; et hyperexcitabilité suivie de léthargie et hypotonie. Prises chroniques : entérocolites ulcéro-nécrosantes, hypertension artérielle transitoire choc cardiogénique, accident vasculaire cérébral

LES OPIACES - L'HEROÏNE

L'héroïne est un dépresseur du système nerveux central.

Dérivé semi-synthétique de la morphine, extraite du pavot ; la diacéylmorphine se présente sous forme d'une fine poudre blanche, beige ou brune. Elle est mélangée, en plus ou moins grande quantité, à d'autres produits (quinine, caféine, talc, amidon, plâtre... mais aussi parfois à la cocaïne, amphétamines...) qui ajoutent leurs risques propres à celui de la consommation d'héroïne. L'héroïne se consomme par voie nasale (sniff) se fume ou s'injecte par voie

intraveineuse (shoot ou fix).

Les autres produits en cause : usage détourné de médicaments

Sulfate de morphine (injection de Skénan)

Tramadol, Topalgic, Ixprim – association avec paracétamol)

Codéine (Efferalgan codéiné, néocodion, , divers antitussifs)

Buprenorphone ou méthadone achetées dans la rue et utilisées éventuellement utilisée par voie intranasale ou intraveineuse.

Forte dépendance psychique et physique –tolérance—syndrome de sevrage)

Recours au TSO possible en cas de dépendance aux antalgiques de niveau 2 ou 3.

Les opiacés franchissent aisément la barrière placentaire et sont présents dans le lait maternel.

La grossesse sous héroïne est une grossesse à haut risque.

Pendant la grossesse :

Suivi obstétrical tardif (découverte tardive de la grossesse) aménorrhée fréquente et chaotique

Fausse couche et accouchement prématuré

Retard de croissance intra utéro

Pas de risques malformatifs, l'héroïne n'est pas tératogène.

Alternance intoxication-sevrage = stress sévère par le fœtus, risque de mort fœtale in utéro ++

Le manque est le risque majeur pour le fœtus.

A la naissance ;

Syndrome de sevrage néonatal.

Mais toujours pensez à rassurer la maman qui farde des souvenirs douloureux de ses consommations toxiques tout au long de la grossesse et des épisodes de manque, sur ce que vit le bébé

La mise en place d'un TSO améliore le pronostic ; meilleur suivi de grossesse, limitation de la souffrance fœtale, liée à l'alternance des phases d'intoxication et de sevrage.

Les informations à transmettre à la femme enceinte

ALCCOL, TABAC, CANNABIS, COCAÏNE, HEROÏNE sont responsables des retards de croissance in utéro, de fausse couche ou d'accouchement prématuré.

L'ALCOOL est toxique tout au long de la grossesse, il est responsable de malformations, de troubles du développement psychomoteur et du comportement. L'arrêt de l'alcool est recommandé dès le début de la grossesse et bénéfique pour l'enfant à tout moment de la grossesse.

Le TABAC retentit sur la croissance in utéro et sur le poids de naissance de l'enfant qui est inférieur au poids habituel en moyenne 200 g.

Le CANNABIS entraîne dès la naissance des troubles du comportement, hyperactivité, troubles du sommeil.

La COCAÏNE augmente le risque de malformations et du fait de ses effets vasoconstricteurs peut être à l'origine de la mort du fœtus in utéro.

L'HEROÏNE n'entraîne pas de malformation mais l'alternance intoxication – sevrage est la source d'une souffrance fœtale majeure. Un sevrage brutal expose au risque de mort fœtale. Elle est responsable d'un syndrome de sevrage néonatal.

POUR PROTEGER L'ENFANT, L'ARRET DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL ET DE COCAÏNE EST RECOMMANDE DES LE DEBUT DE LA GROSSESSE.

MEDICAMENTS, USAGE ET MESUSAGE

Principes généraux

Apprécier le risque réel – Période d'exposition et médicament en cause.

Période à risque maximal - période où la femme et le médecin. En pratique, très peu de médicaments ignorent encore la grossesse

Apprendre à raisonner non pas en termes de femme enceinte mais en termes de femme susceptible d'être enceinte

En pratique, très peu de médicaments sont suffisamment tératogènes pour justifier une interruption de grossesse.

Une question sur la tératogénèse ? CRPV ou CRAT

A garder en mémoire

De la conception au 12^e jour risque le plus faible

Du 13^e au 56^e jour risque malformatif le plus important

De la fin du 2^e mois à l'accouchement risque de problèmes de croissance et de maturation des organes

Après la naissance syndrome d'imprégnation puis syndrome de sevrage

En pratique ;

Utiliser le traitement le mieux évalué au cours de la grossesse.

Éviter l'automédication.

Gestion des psychotropes

Question importante du fait des co-morbidités psychiatriques et du risque de dépendance à certains produits.

Réévaluation de la nécessité de poursuivre le traitement.

Si nécessité de poursuivre le traitement :

Maintien à une posologie efficace en augmentant si besoin la posologie en cours de grossesse

Passage, si possible, à un médicament qui a un profil de risque plus faible

Préparation de l'accueil de l'enfant au cours d'une consultation pédiatrique anténatale.

Choix préférentiels pendant la grossesse et l'allaitement :

Anxiété ; Oxazépam (Séresta) demi-vie intermédiaire de 8 h – Hydroxyzine (Atarax)

Dépression ; Clomipranine (Anafranil) ou amitriptyline (Laroxyl) parmi les tricycliques ou Sertraline (Zoloft 25 et 50 mg parmi les IRS (50 mg en 1 prise)

Troubles psychotiques ; Olanzapine (Zyprexa 10 mg-5 à 20 mg par jour (Prise de poids +++

L'acamprostate (Aotal) est le seul médicament utilisable dans la dépendance à l'alcool.

L'utilisation du Valproate de sodium est déconseillée du fait du caractère tératogène de la molécule.

Neuroleptiques et grossesse : Depuis 2017 l'Olanzapine n'est plus la seule molécule envisageable en première intention.

Les neuroleptiques/antipsychotiques les mieux connus en cours de grossesse sont les suivants :

- Aripiprazole (Abilify)
- Olanzapine (Zyprexa)
- Quétiapine (Xeroquel)
- Risperidone (Risperdal)

Pendant l'allaitement ;

Des différences notables subsistent, en fonction de la quantité de produit ingérée via le lait maternel et la demi-vie d'élimination du produit.

Olanzapine (Zyprexa 5 – 7,5 – 10 mg

1 à 2 % de la dose maternelle.

Chez les enfants allaités, les concentrations sanguines sont le plus souvent indétectables.

La demi-vie est de l'ordre de 35 h. Ceci est un facteur de risque d'accumulation de la molécule chez l'enfant allaité.

Au vu de ces éléments, l'utilisation de l'olanzapine chez une femme qui allaite peut s'envisager à dose inférieure ou égale à 10 mg/j et sous réserve que la mère ne reçoive pas d'autres médicaments sédatifs.

Risperidone (Risperdal) 1 – 2 -4 mg

La quantité de Risperidone ingérée via le lait maternel est faible. L'enfant reçoit environ jusqu'à 5 % de la dose maternelle. Chez les enfants allaités les concentrations sanguines de rispéridone et de son métabolite actif sont le plus souvent indétectables. Sa demi-vie varie de 3 à 30 h et celle de son métabolite est de l'ordre de 24 h. Ceci est un facteur de risque d'accumulation chez l'enfant allaité.

Au vu de ces éléments, l'utilisation chez une femme qui allaite peut s'envisager si la posologie est inférieure ou égale à 6 mg/j

Aripiprazole (Abilify 5 -10-15-20 mg

Il y a peu de données sur aripiprazole et allaitement La quantité ingérée via, l'enfant reçoit entre 1 et 8 % de la dose maternelle. La demi-vie d'élimination est longue 75 à 146 h 94 h – pour son métabolite actif.

Au vu de ces éléments il est préférable de ne pas allaiter sous Aripiprazole.

Quétiapine (Xeroquel 50 – 300 – 400 mg)

La quantité ingérée via le lait est faible, l'enfant reçoit moins de 1 % de la dose maternelle.

L'utilisation chez une femme qui allaite peut s'envisager à la dose minimum efficace et sous réserve que la mère ne reçoive pas d'autres médicaments sédatifs. Et/ou 3^e trimestre de grossesse en particulier à fortes doses. Ces signes sont réversibles à l'en m

Séresta l'oxazépam est une benzodiazépine anxiolytique.

Sa demi-vie est de durée intermédiaire environ 8 h et il n'y a pas de métabolite actif.

L'interruption brutale d'un traitement chronique expose à un risque de sevrage.

Aspect malformatif : Aucun effet attribué à l'exposition aux benzodiazépines au 1^{er} trimestre de grossesse.

Aspect fœtal ; une diminution des mouvements actifs fœtaux et/ou de la variabilité du rythme cardiaque fœtal a parfois été observé lors de la prise de benzodiazépines au cours du 2^e et 3^e trimestre de grossesse et en particulier à fortes doses. Ces signes sont réversibles à l'arrêt ou à la diminution du traitement.

Aspect néonatal ; les benzodiazépines utilisées jusqu'à l'accouchement peuvent être responsables chez le nouveau-né de différents types d'évènements transitoires :

- Des signes d'imprégnation tels qu'une hypotonie axiale et des troubles de la succion entraînant une mauvaise prise de poids, peuvent survenir, même à faibles doses. Ces signes sont réversibles mais peuvent durer de 1 à 3 semaines en fonction de la demi-vie de la benzodiazépine. Dans les situations exceptionnelles ou des doses très élevées sont utilisées juste avant l'accouchement, une dépression respiratoire ou des apnées ainsi qu'une hypothermie peuvent également apparaître chez le nouveau-né.
- Un syndrome de sevrage néonatal est possible lors de traitements chroniques même à faibles doses, poursuivis jusqu'à l'accouchement ou arrêtés brutalement quelques jours avant. Il est caractérisé notamment par une hyperexcitabilité, une agitation et des trémulations néonatales, survenant à distance de l'accouchement. Son délai d'apparition dépend de la demi-vie d'élimination du médicament. Plus celle-ci est longue, plus le délai est important.

Le séresta peut être utilisé quel que soit le terme de la grossesse en raison de l'absence d'inquiétude au plan malformatif et d'un profil pharmacologique intéressant pour le nouveau-né

En pratique

En prévision d'une grossesse :

- Reconsidérer le bienfondé de la poursuite d'une benzodiazépine (ANSA)
- En cas de besoin l'oxazépam pourra être poursuivi.

Traiter une femme enceinte

- L'oxazépam pourra être utilisé quel que soit le terme de la grossesse, à la dose la plus efficace la plus faible possible
- Si le traitement est poursuivi jusqu'à l'accouchement, en informer l'équipe de la maternité pour lui permettre d'adapter l'accueil du nouveau-né.

Découverte d'une grossesse pendant le traitement

- Ne pas arrêter l'oxazépam brutalement en raison d'un risque de sevrage maternel (voire néonatale) si l'arrêt a lieu peu de temps avant l'accouchement
- Rassurer la patiente quant au risque malformatif de l'oxazépam
- Réévaluer le bienfondé de la poursuite du traitement
- Si un anxiolytique est nécessaire, l'oxazépam pourra quel que soit le terme de la grossesse à la dose la plus faible possible
- Si le traitement est poursuivi jusqu'à l'accouchement, prévenir l'équipe médicale pour lui permettre l'accueil du nouveau-né.

Allaitement

La quantité reçue par l'enfant via le lait est très faible, de l'ordre de 1 % de la dose maternelle. A ce jour il n'y a pas été rapporté d'effet néfaste.

L'utilisation de l'oxazépam est possible chez une femme qui allaite si possible dans la limite de 10 mg trois fois par jour.

CRAT -CENTRE DE REFERENCE SUR LES AGENTS TERATOGENES

Hôpital Armand Trousseau – PARIS

Le champ d'activités du CRAT couvre :

- Les risques tératogènes ou foetotoxiques de divers agents en cours de grossesse (médicaments, radiations, virus, expositions professionnelles et environnementales)
- Les risques d'expositions diverses en cours d'allaitement (médicaments, vaccins, radiations)
- Les répercussions d'expositions paternelles sur une future grossesse
- Les risques sur la fertilité féminine ou masculine

Le CRAT propose deux niveaux d'intervention :

Un site Internet www.lecrat.org

Un service hospitalier réservé aux médecins, pharmaciens, sages-femmes au 01434126

CRPV - CENTRE REGIONAL DE PHARMACOVIGILANCE ET D'INFORMATION SUR LES MEDICAMENTS

Bât A – 162 avenue Lacassagne _ 69424 LYON cédex 3

Responsable : Docteur VIAL – Tél 04 72 11 69 97

Le plus important DETECTER DEPENDANCE ET MESUSAGE

Essentiellement benzodiazépines– antalgiques opioïdes niveau 2 –Tramadol – codéine ou 3 – morphine

A prendre en charge de la même manière que les autres dépendances aux opiacés, intérêt d'un traitement de substitution+++

Un pictogramme « femmes enceintes »

Un pictogramme « femmes enceintes » est apposé depuis le 17 octobre 2017 sur les boîtes de médicaments présentant des risques pour les femmes pendant leur grossesse. Il permet une meilleure visibilité de l'information relative aux risques tératogènes et foetotoxiques des médicaments pris durant la grossesse. Cette information est déjà signalée dans la notice et le résumé des caractéristiques du produit.

Ce pictogramme vise à mieux informer et protéger :

- Les femmes enceintes durant toute la période de la grossesse ou durant une période précise de la grossesse sur la boîte de médicaments
- Les adolescentes et les femmes en âge de procréer et sans contraception efficace

Deux modèles de pictogrammes seront apposés sur les boîtes de médicaments concernés :

Un pictogramme « Danger » qui signale aux patientes que le médicament doit être utilisé que s'il n'y a pas d'autre médicament disponible

Un pictogramme « Interdit » qui signale aux patientes que le médicament ne doit pas être utilisé

DU SEVRAGE A LA REDUCTION DES RISQUES – ACCOMPAGNER ET TRAITER

Grossesse et consommation de drogues – un suivi adapté à une grossesse à risque

Tabac, alcool, drogues, médicaments franchissent la barrière placentaire ; l'enfant n'est pas protégé, l'usage est nocif et la grossesse est une grossesse à risque.

Intérêt d'informer avant la conception et de préparer la grossesse.

Aborder les questions de connaissance du corps, sexualité, contraception, désir d'enfant

Informer et mettre des documents d'information) disposition des femmes.

Les recommandations « grossesse à risque » orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement.

Les femmes enceintes ayant des conduites addictives doivent relever d'une prise en charge multidisciplinaire dans un réseau organisé. Ce réseau organisé implique les différents intervenants (médecins généralistes, psychiatre, ; addictologue, alcoologue, CSAPA, obstétricien, pédiatre, sage-femme).

Ce réseau permet :

- La mise en place d'un traitement de substitution des opiacés ou d'un sevrage selon les substances concernées
- De mener la grossesse à terme en minimisant les complications pour l'enfant et pour la mère d'un point de vue médical et social.

Quels risques et pour qui ?

Risques liés à la consommation de produits toxiques pour l'enfant à naître

Risques liés à la précarité des conditions de vie et des soutiens affectifs

Risques liés à l'histoire de vie de la mère et du couple

Risques liés aux co-morbidités infectieuses et psychiatriques.

Risques obstétricaux

Fausse-couche – accouchement prématuré

Retard de croissance intra utéro – souffrance fœtale

Risques pour le fœtus
Malformations – Mort fœtale in utéro

Risques pour l'enfant
Syndrome de sevrage néonatal
Mort subite du nouveau-né
Lien mère-enfant – Devenir de l'enfant

Accompagner la grossesse avant tout

Un changement de regard, un changement d'attitude
Ne plus accueillir « une toxicomane ingérable » mais une femme dont la grossesse à risque nécessite un suivi attentif et chaleureux par une équipe pluridisciplinaire coordonnée.
Ne plus gaspiller son énergie pour 'ce qu'il faudrait faire » mais se concentrer sur ce « qui peut être fait. Travail de réduction des risques avec la participation de la mère aux soins néonataux, à la prise en charge du SSNN - tentant d'éviter la séparation en travaillant au développement du lien parent-enfant.

Sevrage :

Pas de sevrage au 1^{er} trimestre (risque de fausse-couche) et au 3^e trimestre (risque d'accouchement prématuré) . Eventuellement si la future mère le souhaite, sevrage prudent et lent au 2^e trimestre.

Ne pas interrompre le suivi pour éviter ou détecter précocement les rechutes.

Traitement de substitution aux opiacés

Les traitements de substitution (TSO) favorisent un meilleur suivi médical et obstétrical et diminuent la morbi mortalité maternelle et fœtale. Cependant la grossesse reste une grossesse à risque (prématurité, hypotrophie, syndrome de sevrage)

Deux produits sont utilisables ; Méthadone et Buprénorphine (Subutex et ses génériques).

La Suboxone (association buprénorphine et naloxone) n'a pas l'AMM dans cette indication et doit être dans la mesure du possible remplacée par le Subutex durant la durée de la grossesse et de l'allaitement.

Le traitement doit être prescrit à dose efficace pour maintenir un taux stable et éviter le manque chez la future mère et chez le fœtus

L'augmentation du volume circulant en fin de grossesse nécessite le plus souvent une augmentation de la posologie.

La sévérité du syndrome de sevrage n'est pas liée à la posologie de TSO.

La mise en route ou le maintien d'un traitement de substitution aux opiacés efficace est une priorité pendant la grossesse.

METHADONE

La Méthadone est un opiacé de synthèse utilisé depuis 1995 dans le traitement de la dépendance à l'héroïne ou d'autres opiacés.

Classée au tableau des stupéfiants son usage hors prescription médicale est interdit.

Elle est administrée par voie orale une fois par jour. Elle est disponible sous deux formes en sirop buvable ou en gélules

La prise initiale du traitement doit se faire à l'apparition des premiers signes de manque.

Les dosages sont adaptés en fonction des patients, donc très variables d'une personne à l'autre certaines ont besoin d'une posologie élevée, d'autres trouvent l'équilibre avec des doses faibles. Pas de posologie maximale pour la Méthadone.

Une fois le bon dosage trouvé, il doit être maintenu aussi longtemps que nécessaire mais il peut faire l'objet d'ajustement.

Forme sirop

La prescription de la méthadone en sirop est limitée à 14 jours. La délivrance est faite pour 7 jours. Cette prescription est très réservée aux services hospitaliers y compris en milieu pénitentiaire et aux centres spécialisés (CSAPA). Les services d'urgences hospitalières ne sont pas habilités à la prescrire.

Lorsque le dosage est stabilisé et que le patient est autonome son traitement peut être délégué à un médecin de ville (ordonnance de relais)

En début de traitement la méthadone est prescrite par le centre primo prescripteur (CSAPA).

Forme gélule

La prescription est limitée à 28 jours. La délivrance est limitée à 7 jours. Elle est faite aux patients traités par la forme sirop depuis au moins un an et stabilisés.

Méthadone et grossesse

La Méthadone est un agoniste des récepteurs centraux opioïdes dont la demi-vie d'élimination est longue (24 h)

Aspect malformatif

Les données publiées chez les femmes exposées au 1^{er} trimestre de grossesse sont nombreuses et rassurantes.

Aspect néonatal

La méthadone passe le placenta. Les concentrations néonatales peuvent représenter jusqu'à 60 % des concentrations maternelles.

Lors de prises prolongées de la Méthadone jusqu'à l'accouchement un syndrome de sevrage néonatal est possible. Sa survenue et gravité ne dépendent pas forcément de la posologie maternelle. Il survient dans un délai de quelques heures à quelques jours après la naissance.

En pratique :

La mise en route ou le maintien d'un traitement substitutif efficace des pharmacodépendances majeures aux opiacés est une priorité en cours de grossesse.

En prévision d'une grossesse il n'est pas possible d'interrompre la Méthadone.

Traiter la femme enceinte il est possible d'utiliser la Méthadone quelque soit le terme de la grossesse. Les posologies doivent parfois être augmentées au cours de la grossesse. En informer l'équipe de maternité.

En cas de découverte d'une grossesse pendant le traitement, rassurer la patiente sur les risques malformatifs de la Méthadone. Posologie augmentée.

Allaitement : La quantité de méthadone ingérée via le lait est faible. L'enfant reçoit environ 3

LA BUPRENORPHINE

La Buprénorphine haut dosage (Subutex et ses génériques) est un opiacé de synthèse utilisé depuis 1996 dans le traitement de la dépendance à l'héroïne ou à d'autres opiacés Elle est classée sur la liste 1 des médicaments prescrits et délivrés sur ordonnance et est soumise aux règles de prescription et de délivrance des stupéfiants.

La prise initiale doit se faire à l'apparition des premiers signes de manque/

Les dosages sont adaptés en fonction des patients et sont donc très variables d'une personne à une autre. Certains ont besoin d'une posologie élevée dose maximale 16 mg, d'autres trouvent leur équilibre dans une posologie très faible. Une fois le bon dosage trouvé il doit être maintenu aussi longtemps que nécessaire mais il peut faire l'objet d'ajustement.

La BHD peut être prescrite par tout médecin u compris un médecin généraliste mais pour une durée de 28 jours sur une ordonnance sécurisée. Le nom du pharmacien choisi par le patient devra être inscrit sur l'ordonnance ainsi que sur les renouvellements.

ACCOMPAGNER L'ADDICTION

Les informations à transmettre à la femme enceinte.

Les médicaments de substitution aux opiacés n'entraînent pas de risque de malformation.

La grossesse est possible sous méthadone ou buprénorphine.

Il n'y a aucune raison de modifier un traitement de substitution à l'occasion d'une grossesse.

Les effets périnataux de la Méthadone et de la buprénorphine sont identiques.

Il est possible de commencer un traitement de substitution à l'occasion d'une grossesse.

Il est vivement conseillé de poursuivre le traitement habituel pendant la grossesse.

Sous traitement de substitution la dose d'opiacés est stable et préserve des épisodes de manque dangereux pour le fœtus, c'est un risque majeur. Il entraîne un état de souffrance fœtale et s'accompagne d'un risque élevé de fausse-couche et d'accouchement prématuré.

Tout sevrage brutal doit être proscrit pendant toute la durée de la grossesse. Un sevrage lent est envisageable au 2^e trimestre mais pas souhaitable car il s'accompagne d'un risque de rechute dans les consommations. Le maintien d'un taux stable de produit pour éviter les épisodes de manque est primordial.

La posologie des médicaments de substitution doit être adaptée à l'état de grossesse. Il est souvent nécessaire d'augmenter la dose de produit de substitution en fin de grossesse, il n'est jamais conseillé de la diminuer.

ACCOMPAGNER ET TRAITER

« Etre là »

Entendre l'angoisse, la culpabilité, les peurs, les espoirs : effets délétères de l'alcool, des produits et des médicaments sur l'enfant, syndrome de sevrage, jugement des professionnels, placement de l'enfant, des professionnels de la PMI... Espoir de fonder une famille, d'être une bonne mère.

Accueillir et laisser naître la confiance.

« Ancrer le présent »

Inviter le futur père à prendre part à certaines consultations.

Entrer en contact avec le réseau personnel de la femme et définir la place de chacun. Etablir des liens et les maintenir.

Travailler avec les parents, favoriser les liens familiaux.

Travailler avec patience et persévérance, recueillir les éléments sociaux, médicaux, psychologiques. Informer et associer les différents intervenants.

« Anticiper l'avenir immédiat »

Introduire peu à peu les relais nécessaires, suivi médical, psychologique et social au CSAPA, inscription en maternité et mise en route du suivi obstétrical, visite anténatale du pédiatre, sagefemme, cadre de l'unité Kangourou, sage-femme et puéricultrice coordinatrice de PMI

Répondre peu à peu aux questions telles que se les posent les parents et pas seulement en fonction des risques repérés.

Réduction des risques cheminer pas à pas vers ce qu'il est possible d'attendre et non vers ce qu'il faudrait faire.

Généraliste, sage-femme, obstétricien, pédiatre, addictologie, assistante sociale, psychologue travaillent ensemble. ? La prise en charge est pluridisciplinaire, en réseau coordonné, souple et personnalisé mais solide et durable.

LA CONDUITE DU PREMIER ENTRETIEN

Evaluation globale des besoins – Constitution du réseau propre à la situation de la patiente

Situation sociale et familiale : logement, niveau scolaire, activité professionnelle, ressources, protection sociale, proximité de la famille, solidité des liens familiaux, conjoint 'consommation de produits, investissement de la grossesse, enfants à charge, enfants placés.

Antécédents médicaux ; pathologies psychiatriques et infectieuses intercurrentes, sérologies, VIB – VHB – VHC, vaccinations, pratique d'injections, état du réseau veineux.

Antécédents obstétricaux : antécédents d'IVG, AP, RCIU... Déroulement de la grossesse 'ce qui a déjà été mis en œuvre - réseau personnel de la femme.

Addictions : produit par produit, âge de début, situation avant la grossesse, situation depuis l'annonce de la grossesse, ce qui est jugé important, évaluation des connaissances, ce qui a déjà été fait, ce qui semble encore possible... ou impossible.

Information claire et plan d'action personnalisé – Valorisation des efforts déjà effectués.

Un danger majeur ; l'isolement de la future mère.

Un atout essentiel : le suivi attentif, régulier, rigoureux de la grossesse par une équipe pluridisciplinaire coordonnée.

ET L'ENFANT... ?

Le syndrome de sevrage néonatal après exposition in utéro aux opiacés

Concerne environ 60 % des enfants nés de mère ayant consommé des opiacés ou des traitements de substitution aux opiacés pendant la grossesse.

La sévérité et la durée du SSNN ne sont pas corrélées à la posologie du TSO mais elles peuvent être influencées par la prise concomitante d'autres produits : benzodiazépines en particulier. Syndrome d'imprégnation puis de sevrage aux BZD. Apparaît en principe dans les 3 jours qui suivent la naissance ('1 à 10 jours). Dure en général de 1 à 3 semaines.

Les symptômes sont :

- Neurovégétatifs : excitabilité, hypertonie, hyperréactivité, trémulations, sursauts, cri aigu, sommeil agité, sueurs, hyperthermie
- Respiratoires ; rhinorrhée, étouffements ; bâillements, troubles du rythme respiratoire
- Digestifs ; mauvaise succion, régurgitations, vomissements, diarrhées

Evaluation à l'aide du score de Finn Egan qui attribue une valeur numérique à la présence et à

la sévérité de chaque symptôme.

Le nouveau-né de mère dépendante aux opiacés peut présenter un syndrome de sevrage néonatal qui nécessitera une hospitalisation.

Le syndrome de sevrage n'est pas systématique et son intensité n'est pas directement corrélée) la dose de médicament de substitution prescrite pendant la grossesse. Ses manifestations sont digestives, respiratoires, neurologiques ou générales. Des traitements médicamenteux sont disponibles (chlorhydrate de morphine) mais le rôle de la mère reste primordial. Maintenir autour de l'enfant une atmosphère paisible et silencieuse, le porter ; le bercer, prendre une part active à ses soins. Autant de gestes maternels qui vont contribuer à sa guérison voire même à la prévention du syndrome de sevrage.

LA QUESTION DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

Des principes généraux

Une contre-indication formelle ; l'infection à VIH

- Les recommandations actuelles ne déconseillent pas l'allaitement en cas d'hépatite B ou C
- Dans le cas du VHB il convient de s'assurer que la sérovaccination a bien été débutée
- Dans le cas du VHC la charge virale n'est prise en compte. Le rapport Dhumeaux indique cependant qu'en cas de saignement au niveau des mamelons, il peut être jugé préférable de suspendre l'allaitement.

Des recommandations : L'arrêt de la consommation de cannabis est recommandé pendant l'allaitement.

Les bénéfices apportés par l'allaitement au sein quand cela est souhaité par la mère, prévalent sur ses inconvénients même en cas de consommation de drogues. Les drogues passent dans le lait maternel et l'organisme immature de l'enfant qui peut y être sensible. Les consommations peuvent perturber l'allaitement ou modifier le comportement du bébé.

La mère doit être informée et accompagnée

Une certitude : les traitements de substitution (Méthadone et Buprénorphine) sont présents en très faible quantité dans le lait maternel et donc compatibles avec l'allaitement maternel.

L'allaitement au sein participe à la prévention et à la prise en charge du nouveau-né doit être favorisé

Cannabis et cocaïne se concentrent dans le lait maternel et leur arrêt est vivement recommandé pendant l'allaitement.