FICHE TECHNIQUE

CONSOMMATION D'OPIACÉS PENDANT LA GROSSESSE

RAPPEL

Les opiacés sont représentés par les substances suivantes : héroïne, sulfate de morphine (Moscontin®, Skénan®,…), dérivés codéinés (Néocodion®, Codoliprane®…), antalgiques (Di-antalvic®…) et traitements de substitution (méthadone, buprénorphine (Subutex®) avec sa possibilité de mésusage.
Les opiacés ne sont pas tératogènes. Les grossesses sont à très hauts risques même en cas de traitement de substitution et de prise en charge optimale : Taux 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%)

COMMENT ÉVALUER LES CONSOMMATIONS ?

- **Demander si les prises sont** occasionnelles, quotidiennes ou pluriquotidiennes.
- **Si elle prend un traitement** : qui le prescrit ? Qui le délivre ?
- **Mode de consommation** : per os ou sub lingual, sniffé, injecté ? (prendre tension aux 2 bras pour rechercher traces d'injection)
- **3 situations à risques croissants** :
  -Un ou 2 snif en début de grossesse puis arrêt
  -Traitement de substitution prescrit bien équilibré
  -Héroïne pendant la grossesse ou mésusage = buprénorphine sniffée ou injectée ou association avec alcool, cocaïne, benzodiazépines…

EVALUER LA SITUATION GLOBALE

	Eléments favorables	*Eléments inquiétants*
Consommation	Traitement prescrit	Héroïne ou médicaments opiacés et dérivés sans prescription
Mode de consommation	buprénorphine sublinguale ou méthadone per os Traitement pris en 1 ou 2 fois / j	Héroïne ou médicaments sniffés ou injectés Prises anarchiques de traitement
Conjoint	Non consommateur ou substitué, au courant de la dépendance de la mère	Consommateur, au courant ou non de la dépendance de la mère
Suivi médical	Assidu, problèmes dentaires ou hépatites 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 psychologiques ou sociaux	Absents ou modérés	Présents
Consommations associées	Absence ou tabac exclusif	Alcool, cocaïne, benzodiazépines, autres drogues

QUELLES REPONSES APPORTER ?

« Le sevrage brutal d'opiacé au cours de la grossesse fragilise le fœtus et peut entrainer son décès. » « La substitution par méthadone ou Subutex® réduit les risques pour la grossesse et améliore la prise en charge 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»

Groupe de travail pluridisciplinaire
Périnatalité et addictions du LR
Coordination : Corinne CHANAL - Gisèle CRIBALLET

Validation : 12 mars 2009

QUE FAIRE ?

	Arrêt des consommations	Buprénorphine ou méthadone bien équilibrée	Héroïne ou mésusage d'un traitement de substitution
Attitude du consultant	**Féliciter** d'avoir pu en parler. Rassurer. Etre discret par rapport à l'entourage. Evaluer les consommations à chaque consultation		
		Expliquer suivi de grossesse à risque	
Collaboration avec les addictologues	Proposer une consultation avec un **addictologue** pour faire le point sur son parcours et préparer l'après grossesse	Demander un courrier au **médecin prescripteur** précisant le traitement de la patiente et l'associer au suivi	Proposer une **hospitalisation en maternité** si possible pour initialiser ou équilibrer un traitement en lien avec un **addictologue**
Suivi de grossesse	**A1***	**A2** + Echo** mensuelle pour biométries et col utérin 28SA : **monitoring fœtal** tous les 15j à domicile	**A2** + écho** col + biométries, dopplers tous les 15 jours 28 SA : **monitoring fœtal** hebdomadaire à domicile
Travail en réseau	Proposer entretien prénatal précoce pour évaluer situation globale Préparation à la naissance et suivi à domicile par **sage-femme de proximité** libérale ou PMI Soutien pédopsychiatrique 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		
		Cs anténatale avec un pédiatre entre 26 et 34 SA Visite de la maternité (salle de naissance, suites de couches, néonatalogie…) Consultation d'anesthésie (attention Nubain®) **Intérêt d'un référent pour la coordination du suivi global**	
Hospitalisations		Contacter le médecin prescripteur (le dire à la patiente) Commande du traitement de substitution et administration par la sage-femme ou l'infirmière	
Quand et pourquoi rechercher les toxiques ?	Dans le bilan étiologique de MAP, HRP, MFIU (recherche dans les urines : opiacés, cocaïne, amphétamines, benzodiazépines) **A l'accouchement** recherche dans les **urines maternelles** et/ou dans le méconium pour adapter la prise en charge de l'enfant, en informer la mère		
Accouchement	Niveau 1, 2, 3	Niveau **1b, 2, 3** selon évaluation globale de la situation Faire AgHbs, Ac anti HVC, Ac anti HIV si injection ou pas de résultats récents **Informer de la naissance les intervenants libéraux et PMI**	
Suites de couches	Pas d'hospitalisation du bébé	**Communiquer avec les mères** : être attentif à l'expression de leurs émotions, les soutenir dans l'épreuve que représente le sevrage de leur enfant Examen attentif de l'enfant (risque SAF si alcool en début de grossesse) Surveillance du bébé par **score de Finnegan** en maternité ou en pédiatrie (à faire devant la mère) **Organiser** rencontre mère-puéricultrice de PMI avant la sortie	
Allaitement	favorisé	favorisé	contre indication à discuter
Suivi de l'enfant	Suivi habituel	**Enfant vulnérable, suivi spécifique de nouveau-né à risque dans le Réseau d'Aval. Suivi puéricultrice de PMI**	
Contraception		Proposer la pose d'Implanon® en suites de couches **avant la sortie**	

***A1**: avis gynéco ou autre spécialiste conseillé - ****A2** : avis gynéco nécessaire + avis autres spécialiste (HAS 2007 : suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées