PRISE EN CHARGE DU NOUVEAU-NE
de mère consommatrice de substances psychoactives en maternité

Montpellier 10 mai 2021
Dr D.TIMBOLSCHI
CMCO - CHU de Strasbourg

PRINCIPES GENERAUX DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

DEFINITION

- Agent pharmacologique qui agit principalement sur le **SNC** en y modifiant certains processus biochimiques cérébraux dont l'expression clinique consiste à modifier:

  - les perceptions sensorielles
  - l'humeur
  - l'état de conscience
  - le comportement

- Elles ont une action directe sur différentes fonctions psychiques du SNC

- Elles peuvent avoir une action indirecte sur le **SNV**

OPIACÉS

Substance opiacée ou opioïde :

- Agent pharmacologique qui mime l'effet des peptides naturels synthétisés dans le SNC

- Actions pharmacologiques: par la liaison des récepteurs opioïdes

OPIACÉS
Classification

Selon leur origine

- Opioïdes naturels : morphine, codéine, poudre d'opium

- Opioïdes synthétiques: tramadol, oxycodone, buprénorphine, méthadone, héroïne

Selon leur puissance analgésique

- Opioïdes forts: héroïne, oxycodone, morphine, méthadone, buprénorphine

- Opioïdes faibles : codéine, tramadol, poudre d'opium (Lamaline®, Izalgi®)

OPIACÉS

Récepteur	Sous-type	Localisation	Fonction
Mu (μ)	μ_1, μ_2, μ_3	• Cerveau • Moelle épinière • Système digestif	• ***μ_1:*** Analgésie Dépendance physique • **μ_2:** Dépression respiratoire Myosis Euphorie Réduction de la motilité du tractus gastro-intestinal Dépendance physique • **μ_3: ?**
Kappa (k)	κ_1, κ_2, κ_3	• Cerveau • Moelle épinière	Analgésie Sédation Myosis Inhibition ADH
Delta (δ)	δ_1, δ_2	• Cerveau	Analgésie Dépendance physique

OPIACÉS

Mères consommatrices

- Traitement antalgique (oxycodone, morphine, codéine, tramadol...)
- Drogue illicite (héroïne)
- Traitement de substitution (méthadone, buprénorphine)
- Consommation détournée
- Polyconsommation

La prise en charge du nouveau-né est dépendante de manière essentielle de la prise en charge maternelle anténatale

OPIACÉS

Consommation

Problématique souvent intriquée

- Milieu social et familial
- Pathologies associées: psychiatriques, infectieuses (sérologies!), douleurs chroniques, etc.
- Tabagisme omniprésent
- Problèmes juridiques

OPIACÉS

- **Caractéristiques cliniques communes**

  Imprégnation

  Syndrome de sevrage

- **Intensité/Gravité différente** de l'imprégnation et du sevrage en fonction:

  - de l'ancienneté de la consommation
  - de dose journalière moyenne consommée
  - de la substance consommée : Héroïne++++, Oxycodone +++, Morphine++, Méthadone ++, Buprénorphine++, Codéine++

-

OPIACÉS

- **Morphine**

Alcaloïde naturel dans la poudre d'opium (Papaver Somniferum)
La molécule de référence antalgique des opiacés
Administration: PO (Actiskénan, Skénan LP, Sevrédol..), SC, IV
Peu détourné par la population toxicomane (pas d'effet « flash »)
Abus chez les patientes douloureuses chroniques

- **Oxycodone**

Agoniste opioïde de synthèse : Oxynorm (PO, IV), Oxycontin LP (PO)
Analgésique puissant : Mo X 2 (1mg Oxycodone = 2mg Mo) en PO
Métabolisé (foie) en **oxymorphone** très active
Effet « flash », abus et détournement surtout aux SUA (véritable fléau)

- **Codéine**

Alcaloïde naturel dans la poudre d'opium (Papaver Somniferum)
Agoniste de faible puissance (1/6 Mo)
Un de ses métabolites est la **morphine** expliquant en grande partie son action antalgique
Importante variabilité interindividuelle (« métaboliseurs lents/rapides)
Efficacité aléatoire, surdosage aux posologie habituelles

OPIACÉS

Héroïne

Produit semi synthétique dérivé de Mo (**diacétylmorphine**)

Analgésique très puissant, **médicament** synthétisé fin XXe

Interdit d'usage médical dans les années 50

Drogue **illicite**

Le **plus addictogène** des opiacés

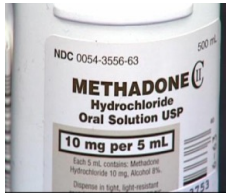
Syndrome de sevrage « bruyant » chez l'adulte et chez le NN

Apparition du SS dans les 24h

Actuellement **très peu de population périnatale** sous **héroïne**

Majorité sous traitement de substitution: **Subutex** ou **Méthadone**

OPIACÉS



Méthadone

- Agoniste complet des **récepteurs opioïdes** dont l'effet est directement proportionnel à la dose

- Molécule très complexe qui agit également sur des nombreux autres R. du SNC, ce qui justifie son indication comme **traitement de substitution**

- **Avantages:** amélioration des soins prénataux, gestation prolongée, poids de naissance amélioré, meilleur taux d'enfants confiés aux soins de leur mère

  - considérée comme norme de diligence du traitement de substitution pendant la grossesse par des nombreuses équipes

  - les femmes enceintes devraient donc se voir administrer la dose nécessaire pour contrôler leur dépendance

  - résultats contradictoires cependant dans la littérature concernant la **relation entre la posologie maternelle et la gravité du syndrome de sevrage**

OPIACÉS

Méthadone

- Une posologie basse pourrait favoriser le rechute à l'héroïne, la poly-consommation et l'aggravation du syndrome de sevrage

- Demi-vie longue: apparition du sevrage habituel **2 à 5 jours** pour une consommation de méthadone seule

- Pas de différence **caractérisée** entre **méthadone** et **buprénorphine** concernant l'imprégnation et le sevrage du nouveau-né (hormis le délai d'apparition)

OPIACÉS

Buprénorphine

- Molécule de substitution largement utilisée en France
- Agoniste partiel
- Effet de plafond : seuil au-delà duquel une dose supérieure n'exerce plus aucun effet **additionnel » » »risque de surdose réduit**
- Effets opioïdes typiques mais s'accompagnant d'une **sédation moins importante** que celle occasionnée par la **Méthadone**
- **Délai** d'apparition du syndrome de sevrage du nouveau-né **24 à 36 heures**

Traitement de substitution de la future maman
Méthadone vs Buprénorphine

- Aucune différence significative entre les 2 médicaments pour les conséquences périnatales

- Selon AAP(2011) le Subutex aurait qqs avantages:

  - durée d'hospitalisation des nn plus courte (10 versus 17 jours)

  - durée de traitement par Mo plus courte (4,1 versus 9,9)

  - doses de Mo plus basses

  Cependant il n'est pas conseillé de changer de traitement pendant la grossesse (sauf si mésusage)

- Posologies faibles… Pas toujours souhaitable

  - augmentation de consommation d'autres substances avec risque d'aggravation du SSNN

OPIACÉS
Prise en charge anténatale

- **Médico-psycho-sociale**

- **Objectif**

  - diminution des risques liés à la consommation

  - apprentissage d'une parentalité qui permet le retour au domicile du couple mère-enfant dans les meilleures conditions possibles de sécurité

- Une **première rencontre** avec le pédiatre

  - dédramatisation

  - explications claires sur le tableau clinique attendu (imprégnation, sevrage)

  - durée d'hospitalisation envisagée

  - présentation des lieux et de l'équipe

OPIACÉS

Prise en charge du nouveau-né

- **Commence en anténatal!**

- rôle essentiel de la prise en charge maternelle par des professionnels avertis et organisés en **réseau**

- commence par l'accueil permettant un suivi précoce et attentif de ces **grossesses à risque**

- mise en place d'un traitement adapté de **substitution**

OPIACÉS
Prise en charge en salle de naissance

- Information **obstetrico-pédiatrique** claire et uniforme

- **Présence pédiatrique à la naissance**

  - à discuter au cas par cas avec l'équipe obstétricale concernant les mère sous traitement de substitution connu, stables

  - mais **obligatoire** en cas de poly- consommation ou de doutes sur la consommation ou des facteurs obstétricaux de risque associés

OPIACÉS
Prise en charge en salle de naissance

- **Surveillance cardio-respiratoire (scope)** d'emblée
  - évite les accidents liés à la somnolence maternelle et à l'imprégnation opiacé chez l'enfant

- La **naloxone** est **formellement contre-indiquée:** risque de de syndrome de sevrage aigu

- Si apparition de **dépression respiratoire immédiate** néonatale
  - évoquer surtout les **benzodiazépines**
  - possibilité d'utiliser le flumazénil (Anexate)

- Si l'état maternel et néonatal le permettent
  - peau-à peau dès la naissance
  - éviter au maximum toute séparation de la mère et de l'enfant

- Rôle du père

OPIACÉS
Prise en charge en salle de naissance

- Examen pédiatrique initial **auprès des parents**
  - moment important !
  - « j'ai été capable de faire un merveilleux bébé… »

- Recherche d'éventuelle anomalie, notamment des signes de SAF

- Selon les protocoles et la situation
  - examen des urines maternelles
  - examens spécifiques chez le nouveau-né (urines, méconium, cheveux…)

Hospitalisation

- Durée longue (8 jours minimum dans notre centre), à réévaluer selon l'évolution

- Envisagée d'emblée ,annoncée et expliquée en anténatal

- Allaitement **possible** et très **souhaitable** en cas de traitement de substitution (Subutex ou Méthadone)

  - passage très faible dans le lait
  - énormes bénéfices en terme de lien et implication maternelle

- Contre-indications à l'allaitement

  - infection VIH (pas de CI pour VHC et VHB)
  - consommation d'autres opiacés illicites (héroïne)
  - poly consommation d'autres SPA ayant passage important dans le lait

Syndrome de sevrage du nouveau-né
SSNN

Ensemble de manifestations cliniques liées à l'arrêt brutal d'une imprégnation chronique par les opiacés après l'accouchement

- Grande souffrance organique et psychique pour le bébé
- Un cap à traverser
- Séquelles psychologiques et dans la relation mère-enfant

Syndrome de sevrage du nouveau-né SSNN

- Problématique en progression car augmentation de l'usage et du mésusage des opiacées (USA, Allemagne et…France)
- Entre 2004 et 2013 - augmentation de 400% des admissions en unités de néonatologie pour SSNN - 4/1000 Nn aux US
- Selon les études – entre **55 et 94%** des enfants des mères consommatrices d'opiacés présentent des signes de sevrage

Syndrome de sevrage du nouveau-né SSNN

- Délai de survenue - durant la première semaine de vie

- Avec des variations selon

  - demi-vie de la molécule

  - métabolisme maternel, placentaire et néonatal

  - traitements ou consommations psychotropes associées (retard si consommation de benzodiazépines associée)

- Classiquement J1 pour héroïne, J2 pour Subutex et J3-4 pour Méthadone

- La fréquence du SSNN serait moindre pour le Subutex que pour la Méthadone

SSNN
Manifestations cliniques

- Signes peu spécifiques mais progressifs

  - initialement isolés, intermittents
  - puis en qqs jours, quasi permanents (sans mise en place des soins adaptés)

- Manifestations prédominantes **neurologiques** et **gastro-intestinales** (récepteurs opioïdes)

SSNN
Manifestations cliniques

Troubles neurologiques

- Trémulations, myoclonies (96%)
- Cri aigu(95%)
- Hypertonie(84%)
- Irritabilité
- Insomnie
- Reflexes archaïques exagérés
- Eternuements
- **Convulsions** (cas graves)

SSNN
Manifestations cliniques

Troubles alimentaires et digestifs

- Alimentation difficile car succion/déglutition mal coordonnées
- Prédominance de la succion non alimentaire frénétique désorganisée (agitation)
- Régurgitations
- Diarrhées
- Conséquences: mauvaise prise pondérale et risque de déshydratation

SSNN
Manifestations cliniques

- Signes de dysautonomie
  - instabilité thermique (hypo ou hyperthermie)
  - hypersudation
  - polypnée
- Encombrement nasal
- Bâillements fréquents
- Manifestations cutanées
  - marbrures
  - érythème fessier
  - excoriations (genoux, menton, tallons)

SSNN
Manifestations cliniques

- Ne pas hésiter à faire recours aux bilans complémentaires
  - NFS , ionogramme
  - bilan infectieux
  - imagerie

- Surtout si contexte évocateur
  - grossesse peu ou pas suivie
  - manifestations disproportionnées et/ou inattendues

SSNN
Diagnostics différentiels ou associés

Attention aux pathologies associées

- symptomatologie protéiforme pouvant rendre difficile un certain nombre de diagnostics!

- Troubles **métaboliques** (hypocalcémie, hypomagnésémie, hypoglycémie..)

- Pathologie **infectieuse**, notamment avec atteinte neurologique (méningite)

- Pathologie **neurologique congénitale**

SSNN chez le prématuré

- Manifestations de sevrage de moindre intensité chez le prématuré, dans toutes les études

- Probablement lié à
  - l'immaturité du SNC
  - moindre période d'exposition
  - moindre quantité accumulée dans un tissu gras peu présent

- Evaluation plus difficile, donc possible sous - estimation (**scores peu adaptés**)

SSNN complexe et/ou sévère

- **Persistance ou augmentation des symptômes de sevrage malgré le recours à un traitement précoce, non médicamenteux et de substitution morphinique à fortes doses**

- Favorisé par
  -poly consommation (place du screening systématique)
  -absence de la mère

- Traitement à adapter à la situation, à discuter en équipe

SSNN
Evaluation et prise en charge

- Utilisation des scores standardisés et validés

  - Score de Finnegan - 21 critères, plus complet mais plus lourd

  - Score Lipsitz - 11 symptômes, avantage de la simplicité d'usage

  - il existe de nombreuses références traduites en français qui ne sont pas toutes équivalentes !!!

- Protocoles propres aux différents centres mais très proches (facilement retrouvables sur le net)

- Leurs points communs immuables

  - les deux axes de traitement et l'importance des soins de confort

SCORE DE FINNEGAN

	Signes et symptômes	**score**	H3	H6	H9	H12	H15
Système nerveux central	**Cri aigu excessif** **Cri aigu continu** **Sommeil calme<1h** **Sommeil calme <2h** **Sommeil calme<3h** **Réflexe de moro exagéré** **Réflexe de moro hyperactif** **Trémulations faibles provoqués** **Trémulations sévères provoquées** **Trémulations légères non provoquées** **Trémulations sévères non provoquées** **Tonus musculaires augmenté** **Mouvements myocloniques** **Convulsions généralisées**	2 3 3 2 3 2 3 1 2 3 4 2 3 5					
Troubles Système autonome	**Sueurs** **T°<38** **T°>38** **Marbrures** **Congestion nasale** **Éternuements** **Battement des ailes du nez** **Rythme respiratoire > 60/min** **Rythme respiratoire > 60/min et tirage**	1 1 2 1 1 1 2 1 2					
Troubles digestifs	**Succion excessive** **S'alimente mal** **Régurgitations** **Vomissement en jet** **Selles moles** **Selles liquIde**	1 2 2 3 2 3					
	Score total						

Score de Lipsitz en cas de syndrome de sevrage néonatal

Signes	Score			
	0	1	2	3
Trémulations Activité musculaire des membres	Normale	Légèrement ↑ par des stimulations ou par le jeûne	↑ modérée ou forte au repos, calmée par l'alimentation ou le berçage	↑ forte ou continue au repos ± mouvements de type convulsif
Irritabilité cris excessifs	0	↑ légère	↑ modérée ou forte par des stimulations ou par le jeûne	↑ forte même au repos
Réflexes	Normaux	↑	Très ↑	
Tonus musculaire	Normal	↑	Rigidité	
Selles	Normales	Liquides, en jet mais de fréquence normale	Liquides, en jet et > 8/J	
Lésions cutanées	0	Rougeurs genoux, coudes	Érosions	
FR/min	< 55	55–75	> 75	
Éternuements répétés	Non	Oui		
Bâillements répétés	Non	Oui		
Vomissements	Non	Oui		
Fièvre	Non	Oui		

SSNN
Evaluation et prise en charge

- Principes communs à toutes les équipes

- Traitement

  1° non pharmacologique

  2° pharmacologique

- Pas de consensus sur les critères précis, ni sur le protocole pharmacologique en détail mais tendances communes

SSNN
Evaluation et prise en charge

Prise en charge non médicamenteuse

- Dès la naissance, sans attendre l'apparition des signes de sevrage
- Permet de diminuer l'apparition et de traiter le sevrage
- Privilégier l'hospitalisation mère-enfant (Unité Kangourou)
- Placer la mère **au centre des soins**, la mettre en avant
- Explications détaillées concernant les manifestations, dédramatisation
- Rassurer la mère quant à ses capacités, l'accompagner, prendre le relai au moment opportun, assurer un climat de confiance (alliance thérapeutique soignant – parent)

SSNN
Evaluation et prise en charge

Prise en charge non médicamenteuse

- Réduire au maximum les stimulations sonores et lumineuses
  - ambiance calme
  - lumière tamisée
- Peau-à peau, Kangourou , portage , berçage
- Principes NIDCAP
- Ne pas réveiller pour les soins si possible, attendre les périodes de réveil ou de tétée
- Co-dodo?
- Alimentation enrichie et fractionnée, éventuellement épaissie
- Attention à la substitution adaptée de la mère

SSNN
Evaluation et prise en charge

Traitement pharmacologique

- Les soins de soutien ne doivent pas se substituer au **traitement médicamenteux** si celui-ci s'avère nécessaire!

- Début du traitement médicamenteux selon les équipes

- Le plus souvent si
  - score de Finnegan > 8 voire jusqu'à 12 sur 3 évaluations consécutives
  - ou score de Lipsitz > à 4 . Critères importants -le sommeil , l'alimentation

SSNN
Evaluation et prise en charge

Traitement pharmacologique

- Non standardisé

- **Les opiacées -**plus physiologiques

- Plusieurs substances opiacées évaluées et utilisées
  - sulfate de morphine (Oramorph) - 10 mg=7,5mg de morphine base
  - chlorhydrate de morphine - 10 ml =10 mg morphine base
  - méthadone
  - buprénorphine sousblingual

SSNN
Evaluation et prise en charge

Traitement pharmacologique

Principe: adaptation progressive de la dose pour stabilisation puis décroissance progressive

Posologie:

- **début** à des doses entre 0,5 mg/Kg/j, jusqu'au 1 mg/Kg/j, en 6 prises généralement, en s'adaptant à la tolérance et à la sévérité du sevrage
- **stabilisation** (poursuite pour 2-3 jours une fois les symptômes maitrisées (scores F < 8) à la même dose
- **diminution** progressive, journalière si possible ou par pallier des qqs jours
- **arrêt** envisagé à des doses autour de 0,2mg/Kg/jour

SSNN
Evaluation et prise en charge

Traitement pharmacologique

- **Traitements sédatifs ou agoniste adrénergique non spécifiques**

  - Phénobarbital

  - Chlorpromazine

  - Diazépam

  - Clonidine

  - utilisés dans les situations de SSNN compliqué, complexes

SSNN complexes et/ou sévères
Traitement pharmacologique

- Passage de traitement morphinique en **8X** /jour

- Remplacement de la morphine par Buprénorphine sublinguale?

  N England J Med jun 2015;376(24):2341-48

  ClinPharmacolTher2018 jan;103(1):112-119

- Introduction d'une 2e molécule

  - souvent un barbiturique (Gardenal – dose de charge 20mg/kg iv puis 3-5 mg/kg/ jour en une seule prise si convulsion) ou 10mg/KG /12 heures po, puis entretien à 5 mg/kg /j

  - traitement exceptionnel, à administrer dans une structure adaptée (Niv. 3)

  - chlorpromazine (Largactyl) très peu utilisé car effets adverses

SSNN
Evaluation et prise en charge

Fin de l'hospitalisation

- Sortie à domicile après réunion de synthèse avec l'équipe du Réseau Addictions

- Si le syndrome de sevrage
  - ne nécessite pas ou plus de traitement médicamenteux
  - les soins sont bien maitrisés
  - absence d'autre problématique (logement, conflits , confidentialité)

- Suivi –PMI, Psy , pédiatre , CAMSP ,assistante sociale

- Donner sa chance au couple mère-enfant et rester vigilant

- Durée d'hospitalisation, minimum **8 jours**

SSNN
Quelques particularités locales

- Prise en charge systématique en Unité Kangourou, en Maternité
- Equipe pédiatrique de petite taille , pas d'interne
- Petite équipe de puéricultrices formées à la prise en chargeKangourou du nouveau-né de mère consommatrice ou sous traitement de substitution (changement d'équipe /12 heures)
- Proximité de l'équipe Maternité-Addictions
- Possibilité d'hospitalisation en UMN ou HAD

ANTIDEPRESSEURS

Définition

- Les AD sont des substances pharmacologiques stimulantes capables de corriger les dérèglements dépressifs de l'humeur

Mécanismes d'action

- Augmentation des concentration synaptiques en **NA, 5-HT (sérotonine) et DA**

  - soit en inhibant de manière +/- sélective la recapture de ces neurotransmetteurs (**ISRS** et IRSNA)

  - soit en s'opposant à leur catabolisme (IMAO)

Rationnel biochimique

- Existence dans la dépression d'une carence synaptique en neurotransmetteurs (NA et 5-HT notamment)
- qui se traduit cliniquement par une symptomatologie caractéristique: humeur triste, inhibition, anhédonie, repli sur soi, anxiété)

Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de Sérotonine ISRS

- Substances liposolubles - passage la barrière placentaire

- Traitement de choix de la dépression chez la femme enceinte (bonne tolérance et absence de tératogénicité)
  - Fluoxétine (Prozac)
  - Sertraline (Zoloft)
  - Paroxétine (Deroxat)
  - Citalopram /Escitalopram (Seropram/Seroplex)
  - Fluvoxamine (Floxyfral)

- Effets néonataux: imprégnation/sevrage

  Neonatal behavioral syndrom

ISRS
Neonatal behavioral syndrom

Symptômes dès la naissance jusqu'à 28 jours

Constellation de signes

- Pleurs incessants
- Irritabilité
- Trémulations
- Fièvre
- Hypertonie ou rigidité
- Tachypnée
- Difficultés alimentaires
- Hypoglycémie
- Convulsions
- HTAP

ISRS
Neonatal behavioral syndrom

- En pratique fréquemment utilisées:
  Fluoxétine (Prozac), Sertraline (Zoloft) , Paroxétine (Deroxat)

- En comparant avec le syndrome d'imprégnation serotoninergique de l'adulte les signes retrouvés chez le nn semblent plutôt être liés à **l'imprégnation** qu'au sevrage

- **Examen clinique** attentif en **salle d'accouchement**
  - détecter surtout des signes de difficultés respiratoires
  - SCOPE pendant les premières 24 heures

- **Examen pédiatrique à J1** avec recherche régulière d'éventuelle anomalie liée à l'imprégnation

- Concernant l'**allaitemen**t –l'excrétion dans le lait maternel est inférieure ou égale à 10% de la dose maternelle ajustée au poids (seuil **accepté pour un enfant à terme)**

ISRS
Neonatal behavioral syndrom

- Prévenir les parents, avec tact, sur les éventuelles manifestations et les rassurer quant à la limitation dans le temps et à **l'absence de syndrome malformatif**

- **Allaitement** : Information anténatale importante permettant de privilégier plutôt la Sertraliene (Zoloft) ou la Paroxétine (Deroxat) bien évaluées et dont le passage dans le lait est **négligeable**

COCAÏNE

- Alcaloïde d'origine végétale

- 2 formes

  - chlorhydrate de c. : sniff

  - crack: produit de synthèse, puissance +++, fumé, IV

- 2e produit illicite « expérimenté » en France (1,5 millions), 400 000 usagers quotidiens

(1e le cannabis)

COCAÏNE

Pharmacologie

Agit de 2 manières principales sur les neurones:

- Blocage canaux Na+ (effet AL)
- Inhibiteur recapture DA

Effets cliniques (chez la mère) : psychoanaleptique (stimulation) et psychodysleptique (perturbation)

- Euphorie
- Sentiments de puissance intellectuelle et physique
- Anorexie, Insomnie
- Indifférence à la fatigue et à la douleur (analgésie)
- Trouble de l'humeur: dysphorie
- Levée des inhibitions: comportement à risque

COCAÏNE
Imprégnation/Sevrage

- **Difficultés** : faire la différence entre l'imprégnation et le sevrage, traitement non codifié, association fréquente des signes

- Le syndrome de sevrage à la **cocaïne** et aux autres psychostimulants (**amphétamines**) n'est pas défini de manière claire car manque de spécificité

- Multitude d'études utilisent les scores proposés pour le sevrage aux opioïdes
- Traitement- soins de confort , moyens non médicamenteux –
- **Pas de traitement morphinique** !

COCAÏNE
Imprégnation/Sevrage

Manifestations néonatales à partir de J2, J3

Clinique

- Irritabilité
- Hyperactivité
- Trémulations
- Cri aigu
- Succion excessive

Cocaïne – retrouvée dans les urines du Nn **jusqu'à J7** !

Effets vasoactives – **AVC ischémiques** décrits chez le Nn

COCAÏNE
Imprégnation/Sevrage

- **Essentiels** : dialogue et anamnèse anténatale

- Devant une suspicion ou consommation connue
  - dialogue, explications, recherche maternelle

- Surveillance cardio-respiratoire dès la naissance

- Hospitalisation dans une unité de soins permettant l'évaluation répétée et compétente
- **Allaitement**-seulement en usage occasionnel et en gardant une pause d'environ 24 heures après la prise .

- Imagerie cérébrale (ETF de principe même si examen clinique normal, IRM)

- Suivi pédiatrique à distance

BENZODIAZEPINE

- Traitement maternel

- Souvent à titre anxiolytique, traitement insomnies

  Bromazépam (Lexomil), alprazolam (Xanax), prazépam (Lysanxia), oxazépam (Seresta), diazépam (Valium) ,clorazépate (Tranxène), lorazépam (Temesta) clonazépam (Rivotril)..

  ***Zolpidem** (somnifère apparenté aux BZD)

- Choisir la dose efficace la plus faible possible

- Privilégier oxazépam (Seresta) ou un non BZD (hydroxizine-Atarax)

BENZODIAZEPINE
Syndrome d'Imprégnation chez le NN

- **Imprégantion** Floppy infant syndrom

- **Forme modérée**
  - hypotonie axiale
  - hyporéactivité
  - somnolence
  - troubles de la succion
  - mauvaise prise pondérale
  - troubles de la thermorégulation
- **Forme sévère**
  - dépression respiratoire**,** apnées
- **Prise en charge**
  - présence pédiatrique à la naissance ,
  - scope pendant une période dépendante de la demi-vie de la molécule
  - si dépression respiratoire sévère - **Anexate** ! 0,01mg/kg IVD; puis 0,1mg/Kg /h pendant 8 -12 heures

BENZODIAZEPINE
Syndrome de sevrage

- Traitements chroniques, même à faible dose, poursuivis jusqu'à l'accouchement ou arrêtés brutalement qqs jours avant

- **Clinique** - semblable au sevrage aux opiacées
  - Trémulations
  - Hyperexcitabilité
  - Agitation
  - Convulsions, à fortiori
- Délai d'apparition dépendant de la demi-vie et des autres produits consommés

- **Prise en charge**
  - **Non pharmacologique**
  - Ré évaluation clinique régulière nécessaire
  - Si syndrome sévère, convulsions – sédation avec assistance respiratoire, pédiatrie niveau 3

- **Allaitement -** possible avec Seresta car passage très faible dans le lait (si possible à moins de 30mg/jour)

CANNABIS

- Probablement la substance psychoactive la plus consommée pendant la grossesse (après l'alcool?)

- Principe actif: Delta9TCH, liposoluble +++
  - traverse facilement la barrière placentaire
  - passage dans le lait (ratio lait/plasma à 8)

- Présence de récepteurs cannabinoïdes au niveau du placenta et du cerveau fœtal

- Effets sur l'expression des gènes du développement

CANNABIS

Effets sur le fœtus, le NN et le développement de l'enfant

- RCIU (intriqué –tabac) – indépendamment de mode de vie et des facteurs socio-économiques avec relation dose-effet
- Augmentation de la prématurité
- Petits poids de naissance et taux d'hospitalisation en unité de soins plus élevés
- Augmentation du risque de leucémie
- Atteinte de la fonction neurocognitive
- Risque plus élevé de troubles de comportement et d'attention
- risque de comportement addictif à l'adolescence
- risque de pathologie psychiatrique de type anxio-depressif

CANNABIS

- Peu d'information sur l'imprégnation et pas de vrai syndrome de sevrage chez le nouveau-né
- Eléments faussement rassurants
- Nécessité de **prévention** en raison de l'accessibilité grandissante et de la banalisation de la consommation parmi les jeunes futures mères
- Nécessité de **formation** des professionnels de santé

CONCLUSIONS

- L’évolution néonatale dépend de manière essentielle de la prise en charge **anténatale**
- Fonctionnement **en réseau**
- Les protocoles sont nécessaires mais chaque cas reste unique
- La bienveillance et la relation de confiance sont indispensables

Références

- Finnegan L.(2013) Licit and Illicit Drugs abuse during Pregnancy:Maternal, Neonatal and early Childhood Conséquences Ottawa- Canadien Centre on Sustances Abuse

- Hudak M.L, TanR.Cthe Committee on Drugs and The Committee on Fœtus and newborn –Pediatrics 2012;129;e540

- Jequier M.,Rothvizen E.,Buclin T.,Hohfeld P.,Tolsa J-F.,-Vol 17, Nov 2006 –Paediatrica – Exposition intra-utérine aux SSRI et syndrome de sevrage néonatal:un récensement des mères traitées et un suivi du développement psychomoteur de l'enfant sont nécessaires?

- Lebrun F.,Pons J C., P22-23Cocaine et Crack –effets sur la grossesse et le nouveau-né Toxicomanie et grossesse - JPOP1995 Les cahiers de l'AP-HP, Doin Editeur

- Lejeune C. Protocole de soin pour le syndrome de sevrage néonatal après exposition in utéro aux opiacées - DIU Périnatalité Addictions 2012-2013

- Mazurier E.,Chanal C.,Misraoui M., Toubin R-M., Boulot P.,Cambonie G.,¨Prise en charge des nouveau-nés de mères dépendantes des opiacées –Journées Nationales de lea Société Francaise de Médecine Périnatale (42;2012; Montpellier)

- OsbornD, Cole M J., Jeffrey HE., Opiate traitement for Opiate withdarwal in newborn infants – COCHRANE Database Sys Rev 2010,Oct6;10 CD00205

Références

- Porath-Waller AJ.,- Clearing the Smoke on Cannabis – Canadien Centre on Substances Abuse (2009)
- Saillant D., traitement du syndrome de sevrage néonatal aux opiacées Arch Pédiatr., 2005;12:1161-
- Wong S.,Ordean A.,Kahan M., Consommation de substances psychoactives pendant la grossese –J Obstet Gynaecol Can vol 33, N° 4,2011,p 385-405
- **Centre Référence pour les agents tératogènes**(C.R.A.T)
- Réseau Sécurité Naissance – Loire Atlantique –Recommandations de prise en charge d'un syndrome de sevrage aux opiacées maternels du nouveau-né –déc 2011(Branger B.,Flamant C.,Brehu S.,)
- Réseau Sécurité Naissance – PACAEST, HAUTE CORSE , MONACO -Syndrome de sevrage aux opiacées –Protocole Pédiatrique N°13(Maillote AM.- fev 2014)
- www.drogues-info-service.fr
- www.pharmacovigilance-toulouse.com.fr Prescription de psychotropes pendant la grossesse
- https://www.vuh –synergie.org , Le syndrome de sevrage chez le nouveau-né de mère dépendante aux opiacées

Merci pour votre attention