REFERENTIEL PÉRINATALITÉ ET OPIACÉS

Ce référentiel a été rédigé et actualisé sous l'égide du réseau périnatal Naître en Languedoc Roussillon par des professionnels du Languedoc Roussillon :

Mise à jour 2015 coordonnée par Corinne Chanal avec le groupe de travail suivant :
Pierre BOULOT, gynécologue obstétricien, CHRU Montpellier
Corinne CHANAL, sage-femme, CHRU Montpellier et NGLR
Pascale COMMESSIE, sage-femme référente addictions, CH Carcassonne
Cécile DECHAMBRE, sage-femme référente vulnérabilités/addictions, CH Béziers
Odile FORTAIN, Cadre de santé, CH Béziers
Pascal GALLAND, médecin addictologue, CH Béziers
Caroline LOBRAÏCO, sage-femme référente vulnérabilités/addictions, CH Sète
Jean-Marc MARQUET, médecin addictologue, ANPAA 34
Evelyne MAZURIER, pédiatre, CHRU Montpellier
Marie Luce MERCIER, sage-femme, CH Perpignan
Meïssa NEKAA, médecin addictologue, CHRU Nîmes
Florence OZIL, sage-femme CDAF, Nîmes
Valérie PAIRIS, psychologue, addictologie CH Narbonne
Philippe PANHALEUX, médecin addictologue, CH Perpignan
Anne STOEBNER, médecin de santé publique, addictologue, Epidaure Montpellier
Danielle TEUMA, médecin addictologue, CH Sète
Hélène VALLIERE, puéricultrice, Conseil Départemental 34, Montpellier

Ont également participé à la rédaction entre 2008 et2013 :
Serge ABAUTRET, éducateur, ANPAA34, Montpellier
Anne ALAUZEN, médecin addictologue, Conseil Départemental 34
Jean Louis BALMES, médecin addictologue, Nîmes
Julie BERNARD, médecin addictologue, CHRU Nîmes
Anne Marie CLAUZEL, médecin tabacologue, Montpellier
Guy MASSON, gynécologue obstétricien, CHRU Nîmes
Pascale MATHIEU-PEREYRON, infirmière CSAPA Episode, Béziers
Michèle MISRAOUI, pédiatre libéral, Montpellier
Delphine MOULET, sage-femme, CH Béziers
Patricia PEREZ, sage-femme, Conseil Départemental 66
Patricia ROHR, psychologue, ANPAA 34
Marie Andrée THOMPSON, pharmacien, pharmacovigilance, CHRU Montpellier

AVERTISSEMENT

Ces référentiels sont diffusés à titre informatif par le réseau périnatal Naître en Languedoc Roussillon pour les professionnels de la périnatalité de la région.
Ils ont été rédigés en l'état actuel des connaissances à la date de validation du référentiel et n'engagent en aucun cas la responsabilité directe ou indirecte du réseau ou de ses membres quant aux conséquences qui pourraient découler de leur utilisation.

Réseau périnatal Naître et Grandir en Languedoc-Roussillon
Espace BERTIN SANS – 59 avenue de FES – 34080 MONTPELLIER
Téléphone :04 67 04 01 53
Email : naitre.lr@nglr.fr

REFERENTIEL PÉRINATALITÉ ET OPIACÉS

INTRODUCTION

Les substances abordées ici sont :

- les **opiacés** : héroïne, morphine ou codéinés en traitements chroniques prescrits ou détournés de leur usage thérapeutique.
- les **traitements de substitution aux opiacés (TSO)** : méthadone, buprénorphine haut dosage (SUBUTEX® et génériques) et SUBOXONE® (buprénorphine HD + naloxone).

L'existence de poly consommation (tabac, alcool, cannabis, benzodiazépines), l'incidence des modes de consommations (injection, sniff) et des conditions de vie modulent les effets spécifiques de chaque substance.

Les femmes enceintes qui consomment des opiacés pendant leur grossesse doivent toutes être prise en charge comme des grossesses à haut risque même si elles sont sous traitement de substitution. L'amélioration des résultats périnataux est particulièrement flagrante depuis une vingtaine d'années avec la diffusion des TSO et l'amélioration des collaborations interprofessionnelles.

PRODUITS, ASPECTS PHARMACOLOGIQUES

1. HEROÏNE

Dérivé du pavot principalement cultivé en Asie centrale (Afghanistan), l'opium est raffiné en morphine puis en héroïne qui se présente à l'état pur sous la forme d'une poudre blanche. Les produits qu'on retrouve sur le marché de la drogue en Europe occidentale sont impurs et «coupés» avec différentes substances plus ou moins toxiques (talc, strychnine, plâtre, caféine, saccharose, paracétamol ...)

Parmi les opiacés, l'héroïne est le produit le plus représenté. Elle peut-être fumée, sniffée, injectée par voie veineuse et chacun des modes de consommation expose à des risques particuliers.

L'effet recherché par les consommateurs est un état de bien-être et d'euphorie incomparables. L'héroïne provoque une rupture sociale et relationnelle qui en fait une substance très marginalisante, outre son caractère illicite et la délinquance qui accompagne sa consommation et son marché. La dépendance qu'induisent les opiacés est très forte et engage les consommateurs dans une maladie chronique.

Lors d'une prise d'héroïne (sniff ou injection) le taux sanguin augmente très rapidement chez la mère comme chez le fœtus, induisant un pic plasmatique. La demi-vie de l'héroïne étant courte, elle nécessite généralement plusieurs prises par jour. Donc ce taux varie de manière importante plusieurs fois par jour, induisant un stress fœtal pendant la grossesse.

L'héroïne agit sur les récepteurs du système opioïde localisé dans le SNC et le SNP, antidouleur, anxiolytique, analgésique mais risque de dépression respiratoire sévère. Les opiacés inhibent le système gabaergique ce qui entraîne une augmentation de la dopamine.

2. LES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION AUX OPIACÉS (TSO)

Il existe 2 traitements de substitution ayant l'AMM pendant la grossesse : la méthadone et la buprénorphine HD (SUBUTEX® ou générique). Aucun des 2 n'a montré de supériorité pendant la grossesse (MINOZZI S. 2013)
Quant au SUBOXONE®, association de buprénorphine HD et de naloxone, il est contre-indiqué pendant la grossesse et l'allaitement.

3. MÉTHADONE

La méthadone est un agoniste des récepteurs centraux opioïdes a demi-vie longue. Elle est utilisée comme traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés.
.

Forme	absorption	½ vie	élimination	prescription	AMM grossesse
Sirop ou gélules	Sirop ou gélules	24h	30h	Ordonnance sécurisée	oui

4. SUBUTEX, BUPRENORPHINE HD

La buprénorphine HD est un agoniste partiel - antagoniste des récepteurs centraux opioïdes. Elle est utilisée comme antalgique de palier 3 (opioïde fort) et comme traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés.
Elle existe sous deux formes : SUBUTEX® et sa forme générique BHD.
Le transfert placentaire de la buprénorphine serait plus faible (<10%) que les autres opiacés, limitant l'impact sur le fœtus (NANOVSKAYA T, 2002)

Forme	Dosages	absorption	½ vie	élimination	prescription	AMM grossesse
Glossettes	0.4mg, 2mg, 8mg	sublinguale	30h	2 à 5 j	Ordonnance sécurisée	oui

5. AUTRES DÉRIVES MORPHINIQUES

La morphine est un antalgique de palier 3 (fort opioïde) agoniste pur des récepteurs opiacés dont l'utilisation est possible pendant la grossesse. Les spécialités les plus courantes sont : ACTISKENAN®, KAPANOL® , MOSCONTIN®, ORAMORPH®, SEVREDOL®, SKENAN LP®, OXYCONTIN®…

Il en est de même pour les traitements codéinés et dérivés : sirops antitussifs, NEOCODION®,…

ÉPIDEMIOLOGIE

Selon les données de L'OFDT, une estimation de 500 000 expérimentateurs d'héroïne en France métropolitaine parmi les 11-75 ans. D'après le dernier baromètre santé, il y a une augmentation des expérimentateurs d'héroïne chez les hommes depuis 2005.

Un quart à un tiers des consommateurs d'opiacés sont des femmes, le plus souvent en âge de procréer ce qui représente une fourchette approximative de 500 à 2500 naissances par an en France, estimation stable depuis 20 ans.

Source : baromètre santé 2010 (276538 personnes de 15 à 85 ans) INPES	Au moins 1 consommation d'héroïne dans l'année
18-25 ans	0,6%
26-34 ans	0,5%
35-44 ans	-
Femmes 18-64 ans	0.1%

En Languedoc-Roussillon, une requête annuelle auprès de la CPAM montre le tableau suivant :

	2009	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**
Nombre d'accouchements	25711	26228	26806	26146	26596	25837
BUPRENORPHINE HD	63	46	63	46	41	30
METHADONE	21	25	30	27	32	22
TOTAL SUBSTITUTION	**83**	**71**	**93**	**73**	**73**	**52**

Il a été délivré en pharmacie un traitement de substitution à l'héroïne pour 0.2 à 0.3% des femmes enceintes de la région LR. Celles qui ont consommé des TSO sans prescription personnelle ne sont pas répertoriées ici. C'est également le cas pour les patientes dépendante de codéinés, d'antalgiques majeurs ou d'héroïne.

COMMENT ÉVALUER LES CONSOMMATIONS ?

Demander si les prises sont occasionnelles, quotidiennes ou pluriquotidiennes.

Si un traitement est pris : qui le prescrit ? Qui le délivre ?

Mode de consommation : per os ou sublingual, sniffé, injecté ? (prendre tension aux 2 bras pour rechercher traces d'injection)

On retrouve 3 situations-:

- quelques sniffs en début de grossesse puis arrêt
- traitement de substitution prescrit bien équilibré
- héroïne pendant la grossesse ou mésusage = buprénorphine HD sniffée ou injectée ou association avec alcool, cocaïne, benzodiazépines…

EFFETS DES OPIACÉS PENDANT LA GROSSESSE

Sous héroïne, on observe fréquemment une irrégularité des cycles menstruels voire une aménorrhée qui couplé à un mode de vie chaotique explique une contraception peu rigoureuse et la découverte tardive de la grossesse.
Ce diagnostic de grossesse tardif peut avoir comme conséquence une IVG impossible si la grossesse est non désirée (avortements spontanés 15 à 30%).

Aucun opiacé pur n'est tératogène.

En l'absence de traitement de substitution les conséquences les plus fréquentes sont :

- la prématurité (30%) due à l'hyper contractilité utérine en période de manque mais aussi au mode de vie des femmes, aux problèmes sociaux, aux infections et au manque de suivi. Elle reste de 12.6 à 14,9% en cas de traitement de substitution (LEJEUNE C. 2007, BRULET 2007)

- une fréquence plus élevée des fausses couches spontanées (15 à 30%) en raison du stress fœtal répété imposés par les états de manque que traverse inévitablement une héroïnomane durant sa grossesse
- un syndrome de manque brutal et prolongé entraîne une souffrance fœtale aiguë pouvant aller jusqu'à la mort in utero
- le retard de croissance intra-utérin (30 à 50%) expliqué d'avantage par les poly-consommations (alcool, tabac, cocaïne…), la mauvaise hygiène alimentaire, le stress, la précarité, plus que par l'action directe des opiacés…
- le risque infectieux, signalé par certaines études notamment en cas d'injection ou de prise de risques associées (rapports non protégés, prostitution…).

On observe une altération de mouvements respiratoires et du tonus avant et après la prise de méthadone (WOULDES 2004). L'interprétation du monitoring fœtal doit tenir compte du fait que, sous traitement maternel par la méthadone, il existe une augmentation de fréquence des tracés non réactifs (LEVINE, 1995. ANYAEG, 1997. KANDALL, 1999), un aplatissement du rythme cardiaque fœtal (plus lent, moins d'accélération et moins de variabilité) (JANSON LM 2005).

PRISE EN CHARGE PENDANT LA GROSSESSE

1. COTÉ OBSTÉTRICAL

Les femmes toxicomanes ou sous traitement de substitution sont souvent inquiètes de leur accueil en maternité. Elles ont peur du jugement des professionnels et du placement de l'enfant. Elles demandent à être prise en charge comme toutes les autres femmes enceintes. Il va être important de soigner le 1er accueil, notamment par un professionnel (sage-femme ou médecin) référent en maternité qui va répondre à leurs questions et expliquer que leur grossesse est à haut risque et planifiera le suivi. Il comprendra :

- une consultation par mois au premier trimestre
- une consultation tous les quinze jours à partir de 24 SA
- des échographies plus fréquentes (12SA, 18SA, 22SA, 28SA, 32SA, 36SA)
- un enregistrement du rythme cardiaque fœtal par semaine à partir de 28 SA plutôt au domicile, avec une sage-femme de PMI ou libérale en fonction des situations
- un entretien anténatal avec un pédiatre qui pourra donner aux parents une information sur la prise en charge néonatale, l'allaitement, la surveillance du syndrome de sevrage, répondre a leurs questions et préparer le suivi de l'enfant.

L'examen somatique doit toujours être attentif et extrêmement respectueux de la pudeur des femmes (beaucoup ont été blessées dans leur corps). Une préparation à l'accouchement avec une approche corporelle (piscine, yoga, haptonomie…) est particulièrement indiquée, individuelle ou collective selon le choix des patientes, avec ouverture à la place du père.

Il est important de proposer un dépistage Hbs, VHC et VIH au couple surtout en cas d'injections anciennes ou actuelles. En 2009, les conclusions de l'HAS ont montré que le test est proposé au moins une fois au cours de la grossesse et plus s'il s'agit d'une situation à risque. Il est important de banaliser le test car 20% des femmes apprennent qu'elles sont porteuses du VIH pendant leur grossesse.

L'adhésion aux consultations programmées fait l'objet d'un suivi du suivi. Il ne faut pas hésiter à rappeler la patiente en cas d'absence. Les rendez-vous non honorés sont repris avec elle en recherchant ensemble les solutions pour améliorer sa compliance au suivi (choix des horaires, appel téléphonique avant le prochain rendez-vous, accompagnement social…) et donc a réduire les risques sur la grossesse.

Afin de mieux préparer l'hospitalisation de la mère et de l'enfant, organiser une visite de la maternité, de la pédiatrie, de la salle d'accouchement.

2. LA PRISE EN CHARGE DE LA DEPENDANCE AUX OPIACES PENDANT LA GROSSESSE

Largement disponibles depuis le milieu des années 90, les traitements de substitution ont considérablement amélioré le pronostic des grossesses chez les femmes dépendantes des opiacés (WARD et al., Lancet 1999, LEJEUNE C.2003).
Ils permettent de :

- **supprimer les pics plasmatiques et les périodes répétés de manque lors des prises d'héroïne**
- réduire les consommations illicites
- réduire les complications de la grossesse et de l'accouchement
- améliorer les paramètres à la naissance (prématurité, poids, périmètre crânien)
- améliorer leur confort de vie individuelle et sociale
- favoriser leur prise en charge pluridisciplinaire
- autorisent l'allaitement (le passage dans le lait maternel est trop faible pour avoir des effets sur le nouveau-né)
- permettent l'hospitalisation mère-enfant
- réduisent les séparations précoces mère-enfant.

Les patientes sous opiacés sont souvent très inquiètes de l'éventualité d'un syndrome de sevrage chez leur enfant. Elles demandent souvent une diminution de leur traitement ou un sevrage en espérant éviter l'impact des opiacés sur leur bébé, notamment le syndrome de sevrage**. Il est très important de leur expliquer l'intérêt d'un traitement de substitution bien équilibré pendant la grossesse (réduction du risque de prématurité, d'hypoxie et de stress fœtal par suppression de l'alternance de pics et de périodes de manque) et l'absence de corrélation entre le syndrome de sevrage du nouveau-né et la posologie maternelle.** (LEJEUNE 2007)

Si la patiente débute sa grossesse sous méthadone ou buprénorphine HD et qu'elle est bien équilibrée, il n'y a aucune indication de changement de molécule, sauf si la patiente s'injecte ou sniffe la buprénorphine HD. Dans ce cas, il est nécessaire de la remplacer par la méthadone. Si la patiente est sous Suboxone® il est nécessaire de le remplacer par la buprénorphine car le Suboxone® est contre-indiqué pendant la grossesse.

Pendant la grossesse, la biodisponibilité de la méthadone varie, l'élimination urinaire est plus rapide, le taux plasmatique est plus bas nécessitant l'augmentation de la posologie maternelle (SHIU J. 2012). On peut s'aider du dosage sanguin de méthadone (taux résiduel, à faire avant la prise du traitement) afin de vérifier que le taux plasmatique est bien dans la fourchette thérapeutique (200 à 400ng/ml).

Si la femme débute sa grossesse sous héroïne ou un autre opiacé détourné de son usage (morphine, codéine). Proposer prise en charge médicale de sa dépendance et mise en place d'un TSO, un suivi dans un centre de soin (CSAPA) ou par un médecin formé.

3. LE TRAVAIL EN RESEAU

Il est indispensable avec en priorité un maintien des intervenants extérieurs choisis par les parents (médecin généraliste, gynécologue, intervenant en toxicomanie, pharmacien, alcoologue, psychiatre, psychologue, pédopsychiatre, assistante sociale, sage-femme de PMI ou libérales…) surtout ceux de proximité du domicile.
En fonction des besoins exprimés par les futurs parents, une orientation sera fa ite vers les professionnels intra ou extrahospitaliers les plus adaptés aux besoins des parents.
C'est une prise en charge pluridisciplinaire nécessitant une coordination du travail en réseau avec un suivi de ces orientations et collaboration interprofessionnelle tout au long de la grossesse.
La communication entre le prescripteur et le responsable du suivi de grossesse est indispensable afin de connaitre les modalités de suivi prévu par l'autre champ professionnel pendant la grossesse.

ACCOUCHEMENT –ANESTHESIE-ANALGÉSIE

La méthadone pouvant influer sur le tracé cardiaque fœtal, il est indispensable que la surveillance du monitoring soit attentive. Il n'y a pas d'autre particularité concernant l'accouchement d'une femme sous opiacés.

Le seuil de douleur est souvent abaissé et nécessite une analgésie plus précoce et plus intense.

Il n'y a pas de contre-indication aux anesthésies locorégionales avec les opiacés.

La nalbuphine (NUBAIN®) est contre-indiqué en cas de TSO

Méthadone et buprénorphine HD ont un effet analgésique puissant mais bref (4-8h). Il faut donc associer d'autres antalgiques. Il n'y a pas de majoration des effets centraux en association avec les morphiniques dans le cadre d'une douleur aiguë. Si une analgésie morphinique est nécessaire chez un patient substitué par buprénorphine HD, la remplacer par la méthadone. (ALFORD DP. 2006). Pour soulager la douleur, la kétamine peut être prescrite (KEITA-MEYER 2009).

APRÈS LA NAISSANCE

1. LE SYNDROME DE SEVRAGE DU NOUVEAU-NÉ

Le syndrome de sevrage du nouveau-né est présent dans 60 à 90% des cas. Il se manifeste dans un délai de quelques heures à 3 jours en raison de la longue demi-vie de ces médicaments. Ses signes sont non spécifiques (voir scores de Finnegan et de Lipsitz en annexe).

L'étude du GEGA et l'étude de JONES en 2010 montre qu'il n'y a pas de différence significative de syndrome de sevrage néonatal entre les 2 traitements de substitution.

Il n'y a pas non plus de relation entre la posologie de TSO et le syndrome de sevrage du nouveau-né (THAJAM 2010).

Les symptômes du nouveau-né peuvent être :

- **Signes neurologiques** : hyperexcitabilité, hyperréactivité, trémulations, clonies, convulsions, hypertonie, cri aigu, photophobie, troubles du sommeil.
- **Signes généraux** : sueurs, troubles vaso-moteurs, troubles de la régulation thermique, larmoiements, hoquet, bâillement.
- **Signes respiratoires :** tachypnée irrégulière, apnées, rhinorrhée, éternuements.
- **Signes digestifs** : Troubles de succion, diarrhée, vomissement, hypersialorrhée, mauvaise prise pondérale.

- **Conséquences** : dénutrition, déshydratation.

Si la mère est traitée par méthadone, le syndrome de sevrage du nouveau-né est plus retardé que pour le Subutex® (à 80h vs 66h) mais pas plus sévère. Il affecte 75 % des nouveau-nés, dont 50 % nécessiteront un traitement, durant 18 jours en moyenne. Par contre, il est aggravé s'il existe une poly-intoxication, ou association avec des benzodiazépines. Il peut être plus important si la prise de méthadone est unique plutôt que fractionnée.

Si la mère est traitée par buprénorphine HD, selon l'étude de Johnson sur 309 nouveau-nés en 2003, 62% des enfants ont fait un syndrome de sevrage dont 48% a nécessité un traitement par chlorhydrate de morphine.

Le maintien du nouveau-né auprès de sa mère et le peau à peau mère-enfant et/ou père-enfant est un facteur qui réduit l'intensité et la durée du syndrome de sevrage (WEIL M. 2014).

2. PRISE EN CHARGE DU NOUVEAU-NÉ

Le nouveau-né peut rester avec sa mère en salle de naissance pendant les 2h de surveillance du post-partum immédiat. La prévention du syndrome de sevrage du nouveau-né commence dès la naissance par la diminution des stimuli (bruit, lumière, gestes vifs..), un contact sécurisant en peau à peau et un portage de préférence par sa mère (ou son père) le plus fréquemment possible.

Les symptômes de sevrage peuvent apparaitre au fil des heures et des jours suivants. Ils seront coté par la puéricultrice ou la sage-femme en collaboration avec la mère afin d'ouvrir avec elle un espace de communication sur ce que vit son enfant et elle-même dans ce qui représente toujours pour elle une épreuve.

Un traitement médicamenteux par solution de sels de morphine sera initié si besoin par le pédiatre du service et donné 6 fois par jour (cf protocole : CAVALIER A., PICAUD J.C 2013).

3. ALLAITEMENT ET OPIACÉS

Il existe des centres de pharmacovigilance qui se sont spécialisés dans le domaine de l'allaitement (http://www.lecrat.org).

Le passage dans le lait dépend du métabolisme de chaque mère, du délai depuis la dernière prise de produit, du métabolisme du nouveau-né. Un enfant prématuré a un capital enzymatique moins élaboré qu'un enfant né à terme, de ce fait, il y a des difficultés de transport. (HALE Th.– Médications and mother's milk - 2014)

Dans **l'analgésie post-césarienne**, pendant 24 à 72 heures après l'accouchement (par voie intra-veineuse puis orale) :
Le nouveau-né reçoit jusqu'à 2% de la dose néonatale orale de morphine. Aucun effet n'a été rapporté parmi une vingtaine d'enfants allaités par des mères recevant de la morphine. L'utilisation de la morphine est donc possible dans les 24 à 72 heures qui suivent l'accouchement.

RID = « relativ in fant dose » dose rapportée à son poids que reçoit théoriquement l'enfant. Il est admis qu'un médicament ayant une RID < 10% est sans danger néanmoins plus la RID est faible et < 1% plus c'est réellement sans risque.
CI = contre-indication

	Opiacés autres que TSO	Méthadone	Buprénorphine
Allaitement maternel (HALE Th. 2014)	**Héroïne** de rue **CI absolue** car la dose relative (RID) chez l'enfant est inconnue. **Morphine** : dose relative < à 10 : RID 9.1 % **pas de CI** néanmoins être vigilant à la tolérance de la mère et de l'enfant. **Codéine** RID < 10 **pas de CI** néanmoins être vigilant à la tolérance de la mère et de l'enfant	RID 1.9 - 6.5% **pas de CI**	RID inconnu **Pas de CI**
Commentaires (HALE Th. 2014)	La morphine possède une faible bio disponibilité (20 à 30 %) par voie orale. Elle est très peu absorbée par le nouveau-né.	Passage très faible dans le lait = 3% de la dose/kg reçue par la mère. Taux plasmatiques chez l'enfant souvent < aux limites de détection. Lors de doses > 100-120mg, si l'arrêt de l'allaitement est progressif sur 10-15 jours : pas de risque de syndrome de sevrage du bébé, ni de mastite ou d'abcès du sein.	Taux très faible dans le lait. Pas de corrélation entre les taux de BHD dans le lait et la posologie maternelle Doses ingérées par le nouveau-né 20 à 40 fois plus faibles que les posologies d'opiacés utilisées pour le traitement du Sd de sevrage (Marquet, 1997; Jernite, 2000, Hale 2014)
	L'allaitement diminue la durée et l'intensité du syndrome de sevrage de l'enfant via le maternage soutenu qui est procuré à l'enfant et non par le passage de la molécule dans le lait maternel. (Mohamed E. Abdel-latif et al. Pediatrics 2006)		

4. L'ENFANT ET SON DEVENIR

Les études ont surtout porté sur les enfants de mères héroïnomanes et selon les données actuelles, le devenir neurologique et psychologique des enfants dépend plus de l'environnement que des substances consommées (les poly-consommations sont habituellement la règle : tabac, cannabis, alcool, médicaments psychotropes…).

Une étude à Montpellier sur le devenir des enfants de mère sous opiacés a montré une tendance au grignotage et au surpoids, ainsi qu'un peu plus d'anxiété sans troubles du développement. Le pronostic de qualité de développement de vie de ces enfants est meilleur en fonction de l'environnement familial, la prise en charge et le vécu de la grossesse, l'accueil de l'enfant et le développement de la parentalité (Roy J. 2011)

RECOMMANDATIONS

Aborder systématiquement la consommation d'opiacés (et aussi sous forme de traitements opiacés pris pour antalgiques de façon régulière et depuis un certain temps, des autres produits dont l'alcool) pendant la grossesse.
Evaluer la situation globale.
Proposer une stabilisation avec un traitement de substitution pour réduire les risques.
Conseiller d'arrêter la consommation d'autres toxiques (alcool surtout, cocaïne, héroïne. . .)
Suivi obstétrical de grossesse à risque.
Organiser un entretien anténatal avec un pédiatre.
Proposer un accompagnement pluridisciplinaire et se mettre en lien avec les autres professionnels avec l'accord des parents.

Cf : référentiel « Grossesse et Addictions : Quelques repères pour les entretiens » et fiches techniques « aborder les consommations de substances psychoactives pendant la grossesse » et « consommation d'opiacés pendant la grossesse »

BIBLIOGRAPHIE

1. ALFORD DP. et al.. Acute pain management for patients receiving maintenance methadone or buprenorphine therapy. Ann Intern Med. 2006 Jan 17;144(2):127-34.

2. BRULET C., et al. « Un suivi multidisciplinaire et un soutien psychosocial diminuent les complications de la dépendance aux opiacés chez les femmes enceintes : 114 grossesses suivies en 5 ans »– Presse med. 2007 ; 36 : 1571-80

3. CHANAL C. et al. , Grossesse et addictions : mettre en place un réseau de soins personnalisés à partir d'un accueil en maternité. Rev. Med. Perinat. (2014) 6 :155-189

4. Centre de Référence sur les Agents Tératogènes : la méthadone, mise à jour en avril 2009 - http://www.lecrat.org/article.php3?id_article=474

5. Drogues, chiffres clés. 4ième édition – janvier 2012 – Observatoire Français des Drogues et des toxicomanes. – www.ofdt.fr

6. Fiche du Centre de Référence sur les Agents Tératogènes : la buprénorphine, mise à jour en avril 2011 - http://www.lecrat.org/article.php3?id_article=47

7. HALE Th. Medications and mother's milk. 2014 – p.1334

8. JANSSON LM et al. Fetal response to maternal methadone administration. Am J Obstet Gynecol. 2005 Sep;193(3 Pt 1):611-7.

9. JASINSKI DR. Tolerance and dependence to opiates. Acta Anaesthesiol Scand. 1997 Jan;41(1 Pt 2):184-6.

10. JOHNSON RE, JONES HE, FISCHER G. Use of buprenorphine in pregnancy: patient management and effects on the neonate. Drug Alcohol Depend. 2003 May 21; 70(2 Suppl):S87-101

11. JONES HE, KALTENBACH K, HEIL SH, STINE SM, COYLE MG, ARRIA AM, O'GRADY KE, SELBY P, MARTIN PR, FISCHER G. - Neonatal abstinence syndrome after methadone or buprenorphine exposure - N Engl J Med. 2010 Dec 9;363(24):2320-31

12. KEITA-MEYER H. - Spécificité de la prise en charge de la parturiente consommatrice de substances psychoactives - AFAR, 2009; 28: 609-14

13. LEJEUNE (C.), SIMMAT-DURAND (L.) et. al. , Grossesse et substitution - Enquête sur les femmes enceintes substituées à la méthadone ou à la buprénorphine haut dosage et caractéristiques de leurs nouveau-nés, Paris, OFDT, 2003 ; 142

14. LEJEUNE C. Spécificité de prise en charge de certaines populations. Femmes enceintes toxicomanes et périnatalité – HAS 1er et 2 février 2007

15. LEJEUNE C, SIMMAT-DURAND L, GOURARIER L, AUBISSON S and the Groupe d'Etudes Grossesse et Addictions. Prospective multicenter observationnal study of 260 infants born to 259 opiate-dependant mothers on methadone or high-dose buprenorphine substitution. Drug Alcohol Depend 2006; 82: 250-7.

16. MAZURIER E., MISRAOUI M., TOUBIN R-M - La consultation anténatale avec un pédiatre : 20 ans de recul., CHU Montpellier - Rev. Med. Perinat. (2014) 6 :155-189

17. MINOZZI S1, AMATO L, BELLISARIO C, FERRI M, DAVOLI M - Maintenance agonist treatments for opiate-dependent pregnant women.- Cochrane Database Syst Rev. 2013 Dec 23;12:CD006318. doi: 10.1002/14651858.CD006318.pub3.

18. ABDEL-LATIF ME. et al - Effects of breast milk on the severity and outcome of neonatal abstinence syndrome among infants of drug-dependent mothers - Pediatrics. 2006 Jun;117(6):e1163-9

19. NANOVSKAYA T, DESHMUKH S, BROOKS M, AHMED MS. Transplacental transfer and metabolism of buprenorphine. J Pharmacol Exp Ther 2002; 300: 26-33.

20. PICAUD J.C., CAVALIER A.- traitement du syndrome de sevrage aux opiacés - Manuel pratique des soins aux nouveau-nés 2013 ; p.407-411

21. ROY J., TOUBIN R-M., CHANAL C., MISRAOUI M., BRULET C., MOLENAT F. « Devenir à 5 ans des enfants de mères dépendantes aux opiacés : effets d'un suivi multidisciplinaire pendant la grossesse », Archives de pédiatrie 2011;18:1130-1138

22. SERREAU R. Passage dans le lait des substances psycho-actives 17 03 2011 DU de périnatalité et addictions.

23. SHIU JR1, ENSOM MH. - Dosing and monitoring of methadone in pregnancy: literature review. Can J Hosp Pharm. 2012 Sep;65(5):380-6.

24. THAJAM D1, ATKINSON DE, SIBLEY CP, LAVENDER T. - Is neonatal abstinence syndrome related to the amount of opiate used? J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2010 Sep-Oct;39(5):503-9. doi: 10.1111/j.1552-6909.2010.01174.x.

25. WOULDES TA, ROBERTS AB, PRYOR JE, BAGNALL C, GUNN TR. - The effect of methadone treatment on the quantity and quality of human fetal movement.- Neurotoxicol Teratol. 2004 Jan-Feb;26(1):23-34.