

FICHE TECHNIQUE CONSOMMATION D'OPIACÉS PENDANT LA GROSSESSE

RAPPELS

OPIACÉS = héroïne, sulfate de morphine (Moscontin®, Skénan®...), dérivés codéinés (Néocodion®, Codoliprane®...), antalgiques (Oxycontin®, Tramadol®...) et traitements de substitution aux opiacés "TSO" (méthadone, buprénorphine haut dosage : Orobupré® Subutex®).

Les opiacés ne sont pas tératogènes. La succession de périodes de manque en cas de dépendance à l'héroïne ou à des morphiniques à demi-vie courte induit stress fœtal et hypercontractibilité utérine.

Les opiacés induisent une majoration du risque d'accouchement prématuré (15%), d'hypotrophie (30%), de souffrance fœtale aiguë pendant l'accouchement (25%), de césariennes (30 %), de syndrome de sevrage du nouveau-né (78%).

Le pronostic néonatal est amélioré en cas de traitement de substitution aux opiacés (TSO) et de prise en charge pluridisciplinaire.

Ces grossesses sont à très hauts risques et doivent être suivies de façon rapprochée et dans un esprit de travail en réseau personnalisé.

COMMENT EVALUER LES CONSOMMATIONS

- **La fréquence** : occasionnelles, quotidiennes ou pluriquotidiennes.
 - **Produit** : héroïne, surconsommation ou mésusage de traitement opiacé ou de TSO.
 - **Mode de prise** :
 - héroïne sniffée, fumée, injectée
 - mésusage du TSO (sniffé, injecté)
- (Prendre tension aux 2 bras pour rechercher traces d'injection)
- **3 situations** :
 - ✓ Quelques sniffs en début de grossesse puis arrêt
 - ✓ Traitement de substitution prescrit (nom de prescripteur et délivrance pharmacie ou CSAPA) bien équilibré
 - ✓ Héroïne pendant la grossesse et/ou mésusage de traitement et/ou association avec alcool, cocaïne, benzodiazépines...

EVALUER LA SITUATION GLOBALE

	<i>Eléments favorables</i>	<i>Eléments inquiétants</i>
Consommation	Traitement prescrit	Héroïne ou médicaments opiacés et dérivés sans prescription
Mode de consommation : produit et mode de prise	-Buprénorphine haut dosage ou méthadone - Bonne observance thérapeutique Traitement pris en 1 ou 2 fois / j	-Héroïne ou médicaments sniffés ou injectés -inobservance du traitement -automédication de TSO
Conjoint, co-parent, entourage	Non consommateur ou substitué, au courant et qui accepte la grossesse sous TSO	Consommateur ou ignorant la dépendance de la mère ou refusant le TSO
Suivi médical	Assidu Problèmes dentaires/ hépatiques absents ou suivis ou traités	Pas à jour Mauvais état de santé
Contexte obstétrical	Découverte précoce de la grossesse, suivi régulier	Découverte tardive, suivi irrégulier ou absent
Problèmes sociaux ou psychologiques	Absents ou modérés	Présents
Consommations associées	Absence ou tabac exclusif	Alcool, cocaïne, benzodiazépines, autres drogues

QUELLES REPONSES APPORTER ?

« Le manque d'opiacé au cours de la grossesse provoque des contractions, fragilise le fœtus et peut entraîner son décès. La substitution par méthadone ou buprénorphine haut dosage REDUIT LES RISQUES POUR LA GROSSESSE et AMELIORE LA SANTE DE L'ENFANT. Votre grossesse est une grossesse à risque qui nécessite une prise en charge spécialisée en lien avec les professionnels qui vous entourent »

QUE FAIRE ?

	Arrêt des consommations	Traitement de Substitution aux Opiacés (TSO) bien équilibrée	Héroïne ou mésusage de traitement opiacé ou de TSO
Attitude du consultant	<p>Féliciter d'avoir pu en parler. Rassurer. Être discret par rapport à l'entourage. Evaluer les consommations à chaque consultation</p>		
Collaboration avec les addictologues	Proposer consultation avec un addictologue pour préparer l'après grossesse	Demander un courrier au médecin prescripteur précisant le traitement de la patiente et l'associer au suivi	Initier ou équilibrer un TSO par un médecin addictologue (CSAPA ou Hosp...) en ambulatoire ou si besoin (à la demande) en hospitalisation (maternité, service d'addictologie hospitalier, psychiatrie)
Suivi de grossesse	A1*	A2** rapproché A 28SA : contrôle écho biométries + col utérin monitoring fœtal tous les 15j à domicile	A2** rapproché ts les 15j Echo morpho référent + biométries 1x/mois. Suivi alterné obstétricien / sage-femme ou sage-femme addicto en milieu obstétrical. 28 SA : monitoring fœtal hebdomadaire à domicile
Travail en réseau	<ul style="list-style-type: none"> -Proposer entretien prénatal précoce pour évaluer situation globale. -Préparation à la naissance et suivi à domicile par sage-femme de proximité libérale ou PMI -Présentation en staffs MPS si éléments inquiétants avec accord de la patiente -Proposer un soutien pédopsychiatrique (ou psychologue de maternité ou psychologue réseau) au cas par cas pendant la grossesse et après l'accouchement -Anticiper le retour au domicile et évaluer les conditions d'accueil de l'enfant 		
Hospitalisations		-Cs anténatale avec un pédiatre entre 26 et 34 SA -Visite de la maternité (salle de naissance, suites de couches, néonatalogie...). Informer d'une hospitalisation mère nouveau-né plus longue (7 jours à 21 jours) -Consultation d'anesthésie (interaction médicamenteuse TSO et opiacés) - Intérêt d'un référent pour la coordination du suivi	
Quand et pourquoi rechercher les toxiques	-Bilan étiologique si MAP sévère, RCIU, HRP, MFIU (recherche dans les urines : opiacés, méthadone, buprénorphine, cannabis, cocaïne, amphétamines, benzodiazépines). A l'accouchement recherche dans les urines maternelles et/ou dans le méconium et/ou dans le sang pour anticiper la prise en charge de l'enfant, en informer la mère		
Accouchement	Niveau 1, 2, 3	Niveau 2, 3 conseillé Faire Ag Hbs, Ac anti HVC, Ac anti HIV si injection ou sniff ou pas de résultats récents. Informé de la naissance les intervenants en addictologie, libéraux , la psychologue si suivi et la PMI	
Suites de couches	Pas d'hospitalisation du bébé	<ul style="list-style-type: none"> -Communiquer avec la mère : être attentif à l'expression de ses émotions, la soutenir dans l'épreuve que représente le sevrage de son enfant. Être vigilant / risque de dépression du post partum -Examen attentif de l'enfant (risque ETCAF si alcool en début de grossesse). -Surveillance du bébé par score de Finnegan en maternité ou en pédiatrie (à faire en présence des parents). -le syndrome de sevrage débute en moyenne à H38 si buprénorphine et H43 si méthadone : allongement de la durée d'hospitalisation mère-enfant. -ne pas séparer la mère et le nouveau-né -Favoriser le peau à peau. Eviter les stimuli (bruit lumière) -Organiser contact mère-puéricultrice PMI avant sortie. Proposer le passage de l'ELSA. 	
Allaitement	Favorisé	Favorisé	Contre indiqué
Suivi de l'enfant	Suivi habituel	Suivi spécifique de nouveau-né vulnérable si poly consommations + prématurité. Suivi puéricultrice de PMI conseillé.	
Contraception	A adapter en fonction tabagisme	Proposer une contraception avant la sortie (plutôt implant dès la maternité ou DIU à distance)	

* **Suivi A** : suivi de grossesse à bas risque, ** **Suivi A1**: l'avis d'un gynéco et/ou d'un autre spécialiste est conseillé (HAS 2007 : suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées)