

# Grossesse et addictions : effets des substances psychoactives - CAT

|  | Risques malformatifs   | Effets sur la grossesse  | Effets sur l'enfant   | Effets sur la lactation  |
|--|--|--|---|--|
| <b>Alcool</b>                                      | <b>Toxicité cellulaire</b> majeure : système nerveux central, cœur, face, squelette...<br><b>Anomalies cérébrales</b> (agénésie corps calleux, giration...), oculaires, auditives, organes génitaux... | Fausse couches (FCS), retard de croissance intra utérin (RCIU), mort fœtale in utero (MFIU)  | Possible syndrome de sevrage modéré (irritabilité) en cas d'alcoolisation quotidienne jusqu'à l'accouchement.<br><b>Syndrome d'alcoolisation fœtal complet</b> (hypotrophie, microcéphalie, dysmorphie du visage) <b>ou partiel</b> .<br><b>Risques +++ d'instabilité émotionnelle et de troubles du développement, des apprentissages, des fonctions exécutives</b> , retard mental. | Passage dans le lait, élimination en 3h environ.<br>Diminution du réflexe d'éjection lors de consommations d'alcool régulières ou importantes. |
| <b>Tabac</b>                                       | Etudes avec résultats discordants (fentes palatines ?)   | Hypoxie et toxicité : FCS, risque >2 pour menace d'accouchement prématuré (MAP), hématome rétro placentaire (HRP), rupture prématurée des membranes (RPM), RCIU, MFIU. | Possible syndrome de sevrage modéré à type <b>d'irritabilité, de coliques</b> , de troubles du sommeil.<br>Plus d'affections broncho-pulmonaires et ORL, de mort subite du nourrisson.  | Passage dans le lait. Elimination en 3h environ.   |
| <b>Cannabis</b>                                    | Etudes avec résultats discordants (fentes palatines ?)   | Hypoxie et toxicité liée à la fumée : FCS, MAP, HRP, RPM, RCIU, MFIU. Perturbation du travail obstétrical.   | <b>Idem tabac</b><br>+ possibles troubles du développement et du comportement.  | THC se concentre dans le lait lors de consommation quotidienne, Elimination lente.   |
| <b>Benzodiazépines</b>                             | Actuellement non démontré  | Rythme cardiaque fœtal moins oscillant, moins réactif  | Selon la demi-vie, risque de <b>syndrome d'imprégnation</b> (sommolence, hypotonie, hypothermie, troubles de la succion) <b>puis</b> parfois syndrome de <b>sevrage modéré</b> (irritabilité, troubles du sommeil)  | Effet dose dépendant<br>Et passage dans le lait (site du CRAT et <a href="http://www.e-lactancia.org">www.e-lactancia.org</a> )                |
| <b>Héroïne</b>                                     | Non  | Hypercontractibilité utérine, stress fœtal : FCS, MAP, RCIU, souffrance fœtale aigue (SFA), MFIU   | Risque de prématurité, hypotrophie, mort subite du nourrisson.<br><b>Syndrome de sevrage</b> dans environ 75% des cas.  | Passage dans le lait peu connu.<br>Incertitude sur la nature des produits de coupage et leur nocivité.   |
| <b>Méthadone<br/>Buprénorphine<br/>haut dosage</b> | Non  | Risques diminués par rapport à prise d'héroïne   | Si bonne observance du traitement et pas de consommation concomitante, les données sont nombreuses et rassurantes. A ce jour, aucun effet spécifique sur le développement neurologique n'est retenu.<br><b>Syndrome de sevrage.</b>   | Faible passage dans le lait, sans incidence connue sur l'enfant.<br>N'évite pas le syndrome de sevrage mais favorise le lien mère-enfant.      |
| <b>Cocaïne</b>                                     | Possibles, par hypoxie et ischémie sévère précoce  | Vasoconstriction, hypoxie et ischémie, induction de contractions utérines : FCS, MAP, RCIU, SFA, MFIU, HRP, IDM (?), AVC, troubles psy : agressivité, paranoïa         | Risque de prématurité, hypotrophie, syndrome d'imprégnation à type d'irritabilité, mort subite du nourrisson, doute sur risque d'ischémie myocardique. Hyperexcitabilité suivie de léthargie et hypotonie, irritabilité   | Passage dans le lait peu connu avec précision, plutôt élevé.   |
| <b>Amphétamines<br/>Ecstasy</b>                    | Possibles : cardiopathies, atresie des voies biliaires, fentes labio palatines   | MAP, RCIU, HRP, MFIU, HPP<br>Conso chronique : déficit intellectuel et cognitif  | Risque de prématurité.<br>Sommolence, troubles de la succion, syndrome de sevrage à type d'irritabilité.  | Passage dans le lait important si consommation régulière   |

Les effets cités correspondent à une augmentation statistiquement significative du risque relatif de la consommation du produit en tenant compte des autres facteurs de risque.

# Grossesse et addictions : effets des substances psychoactives - CAT

|  | Suivi de grossesse -Conso - N 1-2-3. Conso + N 2-3  | Addictologie  | Nouveau-Né   | Allaitement maternel  | Contraception<br><i>Evaluer la capacité de l'observance</i>         |
|--|---|---|--|---|---|
| <b>Alcool ≥ 4verres au moins 2 fois pendant la grossesse ou alcoolisation quotidienne ≥ 2 verres</b> | A1*-A2** Cs SF et gynéco en alternance ts les 15j + ERCF 1x/15j.<br>Echo morpho par référent+. Biométries 1x/mois. DAN.<br>Cs anténatale pédiatre<br>Staff msp  | Si dépendance physique : sevrage en hospitalisation, hydratation, anxiolytiques, vitamines B1B6, Magnésium, Aota® possible (Acamprosate)  | Surveiller comportement en maternité, nursing, Faire bilan pédiatrique, surveillance à prolonger au moins jusqu'à 7 ans          | A discuter au cas par cas, Si projet d'allaitement, soutenir l'abstinence   | DIU implant   |
| <b>Tabac</b>   | Si arrêt tabac (-) « à bas risque »<br>Si tabac (+) : A1, milieu obstétrical. Avis dentaire.<br>Mesure CO salle accouchement et TSN en début de travail.  | Sevrage ambulatoire +/- substitution nicotinique patch 16h ou orale<br>Soutien psychologique.<br>Approche cognitivo-comportementale   | Surveiller comportement (irritabilité)<br>Nursing  | Si projet d'allaitement, à favoriser<br>Si poursuite tabac, fumer de préférence après la tétée.<br>CI absolue co-sleeping (FDR+++MIN) | En fonction de l'âge, des comorbidités, volonté de future grossesse |
| <b>Cannabis plusieurs fois par mois, plusieurs fois pendant la grossesse</b>                         | A1** « à bas risque »<br>Cs anténatale pédiatre<br>Coordination anténatale par référent<br>Staff MPS<br>Acct 1-2-3  | Sevrage ambulatoire +/- substitution nicotinique patch 16h ou orale et/ou psychothérapie +/- anxiolytique suivi addicto   | Surveiller comportement (irritabilité). Nursing<br>Addicto<br>Suivi par médecin Tbles du dév                                     | A discuter au cas par cas, Si projet d'allaitement, soutenir l'abstinence<br>Pas de co-sleeping                                       | En fonction de l'âge, des comorbidités, volonté de future grossesse |
| <b>Benzodiazépines (prises quotidiennes)<br/>Psychotropes</b>  | cs SF et gynéco en alternance ts les 15j + ERCF 1x/s<br>Echo morpho par référent<br>Cs anténatale pédiatre<br>Cs psychiatre/mois<br>EIPP, staff MPS   | Sevrage possible en hospitalisation, Préférer relai par Atarax® (HYDROXYZINE CHLORYDRATE) ou Seresta® (OXAZETAM)<br>Conseiller un suivi addicto si consommation ancienne et/ou automédication               | Surveiller succion+ somnolence puis irritabilité, nursing, pas de ttt médicamenteux. scopé en sdc : selon avis pédiatre          | A discuter au cas par cas, possible avec basse posologie : cf <a href="http://www.e-lactancia.org">www.e-lactancia.org</a>            | En fonction de l'âge, des comorbidités, volonté de future grossesse |
| <b>Héroïne plusieurs fois par mois, plusieurs fois pendant la grossesse</b>                          | cs SF et gynéco en alternance ts les 15j + ERCF 1x/s à partir 28SA. Echo morpho référent. Dopplers 1x/mois 2, 17, 22, 28, 32, 36 SA + écho col dès 24SA. Sérologies VIH, VHC et B<br>Cs anténatale pédiatre<br>EIPP, staff MPS. Acct N2-3 | Initialisation d'une substitution de préférence par méthadone et en hospitalisation ou au CSAPA<br>Soutien pédopsychiatre ou psychiatre ou psychologue réseau<br>Recherche toxiques si MAP, RCIU, HRP, MFIU | Surveiller avec score de Finnegan ou de Lipsitz<br>Nursing +/- traitement médicamenteux<br>Suivi PMI conseillé et pédiatre formé | discuter au cas par cas, Si projet d'allaitement, soutenir l'abstinence   | Favoriser DIU Implant   |
| <b>Méthadone<br/>Buprénorphine haut dosage</b>   | cs SF et gynéco en alternance ts les 15j + ERCF 1x/15j.<br>Echo biométries 1x/mois + col dès 24SA<br>Cs anténatale pédiatre<br>Staff mps. Suivi rapproché A2**  | Stabiliser, éviter mésusage<br>Adapter posologie: besoin fréquent de fractionner et d'augmenter,<br>Possibilité de faire méthadonémie   | Surveiller avec score de Finnegan ou de Lipsitz<br>Nursing, éviter les stimuli (bruit, lumière) +/- traitement                   | Si projet d'allaitement, à favoriser _____  | Favoriser DIU Implant   |
| <b>Cocaïne plusieurs fois par mois, plusieurs fois pendant la grossesse</b>                          | cs SF et gynéco en alternance ts les 15j + ERCF 1x/s<br>Echo T2 référent. Biométries + col dès 24SA : 1x/ms<br>Cs anténatale pédiatre<br>Suivi rapproché A2**<br>Sérologies HIV Hépat (B et C)<br>Staff MPS                               | Sevrage ambulatoire ou en hospitalisation, pas de traitement spécifique<br>± Tercian (CYAMEMAZINE), Seresta (OXAZETAM)  | Surveiller comportement, Nursing,<br>Holter et cs cardiopédiatre recommandé dans le 1er mois suivi pédiatrique réseau d'aval     | Contre-indiqué<br>A soutenir en l'absence de consommation   | Favoriser DIU, implant  |
| <b>Amphétamines (dont Ecstasy) plusieurs fois par mois, plusieurs fois pendant la grossesse</b>      | cs SF et gynéco en alternance ts les 15j + ERCF 1x/s<br>Echo T2 par référent. Biométries 1x/mois<br>Cs anténatale pédiatre<br>EIPP  | Sevrage ambulatoire, pas de traitement spécifique<br>± Tercian (CYAMEMAZINE), Seresta (OXAZETAM)  | Surveiller comportement, Nursing<br>suivi pédiatrique réseau d'aval  | Contre-indiqué.<br>A soutenir en l'absence de consommation.<br>A discuter au cas par cas avec addicto et pédiatre                     | Favoriser DIU, implant  |

