



Toxicomanie et grossesse

- Consommation illégale de drogues psychotropes responsables de dépendance psychique et ou physique
- Polytoxicomanie habituelle avec consommation concomitante de tabac, alcool, médicaments psychotropes .
- Causes ou conséquences de troubles psycho–socio- économiques.
- Le dépistage se fait par l’anamnèse. La recherche de drogues dans le sang ou les urines ne devrait se faire qu’avec l’accord de la patiente (exception : patiente inconsciente ou avec des signes de manque ou d’intoxication nécessitant une intervention médicale urgente).

A. Risques obstétricaux (causes invoquées)

- Accouchement **prématuré**
(Etat de manque (Traitement de substitution à administrer en urgence)/ infection/ condition socio-économique))
- Fausse couche (Cocaïne ?Méthamphétamines ? / Manque)
- **RCIU** (tabac /malnutrition/cocaïne ?/(Meth)amphétamines ?)
Anémie (malnutrition)
Infections :HIV
Hépatite C
Hépatite B
IST en général (prostitution)
Infection urinaire
Endocardite bactérienne
Absès paraveineux/ phlébites
Infection pulmonaire (tabac/ SDF)
Dysplasie cervicale
DPPNI (Coups/ Méthamphétamines ? cocaïne ?)
SFA ou SFC (ex : Hypovariabilité du RCF sous méthadone/ doppler pathologique des artères utérines si état de manque)
HTA (cocaïne : dans le cas d’HTA causée par de la cocaïne les bêta bloquants comme le labétalol sont contre indiqués). ((Meth)amphétamines ?)

B. Risques pour le NN :

- Malformations (C2H5OH/Cocaïne ?)
- Prématurité

- Dysmaturité
- Infection
- Retard psychomoteur, déficit cognitif (prématurité/ carence affective/ cocaïne ?, marijuana ? methamphétamines ? / alcool...)
- Mort subite (Tabagisme parental, apnée centrale due aux opiacés, prématurité, situation sociale défavorisée)
- Anomalie neurocomportementale dans les premiers jours de vie (tachypnée, irritabilité , trémulation etc .. = signes d'intoxication plus que de manque) (Cocaïne, tabac, methamphétamine
- Surtout Maltraitance (Evaluation au cas par cas selon les facteurs de risques **et Sevrage** (Héroïne et surtout méthadone)

C. Particularités du suivi :

- Travail en équipe pluridisciplinaire Parentalité addiction (psychiatre / Travailleurs médico sociaux,/Psychologue/ pédiatre/ médecin traitant)
- Axe psycho-social : prise en charge et/ou adaptation du traitement de substitution (méthadone ou buprenorphine en substitution aux opiacés : meilleur résultat que la désintoxication) / accompagnement social « classique » (mutuelle, logement, layette...)/Soutien psychologique individuel ou en couple dont l'objectif principal est l'établissement de relations précoces parents-enfant/ Evaluation des risques de maltraitements / Assurer des liens entre les différents intervenants hospitaliers et extérieurs.)
- Compassion /tolérance (RDV...)/ encouragement
- Etablir des objectifs clairs et réalistes (supprimer avant tout cocaïne, alcool et consommation illicite d'héroïne puis essayer de diminuer ou stopper le tabac et les benzodiazépines puis seulement diminuer la méthadone)

- Pas de dégression trop rapide de la méthadone
 - manque >>Fausse couche / accouchement prématuré/SFA
 - risque de rechute héroïne (srt avant accouchement)
- Parler des difficultés à venir et les moyens de les résoudre (bébé en couveuse si prématuré ou sevrage sévère, allaitement artificiel si le maternel est contre-indiqué, crèche de jour ou pouponnière si éducation d'un enfant est trop difficile ...)
- Education « sanitaire » (alimentation, repos ...) (constipation ! < méthadone)
- Dépistage et traitements des infections
- Echographies fréquentes (médicales et psychologiques)
- Hospitalisation à la moindre détresse psychologique, sociale ou médicale (menace d'accouchement prématurée)
- Pas de prescription de médicaments « psy » : ne pas confondre les rôles, éviter les poly prescription
- A l'accouchement : Vérifier l'accès veineux. Péridurale autorisée (patientes souvent plus sensibles à la douleur).La méthadone diminue la variabilité et la ligne de base du RCF .
- Prolongation de l'hospitalisation post-partum ou ré-hospitalisation mère-bébé quelques jours en maternité après un séjour en couveuse
- Surveiller l'apparition de signe de sevrage retardé chez le nouveau né en cas de haute dose de méthadone (> 75 mg/j)

D. Allaitement maternel ?

La méthadone se retrouve dans le lait maternel en concentration variable.

L'allaitement maternel peut donc constituer un traitement du moins en cas de sevrage modéré.

Si aucune contre-indication infectieuse n'est présente, que toute consommation de drogue illicite est stoppée et que la dose de méthadone à l'accouchement ne dépasse pas 20 ou 50 mg/jour, l'allaitement maternel peut être encouragé.

Certaines équipes autorisent l'allaitement maternel même avec des dosages de méthadone très élevés mais cela doit se faire sous haute surveillance car la quantité de lait ingéré et donc de méthadone est variable dans le temps.

La plupart des drogues illicites ou non se retrouvent dans le lait maternel (cocaïne, méthamphétamines, marijuana , alcool , benzodiazépine..)

Références : Uptodate 2016

- Overview of substance misuse in pregnant women.
- -Infants of mothers with substance use disorder
- -Methadone substitution treatment of opioid use disorder during pregnancy