

# Nouveau-nés de mères toxicomanes

Autor(en): **Racine, J.**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici**

Band (Jahr): **86 (1988)**

Heft 4

PDF erstellt am: **12.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-951025>

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

# La fumée gêne-t-elle le bébé?

Après tout, celui ou celle qui fume dans son coin ne démolit – à petit feu – que lui-même. Cette réalité ne s'applique plus à la femme enceinte. La future mère est comptable de ses actes auprès de l'enfant qu'elle porte.

Les avortements, les naissances d'enfants morts-nés, les morts peu après la naissance, les nouveau-nés malingres, difficiles à élever, et dont l'avenir psychomoteur est compromis, sont nettement plus fréquents chez les mères qui ont continué à fumer pendant la grossesse. «**La liberté de chacun s'arrête là où commence celle des autres.**» Fondement de toute morale laïque, et règle première de la vie sociale, cette maxime, qui est bonne à appliquer à l'égard des étrangers, ne l'est-elle pas à l'égard de la chair? La liberté que l'on doit à son enfant, c'est-à-dire au futur adulte, n'est-ce pas d'abord le droit d'être normal?

chique du futur poussin! La nicotine passe également dans le lait maternel qui devient ainsi un «faux-frère». Et puis les enfants de fumeurs, plus que les autres, accumulent rhinopharyngites, otites, angines, bronchites. Plus que les autres, ils sont exposés à apprendre à fumer et à devenir à leur tour esclaves du tabac dès l'âge de 15 ans!

En somme, si l'on recense toutes les conditions nécessaires pour qu'un individu soit et reste en bonne santé, on aboutit à cette conclusion: la première des conditions est d'avoir de la chance, beaucoup de chance, celle notamment d'être né de parents non-fumeurs... Cette chance, pourquoi ne pas l'offrir, en premier cadeau, à l'enfant qui mûrit en vous?

Dr Bertrand Duruel, généraliste  
(Extrait d'un article paru dans  
«Santé magazine», sept. 1984)

## Des risques réels

Le risque spécifique du tabac chez la femme enceinte est aujourd'hui bien établi. Plusieurs études ont en effet mis évidence une relation entre le tabagisme maternel et une réduction du poids de naissance des enfants due à un retard de croissance intra-utérine.

La mortalité néonatale est également accrue: +20% chez les enfants nés de mères fumant moins d'un paquet par jour, +35% chez ceux dont les mères fument plus d'un paquet par jour. Le risque d'avortement est également augmenté ainsi que celui d'hématome rétroplacentaire et d'accouchement hémorragique.

Il est donc particulièrement important d'informer les jeunes mères qui fument de tous ces risques qu'elles font courir à leur enfant.

## Affections respiratoires, parce que la mère fumait

(AT) Les enfants dont les mères fument peuvent manifester, des années plus tard, un amoindrissement de la capacité pulmonaire. Telle est la conclusion de deux études effectuées dans deux hôpitaux de Boston (USA). L'enquête a porté sur 1156 écoliers âgés de cinq à neuf ans. Les enfants, les parents ainsi que d'autres membres de la famille ont été interrogés au sujet de la respiration, de la maladie des voies respiratoires et des habitudes de fumer. Les résultats ont montré que la fonction pulmonaire des enfants de mères fumeuses était diminuée après cinq ans de 3 pour cent par rapport aux enfants de mères ne fumant pas. Cette perte peut entraîner plus tard des maladies des voies respiratoires.  
*Source: ASG, 29. 11. 1983*

L'incisivité et la nocivité du tabac sont telles qu'il suffit à une mère de vivre au contact de fumeurs, sans fumer elle-même, pour intoxiquer efficacement son enfant. On trouve des taux appréciables de nicotine dans les urines émises à la naissance par l'enfant d'une mère non-fumeuse mais côtoyant des fumeurs. Mères poules, à vous de jouer du bec et des ongles pour faire respecter l'intégrité physique et psy-

# Nouveau-nés de mères toxicomanes

Par J. Racine, Hôpital cantonal universitaire de Genève. Département de pédiatrie et de génétique (Prof. P. E. Ferrier)

## Introduction

La toxicomanie maternelle aux drogues dites «dures» (héroïne et dérivés) était jusqu'à ces récentes années rare dans notre pays. Elle est en voie de devenir un problème relativement fréquent. Nous en étudierons brièvement les répercussions sur le nouveau-né, sur sa croissance et son développement.

## Description d'un cas

Une mère II-geste, II-pare de 21 ans, pesant 41 kg, a pris de l'héroïne jusqu'à un mois avant l'accouchement où elle passe à la méthadone. Le terme est inconnu, il n'y a pas d'anamnèse d'infection maternelle. L'enfant, de sexe féminin, naît par voie basse. Apgar 8-9-10. Poids de naissance 1960g, taille 42cm, périmètre crânien 29,5cm (mensurations concordantes). Le score de Ballard correspond à 35 semaines. Dans les 24 premières heures de vie, l'enfant est irritable. Elle présente des tremulations importantes, accompagnées de diarrhées et de régurgitations. Un traitement de phénobarbital est institué et l'état

clinique s'améliore. Par la suite, l'enfant est suivie ambulatoirement. A 2 ans, elle a un retard staturo-pondéral (poids -1 écart-type, taille -2, périmètre crânien -1).

Le développement psychomoteur est normal. Du point de vue social, elle a été abandonnée par sa mère et adoptée par une famille.

## Drogues utilisées

De nombreux médicaments psychoactifs sont consommés pendant la grossesse par les femmes toxicomanes: des narcotiques; la morphine; l'héroïne ou diacétylmorphine, produit naturel dérivé de l'opium, qui peut être consommé par voie parentérale ou nasale (sniff).

La méthadone, produit de synthèse dont la structure chimique se rapproche partiellement de celle de la morphine, permet de supprimer la dépendance physique en conservant les autres propriétés morphiniques et peut être consommée par voie orale. La codéine est un autre narcotique parfois utilisé.

Les autres drogues comprennent la nicotine, l'alcool, les barbituriques, les tranquil-

Les résultats convaincants des essais effectués à la Clinique obstétricale et gynécologique de Berne l'attestent:



Baume pour les seins des nourrices  
et onguent vulnérable

▶ a désormais un effet  
thérapeutique beaucoup  
plus efficace

grâce aux modifications apportées à sa  
composition (5 % de panthénol)

▶ tout en s'appliquant plus  
facilement et en pénétrant  
mieux grâce aux nouveaux  
excipients qu'il contient.

En outre, grâce à l'adjonction d'essence de fenouil, le  
parfum du nouveau Galamila est agré-  
ablement frais.

De plus: Galamila est admis par les  
caisses-maladie!

Un produit Galactina Pharma

lisants, les sympathicomimétiques (amphétamine, cocaïne), la marijuana et les agents psychédéliques (LSD).

Nous nous bornerons à envisager les problèmes engendrés par l'héroïne et la méthadone.

## Toxicomanie maternelle à l'héroïne ou à la méthadone

La fréquence des enfants nés de mères toxicomanes est de 2000 à 3000 naissances par année à New York. En 1972, elle correspondait à 1 naissance sur 27 (10). L'âge de la mère se situait entre 20 et 23 ans pour l'héroïne et entre 23 et 26 ans pour la méthadone.

Les conditions prénatales sont difficiles à préciser. Les renseignements sont flous, les dates imprécises. Les grossesses sont mal suivies, les infections maternelles très fréquentes. L'hépatite est présente chez 30 à 50% des mères, les maladies vénériennes (gonorrhée, syphilis) chez 25% d'entre elles. Cela s'explique par le fait que pour se procurer de l'héroïne, une femme est souvent réduite à la prostitution. La méthadone diminuerait ce risque.

Sous méthadone, les grossesses seraient dans l'ensemble mieux suivies, puisque en général les mères doivent entrer en contact avec un organisme de santé pour obtenir le médicament.

### Quel est l'effet sur le fœtus?

Il est quasi certain que l'héroïne provoque un retard de croissance intra-utérin. Chez 50% des enfants, le poids de naissance à terme est inférieur à 2500g. Cet effet est probablement dû à une action toxique directe. Preuve en sont les trois études suivantes:

- Naeye et coll. (6) à New York ont prouvé par une étude anatomo-pathologique que le retard de croissance dû à l'héroïne était lié principalement à une diminution du nombre des cellules dans différents organes. L'hépatite maternelle et la méthadone n'avaient que peu d'influence sur la croissance fœtale (1).
- Taeush et coll. ont montré que l'héroïne administrée aux fœtus de lapin inhibe leur croissance (cité par 6).
- Chez le rat, la croissance intra-utérine du fœtus peut être retardée à la suite de l'exposition maternelle à la morphine, même prise uniquement avant la conception (2).
- Chez l'homme, le retard de croissance intra-utérin est moins important en présence de méthadone et est semblable à celui présenté en cas de malnutrition maternelle. La prématurité est aussi plus fréquente par l'exposition à l'héroïne que par celle à la méthadone (3). On l'observe dans 20 à 50% des grossesses

d'héroïnomanes et elle est souvent en relation aussi avec une infection maternelle. L'action inhibitrice éventuelle de l'héroïne sur l'hormone de croissance est contestée, de même la notion de réduction du flux placentaire provoquant des hypoxies épisodiques correspondant à des sevrages répétés in utero (5). La possibilité d'un effet tératogène direct est encore mal précisée. Diverses malformations ont été notées chez des enfants de mères toxicomanes (cardiopathies, malformations digestives, reins polykystiques, un cas de syndrome de Turner, etc.), mais la fréquence semble correspondre à celle de la population générale.

Les autres effets signalés pour l'héroïne sont une accélération de la maturation pulmonaire. La maladie à membrane hyaline est très rare chez les enfants de mères héroïnomanes; enfin une action positive sur l'induction de la glucuronyltransférase rend l'ictère néonatal physiologique rare chez ces enfants.

### Le syndrome de sevrage du nouveau-né

Il peut être défini comme l'ensemble des symptômes présentés par un nouveau-né de mère toxicomane, en rapport avec l'arrêt brusque de la drogue au moment de la naissance.

Par ordre de fréquence, les symptômes présentés sont:

irritabilité, hyperactivité, «flapping tremor», hypertonie, cri aigu, troubles du sommeil, succion du pouce ou du poing exagérée, vomissements, diarrhées, sudations, éternuements, baillements, difficultés alimentaires, mauvaise prise de poids, hyperventilation, tachypnée.

Ces symptômes sont identiques pour les cas sevrés d'héroïne ou de méthadone. Ils sont plus intenses lors d'exposition à la méthadone. Les convulsions sont rares avec l'héroïne et plus fréquentes avec la méthadone (4).

Le syndrome de sevrage se manifeste vers 24 et 28 heures de vie en générale. Quelques cas de syndrome de sevrage tardif (2 à 4 semaines) ont été cités pour la méthadone.

La majorité des enfants de mères droguées présentent ce syndrome, entre 50 et 90% selon les études, et de façon identique pour les deux groupes de médicament.

### Traitement du syndrome de sevrage

Le traitement est nécessaire dans la majorité des cas. Si la prise de méthadone de la mère est inférieure à 20 mg/j., le syndrome de sevrage sera moins important et seulement 20% des enfants devront être traités

médicalement. Le but du traitement est de diminuer l'irritabilité des enfants et par conséquent d'améliorer leur sommeil et leur alimentation. Le traitement est bien sûr impératif en cas de convulsions.

Le traitement de choix est le **phénobarbital** à la dose charge i.v. de 8 à 10 mg/kg puis 4 mg/kg/j., à adapter selon les dosages sériques. Le sevrage progressif peut être effectué en quelques semaines. Il y a peu d'effets secondaires.

La **chlorpromazine** est également un bon médicament. Dose initiale de 2,8 mg/kg en 4 doses i.m., puis le traitement per os est à diminuer progressivement tant que les symptômes ne réapparaissent pas. Le sevrage de ce médicament est possible en général après 4 à 40 jours. Les effets secondaires habituels (hépatiques, hypotension artérielle, tachycardie) n'ont pas été observés chez les nouveau-nés (5).

Le **diazepam** n'est pas recommandé pour un traitement de longue durée puisqu'il entre en compétition avec la bilirubine pour la liaison aux albumines.

L'**Elixir parégorique** (teinture d'opium) a été très utilisé à la dose de 4 à 6 gouttes toutes les 4 heures, à augmenter de 2 gouttes si nécessaire. Les effets secondaires sont fréquents: léthargie, constipation. Ce médicament peut être donné per os uniquement. Il est actuellement abandonné.

La **méthadone** elle-même est peu recommandée. Etant donné son passage dans le lait maternel, certains auteurs recommandent l'allaitement maternel comme traitement du syndrome de sevrage, invoquant par là-même les autres bénéfices secondaires: meilleure relation mère/enfant, sevrage progressif, inutilité d'autre médication à donner à l'enfant (9).

Toutefois cet usage est à déconseiller fortement car la mère, en plus de la méthadone, prend très souvent d'autres drogues variées (cocaïne, LSD, amphétamines) dont les actions sur le nouveau-né sont mal connues et vraisemblablement indésirables. La réalisation d'un sevrage progressif est un leurre et ainsi maintient l'enfant dans un état de dépendance vis-à-vis de la méthadone, dont les effets à long terme sont mal connus.

La prise en charge idéale du problème vise à la **prévention maternelle**. Des «programmes méthadone» sont mis sur pied dans différents pays visant à remplacer l'héroïne par la méthadone (1). Comme conséquence directe, la dépendance physique vis-à-vis de la drogue diminue, brisant ainsi le cercle vicieux de la dépendance: nécessité de se procurer de l'argent (vol, criminalité, prostitution avec son lot d'infections induisant la prématurité). Ces programmes visant à remplacer l'héroïne par la méthadone permettent un meilleur contrôle des grossesses et une prise en charge obstétricale. Un soutien psychologique de la mère peut alors être entrepris.

Du point de vue néonatalogique, ce chan-

gement d'héroïne à méthadone ne modifie pas la fréquence et l'importance du syndrome de sevrage, comme nous l'avons vu plus haut.

## Suivi des enfants de mères toxicomanes

Il est à noter que dans le «follow-up» des enfants de mères toxicomanes, la fréquence des cas de **mort subite** est plus élevée d'environ dix fois que dans la population en général (7, 8).

Le suivi des enfants n'a pas permis de déceler de désordre spécifique durant la première année de vie. Une étude faite à Détroit et à Baltimore (11) concernant 113 enfants (60 de mères toxicomanes, 53 témoins) étudiés à l'âge de 3,6 et 12 mois a révélé que le développement moteur et psychique progressait normalement. Seule l'acquisition des performances psychomotrices semblait se ralentir dans le groupe des enfants de mères toxicomanes à la fin de la première année de vie. Trente autres enfants ont été suivis à 3 et 34 mois. Parmi les 80% qui avaient présenté un syndrome de sevrage à la naissance, 60% d'entre eux en présentaient encore quelques signes à 3 et 6 mois. Quatorze de ces enfants ont été observés à 1 an et plus; sept d'entre eux présentaient une hyperactivité, des difficultés de concentration et des terreurs nocturnes. Le développement staturo-pondéral était retardé chez quatre enfants.

D'autres auteurs (12) ont procédé à des évaluations de développement (Gesell), et les résultats obtenus par ces enfants étaient normaux pour l'âge. Mais dans une étude ultérieure (13), ce même groupe d'observateurs se sont pourvus de groupes d'enfants témoins. Ils ont suivi 22 enfants de mères toxicomanes; 20 autres enfants vivant dans les mêmes conditions sociales, entourés de toxicomanes, constituaient le 1<sup>er</sup> groupe témoin; un autre groupe d'enfants définis à «haut risque» incluait des cas de dysmaturité, de retard de croissance intra-utérin et constituait le 2<sup>e</sup> groupe de contrôle. Enfin, le 3<sup>e</sup> groupe témoin comprenait des enfants sans problème somatique ou obstétrical, mais élevés dans des conditions socio-économiques semblables. Dans les trois groupes de contrôle, les mères n'avaient fait aucun usage de drogue pendant leur grossesse.

L'évaluation à 3 et 6 ans a permis de constater un retard staturo-pondéral avec un périmètre crânien diminué dans le groupe exposé à l'héroïne alors que ces mensurations étaient normales dans les autres groupes, pourtant dans les mêmes conditions d'environnement.

Sur le plan du développement psychique, la fonction intellectuelle globale était semblable dans les différents groupes. Cependant, dans des tests plus spécifiques (ITPA [Illinois Test of Psycholinguistic Abilities],

échelle de McCarthy) des troubles de l'organisation psychique nécessitant attention, concentration, mémoire à court terme et manipulation de symboles, ont pu être décelés chez les enfants de mères toxicomanes.

Il ressort donc de cette étude que l'exposition chronique intra-utérine à l'héroïne peut affecter la croissance et le développement psychique d'enfants à l'âge préscolaire.

## Situation à Genève

De début 1979 à fin 1981, 8 enfants sont nés à la Maternité de Genève, de mères toxicomanes, ce qui représente 0,1% des naissances par année dans cet établissement.

Un enfant, non inclus dans les huit cas, est né à 34 semaines d'une mère avouant prendre de l'héroïne en «prises» nasales uniquement. Aucune complication obstétricale n'a été notée chez cet enfant qui n'a par la suite pas présenté de syndrome de sevrage. Les huit autres femmes avouèrent l'injection régulière d'héroïne, de Kétalgine® ou de méthadone, d'ailleurs souvent en association avec d'autres toxiques (tranquillisants, tabac, etc.). La quantité des drogues fut impossible à déterminer.

Parmi les 8 enfants, 5 sont nés à terme et 3 prématurément (33, 34 et 36 semaines). Une infection maternelle a été diagnostiquée dans 2 cas (gonorrhée, syphilis). Le retard de croissance intra-utérin est constaté dans 4 cas (50%). Sept enfants ont présenté un syndrome de sevrage suffisant pour motiver un traitement au phénobarbital chez six d'entre eux. Un seul enfant a convulsé à 6 jours de vie. Bien que la série d'enfants soit petite, les divers paramètres notés correspondent entièrement avec les données de la littérature.

A noter encore que dans le suivi des 8 enfants, un retard staturo-pondéral a été noté chez deux enfants à l'âge de 6 mois et 2 ans. Ceux-ci avaient déjà un retard de croissance à la naissance.

Trois enfants ne vivent déjà plus avec leur mère quelques mois après la naissance. Dans deux autres cas, l'enfant vit avec sa mère mais sans le père. Deux enfants sont avec leurs parents.

L'intervention des services sociaux a été nécessaire pour tous les enfants.

## Conclusion

La toxicomanie maternelle a des effets néfastes sur le fœtus, le nouveau-né et probablement sur le développement physique et mental de l'enfant. Ce problème avec ses facettes à la fois médicales et sociales est en passe de devenir fréquent et chaque pédiatre risque d'y être confronté dans sa pratique quotidienne.

## Bibliographie

1. *Blinick G.*: Methadone maintenance, pregnancy and progeny. *JAMA* 225, 477-479, 1973.
2. *Friedler G.*: Growth retardation in offspring of female rats treated with morphine prior to conception. *Science* 175, 654-656, 1972.
3. *Glass L., Evans H.*: Perinatal drug abuse. *Pediatr. Ann.* 8, 85-92, 1979.
4. *Harper R.G., Solish G.I., Purow H.M., Sang E., Panepinto W.C.*: The effect of a methadone treatment program upon pregnant heroin addicts and their newborn infants. *Pediatrics* 54, 300-305, 1974.
5. *Kahn E.J., Neumann L.L., Polk G.A.*: The course of the heroin withdrawal syndrome in newborn infants treated with phenobarbital or chlorpromazine. *J. Pediatr.* 75, 495-500, 1969.
6. *Naeye R.L., Blanc W., Leblanc W., Khatamee M.A.*: Fetal complications of maternal heroin addiction: abnormal growth, infections, and episodes of stress. *J. Pediatr.* 83, 1055-1061, 1973.
7. *Pierson P.S., Howard P., Kleber H.D.*: Sudden deaths in infants born to methadone-maintained addicts. *Jama* 220, 1733-1734, 1972.
8. *Rajagowda B.K., Kandall S.R.*: Sudden infant death (SIDS) in infants of narcotic-addicted mothers. *Pediatr. Res.* 10, 334, 1976.
9. *Robinson J.S., Catlin D.H., Barret C.T.*: Withdrawal from methadone by breast feeding, p. 213. In: Stern L., ed: Intensive care in the newborn, III. Masson publishing Inc. New York, 1981.
10. *Rothstein P., Gould J.B.*: Born with a habit. *Pediatr. Clin. North Am.* 21, 307-321, 1974.
11. *Strauss M.E., Starr R.H., Ostrea E.M., Chavez C.J., Stryker J.C.*: Behavioral concomitants of prenatal addiction to narcotics. *J. Pediatr.* 89, 842-846, 1976.
12. *Wilson G.S., Desmond M.M., Verniaud W.M.*: Early development of infants of heroin-addicted mothers. *Am. J. Dis. Child.* 126, 457-462, 1973.
13. *Wilson G.S., McCreary R., Kean J., Baxter J.C.*: The development of preschool children of heroin-addicted mothers: a controlled study. *Pediatrics* 63, 135-141, 1979.

Adresse: Dr Josiane Racine, Clinique de pédiatrie, Hôpital cantonal universitaire de Genève, 30, boulevard de la Cluse, 1211 Genève 4.

(Article tiré de la «Revue médicale de la Suisse romande», n° 102, p. 1037 à 1041, 1982.)