

# Maternité et toxicomanie : état des connaissances

par le Dr Gérald Van Woensel\* et Dr Ana-Luisa Beyra-Vanneste\*\*

\* Médecin généraliste  
5000 Namur  
\*\* Assistante de Gynécologie  
Hôpital de Jolimont  
7100 La Louvière

**L**e médecin généraliste rencontre probablement peu de patiente enceinte toxicomane. Il est cependant utile qu'il puisse connaître les éléments essentiels du suivi d'une telle grossesse au cas où il se trouverait devant cette problématique.

## PRÉTEST

1. Contrairement au cannabis, l'effet tératogène de la cocaïne a été démontré.
2. La consommation d'héroïne pendant la grossesse est une indication formelle d'avortement.
3. La prise de méthadone par la mère ne semble pas contre-indiquer l'allaitement maternel.

Vrai Faux

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Réponses en page 134.

## ABSTRACT

The follow-up of a pregnant (ex) drug user requires a minimal medical knowledge, including a good knowledge of the fetal and neonatal effects of the illegal drugs and their substitutes. Given the eventual risk of vertical transmission of pathologies in relation with toxicomania, the importance of the follow-up of these conditions acquires a different dimension.

**Keywords:**  
pregnancy, toxicomania.

## RÉSUMÉ

Un suivi de grossesse d'une patiente (ex)usagère de drogues nécessite une connaissance médicale minimale de la problématique. Celle-ci inclut une bonne connaissance des produits illégaux et du traitement de substitution pour leurs effets éventuels sur le fœtus et le nouveau-né. De même, le suivi des pathologies associées à la toxicomanie prend ici une autre dimension vu la possibilité d'une transmission verticale.

**Mots clés:**  
grossesse, toxicomanie.

La prise en charge d'une grossesse de femme toxicomane est un problème complexe et souvent multidisciplinaire. Parmi les disciplines, la médecine tient le haut du pavé. Afin de faire un bon usage de cet art, cet article tentera de faire le point sur les connaissances scientifiques du sujet.

Le lecteur attentif se rendra vite compte qu'il y a très peu de certitude sur les différents éléments de cette prise en charge. Cet article tentera de mettre un terme à certaines croyances pas toujours justifiées sur le sujet.

Il a également comme objectif d'aider le médecin généraliste à suivre médicalement sa patiente dans les différentes étapes qui vont du désir de grossesse à l'éducation d'un enfant.

## SEXUALITÉ

Toutes les drogues ayant une action psycho-active peuvent altérer l'axe hypothalamo-hypophysaire provoquant ainsi des effets néfastes sur le système reproducteur. On retrouvera donc une **baisse de la libido**, des **dysfonctionnements sexuels** et une **diminution de la fertilité**<sup>(1)</sup>. Ces symptômes peuvent se manifester chez l'homme comme chez la femme.

C'est ainsi que beaucoup de patientes toxicomanes présentent, lors de leur consommation, une altération de leur cycle menstruel voire une aménorrhée. Cet état hormonal est certes lié à la consommation de produits mais aussi à leur mode de vie et état nutritionnel souvent chaotiques. **Durant leur toxicomanie, ces patientes sont souvent conscientes de cette diminution de leur fertilité et ne prennent plus les mesures nécessaires de contraception.**

**Dès l'arrêt (ou la diminution) de la consommation, le statut hormonal change et se normalise.** Il est important que le médecin, prenant en charge cette patiente, informe bien cette dernière d'une augmentation probable de sa libido et de sa fertilité. Aussi, il peut être utile de prescrire une contraception ou de réfléchir avec la patiente sur l'éventualité d'une future parentalité: le désir d'abstinence est, en effet, parfois lié à un désir de grossesse.

Ces conseils valent également pour le patient masculin tout au long du traitement.

## QUELQUES EFFETS SUR LA GROSSESSE

### REMARQUES PRÉLIMINAIRES

Il sera question ici de discuter de l'effet de certains produits sur la grossesse et sur le développement de l'enfant. Il faut remarquer qu'il est rarement facile de réaliser des études rétrospectives fiables sur l'effet des drogues illicites. Il est, en effet, difficile de connaître la nature exacte du produit acheté dans la rue puis consommé par la parturiente; de même, le dosage du principe actif est rarement connu.

La réalisation d'études prospectives n'est pas éthique et l'expérimentation animale n'est pas toujours transposable. Non seulement il est difficile de faire fumer un joint à un rat mais il faut aussi considérer un temps de métabolisme différent pour chacune des bêtes testées.

**Toutes les drogues citées ici sont psycho-actives et passent donc facilement la barrière hémato-encéphalique vu leur nature lipophile. Il en va de même pour la barrière placentaire.**

## LE CANNABIS

Il est important de savoir que le principe actif du cannabis (delta-9-tetrahydrocannabinol) produit une diminution de la sensation de soif et de faim ayant éventuellement pour conséquence **dénutrition et déshydratation maternelles** pouvant être répercutées sur le fœtus. De même, cette molécule inhibe la production d'ocytocine et de prolactine; **elle pourra perturber l'allaitement**<sup>(2)</sup>.

Aucun effet tératogène n'a jamais été prouvé pour la prise de cannabis.

Outre, l'effet du delta-9-THC, le cannabis est souvent consommé sous forme de joint et donc accompagné de **tabac** dont les effets néfastes sont bien connus.

Une méta-analyse n'a pas pu démontrer un effet sur le poids de naissance du nourrisson de mère consommant le cannabis<sup>(3)</sup>. De même, il ne semble pas y avoir une augmentation de la mortalité dans les deux premières années de vie<sup>(4)</sup>. Seule une **diminution de la durée de gestation** a pu être démontrée pour les consommateurs importants (plus de 6 x par sem.)<sup>(7)</sup>.

En ce qui concerne les troubles comportementaux de l'enfant, quelques auteurs ont pu **re-marquer un léger retard dans les comportements lors du premier mois de vie**; cela est peut-être dû à une augmentation de la norepinephrine plasmatique<sup>(5)</sup>. En ce qui concerne les comportements après les premières semaines de vie, malgré quelques études prospectives, il n'y a aucune évidence de l'effet du cannabis maternel consommé durant la grossesse sur le comportement de l'enfant<sup>(6)</sup>.

## LA COCAÏNE

Outre son action psycho-active stimulante, la cocaïne a une action vasoconstrictive qui provoque une **tachycardie** et une **hypertension artérielle**. Cette propriété peut induire une **fausse couche lors du premier trimestre** de la grossesse et un **décollement placentaire au troisième trimestre**, dans la demi-heure qui suit l'ingestion de cocaïne. Outre ces effets reconnus, une diminution de l'âge gestationnel, un retard de croissance intra-utérin et une diminution du périmètre crânien ont également été décrits<sup>(8)</sup>. Il existe une nette amélioration de ces symptômes s'il y a un arrêt de la consommation en fin de premier trimestre<sup>(11)</sup>.

Quelques cas de malformation de tractus uro-génital ont été décrits ainsi que des cas d'infarctus cérébral et d'entérocolite nécrotique chez les consommateurs de cocaïne<sup>(9,10)</sup>. Il s'agit de cas isolés car **l'effet tératogène de la cocaïne n'a pas encore été clairement démontré**.

On n'a pas non plus montré une augmentation de la mortalité dans les deux premières années de vie. Quelques auteurs ont trouvé une augmentation de l'incidence des morts subites des nourrissons<sup>(12,4)</sup>.

**Des troubles du comportement** se retrouvent ici surtout **en période périnatale**<sup>(12)</sup>.

## LES OPIACÉS

Ici, il faut distinguer l'héroïne impure qui est consommée souvent marginalement en rue et la méthadone normalement pure qui est consommée sous surveillance médicale.

Les effets des opiacés sur la grossesse ne sont pas uniformément admis. Néanmoins, de nombreux auteurs s'accordent à dire qu'il existe, une **diminution du poids de naissance, du périmètre crânien et de la croissance intra-utérine ainsi qu'un avancement du terme chez les nouveau-nés de mère opiomane**<sup>(13)</sup>.

Certains affirment aussi que ces symptômes sont plus marqués lors de la prise d'héroïne que lors de la prise de méthadone<sup>(14,25)</sup>. Les opiacés ont malgré tout l'avantage d'accélérer la maturation d'organes tels que les poumons et le foie<sup>(15)</sup>.

**Aucun auteur n'a pu démontrer l'apparition de malformation ni chez l'animal, ni chez l'homme**<sup>(13)</sup>.

Une augmentation des morts subites des nourrissons a été évoquée malgré l'absence d'augmentation de la mortalité dans les deux premières années de vie<sup>(4,15)</sup>.

Le syndrome de sevrage néo-natal et l'évolution comportementale des nourrissons de mère consommatrice d'opiacés seront décrits dans un autre chapitre.

## EXTASY (MDMA)

Cette drogue synthétique a pris une place importante dans les drogues consommées ces dernières années. Peu de données sont actuellement disponibles sur les effets secondaires de ces produits sur le déroulement de la grossesse.

Néanmoins, ces derniers mois, deux études prospectives ont été publiées sur le sujet<sup>(34,35)</sup>. Ces études ont pu recenser un total de 185 femmes ayant consommé de l'exstasy à différents moments de la grossesse; elles ont pu montrer **une plus grande incidence de malformations chez les nouveau-nés (cardio-vasculaire et musculo-squelettiques)**. Ces données restent à confirmer étant donné la taille réduite de l'échantillon.

## AUTRES PRODUITS

Bien d'autres produits légaux ou illégaux peuvent être consommés par des femmes enceintes. Il n'est plus nécessaire de rappeler les dangers du **tabac** et de l'**alcool**. Il faut rester très prudent face à des médicaments tels que les benzodiazépines et les barbituriques qui sont déconseillés durant la grossesse.

Les autres drogues illicites sont très peu documentées durant la grossesse (speed, LSD...). Toutes les études citées ci-dessus ont essayé d'isoler la consommation de chaque produit pour en tirer des conclusions. Lors de la prise en charge d'une mère toxicomane, il faut garder à

	Anomalies congénitales	Grossesse	Croissance fœtale	Problème néo-natal
Cigarette	~	+	+	+
Alcool	+	+	+	+
Cannabis	-	~	~	~
Opiacé	-	~	+	+
Cocaïne	~	~	+	~
“~” Pas de consensus “+” Effet reconnu “-” Pas d’effet				

Tableau 1. Effets des produits consommés durant la grossesse.

l’esprit qu’il s’agit très souvent d’une **polytoxicomanie** avec bien plus d’effets secondaires.

Le tableau I reprend les différentes drogues et leurs effets sur la grossesse et le fœtus<sup>(13)</sup>.

## SUIVI DE GROSSESSE

### GÉNÉRALITÉS

Ces grossesses ne sont pas toujours souhaitées et elles ne seront parfois découvertes que très tardivement vu la présence d’une aménorrhée de longue date chez certaines de ces patientes et un effet anesthésique des drogues ingérées.

Il sera parfois question d’interrompre cette grossesse et, dans cette prise de décision, le médecin traitant peut être consulté par la patiente. Comme nous l’avons vu ci-dessus, **aucun des produits cités ne présente une indication évidente d’avortement**. La prise de produit en début de grossesse ne devra être le seul critère en faveur d’une interruption de grossesse. La situation psychosociale de la patiente devra jouer le plus grand rôle dans cette prise de décision.

Si la patiente désire mener à bien sa grossesse, tout devra être mis en œuvre pour que celle-ci se déroule dans les meilleures conditions car il s’agit d’une grossesse à risque. Il est important ici de s’entourer d’intervenants compétents dans ce genre de prise en charge et un dialogue doit être entretenu entre les différents intervenants et la patiente.

Tout au long de la grossesse, il est bon de valoriser le rôle maternel de la patiente en lui enlevant surtout ce sentiment de culpabilité qu’elle ressentira souvent par rapport aux produits consommés. Cette culpabilité sera malheureusement souvent renforcée par l’entourage de la patiente.

Chez les patientes toxicomanes, la survenue d’une grossesse induit des changements qui peuvent prendre une ampleur considérable ; il ne s’agit pas seulement de la survenue d’un nouvel être dans le cocon familial mais, surtout, d’une

démarginalisation plus ou moins forcée par la société pour accueillir le futur enfant dans de bonnes conditions. L’enfant qui va naître sera plus un événement moteur pour la vie des parents qu’un futur sujet à part entière<sup>(16)</sup>. C’est dans ce cadre que la prise en charge psychosociale est primordiale.

### TRAITEMENT DE SUBSTITUTION PAR LA MÉTHADONE

**Dans tous les cas, le traitement de substitution doit être entamé ou poursuivi.** En effet, la prise d’héroïne provoque des symptômes de sevrage plusieurs fois par jour, ils ne peuvent être que négatifs pour le fœtus. L’arrêt anarchique de la consommation d’héroïne provoquera pour sa part des symptômes de sevrage de plus longue durée qui pourront provoquer une anoxie placentaire néfaste quelle que soit le stade de la grossesse. Même si cela devait être le cas, l’arrêt de l’héroïne ne résoudra pas tous les problèmes attendant à cette consommation.

Le traitement de choix pour les héroïnomanes reste la méthadone qui a montré une diminution de l’incidence des complications fœtales et obstétricales ainsi qu’une diminution de la mortalité et de la morbidité<sup>(19)</sup>. Elle permettra une stabilisation de l’état clinique et une disparition rapide de tous les symptômes de sevrage. La dose de méthadone devra parfois être augmentée en fin de grossesse en raison de l’augmentation du volume plasmatique circulant à cette période<sup>(17)</sup> ; un fractionnement de la dose peut aussi s’avérer nécessaire<sup>(26)</sup>.

Outre son effet pharmacologique, la stabilisation physique obtenue par la méthadone permet à la patiente de mettre en place un nouveau mode de vie plus adapté à l’accueil de l’enfant.

### SI UN SEVRAGE EST DÉSIRÉ

Malgré les effets bénéfiques de la méthadone, la patiente (souvent influencée par son entourage) voudra très vite diminuer, voire arrêter, ce traitement par peur de transmettre cette “drogue” à

son enfant. Même si une transmission mère-enfant est inévitable et qu'un syndrome de sevrage du nourrisson peut avoir lieu, **il faut encourager la patiente à poursuivre ce traitement qui a prouvé son efficacité lors des grossesses**. Une diminution ou un sevrage de la méthadone lors de la grossesse présente comme risque essentiel une reconsommation avec souvent désertion du milieu socio-sanitaire qui peut avoir des conséquences graves pour la suite de la grossesse.

Si la patiente, malgré une bonne information, désire mettre un terme à son traitement, cela peut être envisagé de manière prudente afin que la patiente ne réalise pas toute seule un sevrage qui risque d'être très pénible. Si un tel sevrage s'avère nécessaire, deux contre-indications doivent être prises en compte. D'une part un risque de rechute doit être évalué par le médecin traitant ; si ce risque est trop élevé, il faudra éviter le sevrage. D'autre part, toute contre-indication obstétricale (placenta prævia...) doit être discutée avec le gynécologue.

Si un sevrage doit se faire, il est préférable de le réaliser entre la 14<sup>e</sup> et la 32<sup>e</sup> semaine<sup>(20)</sup>. Au premier trimestre, il peut y avoir un risque de fausse-couche et la grossesse, pas toujours stabilisée, (montée hormonale, pituite matinale) rend le sevrage plus pénible. Au dernier trimestre, une souffrance placentaire liée aux symptômes de sevrage peut provoquer un décollement placentaire, voire un accouchement prématuré. Les Anglais conseillent une diminution de la dose qui ne dépasse pas 5 mg par semaine<sup>(18)</sup>.

**En conclusion, le traitement de substitution à la méthadone, même s'il peut induire un sevrage néo-natal du nourrisson, reste vivement conseillé dans la littérature et renforce le bon suivi de la grossesse.**

S'il est important de dépister la consommation d'autres produits (benzo, tabac, alcool...) tout aussi néfastes que l'héroïne, il est primordial d'encourager la patiente à arrêter cette consommation et l'accompagner dans ses efforts. Ce travail doit également se réaliser avec le conjoint.

## L'ACCOUCHEMENT

L'accouchement d'une patiente toxicomane ou sous traitement à la méthadone varie très peu par rapport à d'autres accouchements.

L'anesthésiste doit être bien au courant de la prise d'opiacé afin de ne pas lui donner d'antagoniste.

Si la mère est porteuse d'une maladie infectieuse (SIDA, Hépatites), la réalisation d'une césarienne élective peut être discutée au cas par cas pour diminuer la transmission verticale.

En post-partum, la patiente peut poursuivre sa méthadone aux doses habituelles avec une éventuelle diminution si celle-ci avait été augmentée au troisième trimestre<sup>(19)</sup>.

## LES MALADIES TRANSMISSIBLES

Il sera essentiellement question ici de discuter de la transmission verticale des hépatites et du Sida mais il ne faut pas perdre de vue les infections vaginales telles que le Gonocoque, le Streptocoque ou le Chlamydia qui peuvent être à l'origine d'importantes complications néonatales.

### HÉPATITE B

L'hépatite B active (HBsAg et HBeAg+) se transmettra dans près de **90 % des cas**. Ce taux descendra sous les 15 % si la mère est HbeAg négatif<sup>(36)</sup>. La transmission se fera essentiellement lors de l'**accouchement** et sera d'autant plus importante si la charge virale (HBV-DNA) est élevée. Dans la pratique<sup>(37)</sup>, il est recommandé pour les femmes toxicomanes de réaliser un dépistage en début de grossesse et dans le courant du troisième trimestre.

Le nouveau-né d'une mère infectée par le virus (HbsAg+) devra recevoir dans les 12 heures qui suivent l'accouchement une dose d'**immunoglobulines** ainsi qu'une première dose de **vaccin**<sup>(37)</sup>; une injection du vaccin devra être répétée à un mois et à six mois. Cette vaccination doit être conseillée à tous les nourrissons ainsi qu'à leur mère et père s'ils ne sont pas encore porteurs de l'infection. Il faut en effet rappeler que la transmission horizontale est non négligeable. Personne n'a jamais pu prouver une transmission par l'allaitement maternel<sup>(36)</sup>; celui-ci ne doit donc pas être découragé.

### HÉPATITE C

L'hépatite C a une transmission verticale de l'ordre de **11 % pour les patients HCV-RNA positif** et quasi nulle (< 1 %) pour les patients non porteurs de L'HCV-RNA (PCR-). La charge virale joue un rôle important dans la transmission; les mères HIV+ présentent un plus grand risque de transmission. Cette dernière se ferait essentiellement lors de l'accouchement.

Le dépistage de l'hépatite C doit être réalisé chez tous les patients toxicomanes et un contrôle des anticorps viraux doit être fait chez les enfants de douze mois dont la mère était porteuse du virus lors de l'accouchement (même s'ils étaient négatifs à la naissance).

Il n'y a pas d'évidence quant à la transmission du virus par le lait maternel mais celui-ci est souvent déconseillé lorsque la mère est porteuse de l'HCV-RNA.

### SIDA

La transmission verticale du Sida peut se faire à trois moments de la grossesse : **in utéro, à l'accouchement et à l'allaitement**. Le traitement anti-viral et la césarienne élective sont préconisés pour diminuer la transmission per-partale. Une étude française<sup>(38)</sup>, a montré une transmission de 0,8 % chez les mères bénéficiant d'un traitement AZT associé à une césarienne élective.

L'allaitement au sein est à éviter, même si on ne connaît pas le taux précis de transmission par cette voie. Notons que le nombre de cellules infectées est particulièrement élevé dans le colostrum<sup>(39)</sup> et qu'au delà de sept mois, le risque de transmission devient supérieur au bénéfice<sup>(40)</sup>.

Les points ci-dessus étant appliqués en Angleterre depuis quelques années, les chiffres de transmission verticale en 1998 ont été estimés à 2,2 % chez les patientes n'allaitant pas leur enfant<sup>(41)</sup>.

## L'ALLAITEMENT MATERNEL

Outre les facilités digestives, les anticorps et les liens affectifs, l'allaitement maternel provoque une production de prostaglandines qui peuvent avoir un **effet apaisant sur la mère**.

Les recommandations américaines acceptent un allaitement maternel pour des doses de méthadone inférieures à 20 mg par jour<sup>(32)</sup>. D'autre part, quelques études ont pu démontrer l'absence d'un quelconque effet sur le fœtus à des doses allant jusqu'à 80 mg par jour.

Les Anglais recommandent l'allaitement maternel en y spécifiant **deux contre-indications importantes: l'HIV maternel et l'hépatite C (PCR+)**<sup>(18)</sup>.

La concentration de méthadone transmise à l'enfant est minime. Le pic de méthadone se retrouve 4 à 5 heures après sa prise; certains auteurs proposent ici d'éviter l'allaitement lors de ce pic<sup>(31)</sup>.

La concentration retrouvée dans le lait maternel ne permet pas de maintenir la concentration reçue in utero et donc de prévenir le sevrage néo-natal<sup>(33)</sup>.

En conclusion, **la prise de méthadone par la mère ne semble pas contre-indiquer l'allaitement maternel**. Il importe de bien préparer la mère à l'allaitement et de bien la soutenir dans cette fonction. Cet allaitement doit être encouragé pour renforcer la relation mère-enfant.

## LA NÉONATOLOGIE

### LE SYNDROME DE SEVRAGE...

Il s'agit ici d'une **prise en charge spécialisée** qui doit se faire par un personnel habitué à de telles situations. Il est préférable que la maman prenne contacte à l'avance avec l'équipe soignante afin qu'il y ait une confiance mutuelle entre la mère et l'équipe de la maternité ou de la néonatalogie. Le médecin traitant peut jouer un rôle essentiel d'intermédiaire.

**Un syndrome de sevrage néo-natal se manifeste chez un grand nombre d'enfants exposés en période prénatale à des opiacés.** Il se caractérise par des signes d'hyper irritabilité du système nerveux central, des dysfonctions gastro-intestinales, des troubles de la respiration et des symptômes de la voie autonome tels que des bâillements, des éternuements, des marbrures et de la fièvre. L'apparition de ces symptômes peut se faire quelques heures après l'accouchement jusqu'à deux semaines après; mais la majorité des symptômes apparaissent dans les 72 heures. Ces enfants sucent parfois de manière effrénée, ce qui peut rendre l'alimentation difficile.

De nombreuses études ont été réalisées pour établir un lien entre la dose de méthadone prise par la mère et la survenue plus ou moins grave d'un syndrome de sevrage<sup>(19, 23, 24)</sup>. Toutes ces études sont contradictoires et personne ne peut

1/3 pub H  
p. 129



Tableau 2 : Syndrome de sevrage néo-natal – score.

Signes et symptômes		score	11 h	14 h	17 h	20 h	23 h	02 h	05 h	08 h
Troubles du système nerveux central	Cri aigu – excessif	2								
	Cri aigu – excessif – continu	3								
	Sommeil < 1 h après le repas	3								
	Sommeil < 2 h après le repas	2								
	Sommeil < 3 h après le repas	1								
	Réflexe de Moro hyperactif	2								
	Réflexe de Moro très hyperactif	3								
	Trémulations modérées (stimulé)	2								
	Trémulations importantes (stimulé)	3								
	Trémulations modérées (spontané)	3								
Trémulations importantes (spontané)	4									
Hypertonie	2									
Excoriations (indiquer endroit)	1									
Hyoclonies	3									
Convulsions généralisées	4									
Troubles métaboliques, vasomoteurs, respiratoires	Transpiration	1								
	Température ≤ 38°2	1								
	Température ≥ 38°3	2								
	Baillement fréquent	1								
	Marbrures	1								
	Encombrement nasal	1								
	Eternuements (3-4)	1								
	Battement des ailes du nez	2								
Rythme respiratoire > 60/min.	1									
Rythme respiratoire > 60/min. + tirage	1									
Troubles gastro-intestinaux	Succion excessive	1								
	S'alimente difficilement	2								
	Régurgitations	2								
Vomissements en jet	3									
	Selles molles	2								
	Selles liquides	3								
TOTAL SCORE										
Examineur (initiales)										

D'après : Finnegan L.P. Neonatal Abstinence Syndrome : Assessment and Pharmacotherapy *Neonatal Therapy : An Update*, Rubaltelli FF, and Granati O (Eds) Excerpta Medica, Amsterdam-New York-Oxford 1986.

actuellement affirmer qu'une dose importante de méthadone pourrait prédire la gravité d'un syndrome de sevrage. Néanmoins, quelques arguments semblent montrer **qu'une dose quotidienne de méthadone inférieure à 20 mg pourrait diminuer l'incidence du sevrage.**

### ... ET SON TRAITEMENT

**Dans tous les cas, un traitement existe pour soulager ce sevrage.** Celui-ci varie d'une maternité à l'autre. L'élixir parégorique (teinture d'opium camphrée), un opiacé à demi-vie courte, reste le plus utilisé car, outre le syndrome de sevrage, il traite également d'éventuelles douleurs ressenties par le nouveau-né. L'intensité du sevrage se mesure à l'aide d'une échelle Finnegan (Tableau 2) et une évaluation réalisée toutes les quatre heures permet d'ajuster la dose d'élixir. Celle-ci peut se faire par le médecin, par une infirmière bien formée et même parfois par la mère elle-même.

Ainsi, le syndrome de sevrage du nourrisson nécessite une prise en charge spécialisée mais peu compliquée pour un personnel entraîné. Il n'entraîne pas nécessairement une hospitalisation en service de néonatalogie; il faut surtout favoriser le contact mère-enfant pour ces deux sujets assez fragilisés.

## ÉVOLUTION POSTNATALE

Il s'agit ici d'un sujet fort épineux sur lequel les chercheurs s'accordent difficilement. L'évolution est multi-factorielle et n'est donc **pas seulement dépendante des drogues** prise par la mère durant la grossesse, **mais également de la situation psychosociale** à la sortie de la maternité. Ici encore, il est bon de rappeler l'importance d'une prise en charge adéquate.

S'il n'y pas de certitude quant à l'évolution comportementale de l'enfant, on peut cependant affirmer que le retard de croissance en poids et en taille reste au même percentile jusqu'à six mois pour rejoindre des valeurs normale vers un an. Pour le périmètre crânien, il faudra attendre le début de la deuxième année<sup>(27, 28, 29, 30)</sup>.

D'autre part, on peut affirmer que l'intensité du sevrage néo-natal n'influence aucunement la suite de l'évolution de l'enfant<sup>(19)</sup>.

## CONCLUSION

Les drogues illégales et les médicaments de substitution présentent chacun des effets particuliers sur la grossesse et le fœtus. Aucun de ces produits ne peut justifier un avortement à visée thérapeutique. Le traitement de substitution à la méthadone doit être encouragé pour une meilleure stabilisation de la grossesse et de la période péri-natale. Lorsque la mère est porteuse d'une infection virale (hépatites, SIDA...), la possibilité de transmission verticale est réduite mais doit être discutée. ■

## BIBLIOGRAPHIE

- Smith CG and Asch RH. Drug Abuse and reproduction. *Fertility and Sterility* 1987; **48** (3): 355-73.
- Hutchings DE. Issues of Risk Assessment: Lessons from the use and abuse of drugs during pregnancy. *Neurotoxicology and Teratology*, 1990; **12**: 183-9.
- English DR, Hulse GK et al. Maternal cannabis use and birth weight: a meta-analysis. *Addiction* 1997; **92** (11), 1553-60.
- Ostrea EM, Ostrea AR and Simpson PM. Mortality within the first 2 years in infants exposed to cocaine, opiates or cannabinoid during gestation. *Pediatrics* 1997; **100** (1): 79-83.
- Mirochnick M, Meyer J et al. Elevated plasma norepinephrine after in utero exposure to cocaine and marijuana. *Pediatrics* 1997; **99** (4): 555-9.
- Fried, PA Postnatal consequences of maternal marijuana use in humans. *Ann. NY Acad. Sci.* 1989; **562**: 123-32.
- Fried PA, Watkinson B, Willan A. Marijuana use during pregnancy and decreased length of gestation. *Am J Obstet Gynecol* 1984; **120**: 23.
- Chasnoff IJ, Burns WJ et al. Cocaine use in pregnancy. *N Engl J Med* 1985; **313**: 666.
- (9) Chasnoff IJ, Bussey et al. Perinatal cerebral infarction and maternal cocaine use. *J. Pediatr.* 1986; **108**: 456-9.
- Chasnoff IJ, Chisum GM et al. Maternal cocaine use and genitourinary tract malformation. *Teratology* 1988; **37**: 201-4.
- Chasnoff IJ, Griffith DR. Cocaine: Clinical studies of pregnancy and the newborn. *Ann NY acad sci*
- Chasnoff IJ, Burns KA et al. Cocaine use in pregnancy: perinatal mortality and morbidity. *Neurobehav Toxicol Teratol.* 1987; **9**: 291-93.
- Behnke ML and Eyler FD. The consequences of prenatal substance use for the developing fetus, newborn, and young child. *The Internat. J of the Addict.* 1993; **28** (13): 1341-91.
- Householder J, Hatcher R et al. Infants born to narcotic-addicted mothers. *Psychol. Bull.*; 1982; **92**: 453-68.
- Finnegan LP. Pathophysiological and behavioral effects of the transplacental transfer of narcotics drugs to the foetuses and neonates of narcotic-dependent mothers. *Bull. Narc.* 1979; **31** (3,4): 1-58.
- Gauthier J, Bel S, Di Tommaso S. De la dépendance à l'attachement: réflexions sur le parcours avec des femmes enceinte narcomanes. *Psychotropes* 1998; **4** (2): 9-20.
- Kreek MJ. Methadone disposition during the perinatal periode in humans. *Pharmacol. Biochem & Behavior.* 1979; **11**: 7-13.
- Departement of health. "Drug misuse and dependance: guidelines on clinical management" 1999 p. 82.
- Kaltenbach K, Berghella V. and Finnegan L. Opioid Dependence During Pregnancy: Effects and Management. *Obstet. & Gynecol Clinics of N. Amer.* 1998; **25** (1): 139-51.
- Finnegan LP. Treatment issues for opioid dependent women during during the perinatal period. *J Psychoactive Drugs* 1991; **23** (2): 191-202
- Ostrea EM, Chavez CJ, Strauss ME. A study of factors that influence the severity of narcotic withdrawal. *J Pediatr.* 1976; **88**: 642-5.
- Blinnick G, Inturrisi CE et al. Methadone assays in pregnant women and progeny. *Am J Obstet Gynecol* 1975; **121** (5): 617-21.
- Doberczak TM, Stephen RK et al. Relationships between maternal methadone dosage, maternal-neonatal methadone levels and neonatal withdrawal. *Obstet & Gynecol* 1993; **81** (6): 936-40.
- Olofsson M, Buckley W et al. Investigation of 89 children born by drug-dependent mothers. *Acta Poediatr Scand* 1983; **72**: 403-6.
- Wittman BK, Segal S. A comparison of the effects of single and split-dose methadone administration on the
- fetus ultrasound evaluation. *International journal of addiction* 1991; **26**: 213-8.
- Vance JC, Chant DC et al. Infants born to narcotic dependent mothers: physical growth patterns in the first 12 months of life. *J Paediatr. Child Health.* 1997; **33**: 504-8.
- Olofsson M, Buckley W et al. Investigation of 89 children born by drug-dependent mothers. *Acta Poediatr Scand* 1983; **72**: 407-10.
- Chasnoff IJ, Burns KA et al. Prenatal drug exposure: effects on neonatal and infant growth and development. *Neurobehav. Toxicol. & Teratol.* 1986; **8**: 357-62.
- Kalterbach K & Finnegan LP. Neonatal abstinence syndrome, pharmacology and developmental outcome. *Neurobehav. Toxicol. & Teratol.* 1986; **8**: 353-5.
- Wojnar-Horton RE, Kristensen JH et al. Methadone distribution and excretion into breast milk of clients in a methadone maintenance programme. *Br J Clin Pharmacol* 1997; **44**: 543-7.
- American Academy of pediatrics Committee on Drugs: The transfer of drugs and other chemicals into human milk. *Pediatrics* 1994; **93**: 137-50.

33. Geraghty B., Elinor EA et al. Methadone level in breast milk. *J Hum Lact* 1997; **13** (3): 227-30.
34. McElhatton PR, Bateman DN et al. Congenital anomalies after prenatal ecstasy exposure. *Lancet* 1999; **354**: 1441-2.
35. Rost Van Tonningen MM, Garbis JM & Reuvers WE. Zwangerschapsuitkomst na ecstasygebruik; 43 gevallen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1999; **143**: 27-31.
36. Michielsens PP, Van Damme P. Viral hepatitis and pregnancy. *Acta gastroenterol. Belg.*, 1999, **62**: 21-29.
37. Centre for Disease Control. Hepatitis B: a comprehensive strategy for eliminating transmission in the US through universal childhood vaccination: recommendation of Immunisation Advisory Committee (ACIP) *MMWR* 1991; **40**: 1-25.
38. Mandelbrot L., Le Chenadec et al. Perinatal HIV transmission: interaction between zidovudine prophylaxis and mode of delivery in the french perinatal cohort. *JAMA* 1998; **280**: 55-60.
39. Actualités sur l'infection à VIH, 6<sup>e</sup> Conférence on Retroviruses and Opportunistic Infections, Chicago. *Lettre de l'infectiologue*, 1<sup>er</sup> trimestre 1999.
40. Sorrel T, Kesson A; The HIV-infected woman. Management of the HIV infected patient, *Cambridge University Press*, 1996, 95-108.
41. Trinh Duang, Ades AE et al. Vertical transmission rates for HIV in the British Isle: estimates based on surveillance data. *BMJ*; 1999; **319**: 1227-30.

## DANS LA PRATIQUE, NOUS RETIENDRONS

- Les drogues psycho-actives entraînent une baisse de la libido, des dysfonctionnements sexuels et une diminution de la fertilité. Dès l'arrêt ou la diminution de la consommation, le statut hormonal change et se normalise.
- Le cannabis n'a aucun effet tératogène prouvé mais peut induire une diminution de la durée de gestation.
- La cocaïne, par son action vasoconstrictrice, peut induire une fausse couche lors du premier trimestre et un décollement placentaire au troisième trimestre. Aucun effet tératogène n'a été démontré.
- Les opiacés peuvent entraîner une diminution du poids de naissance, du périmètre crânien et de la croissance intra-utérine ainsi qu'un avancement du terme. Aucun auteur n'a pu démontrer l'apparition de malformation.
- Deux études ont montré une plus grande incidence de malformations chez les nouveau-nés de femmes consommant de l'extasy.
- Aucun de ces produits ne présente cependant une indication d'avortement.
- Le traitement de substitution à la méthadone, même s'il peut induire un sevrage néonatal du nourrisson, reste vivement conseillé dans la littérature et renforce le bon suivi de grossesse.
- Si la mère est porteuse d'une maladie infectieuse (SIDA, hépatite), la réalisation d'une césarienne élective peut être discutée au cas par cas pour diminuer la transmission verticale.
- La prise de méthadone par la mère ne semble pas contre-indiquer l'allaitement maternel. Les deux contre-indications importantes à l'allaitement maternel sont: l'HIV maternel et l'hépatite C (PCR+).
- Le syndrome de sevrage néo-natal nécessite une prise en charge spécialisée.
- L'évolution post-natale dépend non seulement des drogues prises par la mère durant la grossesse mais également de la situation psycho-sociale à la sortie de la maternité.

La Rédaction

## RÉPONSES AU PRÉTEST

1. Faux – 2. Faux – 3. Vrai

Texte non demandé par la Rédaction.  
Reçu en décembre 1999.