Conduites addictives et grossesse

Y HAMMOU
HÔPITAL JEANNE DE FLANDRE CHRU LILLE

Conduites addictives et grossesse

- La grossesse considérée à risque pose un problème de santé publique en raison de mode de vie marquée par l'exclusion , la marginalité et précarité
- Le diagnostic de GR tardif ► suivi tardif et mauvaise prise en charge
- La femme enceinte se situe dans l'usage nocif de par le passage des drogues et de l'alcool chez le fœtus
- Toutes les drogues ont des effets délétères sur le fœtus et le nouveau né

Consommations chez les femmes: sources de données

- ***Aucune donnée épidémiologique sur les femmes enceintes.***
- ***Enquêtes en population générale:***
  - **Baromètre santé** *(enquête téléphonique auprès d'un échantillon de 30 000 personnes de 12 à 75 ans représentatives de la population française)*
  - **Escapad** *(enquête sur la santé, les modes de vie et consommations de produits licites ou illicites des jeunes de 17 ans lors de la journée d'appel et de préparation à la défense)*
  - **Espad** *(enquête en milieu scolaire secondaire sur usages, attitudes et opinions relatives aux drogues)*

Consommations de drogues chez les jeunes

Expérimentations à 17 ans *(en %):*

[Source: ESCAPAD 2005, OFDT]

	Garçons (n=14 935)	Filles (n=14 458)	Ensemble (n=29 393)	Sex ratio
Alcool	93,4	91,2	92,3	1
Tabac	71	73.5	72.2	0.9
Médicaments psychotropes	11.3	28.8	19.9	0.4
Cannabis	53.2	45.6	49.5	1.1
Poppers	6.2	4.8	5.5	1.3
Cocaïne	3	2	2.5	1.5
Champi hallu	5.2	2.1	3.7	2.5
Ecstasy	4.2	2.8	3.5	1.5
Colles et solvants	3.9	3.2	3.5	1.2
LSD	1.3	0.9	1.1	1.4
Amphétamines	2.6	1.8	2.2	1.4
Héroïne	0.8	0.6	0.7	1.3

En population générale adulte:

Usages réguliers* et usages dans l'année** de 18 à 64 ans *(en %): [Baromètre Santé 2005, INPES]*

	Hommes (n=11 624)	Femmes (n=12 122)	Ensemble (n=23 746)	Sex ratio
Alcool *	28,6	9,7	18,9	3
Tabac *	33,5	25,6	29,5	1,3
Méds psychotropes *	13,8	24,3	19,3	0,6
Cannabis *	4,2	1,2	2,7	3,5
Poppers ** =nitrites	0,8	0,3	0.6	2,6
Cocaïne **	0,9	0,3	0,6	3
Champignons hallu **	0,4	0,1	0,3	4
Ecstasy **	0,7	0,2	0,5	3,5
Colles et solvants **	0,2	0,1	0,1	2
LSD **	0,2	0,0	0,1	
Amphétamines **	0,2	0,1	0,2	2
Héroïne **	0,2	0,1	0,1	2

TENDANCES 2000-2005:

Les usages de drogues des adolescents et des jeunes adultes entre 2000 et 2005, en France

- ***Tabac:*** **baisse légère depuis fin années 90**
  baisse âge 1ère cigarette= 13.7 en 2000 et 13.4 en 2005
- ***Alcool:*** **consommation globalement stable**
  mais augmentation +++ des ivresses alcooliques de 2003 à 2005
  à 17 ans 60% ≥ 1 fois = « *binge drinking* »
- ***Cannabis:*** **augmentation de 2000 à 2002 puis stagnation**
  à 17 ans: expérimentation = 1 sur 2
  usage régulier = 1/10
  usage quotidien = 1/20 - en augmentation
- ***Autres illicites:*** **à 17 ans, 12% ont expérimenté ≥ 1 produit**
  augmentation cocaïne-crack, amphétamines-ecstasy, champignons hallucinogènes, poppers ...

Cohorte GEGA: **260 NN de mères substituées**
consommations associées au traitement de substitution =

7

Seules 23 femmes sur 259 (9%) ne consomment que le traitement de substitution.

- ***Tabac = 86%***
- ***Cannabis = 33%***
- ***Alcool = 25%***
- ***Médicaments psycho-actifs (mésusage)= 22%***
- ***Héroïne = 16% Cocaïne = 9%***
- **16% des 159 femmes sous *SUBUTEX* ®**
  se l'injectaient.

Quand et comment « repérer »
ou informer ces (les) femmes ?

8

Le principal obstacle est donc dans la tête des professionnels de la Périnatalité:

- **Apprendre à parler simplement avec les femmes de leurs consommations de produits psycho-actifs illicites et licites et c'est le plus souvent facile: les femmes enceintes dans un déni farouche sont finalement assez rares.**
- **Le plus tôt possible, dès la première consultation, en renseignant le dossier de grossesse**
- ***« entretien dit du 4ème mois »…***
- **Avec ou sans l'aide d'auto-questionnaires regroupant des données sur le mode de vie: alimentation, consommations diverses, sport, travail, déplacements,…**
- **Avec un réseau de consultants en cas de dépendance (tabacologue, alcoologue, addictologue,…)**

Grossesse et cannabis

9

- Plus de 4 millions d'usagers en 2004
- 850000 usagés réguliers (plus de 10fois/mois) soit 7% des jeunes filles de 17 ans
- 450 000 usagers quotidiens
- Le cannabis est la plus utilisée des substances psycho actives
- Sa dangerosité et sa législation sont souvent discutées
- Son usage est nocif chez la femme enceinte de par le passage vers le fœtus des effets délétères vers le cerveau

Grossesse et cannabis

10

- Psychotrope puissant :tétra hydro cannabinol (THC)
- Fumée marijuana ou herbe 1à 5% de THC
- Résine chauffée et mélangée au tabac haschich ou shit
- Très liposoluble : tissus riches en lipides (cerveau +++), tissus graisseux et foie
- D'action lente :
- Redistribution tardive du produit dans l'organisme.
- F enceinte : THC passe la barrière placentaire /fœtus
- Au niveau fœtal : métabolisme hépatique (immature) élimination rénale

Évolution des produits consommés

11

► La teneur en THC augmente en France depuis 1996.(mura et al .2001)
(Résultats de 5152 analyses entre 1993et 2000)

► Cette tendance est due à l'apparition d'échantillons extrêmement concentrés: en 2005, 54% > 10% en THC et 12%>15%.
Teneur moyenne de (rue) ≈ 10 ,7 %

► Les modes de consommation ont aussi évolué avec le développement des (douilles bongs)

▪Effets du cannabis sur le fœtus et Nné

12

- Croissance fœtale : ↓100 g / 1 joint /s
- Age gestationnel : ↓ 1 semaine / 5 joints /s
- Accouchement : davantage de travail dystocique , 2x plus d'inhalation méconiale
- **Le nouveau- né :** trouble du sommeil
  ↑ mouvements corporels
  ↑ des temps d'interruption du sommeil
  Troubles du comportement : trémulations ,↓ puissance des pleurs
  ↓ réponse visuelle aux stimuli lumineux
  MSN : pas de données car Tabac associé
  Aspects cognitifs observés chez l'enfant +++

Cannabis : que retenir ?

13

- Nécessité de recherches complémentaires
- Recommandations des femmes enceintes :HAS 2006 : dossier informatisé :version AUDIPOG à l'échelle nationale pour le partage des informations et préserver la confidentialité
- Dépistage systématique (non jugeant dans les contextes à risque dont la grossesse) utilisation de questionnaires validés tel que le CAGE ,ALAC, CAST : outils de repérage standardisée lors des consultations prénatales .
- Cannabis et développement cognitif?

► CO morbidité alcool et autres drogues , faible niveau socio économique ....= grossesse à risque

Grossesse et cocaïne

14

Epidémiologie

✓ 3% de la population adulte (OFDT en 2005)

En France 850 000 expérimentateurs et 150 000 usagers occasionnels selon OFDT en 2002 . Augm importation et de l'usage de la cocaïne en France

✓ 10% des demandes de soins addictologie en Europe

✓ données épidémiologiques se rapprochent à celle des Etats unis

Physiopathologie

✓ Grande toxicité car substances vasoconstrictrices ++

✓ Diffusion vers le système central (système noradrénergique

✓ Bloque les récepteurs de la Dopamine

Durée d'action courte

Versant placentaire :

Diffusion massive

VC flux utero placentaire et transfert d'oxygène , HRP

Versant fœtal :

Concentration =1

Diffusion vers SNC (+++) vasoconstriction

GROSSESSE ET COCAINE

15

► Effet sur la grossesse

Avortement spontanés

- Accouchement prématuré pré éclampsie
- HRP
- Mort maternelle par infarctus du myocarde

► Effet sur le fœtus ☹ (malformations fréquentes)

- microcéphalie
- Anomalie de la migration neuronale
- Perturbations des phénomènes adaptateurs respiratoires CO_2 MSN
- Anomalies architecturales vasculaires cérébrale
- RCIU sévère si associé au tabac

► A la naissance :

- Poids plus faible à la naissance
- Taille plus petite , périmètre crânien plus petit

➢ Chez l'enfant : risque sur le comportement et les aspects cognitifs

Cocaïne et grossesse

16

En résumé :

- La consommation de cocaïne pendant la grossesse n'est pas exceptionnelle (milieux urbains et défavorisés / états unis surtout avec le Crack (faible prix et facilement inhalée)
- Addiction à la cocaïne est une conduite de consommation compulsive répétitive incontrôlable distinguer l'usage simple/ U compulsif
- Substances vasoconstrictrices (+++)
- Complications vasculaires graves
- Malformations fœtales fréquentes
- Sevrage chez la mère: pas de médicaments sauf urgence trt sédatif (BZD ou Neuroleptique)
- produit de substitution : Méthadone possible

GBR 12909 :inhibiteur de la recapture de Dopamine

Bactofène : Agoniste GABA B (20 à 40mg/j) en expérimentation

Anti spastique, antiépileptique

Thérapies comportementale s

Opiacés

17

- **Produits** : dérivés de pavot (coquelicot blanc → bassin méditerranéen → orient)
- Suc laiteux : opium , codéine , morphine → héroïne

dérivé semi synthétique (manipulation chimique)

diacethyl morphine = poudre blanche

- **Utilisation** : opium (fumer – manger – injecter)

héroïne : Voie intraveineuse

(pureté 5- 20%) Voie intramusculaire

Voie sous cutanée

coupés par caféine, lactose ,talc, aspirine, farine.

Diffusion vers le SNC chez la mère , durée d'action rapide .

1. Diffusion placentaire rapide et passive
2. Passage SNC fœtale /diminution de la maturation des cellules nerveuses et vers les tissus entrainant RCIU

Dépendances ► risques maternels

18

- **1 Complications médicales:**

& Infections :

→ voie intraveineuse: infections virales (VHC , VHB , VIH)

endocardite

Pathologie pulmonaire: TBC , abcès pneumonie

→ Voie sous cutanée: abcès- cellulite

& Maladies sexuellement transmissibles /conjoint

& Dénutrition , overdose couple instable avec couple +/- toxico

- Absence de malformations chez le foetus
- Dépendance ► Aménorrhée► diagnostic tardif de grossesse► peu ou pas de suivi prénatal ►

↑ **Risques fœtaux :**

Accouchement prématuré

RCIU : sévère si association avec d'autres produits

métrorragies du 3ème TR chorioamniotite , décès fœtal .

GROSSESSE ET DEPENDANCE AUX OPIACES
Conséquences en l'absence de substitution

19

1. Pendant la grossesse:
- **Mauvais suivi de grossesse**
  corrélé à: - précarité, pathologies psychiatriques
  - mode de vie chaotique, polyconsommations
  - prématurité, petit PN.
- **Conséquences fœtales de l 'exposition aux opiacés**
  = souffrance fœtale anoxique voire MFIU
  = +++ épisodes de sevrage.

2. Conséquences néonatales:
- **Syndrome de sevrage néonatal, de sévérité variable, imprévisible.**
- **Troubles de l 'attachement mère/enfant**
  = mère très déstabilisée après l 'accouchement,
  réaugmentant ses consommations de produits.

PRISE EN CHARGE GLOBALE
d'une femme enceinte,
ayant par ailleurs des facteurs de risque

20

- **Le traitement de substitution doit être intégré dans la prise en charge globale médico-psycho-sociale chaleureuse d 'une grossesse à risques**
  - par une équipe pluri-disciplinaire assurant un suivi personnalisé,
  - en réseau ville-hôpital.
- **Avec des discours homogènes.**
- **Avec comme objectif affiché de favoriser le lien parents/enfant.**
- **Cette prise en charge globale doit se poursuivre après la grossesse.**

Prise en charge obstétricale

21

- Entretien clinique : Surveillance attentive et précoce
  retracer l'histoire de l'usage de SPA :
  Les périodes d'abstinence et prise en charge thérapeutiques
  Sevrage ou substitution par qui et comment?
  Prévention MAP et prématurité : SF à domicile
  Les conséquences médicales et hospitalisations
  Les infections VHB VHC VIH .....
- Les Conséquences sociales et familiales
  Noter les conditions nutritionnelles
  L'informer sur l'arrêt brutal des opiacés : Si prise d'opiacés proposer un traitement de substitution
- Syndrome de manque possible
  biologie dosage urinaire : immuno enzymatique
  Prise en compte de la dépendance réelle des produits consommés
- mise en place de suivi à domicile avant et après l'accouchement

Examen clinique : Echographie ++++

OBJECTIF PRIORITAIRE :

22

- **Ces femmes doivent être le mieux équilibrées que possible pendant la période vulnérable du post-partum,**
- **pour qu'elles puissent participer aux soins de leur nouveau-né et être valorisées dans leur fonction parentale, pour une mise en place harmonieuse du lien mère/enfant.**

RESEAUX VILLE - HOPITAL
CONDUITES ADDICTIVES

23

RESEAUX QUI COLLABORENT:

- structure Périnatale ,psychiatrique de la clinique Fontan et le CITD : Clinique de la charité
- hôpital Jeanne de Flandre
- médecins de ville et les PMI
- le service social (conseil général du Nord)

Prise en charge multidisciplinaire et en Réseaux des femmes enceintes abusant de substances psycho-actives, accès à la substitution, soutien psycho-social pendant et après la grossesse.

- **Actions de formation et de sensibilisation des professionnels et d 'information du public autour de la prévention du SAF.**

COHORTE GEGA: 260 NN de mères substituées
Qualité du lien parents/NN

24

- **92 % lien mère/NN satisfaisant**
  excellent 54 % + bon 38 %
  59 % pères très présents
- **96 % sortis avec leur mère**
  61% avec leurs père et mère
- **11=4 % placés**
- **Aucun décès**

Séparations mère-enfant:
corrélations significatives avec logement précaire:
déficit +++ de structures d'accueil et de soutien mère/enfant.
La précarité et les pathologies psychiatriques sont beaucoup plus liées aux séparations que les consommations de produits.

Substitution :

25

- Dialogue possible
- Amélioration de la vie familiale et professionnelle
- Modification du mode de vie
- Suivi prénatal normal avec diminutions des complications (+++)

Patiente sous Méthadone: 1995 en France

Pas de différence de poids avec grossesse normale et bien suivie
Médicament le mieux adapté pendant la grossesse chez les femmes dépendantes à l'héroïne
Pas de risque tératogène, sd de manque possible
risque de MAP
Poursuivre la prescription : liaison avec le médecin du centre spécialisé
Allaitement possible (faible quantité 3%/kg /dose)
Pic de concentration lait 2 à 4 heures/ la prise

Patiente sous Subutex ou Buprénorphine Cp de 0,4 , 2mg , 8mg .

- Voie sublinguale (agoniste partiel des récepteurs K : opioides
- Demie vie :24 heures
- Prescription: hebdomadaire (médecin)
- Posologie : jusqu'à 16 mg / 24h
- Interaction: Alcool et benzo (↑ effet sédatif)
- AMM pendant la grossesse en 2005

SYNDROME DE SEVRAGE DES NN DE MERES TOXICOMANES

26

- **= CONSEQUENCE DU SEVRAGE BRUTAL A LA NAISSANCE D 'UNE INTOXICATION CHRONIQUE IN UTERO PAR :**
  - **+++ OPIACES**
  - **et BENZO**
  - **et fortes consommations d'autres produits**
  - **psychotropes dont alcool et tabac**
  - **+++ POLYCONSOMMATIONS**
- **individuellement imprévisible.**

ALCOOL : *danger* +++

27

LEMOINE P, HAROUSSEAU H, BORTEYRU JP, MENUET JC. Les enfants de parents alcooliques: Anomalies observées. A propos de 127 cas. Ouest Med 1968 ; 8 : 476-82.

- **LE SEUL TERATOGENE DES PRODUITS D 'ADDICTION**
- **≥ 5% des QI < 80 et des malformations**
- **CE DANGER EST PEU CONNU du grand public et de beaucoup de professionnels**
- **PEU RECHERCHE ET PEU EXPLIQUE aux femmes enceintes**

mais ça va plutôt mieux ...

Relations dose / effets:

- **EFFET FŒTAL :**
  - **dose/dépendant, mais modulé par une sensibilité individuelle variable,**
  - **précoce et continu pendant toute la grossesse**
  - **lésions cérébrales +++**
- **ARRET DE L 'ALCOOL :**
  - **pendant = amélioration du pronostic**
  - **avant = enfant normal**

SAF : relation dose / effets

28

- **La gravité des anomalies fœtales et des troubles cognitifs ultérieurs est corrélée à l 'intensité et à la durée d 'exposition fœtale à l 'alcool**
  - ***STREISSGUTH AP , ... Alcohol Clin Exp Res 1994 ; 18 : 202-18.***
  - ***Corrélation +++ dose / effet pour les troubles cognitifs à 14 ans***
  - ***+++ épisodes d 'alcoolisation aiguë***
  - ***+++ pics d'alcoolémie***
- **Sans seuil minimum sans risque**
  - ***MILLS JL , ... JAMA 1984 :252 : 1875-9 .***
  - ***Augmentation S taux RCIU pour 1 verre/jour vs abstinentes***

SYNDROMES D 'ALCOOLISATION FŒTALE

29

Diagnostic Guide for Fetal Alcohol Spectrum Disorders
Third edition 2004 - FAS Diagnostic and Prevention Network
University of Washington - *« http://depts.washington.edu/fasdpn »*

- **DYSMORPHIE FACIALE CARACTERISTIQUE**
- **Et RETARD DE CROISSANCE PRE ET POST-NATAL**
- **± MALFORMATIONS : *pouvant être isolées***
  - **cérébrales : microcéphalie +++**
  - **hypoplasie corps calleux , cervelet ...**
  - **cardiaques , ...**
- **Et TROUBLES DU DEVELOPPEMENT**
  - **neuro-comportemental , de la socialisation**
  - ***pouvant être isolés***

Score de LIPSITZ:

SIGNES	SCORE			
	0	1	2	3
Trémulations : Activité musculaire des membres	Absentes Normale	Légèrement augmentées par des stimulations ou par le jeûne	Augmentation modérée ou forte au repos, calmée par l'alimentation ou le berçage	Augmentation forte ou continue au repos ± mouvements de type convulsifs
Irritabilité cris excessifs	0	Légère augmentation	Augmentation modérée ou forte par des stimulations ou par le jeûne	Forte augmentation même au repos
Réflexes	Normaux	Accentués	Très accentués	
Tonus musculaire	Normal	Hypertonie	Rigidité	
Selles	Normales	Liquides, en jet mais de fréquence normale	Liquides, en jet et > 8/j	
Lésions cutanées	O	Rougeurs genoux, coudes	Erosions	
FR/mn	< 55	55 - 75	> 75	
Eternuements répétés	Non	Oui		
Baillements répétés	Non	Oui		
Vomissements	Non	Oui		
Fièvre	Non	Oui		

TRAITEMENT DU SSNN toujours: +++ NURSING

31

- **Au mieux en chambre « kangourou ».**
- **Diminution des stimuli visuels, auditifs,...**
- **Berçage, câlins , peau à peau ... MERE +++**
- **Allaitement maternel +++ :**
- **Ces mères bien équilibrées par une substitution et bien préparées par une prise en charge médico-psycho-sociale pendant la grossesse participent beaucoup mieux et très efficacement aux soins de nursing de leur nouveau-né; valorisées dans leurs compétences parentales, elles adhèrent ensuite encore mieux au programme thérapeutique qui leur est proposé pour elles même.**

- **SOUTIEN PSYCHO-SOCIAL PROLONGE.**

TRAITEMENT MEDICAMENTEUX: = score > 8-10 et/ou troubles digestifs intenses

32

- ***CHLORHYDRATE DE MORPHINE PO*** **10ml = 10mg**
  - **0.5 mg/kg/j en 4 à 6 prises,**
    éventuellement augmenté à 0.75 - 1 mg/kg/j
  - **posologie progressivement diminuée par paliers de 2-4 j.**
- **Ou sulfate de morphine, teinture d'opium,...**

- ***Gardénal* : 20 mg/kg IV puis 4-5 mg/kg/j PO**
  - **troubles neuro sévères, convulsions vraies**
  - **SSNN prolongés sous chlorhydrate de morphine?**
  - **autres SSNN ≠ opiacés ?**
- ***Largactil* 0.5 mg/kg/6H**
  = troubles digestifs sévères ? un essai en cours (Montpellier).
- ***VALIUM* = NON**

CES FEMMES PEUVENT-ELLES ALLAITER ?

33

- **CI absolue = VIH (la seule pour le GEGA).**
- **VHC + : pas de CI même si PCR +.**
- **Méthadone, subutex = très faible passage dans le lait de mère, sans aucun effet sur le NN.**
- **Alcool: pic de concentration à + 20 mn**
  taux nul < + 3h ***(CHIEN YC,... Alcohol 2005; 37: 143-50).***
- **Tabac: patch +++ ou pas moins de 2h avant la tétée.**
- **Cannabis, cocaïne ?????**

Prise en charge pédiatrique du NN et sortie à domicile

34

Elles se préparent le plus tôt possible pendant la grossesse, au sein de l'équipe pluridisciplinaire

= réunions de synthèse avec sage femme
pédiatre
psychologue
assistante sociale
équipe de liaison d'addictologie
équipes de secteur ++PMI
réseaux périnatalité, addictions

Pour:
- **Analyser les vulnérabilités psycho-sociales: mode de vie, ressources, logement, soutiens familiaux et/ou amicaux,...**
- **Et élaborer, avec le couple ou la femme, un dispositif de soutien si nécessaire**

Avec comme objectif affiché de favoriser le lien parents/enfant.

Modalités de sortie de maternité ou de néonatologie:

35

- ***A domicile*: bébé + mère ± père**
  domicile personnel ou hébergement familial ou amical
  ou structures avec encadrement: appartements thérapeutiques de CSST,...
  Ressources = PMI, TISF, ...
  ou AEMO judiciaire.

- ***En centre maternel mère enfant (séjour provisoire)***
  Pour évaluer et favoriser la fonction parentale et essayer d'améliorer le contexte social, en vue d'une sortie à domicile ou d'un placement "consenti" avec maintien du lien.

- ***Placement*** en structure ASE (pouponnière ou famille d'accueil) après signalement judiciaire et OPP ++ avec maintien du lien familial
  = pathologie psychiatrique grave, extrême précarité, SDF...
  mère disparue après l'accouchement...

CONCLUSIONS

36

- **La grossesse est un moment privilégié pour mettre en place ou renforcer un soutien pluri-disciplinaire et en réseau, à long terme, qui améliore le pronostic périnatal (+++ prématurité) et qui peut améliorer la qualité de vie de l 'enfant et de ses parents.**

- **Le traitement de substitution n 'est qu 'un élément de cette prise en charge; le plus important est un changement de regard, plus humain et chaleureux, envers ces familles.**

- **La participation active de la mère aux soins de nursing de son bébé améliore clairement son évolution et diminue le recours au traitement médicamenteux; elle améliore aussi l'adhésion de beaucoup de mères aux soins qui leur sont proposés pour elles.**