Prise en charge du nouveau-né présentant un syndrome de sevrage: protocole et recommandations

Dr JM LABAUNE

Néonatologie/Maternité – Hôpital de la Croix-Rousse- GHN - HCL

27/03/14

Syndrome de sevrage néonatal

- **Une Réalité Clinique:**

  = en lien avec la privation de la substance reçue

- **Une Prise en Charge:**

  = Anticipation de la situation
  = Evaluation
  = Soins de soutien / Structure hospitalière
  = Thérapeutiques médicamenteuses
  = Protocole

- **Un Accompagnement:**

  = Réseau et Multidisciplinarité

Une Réalité Clinique

Contexte Obstétrical:

- Exposition maternelle connue
  - = Toxicomanie aux opiacés: Héroïne…
  - = Thérapeutique opiacée de substitution: BHD, Méthadone
  - = Substances neurotropes: BZD…
  - = Poly-consommation
- Exposition maternelle méconnue
  - = Autoconsommation
  - = Dissimulation

Une Réalité Clinique

Circonstances de survenue:

- Incidence: 60 à 80 %
  = ½ traitée par thérapeutique médicamenteuse

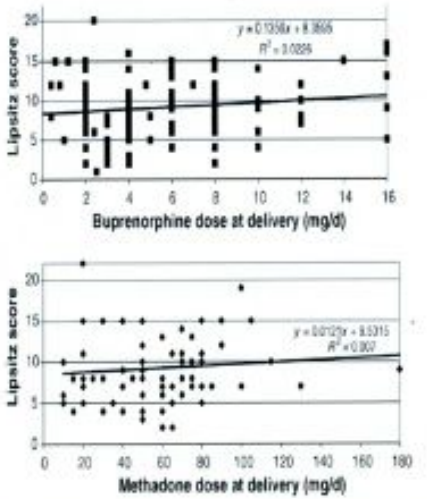

Fig. 1. Maximum Lipsitz score according to the buprenorphine or methadone dose at delivery.

- Préparation
- Délai d'apparition variable
  = < 48 h héroïne, 2-7 j bhd & méthadone
- Durée imprévisible
  = pas de corrélation entre posologie et sévérité du Σd
  = 10 j en moy (jusqu'à 6-8 sem.)

Syndrome de sevrage néonatal

Une Réalité Clinique:
Un tableau clinique à connaître

- Des troubles neurologiques:
  - = Cri Aigu +++
  - = Trémulations +++
  - = Hyperexcitabilité (Moro explosif)
  - = Hypervigilance (Insomnie)
  - = Hypertonie, Hyperréflexie
  - = (convulsions)

Une Réalité Clinique: Un tableau clinique à connaître

- Des troubles digestifs:

  = Mauvaise prise alimentaire
  = Régurgitations, nausées
  = Diarrhée

- Des troubles respiratoires:

  = Eternuements +++
  = Polypnée, respiration superficielle

Une Réalité Clinique:
Un tableau clinique à connaître

- Des signes généraux:

  =excoriations cutanées

- Des signes neurovégétatifs:

  = baillements
  = sueurs
  = hyperthermie
  = rhinorhée

Une Réalité Clinique:
Un tableau clinique à connaître

- Au total:

  Perte calorique excessive
  Risque accru de déshydratation
  Retentissement principal sur la courbe pondérale

Syndrome de sevrage néonatal

Une Dimension psychologique

- Difficile à cerner
- Du domaine de la relation enfant – mère: interaction de l'attachement
- Mise à mal de l'établissement du lien précoce

Syndrome de sevrage néonatal

Enjeux Majeurs

- Pronostic Vital engagé
- Pronostic Morbide engagé
- Pronostic Psychique engagé

- Conduite spécifique de prise en charge
- Outils de surveillance = Scores d'évaluation

Une Prise en charge

Anticipation de la situation

Consultation anténatale pédiatrique

= Entretien long avec patiente (couple)

- Modalités de prise en charge
- Risques connus des produits: imprégnation, SSNN
- Gestion des consommations: stabilité des quantités, pas d'arrêt pendant le G, Equilibre maternel capital (notamment en postnat.)
- Allaitement maternel
- (comorbidités)

Une Prise en charge

Outils de surveillance

Scores d'évaluation

- Score de Finnegan

- 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			
Tremulations + aux stimuli	1			
+++ aux stimuli	2			
Tremulations + au repos	3			
+++ au repos	4			
Hypertonie	2			
Excoriations cutanées	1			
Myoclonies	3			
Convulsions	5			
Succion excessive	1			
Bout 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			
Total maximum	40			

* 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 2 à 4 (1 à 2 dans certaines versions). Les limites des températures peuvent également varier. Les convulsions dans certaines versions sont cotées 2 au lieu de 5.
Référence : Finnegan LP (1986) in Neonatal Handbook [illegible]
** 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).

Score de Finnegan

- Echelle de 31 items
- Evaluation / 4 h (/ 6 h)
- Guide de conduite thérapeutique:

  score > 8 , indication de tt^{t} méd^{tx}
- Suivi de thérapeutique
- Le plus usité

Score de LIPSITZ:

[illegible]	SCORE			
[illegible]	0	1	2	3
Trémulations: Activité inspiratoire des membres	Absentes Normales	Légèrement augmentées par des stimulations ou par le jeûne	Augmentation modérée ou forte au repos, calmée par l'allaitement ou le berçage	Augmentation forte ou continue au repos ± mouvements de type convulsifs
Irritabilité à la excitation	0	Légère augmentation	Augmentation modérée ou forte par des stimulations ou par le jeûne	Forte augmentation même au repos
Réflexes	Nombreux	Accentués	Très accentués	
Tonus musculaire	Normal	Hypertonie	Rigidité	
Salive	Nombreux	Liquides, en jet mais de fréquence normale	Liquides, en jet et > 80	
Lésions cutanées	0	Rougeurs genoux, coudes	Excoriations	
Efficace	> 85	60 - 75	< 75	
Éternuements répétés	Non	Oui		
Bouillonnement répétés	Non	Oui		
Hoquetements	Non	Oui		
Fièvre	Non	Oui		

Une Prise en charge

Options thérapeutiques:

Soins de soutien +++ = 1er temps

Soutien du nouveau-né

- Limitation des stimulations inadéquates (lumière, bruit…)
- Respect alternance veille-sommeil
- Bercement, Portage, « Peau à peau »
- Emmaillotement
- Succion non nutritive

Soutien des parents

- Alliance thérapeutique
- Parents acteurs dans le soin
- Guidance parentale
- Suivi

Allaitement maternel

Une Prise en charge

Options thérapeutiques:

Thérapeutique Médicamenteuse = 2nd temps

- Quand débuter : score de Finnegan > 8 à 3 évaluations consécutives
- Produits utilisés: *Chlorhydrate de morphine (0,02 %)* en 1ère intention
  Sulfate de morphine
  Gardénal® (Kaneuron®)
  Largactil®
  Valium®
- Place de l'allaitement

Une Prise en charge

Thérapeutiques Médicamenteuses

- Chlorhydrate de morphine (0,02%):
  0,3 à 1 mg/kg/j réparti en 6 prises/j
  (1,5 à 5 ml/kg/j)
  ⇑ jusqu'à stabilisation, pallier de 2-3 j,
  puis
  ⇓ de 10 à 20 % tous les 1 à 3 j

- Kaneuron®:solution buvable à 5,4%, 5 mg *(5 gouttes)*/kg/12 h puis /24h
  en association
  intérêt dans SSNN aux BZD

- Largactil®: solution buvable à 4%, 2 à 3 mg/kg/j en 3 ou 4 prises / j
  2 à 3 gouttes/kg/j
  en association

Une Prise en charge

Protocole
Pour quels Objectifs_

- Dimension psychologique = Pérenne

favoriser l'établissement d'un lien mère – enfant solide et harmonieux

- Dimension somatique = Transitoire

Limiter et traiter les conséquences cliniques

Une Prise en charge

Encadrer par un protocole

selon des critères cliniques bien évalués, proposer des soins de cocooning, des soins de guidance parental avec un recours adapté aux médications.

SYNDROME DE SEVRAGE DU NOUVEAU-NÉ
de mère toxicomane ou substituée

[illegible]

TROIS PROBLEMES :

- Intoxication in utero
- Syndrome de sevrage du nouveau-né
- Incertitude sur le devenir socio-familial

SYNDROME DE SEVRAGE : 80 à 90% des nouveau-nés de mères toxicomanes

Dans les 3 jours suivants la naissance ou + tardif
(Méthadone : 21 j plus sévère et prolongé ; moins marqué avec le Subutex)

TABLEAU DES DROGUES CONSOMMEES

Opacés agonistes	Codéine Héroïne Méthadone Morphine
Opacés agonistes-antagonistes	Buprénorphine (Subutex) Nalbuphine (Nubain)
Stimulants du SNC	Amphétamines Cocaïnes Méthylphénidate (Ritaline) Nicotine
Dépresseurs du SNC	Alcool Anxiolytiques Barbituriques Benzodiazépines Cannabis
Hallucinogènes et produits inhalés	LSD Solvants

SYMPTÔMES

Signes neurologiques	Agitation Irritabilité Tremulations (90%) Convulsions (rares) Cris inconsolés Hypertonie Troubles du sommeil (90%)
Dysfonctionnement du système nerveux autonome	Battements fréquents Encombrement nasal Éternuements Excès de sudation Variations thermiques
Signes gastro-intestinaux	Appétit minimal Diarrhée Difficultés de succion-déglutition Régurgitations, Tombeaux
Divers	Excoriations de la peau

Les signes sont moins marqués et moins graves chez le prématuré, sauf les difficultés alimentaires. +++

[illegible]

SYNDROME DE SEVRAGE DU NOUVEAU-NÉ
de mère toxicomane ou substituée

DIAGNOSTIC ET SCORE DE SÉVÉRITÉ :

- Score de FINNEGAN : TABLEAU (I)
- Score de LIPSITZ (plus simple) : TABLEAU (II)

Les signes dépendent du type de drogues consommées et du moment de la dernière prise maternelle.

PRISE EN CHARGE ET TRAITEMENTS :

BUT : nouveau-né non irritable, sans diarrhée-n'a vomissement, nourri facilement, avec un sommeil stable entre les rétées, sans sédation excessive.

- **NURSING** : emmaillotage, bercement, portage, pénombre, diminution des bruits...
- **MEDICAMENTS** :

MORPHINE : indiquée en cas de prise d'opiacés
Solution aqueuse buvable de chlorhydrate de morphine (ampoule de 10 ml = 10 mg) : Diluer 1 ml dans 9 ml de sérum physiologique soit une **solution à 0,1 mg/ml**.

Posologie : 0,02 à 0,04 mg / kg / dose (soit 0,2 à 0,4 ml/kg/dose), 4 à 8 fois par 24 h par os.

Adapter le traitement en fonction du **score de Finnegan** ou du **score de Lipsitz** avec une évaluation plurisystémique (après chaque rétée)

Score de Finnegan > 8 ou score de Lipsitz > 4 : commencer le traitement

- **Si le score augmente** : augmenter la dose par paliers
- **Si le score reste stable** : donner la même dose
- **Si le score diminue** : faire un plateau de 3 à 4 jours, puis diminuer la dose par paliers de 2 à 3 jours.

VALIUM : soluté oral à 1%, 8 gouttes = 1mg

Posologie : 0,5 à 1 mg/kg/j, en 2 prises par os, soit **1 à 2 gouttes/kg/j**

* LARGACTIL : parfois utilisé en association avec la morphine
* NARCAN : Contre-indiqué

- **Allaitement :**
Autorisé si traitement substitutif (passage faible du Subutex et de la méthadone dans le lait)
CONTRE-INDIQUE à persistance de prise maternelle de Morphine ou d'Héroïne

- **PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE +++**

[illegible]

Un Accompagnement

Perspectives

- Accompagnement précoce et global

  à tous les niveaux et les moments de la chaine

- Multidisciplinarité

- Coopération / Coordination de tous les acteurs

  Réunion de synthèse

Un Accompagnement

Modalités de sortie

- A domicile = cellule familiale
- En centre mère-enfant
- Avec mesures de placement

CONCLUSION

- Le SSNN est la conséquence clinique d'une exposition pharmacologique in utero à des subst. neurotropes, apanage des opiacés (mais pas seulement), de sévérité et durée variables et imprévisibles. La poly-consommation, les comorbidités, la précarité sociale constituent des facteurs aggravants de difficultés de prise en charge.

- Le recours à des soins basé sur une surveillance attentive, des soins de soutien avec participation active parentale, des thérapeutiques adaptées permet de limiter les situations de danger.

- Le fonctionnement en réseau de l'ensemble des acteurs professionnels de santé impliqués dans cette prise en charge est un paramètre central pour la réussite de cette mission de santé publique.

- **Références:**

  - *Recommandations sur la prise en charge d'un syndrome de sevrage des opiacés maternels chez un nouveau-né.* Réseau sécurité naissance- Pays de Loire – déc. 2011.
  - *Grossesse et substitution: enquête sur les femmes enceintes substituées à la méthadone ou à la buprénorphine haut dosage et caractéristiques de leur nouveau-nés.* Lejeune C., Simmat-Durand L. OFDT. Juil.2002.
  - *Manuel pratique des soins aux nouveau-nés en maternité.* GEN-Languedoc Roussillon. Picaud JC, Cavalier A. 2008
  - *Syndrome de sevrage des nouveau-nés de mère toxicomanes substituées par la méthadone ou la buprénorphine haut dosage: Etude multicentrique sur 246 cas.* Lejeune C., Aubisson S., Simmat-Durand L. et *al* . Ann Med Interne 2001; 152(suppl 7): 2S21-27.
  - *Syndrome de sevrage du nouveau-né de mère toxicomane ou substituée.* Protocole. Réseau périnatal Aurore. http://www.aurore-perinat.org

Prise en charge du syndrome de sevrage néonatal aux opiaciés

Etat des lieux de la situation lyonnaise

(Mémoire de fin d'étude de l'école de sages-femmes de Lyon – M.Thévenet – promotion 2011)

Grossesse et Substitution aux opiacés

42 dossiers répertoriés sur les maternités de niveau III sur une période de 68 mois
27 cas de syndrome de sevrage (/43 n-nés) soit 62,8 %
18 traités par médication et hospitalisés soit 66,7 %

13 consultations anténatales pédiatriques effectuées soit 31 %
39 n-nés surveillés par score de Finnegan soit 90,7 %
43 n-nés ont bénéficié d'un séjour néonatal hospitalier prolongé soit 100 %

7 n-nés avec un suivi postnatal par la maternité (16,2 %)
13 avec un suivi assuré par l'addictologue (30,2 %)
25 ont bénéficié d'un contact PMI (58,1 %)

Prise en charge du syndrome de sevrage néonatal aux opiacés

Etat des lieux de la situation lyonnaise

Syndrome de sevrage / données épidémio.

- Date d'apparition: entre J1 et J4, 2 tardifs à J7
- Durée: [< 1 sem. – 8 sem.]; moy: 17,2 j; méd.: 13 j.
- Durée du tt^{t} méd^{x}: moy:23,6 j; méd.: 20 j.

- Méthadone 9/12 (75 %) et 7/9 tt^{é} (77,7 %)
- BHD 18/30 (60 %) et 10/18 tt^{é} (55,5 %)