

## POURQUOI L'ABORDER ?

### ► 1. Définition

• OPIOÏDES : ce sont des substances psychotropes, de synthèses ou naturelles agissant sur les récepteurs aux opioïdes.

- Héroïne
- Traitements de substitution (Méthadone, Buprénorphine et Suboxone®)
- Antalgiques opioïdes (Codéine, Poudre d'opium, Tramadol, Oxycodone, Morphine, Fentanyl)

**Cas particulier :** Les patientes sous traitement antalgique opioïde et souffrant de pathologies chroniques et douloureuses doivent faire l'objet d'une concertation pluridisciplinaire.

**Les traitements de substitution aux opioïdes (TSO) ne sont pas tératogènes et sont recommandés et maintenus en cours de grossesse.**

Le traitement doit être adapté et probablement augmenté pendant la grossesse par un référent expert en addictologie.

### ► 2. Les idées reçues

IDÉES REÇUES	RÉALITÉS
<i>Je crains d'être jugée si je parle de mes consommations ou si je prends du Subutex® ou de la Méthadone.</i>	En parler est l'opportunité d'évaluer votre situation sans jugement par une équipe spécialisée et de vous accompagner vous et votre bébé.
<i>Je dois diminuer ou arrêter mon traitement de substitution pour éviter que mon bébé soit en manque à la naissance.</i>	Le syndrome de sevrage du nouveau-né, n'est pas systématique et ne dépend pas de la dose prescrite à la mère. Diminuer les doses en fin de grossesse peut aggraver le syndrome de sevrage du nouveau-né.
<i>J'ai bataillé pour diminuer mon traitement et maintenant, on veut l'augmenter pendant la grossesse</i>	L'augmentation des doses est la conséquence d'une hémodilution physiologique pendant la grossesse.
<i>J'ai peur que mon enfant devienne "addict" si je prends de la Méthadone ou du Subutex®.</i>	Les TSO n'engendrent pas d'addiction en raison de leur mécanisme d'action.

### ► 3. Les conséquences sur la grossesse et l'enfant

La non-observance d'un traitement ou l'interruption brutale d'opioïdes, sans avis médical, peut générer des épisodes de sevrage chez la femme enceinte. Ces périodes engendrent un stress fœtal et une hyper contractilité utérine qui vont augmenter les risques pour la grossesse et le fœtus.

- **Risques induits :** fausse couche, accouchement prématuré, impact sur le poids fœtal (PAG et RCIU), souffrance fœtale aiguë pendant l'accouchement, césariennes, syndrome de sevrage du nouveau-né...
- **Le choix de l'allaitement maternel** fait par la femme sous TSO doit être soutenu et accompagné en pluridisciplinarité (addictologue, pédiatre). Au vu des rares études, pas de contre-indication à date.

**Le pronostic obstétrical et néonatal est amélioré sous TSO associé à une prise en charge pluridisciplinaire.**

## COMMENT L'ABORDER ?

La recherche d'une consommation d'opioïdes doit être **systématique (L'entourage peut ne pas être au courant)**.

### Évaluation globale :

- Évaluer l'usage : rythme, mode des prises (per os, sniffé, injecté, inhalé)
- Rechercher l'usage d'autres substances psychoactives associées
- Vérifier le statut sérologique, proposer un dosage urinaire des toxiques
- S'intéresser au contexte familial et aux facteurs de vulnérabilités médico-psychosociales
- Si TSO en cours : se mettre en lien avec le médecin prescripteur et la pharmacie qui le délivre
- S'assurer de la bonne observance du traitement pour éliminer un éventuel mésusage

## QUELLES RÉPONSES APPORTER ?

	ANTÉCÉDENT D'USAGE	TSO BIEN ÉQUILBRÉ	MÉSUSAGE AUX OPIOÏDES OU ARRÊT AUTONOME RÉCENT
<b>Attitude du consultant</b>	<p><b>Féliciter</b> d'avoir pu en parler. Rassurer. Être discret par rapport à l'entourage. Évaluer les consommations à chaque consultation</p>		
		Expliquer suivi de grossesse à risque	
<b>Collaboration avec les addictologues</b>	Proposer une consultation avec un <b>addictologue</b> pour faire le point sur son parcours et préparer l'après grossesse	Demander un courrier au <b>médecin prescripteur</b> précisant le traitement de la patiente et l'associer au suivi	Proposer d'initier ou d'équilibrer un TSO en lien avec un addictologue référent
<b>Suivi de grossesse</b>	<b>A1*</b>	<b>A2** rapproché</b> A 28SA : contrôle écho biométries + col utérin monitoring fœtal tous les 15 jours à domicile	<b>A2** rapproché tous les 15 jours</b> Echo morpho de référence + contrôle col + biométries + Dopplers 1x/mois 28 SA : monitoring fœtal hebdomadaire à domicile
<b>Travail en réseau Allaitement</b>	<p><b>Intérêt d'un référent pour la coordination du suivi global</b> S'assurer de l'entretien prénatal précoce Soutien et accompagnement à la parentalité (à domicile par sage-femme libérale ou PMI) <b>Travailler en réseau</b> pour réaliser un PPS (parcours de soins personnalisé) : <b>staff MPS</b>, RCP en périnatalité, staff médical. <b>Anticiper le retour au domicile</b> et évaluer les conditions d'accueil de l'enfant</p>		
		Cs anténatale avec un pédiatre entre 26 et 34 SA. Consultation d'anesthésie obligatoire (pas de Nubain* si méthadone)	
<b>Hospitalisations</b>		Contacter le médecin prescripteur en accord avec la patiente <b>S'assurer de la continuité du traitement de substitution pendant le séjour (commande si besoin) et à la sortie</b>	
<b>Quand et pourquoi rechercher les toxiques ?</b>		<b>Systématique à l'accouchement</b> , recherche dans les <b>urines maternelles</b> et/ou dans le méconium pour anticiper la prise en charge de l'enfant, avec l'accord de la mère	
		Y penser dans le bilan étiologique de MAP sévère, RCIU, HRP, MFIU (recherche dans les urines : opiacés, cocaïne, cannabis, amphétamines, benzodiazépines)	
<b>Accouchement</b>	<b>Type 1, 2, 3</b>	<b>Type 2 ou 3 conseillé</b> Faire Ag Hbs, Ac anti HVC, Ac anti HIV si injection, sniff ou pas de résultats récents <b>Informez de la naissance les intervenants libéraux et PMI</b>	
<b>Suites de couches</b>	Pas d'hospitalisation du bébé	<p><b>Soutenir la mère</b> en pluridisciplinarité <b>Surveillance du bébé</b> par score de Finnegan (à faire avec la mère) s'assurer de la capacité à manger, s'apaiser et dormir + vigilance si autres consommations pendant la grossesse. Pic de sevrage entre J2 et J5. <b>Hospitalisation prolongée en SDC.</b> <b>Organiser</b> la sortie de la mère et du bébé en pluridisciplinarité (PMI, SF libérale, MG, addictologue...)</p>	
<b>Allaitement</b>	Soutenu	Soutenu	Contre-indiqué
<b>Suivi de l'enfant</b>	Suivi habituel	<b>Suivi puéricultrice de PMI et pédiatre pour toute situation</b> <b>Suivi spécifique Cocon du nouveau-né vulnérable si exposition à 3 toxiques et/ou psychotrope</b>	
<b>Suivi de la mère</b>	Proposer une contraception avant la sortie (plutôt implant dès la maternité ou DIU à distance) Poursuite de l'accompagnement engagé. Entretien postnatal précoce obligatoire		

\*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)