


RECOMMANDATIONS DU RESEAU PERINATAL LORRAIN

 <p>Réseau Périnatal Lorrain</p>	RECOMMANDATIONS RPL_2020_substances_pscho_actives	Version du 26 mai 2020
	Prise en charge en cas de consommation maternelle de substances psycho-actives	Rédaction : Zeineb KEZ, sage-femme
		Validation : 1. Commission addiction 2. Cellule de coordination du RPL

1. CHAMP D'APPLICATION DES RECOMMANDATIONS

Ces recommandations s'appliquent en cas de consommation maternelle de **substances psychoactives** (toxiques ou traitements substitutifs opiacés à type de chlorhydrate de méthadone et la buprénorphine).

2. PRISE EN CHARGE ANTENATALE DES PATIENTES CONSOMMATRICES DE SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES

2.1. SUIVI OBSTETRICAL

Toute femme enceinte ou désirant le devenir doit être **informée des conséquences** d'une consommation, même modérée de substances toxiques sur le fœtus et le nouveau-né.

Les patientes doivent être orientées vers une **consultation et un service médico-social spécialisés** pour être aidées.

Concernant le **suivi obstétrical** (recommandations HAS concernant le suivi et l'orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées) :

Consommation de tabac	Suivi A1 : suivi SF possible, avis GO et/ou d'un autre spécialiste conseillé
Consommation de cannabis	
Consommation héroïne / méthadone / ecstasy / cocaïne	Suivi A2 : suivi SF possible, avis GO nécessaire , avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire
Consommation alcool	
Médicaments potentiellement tératogènes ou toxiques	

Les informations doivent être délivrées par des **professionnels formés dans le champ des addictions en périnatalité**.

La **rencontre d'un pédiatre pendant la grossesse** doit être systématiquement proposée aux parents de manière à les informer sur les risques néonataux et à répondre à leurs éventuelles questions.

Les femmes enceintes consommatrices de substances psychoactives ont des **grossesses caractérisées « à haut risque »** en raison des complications périnatales possibles ; leur **prise en charge spécialisée et multidisciplinaire** est essentielle. Elles doivent bénéficier d'une **consultation en addictologie par un professionnel référent formé**.

La **discussion systématique de ces dossiers en staff médical** (obstétrical et/ou pédiatrique) est indispensable afin de prévoir le parcours de suivi.

Après information et avec leur accord, leur dossier doit également être présenté en **Réunion de Concertation Pluridisciplinaire en Périnatalité et Parentalité (RC3P)**. Ce dispositif permettra de proposer un accompagnement coordonné et adapté en raison de ces situations de vulnérabilité médico-psycho-sociale. Le descriptif détaillé des RC3P est consultable sur le site internet du RPL.

Un annuaire récapitulant les parcours et les ressources disponibles en Lorraine en ce qui concerne les addictions en périnatalité est également en ligne sur le site du RPL.

Un **contact avec la PMI** de secteur dès la période anténatale est également préconisé.

2.2. SURVEILLANCE ANTENATALE

La surveillance échographique anténatale est à adapter selon le type de substance consommée.

En cas de consommation de substance à risque tératogène, une échographie morphologique précoce sera réalisée aux alentours de 18 SA.

Compte tenu du risque fréquent de RCIU, des échographies de contrôle de la croissance fœtale sont à prévoir aux alentours de 28 SA et de 36 SA.

Une surveillance à domicile de la TA, de la bandelette urinaire et des bruits du cœur (pas de monitoring systématique selon l'âge gestationnel) est à envisager et à adapter selon les signes d'appel.

2.3. CAS PARTICULIER : syndrome de sevrage in utero

Lorsqu'une femme enceinte est consommatrice d'opiacés, le fœtus en est imprégné tout au long de la grossesse.

/!\ ATTENTION /! Un syndrome de sevrage peut déjà apparaître in utero : **l'arrêt ou la diminution brutal.e** de consommation maternelle d'opiacés ou de substituts sont dangereux et proscrits (risque de sevrage fœtal in utero avec risque de MFIU). La **prise en charge spécialisée** est donc indispensable pour instaurer une **substitution à doses adaptées** pendant la grossesse.

Il n'y a pas de corrélation entre la dose du traitement de substitution et le risque de syndrome de sevrage chez l'enfant.

3. PRISE EN CHARGE EN SALLE DE NAISSANCE

3.1. LIEU D'ACCOUCHEMENT

Le lieu d'accouchement doit être adapté en fonction du risque pour l'enfant à naître en cas de consommation maternelle de substances toxiques.

Le Réseau Périnatal Lorrain préconise que le lieu d'accouchement soit déterminé en **concertation pluridisciplinaire** (obstétricien, pédiatre, addictologue), **en lien avec les établissements disposant d'un service de néonatalogie** (types II et III).

La naissance est préconisée au moins en établissement de type II en raison du risque de syndrome de sevrage puisqu'il nécessite une hospitalisation en unité de néonatalogie. Le niveau de risque doit être évalué dès la période anténatale et tout au long de la grossesse. En cas de suivi en type I, un **contact précoce et anticipé** doit être au moins établi avec un établissement de type II ou le type III pour avis +/- orientation après discussion collégiale.

3.2. BILAN A REALISER CHEZ LA MERE

Pour les patientes dont la consommation de substances psychoactives est connue pendant la grossesse, il convient de réaliser un prélèvement urinaire à l'entrée en salle de naissance pour une analyse toxicologique + testing CO + recherche méthadone et subutex dans les urines, après les en avoir informées.

3.3. PRESENCE PEDIATRIQUE EN SALLE DE NAISSANCE

Dans la mesure où le syndrome de sevrage du nouveau-né exposé *in utero* à des substances psychoactives apparaît rarement immédiatement à la naissance, la présence systématique du pédiatre en salle de naissance au moment de l'accouchement est à discuter selon :

- Si la grossesse a été bien suivie et surveillée compte-tenu des risques ;
- S'il n'y a pas eu d'incident majeur au cours du travail pouvant altérer le bien être foetal et augmenter le risque d'acidose et de mauvaise adaptation néonatale ;

La présence pédiatrique en SDN est subordonnée à une concertation prénatale entre l'équipe d'obstétrique et de pédiatrie. Il conviendra donc **d'anticiper** sa présence au moment de l'accouchement si celle-ci est jugée nécessaire au vu des conditions citées.

3.4. BILAN A REALISER CHEZ LE NOUVEAU-NE

En première intention, une **poche de prélèvement d'urines** doit être posée dès la naissance pour une recherche toxicologique. Dans certaines situations exceptionnelles, la recherche peut être effectuée à partir du méconium durant les premiers jours de vie, ou dans les cheveux (quantité importante nécessaire).

En cas de doute sur un diagnostic différentiel des examens complémentaires peuvent être réalisés (bilan sanguin infectieux, mesure de la glycémie capillaire, examens d'imagerie...).

4. PRISE EN CHARGE POSTNATALE

4.1. LIEU DE PRISE EN CHARGE DU NOUVEAU-NE

Le maintien du nouveau-né auprès de sa mère doit être privilégié autant que possible.

Dès lors qu'un syndrome de sevrage est diagnostiqué, le nouveau-né doit être hospitalisé en unité de néonatalogie pour une surveillance rapprochée et évaluer la nécessité de traitement. En cas de naissance en type I, un transfert postnatal est donc indiqué vers le type II de proximité ou le type III. **L'hospitalisation ne doit pas être réalisée en service de pédiatrie sur le type I.**

4.2. CAS PARTICULIER DU SYNDROME DE SEVRAGE AUX OPIACÉS

➤ Définition

Le syndrome de sevrage à la naissance se traduit par un ensemble de symptômes pouvant être :

- **d'ordre neurologique** : hyperexcitabilité, cris aigus, trémulations (spontanées ou provoquées), myoclonies, convulsions, bâillements, éternuements, hypertonie, hyperréflexie (réflexes tendineux augmentés), réflexe de Moro exacerbé, difficultés de succion et/ou de déglutition ;
- **d'ordre digestif** : régurgitations, vomissements, diarrhée, douleurs abdominales, hyperphagie ;
- **des troubles du sommeil** : insomnies, périodes de sommeil de plus en plus courtes ;
- **autres** : troubles respiratoires (tachypnée, hyperpnée), température instable (hypo ou hyperthermie), hypersudation, altérations cutanées de frottement, encombrement nasal ...

La sévérité des symptômes et leur apparition ne sont pas constantes chez tous les nouveau-nés exposés. Elles peuvent varier selon le type d'opiacés utilisés par la mère, la fréquence de consommation, la dose prise, le moment de la dernière exposition, l'âge gestationnel, le métabolisme maternel et l'association à d'autres substances.

Ces symptômes ne sont pas non plus spécifiques au syndrome de sevrage du nouveau-né exposé aux opiacés. Les diagnostics différentiels sont décrits ultérieurement.

➤ Fréquence et circonstances de survenue

Le syndrome de sevrage néonatal peut survenir chez 60 à 90 % des nouveau-nés ayant été exposés *in utero* aux opiacés selon les études.

Il apparaît généralement plusieurs heures voire quelques jours après la naissance (la majorité se déclare 48 à 72 heures après la naissance). Il dure dans la plupart des cas moins de trois semaines. Toutefois, les premiers symptômes aigus peuvent persister plusieurs semaines tandis que les symptômes plus légers (tels que l'irritabilité, les troubles du sommeil et les difficultés d'alimentation) peuvent être retrouvés jusqu'à quatre à six mois.

➤ Diagnostic différentiel

Certains symptômes du syndrome de sevrage du nouveau-né exposé *in utero* aux opiacés peuvent être retrouvés en cas d'**infection**, de **troubles métaboliques** ou **électrolytiques** (hypoglycémie, hypocalcémie), ou de **troubles digestifs** classiques en période néonatale.

Selon les antécédents maternels et le contexte d'accouchement, il convient également d'être vigilant à une possible **hyperthyroïdie**, une **hémorragie** ou une **anoxo-ischémie** du système nerveux central.

Ainsi, il est indispensable d'identifier au préalable les nouveau-nés exposés *in utero* aux opiacés et donc à risque de syndrome de sevrage néonatal afin d'orienter le diagnostic. Cela passe principalement par **l'analyse toxicologique précoce des urines maternelles** avant la naissance qui permet de détecter les consommations récentes.

En cas de doute diagnostique persistant, des **examens complémentaires** peuvent être réalisés (bilan sanguin infectieux, mesure de la glycémie capillaire, examens d'imagerie...).

➤ Scores

Plusieurs scores existent pour diagnostiquer et mesurer la sévérité du syndrome de sevrage du nouveau-né exposé *in utero* aux opiacés. Ils permettent également de suivre l'évolution du syndrome et d'adapter ainsi la prise en charge. La mère peut également participer à la cotation du score. Les scores les plus utilisés sont ceux de Lipsitz et de Finnegan. Les tableaux ci-après résument chacun de ces deux scores.

Le **score de Lipsitz** peut aller de 0 à 20. Son auteur recommande de le réaliser deux fois par jour, 1h30 après un repas. **Un score supérieur à 4 amène au diagnostic de syndrome de sevrage néonatal** aux opiacés. Toutefois, la concordance entre ce score et un éventuel recours thérapeutique n'a pas été évaluée. Il présente donc uniquement un intérêt diagnostique.

Tableau I. Score de Lipsitz (Lipsitz PJ. A proposed Narcotic Withdrawal Score for Use with Newborn Infants Clin Pediatr. 1975 ; 14 (6) : 592-594).

Signes	Score			
	0	1	2	3
Trémulations / activité musculaire des membres	Non / normale	Faible augmentation par des stimulations ou lorsque le nouveau-né a faim	Augmentation modérée ou forte au repos, calmée par l'alimentation ou le berçage	Augmentation forte ou continue au repos +/- mouvements de type convulsif
Irritabilité (cris excessifs)	Aucune	Faible augmentation	Modérée à forte lors de stimulations ou lorsque le nouveau-né a faim	Forte même au repos
Réflexes	Normaux	Augmentés	Très augmentés	/
Selles	Normales	Diarrhée mais fréquence normale	Diarrhée plus de 8 fois par jour	/
Tonus musculaire	Normal	Augmenté	Rigidité	/
Lésions cutanées	Aucune	Rougeur des genoux et coudes	Erosions	/
Fréquence respi . (/min)	< 55	55 – 75	76 – 95	/
Eternuements répétés	Non	Oui	/	/
Baillements répétés	Non	Oui	/	/
Vomissements	Non	Oui	/	/
Fièvre	Non	Oui	/	/

Le **score de Finnegan** peut aller de 0 à 38. Son auteur préconise de le coter 2 h après la naissance puis toutes les 4 à 6 heures si le score reste strictement inférieur à 8.

Tableau II. Score de Finnegan (Finnegan LP. Neonatal Abstinence Syndrome : Assessment and Pharmacotherapy. Neonatal Therapy : An Update. Rubaltelli FF and Granati B. (Eds) Experta Medica, Amsterdam, New-York, Oxford 1986).

	Signes et symptômes	Score
Troubles du système nerveux central	Cri aigu excessif	2
	Cri aigu excessif continu	3
	Durée de sommeil entre les repas < 1h	3
	Durée de sommeil entre les repas < 2h	2
	Durée de sommeil entre les repas < 3h	1
	Réflexe de Moro hyperactif	2
	Réflexe de Moro très hyperactif	3
	Trémulations légères provoquées	1
	Trémulations sévères provoquées	2
	Trémulations légères non provoquées	3
	Trémulations sévères non provoquées	4
	Hypertonie	2
	Excoriations (1 point par localisation : nez, genoux, orteils, talons)	1
	Mouvements myocloniques	3
	Convulsions généralisées	5
Troubles métaboliques, vasomoteurs, respiratoires	Transpiration	1
	37.2 ° C < Température < 38.2 ° C	1
	Température > 38.3 ° C	2
	Bâillement fréquent	1
	Marbrures	1
	Encombrement nasal (reniflements)	1
	Eternuements (> 3 – 4 / intervalle)	1
	Battement des ailes du nez	2
	Rythme respiratoire > 60 / min	1
	Rythme respiratoire > 60 / min + tirage	2
Troubles gastro-intestinaux	Succion excessive	1
	Difficultés d'alimentation	2
	Régurgitations	2
	Vomissements en jet	3
	Diarrhée + (selles molles)	2
	Diarrhée ++ (selles liquides)	3

Les modalités thérapeutiques dépendent de la valeur du score indiquant la sévérité du syndrome de sevrage néonatal aux opiacés.

➤ **Prise en charge non médicamenteuse**

Le syndrome de sevrage néonatal après exposition *in utero* aux opiacés ne nécessite pas systématiquement un traitement médicamenteux. Pour un syndrome de sevrage de sévérité faible ou modérée (Finnegan ≤ 7), des **soins de confort et de « nursing »** permettent déjà une amélioration de l'état clinique du nouveau-né. Il s'agit dans un premier temps, pour la mère, de bercer son enfant afin d'agir sur l'irritabilité. Cela favorise le lien mère-enfant et valorise la mère dans ses aptitudes parentales. Le soutien du père joue également un rôle très important. Des conditions calmes sont requises, avec le moins de stimuli sonores et lumineux possible.

Les soins de nursing peuvent également prendre la forme de **peau à peau** avec les parents, **bain enveloppé, massage, emmaillotage**.

Ces soins de nursing sont également applicables en cas de syndrome de sevrage tabagique.

Les professionnels intervenants doivent éviter tout jugement stigmatisant vis-à-vis des parents. Leur rôle est de les accompagner dans la création du lien avec leur enfant ainsi que dans la réalisation des soins.

➤ **Traitement médicamenteux**

- Traitement médicamenteux à discuter à partir d'un score Lipsitz > 9 sur deux valeurs successives ou si aggravation du score selon l'appréciation clinique de l'équipe
- En cas de score de Finnegan > 7, le recours à un traitement médicamenteux est nécessaire.

Traitement : chlorhydrate de morphine, début à la dose la plus basse puis ajustement selon évolution clinique de l'enfant.

4.3. MODE D'ALIMENTATION

Selon le Centre de référence sur les agents tératogènes (Crat), **l'allaitement maternel est contre-indiqué en cas de consommation maternelle d'héroïne ou de cocaïne.**

En cas de substitution par chlorhydrate de méthadone ou de buprénorphine, la quantité ingérée par le nouveau-né *via* le lait est faible. Aucun évènement particulier signalé n'a été retenu à ce jour chez les enfants allaités. L'utilisation de chlorhydrate de méthadone ou de buprénorphine est donc possible en cours d'allaitement maternel.

Par ailleurs, l'allaitement maternel offre un contact privilégié et une proximité entre la mère et le nouveau-né. La mise au sein, la succion et le lait maternel ont un effet calmant profitable aux nouveau-nés exposés *in utero* aux opiacés. Le lait maternel peut en effet retarder l'apparition des symptômes de sevrage et en réduire la sévérité. S'il n'existe pas de contre-indication, il est nécessaire que les femmes disposent de ces informations pour réaliser un choix éclairé concernant le mode d'alimentation qu'elles souhaitent offrir à leur enfant.

5. ORGANISATION DE LA SORTIE DE MATERNITE

La durée de séjour initiale doit être **d'au-moins 7 jours** afin de mettre en place une surveillance attentive. Elle est ensuite à adapter, de même que les modalités de sortie, selon la présence ou non d'un syndrome de sevrage néonatal et de l'évolution clinique du nouveau-né le cas échéant.

En tous les cas, l'organisation de la sortie **doit impérativement être anticipée**, si possible dès la période anténatale lors des RC3P. Elle doit être envisagée en tenant compte des aptitudes parentales acquises durant le séjour et des ressources familiales disponibles au domicile.

Il faut s'assurer de l'existence d'un **accompagnement adéquat à la sortie de la maternité** et veiller à la **continuité et à la coordination des soins**. Un professionnel référent à la maternité peut être désigné afin de mettre en place le relais ville-hôpital de manière à permettre une cohérence des discours et des pratiques et pour faciliter les réorientations si besoin. Une fiche de liaison maternité/ville peut être utilisée afin de faciliter la transmission des informations à la sortie.

Après information des parents, un contact avec la **protection maternelle et infantile** (PMI), s'avère également judicieux avant la sortie afin qu'ils puissent disposer de ressources professionnelles complémentaires lors de leur retour à domicile.

Le suivi ultérieur est ensuite classique avec les visites pédiatriques habituelles à prévoir.

Il conviendra également de rappeler l'importance de réaliser la consultation postnatale pour la mère à 6-8 semaines du post-partum.

BIBLIOGRAPHIE

- Vidal. Dépendance aux opiacés : traitement de substitution [en ligne]. Mis à jour le 19 septembre 2019 (page consultée le 23 octobre 2019). https://www.vidal.fr/recommandations/1696/dependance_aux_opiaces_traitement_de_substitution/prise_en_charge
- Osborn DA, Jeffery HE, Cole MJ. Opiate treatment for opiate withdrawal in newborn infants. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2010. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002059.pub3>
- Fanjeaux B, Braconnier A, Clerc-Urmès I et al. Suivi obstétrical et pronostic périnatal chez les femmes enceintes toxicomanes. La Revue Sage-Femme. 2018 ; 17 : 135-142.
- Renaud C. Prise en charge du nouveau-né de mère toxicomane. Soins pédiatrie-puériculture. 2006 ; 231 :16-18.
- Micard S, Brion F. Prise en charge du syndrome de sevrage du nouveau-né de mère toxicomane aux opiacés : enquête française et européenne. Archives de pédiatrie. 2003 ; 10 (3) : 199-203.
- Marchand M. Le syndrome de sevrage du nouveau-né, une mise à l'épreuve de la parentalité. Cahiers de la puéricultrice. 2012 ; 49 (215) : 32-33.
- Barthélémy C, Marion M, Dodane MA. Accompagnement à la parentalité en situation d'addiction. Cahiers de la puéricultrice. 2015 ; 52 (290) : 33-35.
- Haute Autorité de Santé. Recommandations professionnelles : Comment mieux informer les femmes enceintes ? Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2005. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/femmes_enceintes_recos.pdf
- Haute Autorité de Santé. Recommandations professionnelles : Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2016. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceinte_-_recommandations_23-04-2008.pdf
- Haute Autorité de Santé. Recommandation de bonne pratique. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2014. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-03/recommandations_-_sortie_de_maternite_apres_accouchement.pdf
- Réseau Périnatal Lorrain. Périnatalité et addictions : parcours et ressources en Lorraine. Nancy : RPL ; 2019. https://www.reseaperinatalloirain.fr/app/download/31923950/Annuaire_structure_addicto_maternit%C3%A9_complet_09072019_paysage.pdf
- Coordination Périnatale Grand-Est. Réunion de Concertation Pluridisciplinaire Périnatalité Parentalité (RC3P). Déploiement du dispositif : Recommandations pour la mise en œuvre. 2018. https://www.reseaperinatalloirain.fr/app/download/30803269/RCP+P%C3%A9rinatalit%C3%A9+_GE_cadrage+process+et+%C3%A9valuation+03-07-2018-VF.pdf
- Limousin A. La prise en charge des nouveau-nés à risque de syndrome de sevrage. Etat des lieux des protocoles de prise en charge au sein des maternités adhérentes au Réseau Périnatal Lorrain au 15 Juillet 2019. Mémoire de fin d'études de sage-femme : Nancy ; 2019.
- Centre de référence sur les agents tératogènes. <https://www.lecrat.fr/>