



Introduction



Les MSO (Médicaments de Substitution aux Opiacés) ne sont pas tératogènes, ne présentent pas de risque obstétrical.

RCP
Méthadone sirop



RCP
Méthadone gélule



RCP Buprénorphine
Haut Dosage



Notions préalables

L'arrêt ou la baisse des MSO sont contre indiqués pendant la grossesse : le syndrome de sevrage maternel est délétère pendant la grossesse (fausses couches, RCIU, prématurité), risque de prise de produits encore plus dangereux, surveillance défailante de la grossesse.

Le traitement sera poursuivi, avec éventuellement un ajustement du dosage notamment en fin de grossesse **si apparition de signes cliniques évocateurs d'un sous dosage** (réapparition du craving voire de signes de sevrage en fin de dose).

L'accouchement **en proximité dans une structure (même de niveau I) si la femme se sent bien est à privilégier, et selon la surveillance néonatale envisagée.**

L'accouchement sera à **prévoir en maternité de niveau 2 ou 3 après concertation avec l'équipe périnatalité de proximité et l'addictologue de référence** (ELSA, CSAPA, Hospitalier...) si nécessaire.

Après l'accouchement **ajuster les doses pour le retour à la dose de début de grossesse**, en particulier pour la méthadone (risque de surdosage++).

Exemple :

une femme bien équilibrée sous buprénorphine sans mésusage et sans problématique sociale, psychologique particulière ..peut tout à fait accoucher en Niveau 1

*Expérience clinique d'addictologue intervenant en maternité :
« Je maintiens plutôt la dose de fin de grossesse, je n'ai jamais vu de signe de surdosage même sous méthadone, l'augmentation de fin de grossesse étant généralement légère et le postpartum n'est pas une période favorable pour une diminution de dose selon moi (risque accru de dépression post-natale dans cette population) »*





Suivi anténatal



Le suivi de la future mère

Quel désir de grossesse :

- l'enfant désiré,
- l'enfant « médicament » (objet d'un aller mieux) ?

Permettre l'expression de ce désir

- La future mère peut ne pas se sentir légitime, en raison de ce traitement, culpabiliser du futur syndrome de sevrage néonatal (risque d'arrêt de traitement, et donc de suivi).
- Le père : est-il présent, soutenant ou non, informé du traitement suivi.
- L'entourage familial, amical.
- Evaluer la structure psychopathologique sous-jacente et les relations avec ses propres parents :
 - antécédents de maltraitance,
 - vécu abandonnique ?

Car cela va considérablement influencer ses modalités d'attachement et ses capacités à répondre de façon adaptée et continue aux besoins de son bébé.

>> Recours possible aux professionnels en santé mentale et/ou addictologie en proximité avec l'équipe périnatale pour cette évaluation.



Le suivi de la femme enceinte

Intérêt du MSO :

- Expliquer l'intérêt à la femme enceinte (et son entourage) d'un traitement de substitution bien équilibré pendant la grossesse (réduction du risque de prématurité, d'hypoxie et de stress foetal par suppression de l'alternance de pics et de périodes de manque) et l'absence de corrélation entre le syndrome de sevrage du nouveau-né et la posologie maternelle.
- Si la femme est sous Méthadone sirop (contenant alcool et sucre), demander à son addictologue de référence le passage à la forme gélule :
 - Dérogation à demander auprès de la CPAM si elle est sous sirop depuis moins d'un an avec argumentation sur évitement risque de SAF
 - NB : la délivrance contrôlée est réalisable avec la forme gélule
- Si femme non substituée (avis addictologique à solliciter) :
 - Le choix du MSO (buprénorphine ou méthadone ?) est guidé par les mêmes principes qu'en dehors de la grossesse :
 - Si injection ou antécédent de mésusage de la buprénorphine en sniff ou IV : la Méthadone est à privilégier.
 - Si recours à la Méthadone l'addictologue peut demander dérogation pour la forme gélule .

La teneur en éthanol contenu dans un flacon de méthadone sirop est de 1,6 % v/v, soit 14 mg d'éthanol par ml de sirop, c'est-à-dire jusqu'à 200 mg par flacon.





Suivi anténatal

- Nausées et méthadone :
 - Association Méthadone et Dompéridone (Motilium®) : CI risque torsade de pointe/QT long
 - Certaines usagères font part d'une difficulté à garder la méthadone, en particulier dans les 16 ou 20 premières semaines de grossesse. Dans ce cas, il faudra **inviter la femme à consulter son médecin prescripteur** afin d'étudier les moyens de diminuer ces effets. Le gingembre, des acupressions du poignet, et la division en deux prises de la dose journalière de méthadone peuvent parfois aider. Siroter lentement la méthadone sur une période d'environ une heure peut également parfois aider

Référence : GUIDE RESPADD (2013) L'USAGE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES DURANT LA GROSSESSE 10/ Les soins maternels Grossesse sous buprénorphine ou méthadone page 197

- Témoignages de cliniciens :

« Pour ma part je ne fais pas de dosage, je me fie à la clinique: aux signes de sous dosage rapportés par les patientes = quand ça "tire" juste avant la prise du traitement c'est qu'il faut augmenter de 5mg pour la méthadone ou de 0,4 pour la buprénorphine. »

« La plupart des femmes enceintes veulent diminuer leur traitement et il faut plutôt rabâcher en permanence l'intérêt d'être bien substituée pour que ce soit "confortable" pour leur bébé. Je leur parle dès le début de la possible nécessité d'augmenter au dernier trimestre pour qu'elles y soient préparées et qu'elles puissent repérer l'apparition des signes de sous-dosage. »

« La buprénorphine est plus compliquée à utiliser pendant la grossesse et autour de l'accouchement, notamment sur la question antalgique (les équipes périnatalité sont en difficulté pour l'accouchement et en suite de couches) »



⚠ Le risque des poly-consommations

- La prise conjointe de benzodiazépine et/ou d'autres toxiques **expose plus fréquemment et plus intensément le nouveau-né au syndrome de sevrage néonatal**. Donc diminuer voire arrêter avant l'accouchement, autant que faire se peut les benzodiazépines prescrites.
- Evaluer la prise d'autres toxiques et inciter à l'arrêt car le **retard de croissance intra-utérin (RCIU) (30 à 40%)** est expliqué davantage par :
 - les poly-consommations (alcool, tabac, cocaïne...),
 - la mauvaise hygiène alimentaire,
 - le risque infectieux,
 - le stress,
 - la précarité,

plus que par l'action directe des opioïdes...et ces consommations sont corrélées à l'intensité du syndrome de sevrage.





Suivi anténatal



L'accompagnement en réseau

- Evaluer de façon multi axiale la situation :
 - où en est la femme dans son parcours de consommation ?
 - situation sociale, relationnelle (femme seule ou entourée, qualité de cet entourage).>> Pouvoir solliciter les aides (logement, droits sociaux etc...).
- Si prescripteur de TSO (Méthadone notamment) non addictologue, contacter le-les addictologues (au minimum pour avis) antérieurement en lien avec la patiente, **la priorité est d'assurer le suivi le plus sécurisé possible en préservant à tout prix l'alliance.**
- Le travail en réseau indispensable avec en priorité un **maintien des intervenants extérieurs choisis par les parents** (médecin généraliste, gynécologue, intervenant en addictologie, pharmacien, psychiatre, psychologue, assistante sociale, pédiatre, sage-femme de PMI ou libérales...) surtout **ceux de proximité du domicile.**
- Permettre et **organiser le suivi**, afin d'éviter ruptures, pertes de vue et rechutes.
- **Prévenir le placement de l'enfant** (dans les cas les plus sévères) en favorisant les conditions de son accueil par un accompagnement de qualité de la future mère. (Envisager l'intervention d'une TISF à domicile pour soutien à la parentalité).
- Penser à l'**accompagnement pédopsychiatrique mère-bébé si vulnérabilité psychopathologique repérée.** (Parfois nécessité d'une note prénatale et/ou IP dès la naissance si vulnérabilité psychopathologique compromettant la réponse aux besoins primaires du nourrisson).





Accouchement



Anesthésie - Analgésie

- Le seuil de douleur est **souvent abaissé** et **nécessite une analgésie plus précoce et plus intense**.
- **Pas de contre-indication aux anesthésies locorégionales** avec les opioïdes.
- La **nalbuphine (NUBAIN®)** est **contre-indiquée en cas de TSO**
- Méthadone et Buprénorphine en TSO ont un **effet analgésique bref (4-8h)**. Il faut donc associer **d'autres antalgiques** (attention au respect des CI du RCP), ou envisager fractionnement/augmentation des doses.
- Il n'y a **pas de majoration des effets centraux en association avec les morphiniques** dans le cadre d'une douleur aiguë.
- **Concertation nécessaire** avec équipe maternité si niveau 1 envisagé pour vérifier si la prise du TSO pose problème à l'anesthésiste.
- **Attention aux confusions** avec d'autres médicaments existants :
 - Temgésic® = Buprénorphine à visée antalgique
 - Zoryon® = Méthadone à visée antalgique

*Témoignages de cliniciens :
« Récemment (depuis 2020)
une patiente en a vécu
l'expérience de Nalbuphine
sous TSO dans une maternité
de Niveau I »*



Suivi postnatal

Syndrome de sevrage néonatal (SSNN)

Il n'y a pas de différence en fréquence et en intensité du syndrome de sevrage néo natal entre buprénorphine et méthadone.

A la naissance selon l'étude du GEGA on observe :

| Critères | Sous méthadone | Sous buprénorphine |
|--|-----------------|--------------------|
| Âge de naissance | 38,4 SA | 38,5 SA |
| Poids moyen de naissance | 2 801 g | 2 860 g |
| Prématuré | 18 % | 9 % |
| RCIU | 37 % | 30 % |
| % de SSNN | 65 % | 65 % |
| Âge moyen 1ers signes | 43 h | 39 h |
| Âge moyen score maximal | 92 h | 70 h |
| % NN traités/durée ttt | 48 % / 18 jours | 52 % / 16 jours |
| %NN transférés en néonatal/ DMS | 32 % / 31 jours | 33 % / 23 jours |
| Âge moyen de reprise du poids de naissance | 13 jours | 10 jours |
| A noter taux de mères fumeuses de tabac | 75 % | 75 % |

En violet, les critères impactés par le tabagisme

La fréquence et l'intensité du syndrome de sevrage néonatal est **indépendant de la dose** de méthadone ou de buprénorphine prise par la mère.

Les symptômes du SSNN ne sont pas superposables à ceux du sevrage de l'adulte : c'est une information capitale à transmettre à la future mère qui a tendance à projeter ses propres expériences de manque sur son futur enfant.

La prise en charge du SSNN consiste avant tout à **maintenir la proximité mère enfant** (privilégie le peau à peau, avec ou sans allaitement et le nursing).

Il est possible d'associer autant que possible la mère dans l'évaluation des signes de sevrages au moment où les équipes paramédicales viennent réaliser les scores de Finnegan par exemple.

La **prise en charge du syndrome de sevrage du nouveau-né** est disponible [ci-après le lien](#) (document réalisé par le RSN datant de 2011)



Suivi postnatal



Réadaptation du traitement

- Reprise après l'accouchement des posologies antérieures à la grossesse. (Notamment pour la Méthadone en restant au plus près de la clinique)
Avis addictologue à solliciter.

Témoignages de cliniciens :
« Nous commençons à diminuer rapidement après l'accouchement les TSO qui ont été augmentés en fin de grossesse car les mamans sont souvent somnolentes (trop sédâtées donc difficile de s'occuper du bébé!!!), adaptation en fonction de la clinique évidemment »



Allaitement

- L'allaitement **est possible voire encouragé**, le passage de la méthadone et de la buprénorphine dans le lait maternel est insignifiant (*source : le GEGA, le CRAT*).
>> Ne compenserait donc pas un éventuel SSNN, cependant l'apaiserait par le peau à peau induit
- Les autres toxiques, alcool, psychotropes, cannabis, cocaïne...associés sont eux plus problématiques et peuvent contre-indiquer l'allaitement.



Prévention des overdoses

- L'utilisation de la Naloxone :
 - Dans l'espèce humaine, la **naloxone passe la barrière placentaire**.
 - **Chez l'animal aucun effet toxique** pour l'embryon ou tératogène n'a été révélé.
 - Chez une femme enceinte dépendante aux opioïdes, l'administration de naloxone peut précipiter un syndrome de sevrage chez le fœtus ou le nouveau-né, **toutefois, compte-tenu du risque mortel pour la mère et le fœtus d'un surdosage aux opioïdes, l'administration de Naloxone chez une femme enceinte peut être nécessaire**, mais le fœtus ou le nouveau-né devra être étroitement surveillé en structure médicalisée.
- Buprénorphine + Naloxone (Suboxone®)
 - Si la patiente est sous Suboxone® il faut évaluer le bénéfice-risque de cette association pendant la grossesse.

RCP Naloxone

"Prenoxad®"

RCP Naloxone

"Nyxoid®"



Messages à retenir

Notions clés :

- Evaluer la situation dans sa globalité,
- Soutenir la prise du traitement de substitution pour réduire les risques,
- Conseiller et accompagner l'arrêt de la consommation d'autres toxiques (alcool surtout, cocaïne, tabac, cannabis...),
- Intégrer la notion de suivi obstétrical de grossesse à risque,
- Favoriser le suivi de la grossesse en rapprochant les équipes de périnatalité et d'addictologie en proposant un accompagnement pluridisciplinaire et la mise en lien avec les autres professionnels avec l'accord des futurs parents,
- Rassurer les futurs parents en organisant une consultation anténatale avec un pédiatre permettant d'expliquer le sevrage et la prise en charge du nouveau-né, leur faire savoir s'ils peuvent être impliqués dans l'évaluation du SSNN.

Messages à transmettre à la femme enceinte et son entourage :

- La dangerosité de l'usage d'autres SPA que les opiacés pendant la grossesse,
- La possibilité de débuter un MSO pendant la grossesse du fait de son innocuité et la nécessité de le poursuivre à posologie suffisante.

