

PÉRINATALITÉ, COCAÏNE, AMPHETAMINES ET DROGUES DE SYNTHÈSE

Ce référentiel a été rédigé sous l'égide du réseau périnatal Naître en Languedoc Roussillon par des professionnels du Languedoc Roussillon, avec le groupe de travail suivant :

Pierre BOULOT, gynécologue obstétricien, CHRU Montpellier
Corinne CHANAL, sage-femme, CHRU Montpellier et NGLR
Pascale COMMESSIE, sage-femme référente addictions, CH Carcassonne
Cécile DECHAMBRE, sage-femme référente vulnérabilités/addictions, CH Béziers
Bénédicte DELMAS, médecin addictologue, CH Perpignan
Odile FORTAIN, Cadre de santé, CH Béziers
Pascal GALLAND, médecin addictologue, CH Béziers
Caroline LOBRAÏCO, sage-femme référente vulnérabilités/addictions, CH Sète
Jean-Marc MARQUET, médecin addictologue, ANPAA 34
Evelyne MAZURIER, pédiatre, CHRU Montpellier
Marie Luce MERCIER, sage-femme, CH Perpignan
Meïssa NEKAA, médecin addictologue, CHRU Nîmes
Florence OZIL, sage-femme CDAF, Nîmes
Valérie PAIRIS, psychologue, addictologie CH Narbonne
Patricia PEREZ, sage-femme Conseil Départemental 66
Philippe PANHALEUX, médecin addictologue, CH Perpignan
Anne STOEIBNER, médecin de santé publique, addictologie, Epidaure Montpellier
Danielle TEUMA, médecin addictologue, CH Sète
Hélène VALLIERE, puéricultrice, Conseil Départemental 34

Il a été coordonné par Corinne CHANAL, référente périnatalité et addictions au réseau Naître et Grandir en Languedoc-Roussillon.

AVERTISSEMENT

Ces référentiels sont diffusés à titre informatif par le réseau périnatal Naître en Languedoc Roussillon pour les professionnels de la périnatalité de la région. Ils ont été rédigés en l'état actuel des connaissances à la date de validation du référentiel et n'engagent en aucun cas la responsabilité directe ou indirecte du réseau ou de ses membres quant aux conséquences qui pourraient découler de leur utilisation.

Réseau périnatal Naître et Grandir en Languedoc-Roussillon
Espace BERTIN SANS – 59 avenue de FES – 34080 MONTPELLIER
Téléphone : 04 67 04 01 53
Email : naitre.lr@nglr.fr

PÉRINATALITÉ, COCAÏNE, AMPHÉTAMINES ET DROGUES DE SYNTHÈSE

Les substances abordées ici sont :

- la cocaïne, dont le crack et la free-base
- les amphétamines, l'ecstasy ou MDMA
- le LSD...

Leur usage est actuellement très diffusé ; elles sont consommées de façon festive ou chronique surtout chez les sujets jeunes et la prévalence diminue avec l'âge (OFDT 2012).

Pendant la grossesse, une utilisation même occasionnelle en fait une grossesse à haut risque

COCAÏNE

1. PRODUIT, USAGE ET MODES D'USAGE

La cocaïne (chlorhydrate de cocaïne) est extraite des feuilles d'un arbuste, le cocaïer, principalement cultivé en Amérique du Sud (Colombie, Pérou, Bolivie). L'exploitation et la purification de la cocaïne alimentent le trafic international vers les pays occidentaux et en fait, actuellement, un produit phare des conduites addictives (avec les amphétamines).

Elle se présente sous 2 formes :

- une poudre blanche, consommée le plus souvent par voie nasale (sniff), parfois pulmonaire (inhalation de fumée ou de vapeurs par voie orale ou nasale) ou intraveineuse (injection).
- des cristaux, après adjonction de bicarbonate de soude ou d'ammoniaque au chlorhydrate de cocaïne (à la portée de tout consommateur averti). La combustion de ces cailloux de crack ou de free-base dégage une fumée qui sera inhalée par voie nasale à l'aide d'un matériel adapté.

	Cocaïne	Crack ou free base
Forme	Poudre blanche	Cristaux ou cailloux
Composition	Cocaïne, ac.sulfurique, ether, ac.chlorhydrique	Cocaïne+bicarbonate de sodium ou ammoniacque
Mode d'usage	Sniff ou injection	Inhalé
Début des effets	15 à 20 mn	1 à 2 mn
Durée des effets recherchés	Environ 1 h	10 à 15 mn
Temps de détection urinaire	1 à 5 jours	1 à 5 jours

2. EFFETS DE LA COCAÏNE

La cocaïne a un puissant effet psycho-stimulant entraînant une sensation de puissance intellectuelle et physique, une indifférence à la fatigue, couplée à un sentiment d'euphorie. Ces effets positifs sont suivis d'une phase de « descente », marquée par des symptômes de type dépressif, une anxiété et une forte irritabilité. Au niveau cérébral, son action s'explique par la libération de neurotransmetteurs (sérotonine, dopamine) et le blocage de leur recapture dans la fente synaptique (Karila 2011)

La cocaïne est à l'origine d'une forte dépendance psychique conduisant à des envies irrésistibles d'en consommer (craving) pouvant survenir très rapidement ou à distance de la dernière prise.

La consommation chronique s'accompagne d'un syndrome anorexigène et de troubles de l'humeur (excitation, insomnies, troubles thymiques (dépression), troubles anxieux et phobiques, bouffées délirantes aiguës).

Son usage peut être responsable de troubles cardiovasculaires : poussées hypertensives, infarctus du myocarde, troubles du rythme cardiaque, accident vasculaire cérébral, œdème aigu du poumon.

L'association alcool-cocaïne est métabolisée en coca-éthylène. Cela allonge la durée des effets de la cocaïne et contrebalance leurs effets négatifs. La toxicité cardiovasculaire en est accrue.

3. CONSÉQUENCES PENDANT LA GROSSESSE

Attention, la consommation de cocaïne est souvent associée à des consommations de tabac, d'alcool et de cannabis. Les effets sur la grossesse sont dose-dépendant et augmentés par les poly consommations.

La cocaïne provoque une hyper contractilité utérine responsable du risque augmenté d'avortement spontané, d'accouchement prématuré (x2 à x10) et de rupture prématurée des membranes.

La cocaïne provoque une vasoconstriction, donc une hypoperfusion placentaire et des risques de lésions ischémiques avec comme corollaire des risques de pré-éclampsie, d'hématome rétro-placentaire (x 4.5), de retard de croissance intra-utérin harmonieux (poids, taille, périmètre crânien). Cette action vasoconstrictrice pourrait expliquer l'effet tératogène de la cocaïne. (Bada 2002, Bauer CR. et 2005)

Elle a une action neurotoxique directe qui peut perturber le développement du cerveau en provoquant des erreurs d'orientation de certains neurones au cours de leur migration dans les différentes couches du cortex.

D'autre part, l'action de la cocaïne sur la femme enceinte peut être responsable de complications médicales qui perturberont le déroulement de la grossesse : poussées hypertensives, infarctus du myocarde, trouble du rythme cardiaque, accident vasculaire cérébral, œdème pulmonaire, troubles psychiatriques...

4. CONSÉQUENCES SUR LE NOUVEAU-NÉ ET L'ENFANT

En période post-natale, si la consommation se poursuit jusqu'à l'accouchement, on peut observer une période initiale d'irritabilité et d'hyperexcitabilité suivie d'une léthargie et une hypotonie. Les symptômes présentés par le nouveau-né reflètent plus une intoxication (syndrome d'imprégnation) qu'un syndrome de sevrage. Ces troubles que présente le nouveau-né sont moins marqués que dans le sevrage des opiacés. Il semblerait que les anomalies comportementales soient plutôt liées à l'effet neurotoxique.

Les études anciennes comme en témoigne JP Ackerman en 2010 dans une revue de 15 cohortes entre 1980 et 2008 montraient chez les enfants plus de troubles de croissance, plus d'altération des capacités cognitives, plus de troubles scolaires, plus de troubles du langage. Ces troubles pouvaient être atténués par des facteurs environnementaux favorables (stabilité familiale, niveau de vie, éducation, qualité des relations avec entourage).

Les études récentes confirment l'existence de conséquences négatives.

A cours terme sont décrits des troubles du tonus avec une hypertonie globale à 6 mois qui disparaît au cours de la deuxième année mais qui peut impacter le développement ultérieur (Chiriboga 2014).

A long terme chez l'enfant et l'ado les chercheurs ont mis évidence des altérations anatomiques : diminution du volume du corps calleux et diminution de la substance grise des lobes pariétaux et

occipitaux. Et sont confirmés les troubles de l'attention, du langage, des fonctions exécutives, des habiletés visuo motrices. (Singer 2015)."

5. CONSÉQUENCES SUR LA LACTATION

La cocaïne passe dans le lait peut provoquer une agitation et une irritabilité chez le nourrisson, voire un choc cardio-vasculaire. L'allaitement est contre-indiqué. (Hales 2012, Marcellin 2015)

En cas d'allaitement chez une femme consommatrice de cocaïne, les urines de l'enfant restent positives pendant au moins 60h (Jones 2015).

En cas de consommation maternelle pendant la période d'allaitement, Jones recommande de tirer et jeter le lait pendant 24 à 48h.

RECOMMANDATIONS ET CONDUITES À TENIR

Toujours rechercher les autres toxiques et surtout les consommations aiguës d'alcool et le tabac.

1. COTÉ OBSTÉTRICAL

Si poursuite de consommation malgré la grossesse connue, c'est une grossesse à risque. Le suivi doit être intensifié de préférence avec une alternance de consultation par sage-femme et gynécologue-obstétricien :

- une consultation par mois au premier trimestre
- une consultation tous les quinze jours à partir de 24 SA
- une échographie morphologique du 2e trimestre avec un référent
- une surveillance échographique de la croissance fœtale, des dopplers et des échographies du col
- recherche sérologies VHC, VIH, Hbs car risque accru de contamination par voie sanguine ou sniff avec partage de paille
- un enregistrement du rythme cardiaque fœtal par semaine à partir de 28 SA plutôt au domicile, avec une sage-femme de PMI ou libérale en fonction des situations
- un entretien anténatal avec un pédiatre qui pourra donner aux parents une information sur la prise en charge néonatale, l'allaitement, la surveillance du nouveau-né en maternité, répondre aux questions et préparer le suivi de l'enfant.

L'examen somatique doit toujours être attentif et extrêmement respectueux de la pudeur des femmes (beaucoup ont été blessées dans leur corps).

Une préparation à l'accouchement avec une approche corporelle (piscine, yoga, haptonomie...) est particulièrement indiquée, individuelle ou collective selon le choix des patientes, avec ouverture à la place du père.

L'adhésion aux consultations programmées fait l'objet d'un suivi du suivi. Il ne faut pas hésiter à rappeler la patiente en cas d'absence. Les rendez-vous non honorés sont repris avec elle en recherchant ensemble les solutions pour améliorer sa compliance au suivi (choix des horaires, appel téléphonique avant le prochain rendez-vous, accompagnement social...) et donc à réduire les risques sur la grossesse.

Afin de mieux préparer l'hospitalisation de la mère et de l'enfant, organiser une visite de la maternité, de la pédiatrie, de la salle d'accouchement.

2. COTÉ ADDICTOLOGIQUE

Nécessité d'une évaluation en addictologie quelle que soit la fréquence des consommations. Un sevrage ambulatoire ou en hospitalisation est possible.

Aucun traitement de substitution n'existe mais une prise en charge pluridisciplinaire est recommandée.

Un bilan cardiologique est indiqué (cf chapitre I.2).

Une fiche « consommation de cocaïne : stratégies de prise en charge des consommateurs » a été réalisée par l'HAS en 2010.

3. COTÉ PEDIATRIQUE

Si les consommations sont poursuivies pendant toute la grossesse, dans les jours qui suivent la naissance surveiller le comportement du nouveau-né car une excitabilité peut apparaître due à l'imprégnation in utero de cocaïne. Il n'est pas indiqué d'utiliser le score de Finnegan puisqu'il ne s'agit pas d'un syndrome de sevrage.

La proximité mère-enfant, le peau à peau, le nursing sont à renforcer. Un traitement médicamenteux n'est pas nécessaire.

AMPHÉTAMINES, ECSTASY, MDMA

Les amphétamines constituent un groupe de plusieurs dizaines de molécules dont les effets psychoactifs sont sensiblement différents. Elles sont obtenues par synthèse chimique et vendues illégalement sous des noms divers : Cristal, Ice , Ecstasy, speed, MDMA, etc...

Le méthylphénidate (Ritaline, Concerta...) est un médicament de la famille des amphétamines à prescription limitée, contre-indiqué chez l'adulte mais dont l'usage peut être détourné. Il y a peu de publication.

	MDMA	Ecstasy	Speed
Forme	Cristaux ou poudre blanche	Comprimé	Poudre jaunâtre ou cristaux ou comprimés
Composition	3,4 méthylène dioxymétamphétamine	3,4 méthylène dioxymétamphétamine	
Mode d'usage	sniff	ingéré	Sniffée, ingérée, fumée ou injectée
Début des effets	30 min	30 min	Sniff 10 à 20 mn, avalée, 30 à 35 min
Durée des effets	6 à 8h	6 à 8h	6 à 30 h
Temps de détection urinaire	72 h		1 à 5 jours

Psychostimulants et anorexigènes puissants, une consommation régulière peut entraîner une altération de l'état général du fait de la dénutrition et du manque de sommeil. Elle conduit à l'épuisement de l'organisme, une grande nervosité et des troubles psychiques, notamment des délires.

Ce sont des molécules très toxiques au niveau cérébral et dont la consommation chronique expose à des déficits intellectuels et cognitifs.

L'action tératogène a été prouvée chez l'animal. Chez l'homme, les amphétamines augmenteraient le nombre d'atrésie des voies biliaires, de cardiopathie, de fente labiale et palatine.

Les complications médicales et obstétricales sont les mêmes que pour la cocaïne, mais la toxicité des amphétamines est plus importante et plus prolongée. On note une augmentation de fréquence de :

- retard de croissance intra-utérin
- hématome rétro placentaire
- pré éclampsie
- accouchement prématuré
- complications hémorragiques du post-partum.

Il existe un risque de syndrome de sevrage à la naissance lors de consommations chroniques jusqu'à l'accouchement. Il n'existe pas de traitement pharmacologique. Son traitement consiste principalement en des soins de nursing. La proximité mère-enfant, le peau à peau sont à renforcer. L'utilisation du score de Finnegan n'est pas recommandé car on sort du cadre du syndrome de sevrage néonatal aux opiacés.

Les amphétamines se concentrent dans le lait maternel (ratio lait/plasma = 2.8 à 7.2). Ils peuvent provoquer irritabilité, nervosité, insomnies...L'allaitement est contre-indiqué. (Marcellin 2015)

A noter que des molécules ayant des propriétés similaires aux amphétamines ont fait leur apparition ces dernières années en contexte festif : Les cathinones de synthèse, molécules dérivées du Khat qui est une plante africaine. Ces molécules de synthèse sont prohibées en France depuis 2012 mais sont des stimulants du système nerveux central très facilement accessibles sur internet, et les conséquences obstétricales et néonatales de leur consommation au cours de la grossesse commencent juste à être décrites.

LE LSD ET LES AUTRES HALLUCINOGENES (CHAMPIGNONS,...)

Le LSD est un produit liquide que l'on consomme sous forme de petits morceaux de buvard qui en sont imprégnés. Les consommations sont habituellement irrégulières (lors de «fêtes»). Les effets recherchés sont d'ordre hallucinatoires, le LSD modifie et intensifie toutes les perceptions sensorielles. Possibilité de « bad trip » et « flash-back ». Sa synthèse et sa diffusion ne sont pas simples et de nombreux consommateurs préfèrent des hallucinogènes «naturels» comme les champignons (psilocybes).

Il y a peu de données concernant les effets des hallucinogènes durant la grossesse. La plupart des recherches remontent aux années 1970.

CONCLUSION

Les femmes enceintes qui consomment ces substances pendant leur grossesse doivent toutes être prise en charge comme des grossesses à haut risque.

Le pronostic psychomoteur de l'enfant dépend des substances consommées, des conditions de déroulement de la grossesse et des conditions environnementales postnatales. L'association fréquente de la consommation d'alcool avec celle de cocaïne et d'amphétamines les aggrave. Quelle que soit la lourdeur des situations, il est possible d'optimiser la prise en charge médico-psycho-sociale de la mère et de l'enfant, et plus largement de la famille.

Le travail en réseau est indispensable avec en priorité un maintien des intervenants intra ou extrahospitaliers (médecin généraliste, gynécologue, addictologue, psychiatre, psychologue, pédopsychiatre, assistante sociale, sage-femme de PMI ou libérale...). C'est une prise en charge

pluridisciplinaire nécessitant une coordination du travail en réseau avec un suivi de ces orientations et collaboration interprofessionnelle tout au long de la grossesse, pendant le séjour en maternité et après la sortie.

BIBLIOGRAPHIE :

1. Aase JM, Laestadius N, Smith DW. - Children of mothers who took L.S.D. in pregnancy. *Lancet*. 1970 Jul 11;1(7663):100-1.
2. Ackerman JP1, Riggins T, Black MM. - A review of the effects of prenatal cocaine exposure among school-aged children. *Pediatrics*. 2010 Mar;125(3):554-65. doi: 10.1542/peds.2009-0637. Epub 2010 Feb 8.
3. Bada HS. - Gestational cocaine exposure and intrauterine growth: maternal lifestyle study. *Obstet Gynecol*. 2002 Nov;100(5 Pt 1):916-24.
4. Bauer CR, Langer JC, Shankaran S, Bada HS, Lester B, Wright LL, Krause-Steinrauf H, Smeriglio VL, Finnegan LP, Maza PL, Verter - J. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2005 Sep;159(9):824-34.
5. Chiriboga CA, Kuhn L, Wasserman GA - Neurobehavioral and Developmental Trajectories Associated with Level of Prenatal Cocaine Exposure. *J Neurol Psychol*. 2014 Nov;2(3). pii: 12.
6. HAS. Recommandation de bonnes pratiques : consommation de cocaïne : stratégies de prise en charge des consommateurs. 2010
7. Hoff KM. - Effects of prenatal and postnatal exposure to LSD on brain maturation. - *Gen Pharmacol*. 1976 Dec;7(6):395-8.
8. Jones W. - Cocaine use and the breastfeeding mother. *Pract Midwife*. 2015 Jan;18(1):19-22.
9. Karila L. - Test Craving - Current Pharmaceutical Design, 2011
10. OFDT janvier 2012 - Drogues, chiffres clé – www.drogues.gouv.fr
11. Marcellin L, Chantry AA. - Therapeutic uses, dietetic and addictions - guidelines for clinical practice]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2015 Oct 31. pii: S0368-2315(15)00270-7. doi: 10.1016/j.jgyn.2015.09.030. [Epub ahead of print][Breast-feeding (part IV):
12. McGlothlin WH, Sparkes RS, Arnold DO. Effect of LSD on human pregnancy. *JAMA*. 1970 Jun 1;212(9):1483-7.
13. Pichini S, Rotolo MC, García J, Girona N, Leal L, García-Algar O, Pacifici R. - Neonatal withdrawal syndrome after chronic maternal consumption of 4-Methylecathinone - *Forensic Sci Int*. 2014 Oct 24;245C:e33-e35.
14. Singer LT, Minnes S, Min MO, Lewis BA, Short EJ- Prenatal cocaine exposure and child outcomes: a conference report based on a prospective study from Cleveland. *Hum Psychopharmacol*. 2015 Jul;30(4):285-9.