

**Commission des pédiatres et des puéricultrices  
Commission des conduites addictives**

**Recommandations sur la prise en charge  
d'un syndrome de sevrage des opiacés maternels chez un nouveau-né**

*Version du 5 décembre 2011*

Recommandations non opposables validées par la commission des pédiatres du Réseau « Sécurité Naissance » qui ne prendront effet qu'après validation par les pédiatres dans leurs maternités respectives

*Rédaction : B. BRANGER, C. FLAMANT, S. BREHU*

*Pédiatres : C. FLAMANT (CHU Nantes), F. CHOMIENNE (CH Cholet), F. PIHOUR (CH Challans), J. GARCIA (Cl Jardin Plantes), C. MAINGUENEAU (CL J. Verne), C. BOSCHER (CHU Nantes), S. LE BOUEDEC (CHU Angers), C. MAINGUENEAU (CL J. Verne), K. GUIMARD (CH La Roche-sur-Yon), C. MAILLARD (CH St Nazaire),*

*Puéricultrices : S. BREHU (CH La Roche-sur-Yon), P. CORNELIS (CL J. Verne), AS. ROUSSEL (CH Chateaubriant), D. PERRIGAUD (CH Chateaubriant), M. DUMAIRE (CH Cholet), M. SIONNEAU (CH La Roche-sur-Yon), A. LAUREAU (CH La Roche-sur-Yon), A. LECOMTE (CH La Roche-sur-Yon), A. PERREUL (CL Atlantique), B. AILLET (CH St Nazaire),*

*Addictologues : L. FERRONIERE (CL Atlantique), représentant la commission des conduites addictives*

#### **- Domaine**

- Mère sous opiacés/ opioïdes pendant la grossesse ou de produits de substitution
- Mère sous benzodiazépines, sous psychotropes, ou avec des polyconsommations
- Mère avec prise de cannabis
- Non concerné : tabac, alcool, ....
- Intégrer dans un contexte médico-psycho-social

#### **- Référentiels consultés**

- Protocole CHU Nantes, CH Cholet, CH St Nazaire, CL Jules Verne
- Diapos C. Lejeune
- Soins aux nouveau-nés. Masson page 177-80
- Manuel pratique des pédiatres du Languedoc-Roussillon, page 281-4
- Pédiatre en maternité

#### **- Objectifs des recommandations**

- Aider au dépistage et à la prévision d'un syndrome de sevrage chez le nouveau-né à la suite d'une consommation d'opiacés chez la femme enceinte
- Reconnaître les signes du syndrome de sevrage du nouveau-né
- Mesurer la gravité et l'évolution du syndrome de sevrage
- Traiter et prendre soin du nouveau-né atteint

#### **- Contexte obstétrical**

- La mère est sous héroïne
- La mère est sous traitement de substitution
  - ✓ Subutex® (Buprénorphine) de première intention
  - ✓ Méthadone en cas d'échec ou de mésusage de la buprénorphine
- La mère est le plus souvent sous polyconsommation : tabac + alcool ± cannabis, avec morphine ± opiacés de synthèse (Palfium®, Dolosal®), ± benzodiazépines

- L'intoxication de la mère n'est pas connue : diagnostic différentiel avec hypoglycémie, hypocalcémie, rôle diagnostique des dosages urinaires de toxiques (bandelettes, voir réseau Nantes) avec accord de la patiente

## - Signes cliniques néonataux

- Contexte
  - ✓ Incidence de 60 à 80 % des cas d'exposition maternelle
  - ✓ Le syndrome est très rarement immédiat : il faut l'anticiper
  - ✓ Les symptômes sont individuellement imprévisibles
  - ✓ Le syndrome apparaît dans des délais variables, le plus souvent avant 48 heures heures pour l'héroïne, entre le 2<sup>ème</sup> et le 7<sup>ème</sup> jour pour la Méthadone et le Subutex®
  - ✓ La durée des symptômes est de 10 jours environ (jusqu'à 21 jours pour la méthadone)
  - ✓ En l'absence de signes au bout de 5 à 6 jours, la surveillance peut être arrêtée.
- Signes neurologiques
  - ✓ Cri aigu, agitations, risque d'excoriations cutanées
  - ✓ Trémulations
  - ✓ Hyper-excitabilité, Moro augmenté
  - ✓ Insomnie
  - ✓ Hypertonie, hyperréflexie
- Signes digestifs
  - ✓ Mauvaise prise alimentaire
  - ✓ Nausées, régurgitations, vomissements
  - ✓ Diarrhée avec risque d'érythème fessier
- Signes respiratoires
  - ✓ Eternuements
  - ✓ Polypnée
  - ✓ Respiration superficielle
  - ✓ Rhinorrhée
- Signes neuro-végétatifs
  - ✓ Bâillements, sueurs
  - ✓ Hyperthermie
  - ✓ Succion frénétique, enfant difficilement consolable
- Retentissement
  - ✓ Courbe de poids, déshydratation, perte calorique
- Recherche d'autres signes
  - ✓ Malformations
  - ✓ Autres signes fœtaux d'intoxication
    - Alcool : SAF et ETCAF
    - Cocaïne : RCIU, malformations, troubles du rythme cardiaque...
  - ✓ Contaminations bactériennes (IST), parasitaires ou virales

## - Scores de gravité

- **Score de Finnegan** : toutes les 4 heures au début, puis toutes les 8 heures. Faire avec la participation de la mère ou les parents.

Symptômes*, **	Cote	Date et heure	Date et heure	Date et heure
Cri aigu	2			
Cri incessant	3			
Sommeil < 3 h	1			
Sommeil < 2 h	2			
Sommeil < 1 h	3			
Moro marqué	2			
Moro +++	3			
Trémulations + aux stimuli	1			
+++ aux stimuli	2			
Trémulations + au repos	3			
+++ au repos	4			
Hypertonie	2			
Excoriations cutanées	1			
Myoclonies	3			
Convulsions	5			
Succion excessive	1			
Boit mal	2			
Régurgitations	2			
Vomissements	3			
Selles molles	2			
Selles liquides	3			
Sueurs	1			
Température 37°3 à 38°3	1			
≥ 38°4	2			
Bâillements fréquents	1			
Marbrures	1			
Encombrement nasal	1			
Eternuements	1			
Battement des ailes du nez	2			
Polypnée > 60	1			
Polypnée > 60 + tirage	2			
<b>Total maximum</b>	<b>46</b>			

\* Il existe de nombreuses références du score de Finnegan traduites en français ; elles ne sont pas toutes équivalentes : cette version comprend les excoriations, les bâillements qui manquent dans certaines versions, et le codage des trémulations spontanées va de 3 à 4 (1 à 2 dans certaines versions). Les limites des températures peuvent également varier. Les convulsions dans certaines versions sont cotées 3 au lieu de 5. Référence: Finnegan LP (1986) in Neonatal Handbook [http://www.rch.org.au/nets/handbook/media/NASS\\_1.pdf](http://www.rch.org.au/nets/handbook/media/NASS_1.pdf)

\*\* On ne peut cocher qu'un seul chiffre par ligne(s) entre deux traits pleins

Le groupe de travail n'a pas retenu le score de Lipsitz (1975, Clin Pediatr).

## - Prévention pendant la grossesse

- Intérêt du traitement substitutif
  - ✓ Protection du fœtus des effets délétères d'une intoxication avec pics et nadirs ; taux sériques d'opiacés plus stables
  - ✓ Amélioration du suivi de la grossesse
  - ✓ Prévention des complications de la grossesse, du RCIU, de la prématurité
  - ✓ Prévention des rechutes de la mère
  - ✓ Prévention des contaminations virales
  - ✓ Pas de différence pour l'enfant entre les deux produits possibles
  - ✓ Ne pas baisser pour éviter d'autres consommations ; nécessité d'augmenter éventuellement en fin de grossesse
  - ✓ La méthadone augmente le poids des enfants, et diminue les détresses respiratoires et les souffrances ; mais le syndrome de sevrage est plus intense et retardé / morphine. Avec le Subutex®, le syndrome de sevrage est plus prolongé.
- Lien avec les services d'addictologie de liaison (ELSA) ou l'équipe d'addictologie dans la maternité
- Rencontre avec l'équipe pédiatrique +++
- Confidentialité vis-à-vis de l'entourage et des autres professionnels : dossier, informations verbales, attitudes... Transmettre le positif

## - Prise en charge néonatale

- Prise en charge globale dès la maternité, de tous types : nursing très attentif au bébé +++
  - ✓ Maintien près de la mère, chambre individuelle, au calme
  - ✓ Valorisation des compétences parentales
  - ✓ Pas de « co-sleeping » (co-dodo) a priori
  - ✓ Environnement lumineux dans la pénombre, baisser les stores. Eviter les hyperstimulations
  - ✓ Environnement sonore : télévision en sourdine, visites brèves, téléphone avec sonnerie discrète.. Réconfort verbal du bébé (voix parentale, musique douce..)
  - ✓ Emmaillotage, portage, berçage, câlins, peau-à-peau par la mère ou le père
  - ✓ Ne pas réveiller pour les médicaments, mais attendre les tétées
  - ✓ Allaitement possible quelle que soit la substance toxique
    - Seule-contre-indication : HIV +
    - Passages faibles des produits de substitution ; préférer la tétée avant la prise de méthadone, s'assurer de l'absence de consommations d'autres produits notamment l'alcool et les médicaments
    - Tétées précoces et fréquentes.
- Surveillance en maternité ou en hospitalisation
  - ✓ Glycémies
  - ✓ Bilan infectieux si nécessaire
  - ✓ Recherche de co-infection HBV, HVC et HIV
- Hospitalisation
  - ✓ Scope cardio-respiratoire, SaO<sub>2</sub>
  - ✓ Indications d'hospitalisation (hors critères habituels, voir document RSN)
    - Privilégier le maintien du nouveau-né près de sa mère, éventuellement en unité-kangourou (UK)
    - Transfert en UK ou néonatalogie pour traitement médicamenteux

- Médicaments
  - ✓ Produits disponibles
    - Morphine per os sous deux formes :
      - Chlorhydrate de morphine : 1 ampoule = 1 mL = 1 mg ou 10 mg de chlorhydrate de morphine. Attention à la présentation !
      - Oramorph® : 10 mg/5 mL en flacon ou unidose → 1 mL = 2 mg de sulfate de morphine.
      - Posologie : 0.30 à 0.80 mg/kg/j en 6 prises, en fonction du score
    - Gardénal : charge 20 mg/kg, puis relais 48 heures 3 à 5 mg/kg/j selon barbitémie à H48.
    - Largactil® : 2 à 3 mg/kg/j per os en 3 à 4 prises (soluté buvable à 4 %)
    - Paracétamol : 15 mg/kg/ prise 4 fois/jour (hors AMM) per os
    - Saccharose à visée antalgique (voir douleur du nouveau-né)
    - Valium : ne pas utiliser
    - Narcan® : contre-indiqué en cas d'intoxication à la méthadone (sevrage brutal avec risque de convulsions)
  - ✓ Indications d'un traitement médicamenteux
    - En cas d'échec des moyens de nursing (la moitié des cas)
    - Score de Finnegan > 8 à 10 à trois évaluations successives, selon moyens de soutien et selon le sommeil de l'enfant et son alimentation
    - Morphine per os à la dose la plus basse à 0.30 mg/kg/j
  - ✓ Efficacité du traitement
    - Bonnes tétées
    - Sommeil plus calme
    - Bonne courbe pondérale
    - Les trémulations ou l'irritabilité ne sont pas des critères d'inefficacité du traitement (peuvent rester de manière prolongée)
  - ✓ Management du traitement
    - Surveillance du score de Finnegan toutes les 4 heures
    - Si aggravation du score : augmenter la posologie de 25 % (≈ par 0.04 mg/prise)
    - Si pas aggravation, laisser la même posologie 2 jours
    - Diminution progressive par palier de 1 à 3 jours ; plus rapide si l'enfant est somnolent ; la durée de séjour peut aller jusqu'à 4 à 6 semaines.

### **- Préparation à la sortie et suivi à long terme**

- Sortie organisée et programmée avec la mère ou les parents. Consultation pédiatrique ou en PMI de préférence. Voir pour le suivi « Grandir ensemble »
- Accompagnement médico-psycho-social au vu des éléments recueillis en réunion pluri-disciplinaire
- Organisation du relais pour la prise en charge et le suivi de la mère

**Références succinctes**

PUBMED : 'abstinence syndrome' AND (neonate OR newborn) → 800 références

1. American Academy of Pediatrics. Neonatal Drug Withdrawal Pediatrics 1998;101(6): 1079-88
2. CHN Guideline. Management of perinatal substance use and abuse. 2002. <http://www.childhealthnetwork.com/chn/pdfs/Guidelines%20&%20Transfer%20Protocols%20-%20Management%20of%20Perinatal%20Substance%20Use%20and%20Abuse%20-%20June%202002.pdf>
3. Dahan S, Elefant E, Girard I, Azcona B, Champion V, Mitanchez D. [Neonatal seizures, buprenorphine abstinence syndrome, and substitutive treatment with morphine]. Arch Pediatr. 2011 Mar;18(3):287-90. Epub 2011 Jan 26
4. Finnegan LP, Kaltenbach K. Primary paediatric care, Mosbico Ed., 1992: 1367-78  
Finnegan P. Neonatal abstinence syndrome assessment and pharmacotherapy neonatal therapy. Excerpta medica, Amsterdam-New York-Oxford, 1986. Voir [http://www.rch.org.au/nets/handbook/media/NASS\\_1.pdf](http://www.rch.org.au/nets/handbook/media/NASS_1.pdf)
5. Jansson LM et al. Methadone maintenance and lactation : a review of the literature and current management guidelines, J Hum Lact 2004; 20 (1):62-70
6. Johnson K, Gerada C, Greenough A. Treatment of neonatal abstinence syndrome. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2003 Jan;88(1):F2-5
7. Marquet P et al. Buprenorphine withdrawal syndrome in a newborn. Clin Pharmacol Ther 1997; 62 : (5):569-71
8. Micard S, Brion F. Prise en charge du syndrome de sevrage du nouveau-né de mère toxicomane aux opiacés. Arch Ped 2003;10:199-203
9. Osborn DA, Cole MJ, Jeffery HE. Opiate treatment for opiate withdrawal in newborn infants. Cochrane Database Syst Rev 2002;(3): CD002059
10. Tiroumourougane Serane V, Kurian O. Neonatal Abstinence Syndrome. Indian J Pediatr 2007 ;75 :911-14
11. Volpe JJ. Neurology of the newborn. Teratogenic effects of drugs and passive addiction. WB Saunders Company. Fourth edition 2001 :859-98.
12. Winklbaur B, Kopf N, Ebner N, Jung E, Thau K, Fischer G. Treating pregnant women dependent on opioids is not the same as treating pregnancy and opioid dependence: a knowledge synthesis for better treatment for women and neonates. Addiction. 2008 Sep;103(9):1429-40

+++++