

# Spécificités de la prise en charge de la femme enceinte et en post-partum



THS

Biarritz

9 Octobre 2013

Cathy MEIER

Sage-femme tabacologue  
DU Périnatalité et Addictions

CH Pau

[cathy.meier@ch-pau.fr](mailto:cathy.meier@ch-pau.fr)



# Quelle différence avec le tabagisme masculin ? (1)

---

## ■ La dépendance :

- Motivation à l'arrêt et confiance en soi plus faibles
- Test de Fagerström plus élevé pour un tabagisme plus faible
- Vulnérabilité psychologique et sensibilité au stress plus grandes, Syndrome dépressif plus fréquent
- Adhésion au traitement moins bonne
- Poids
- Exposition in utero

Laguerre G- Genesis -Mars 2006, n° 114

Berlin I. « Le sexe : facteur de variabilité des effets des drogues ». Le Courrier des addictions, 2004;6:52-3

Rydell M and coll. « Prenatal exposure to tobacco and future nicotine dependence: population-based cohort study. Br J Psychiatry. 2012 Mar;200(3):202-9.



# Quelle différence avec le tabagisme masculin ? (2)

---

- Un taux de sevrage plus faible :
  - 22% versus 31% à 6 mois malgré une substitution nicotinique plus dosée
  - Syndrome de sevrage plus marqué
  - Syndromes anxio-dépressifs plus fréquents lors du sevrage

Perkins K, Donny E, Coggiola A. « Sex differences in Nicotine effects and self-administration ». Nicotine and Tobacco Research, 1999;1:301-15

Piper M, Fox B, Welsch S et al. « Gender and ethnique differences in tobacco-dependence treatment ». Nicotine and Tobacco Research, 2001;3 :291-7



# Quelle différence avec le tabagisme masculin ? (3)

---

- Les hormones :

- Influence du cycle : difficultés en période prémenstruelle
- Rôle des oestrogènes sur les neurotransmetteurs : dopamine et surtout sérotonine

# Complexité de la prise en charge de la femme enceinte



- Changement statutaire, morphologique, psychique
- Résurgences du passé
- Ambivalence : motivation que pour le bébé, cycle de Proschaska accéléré
- Prise de conscience de la dépendance
- Image de la « bonne mère » s'oppose à celle de la FE fumeuse => culpabilité
- Grossesse pas toujours prévue ou désirée



# Complexité de la prise en charge de la femme enceinte

---

- Bébé fantasmatique « j'arrêterai fin du 1er trimestre, après l'écho ou pour l'allaitement »
- Bébé idéal : nouvelle vie
- Grande perméabilité
- Conflictualité intense
- Premier paradoxe de la périnatalité

Bydlowsky M, La dette de vie

Soulé M, L'enfant imaginaire



# Épidémiologie

---

- 26% des femmes fument à l'annonce de la grossesse en 2012, 37% en 2000, 10% en 1970
- 22% des femmes enceintes poursuivent leur tabagisme
- 80% de celles qui arrêtent rechutent dans l'année qui suit l'accouchement
- Influence du statut tabagique du conjoint et de l'environnement
- Et pourtant, toutes les femmes avaient envisagé une grossesse sans tabac

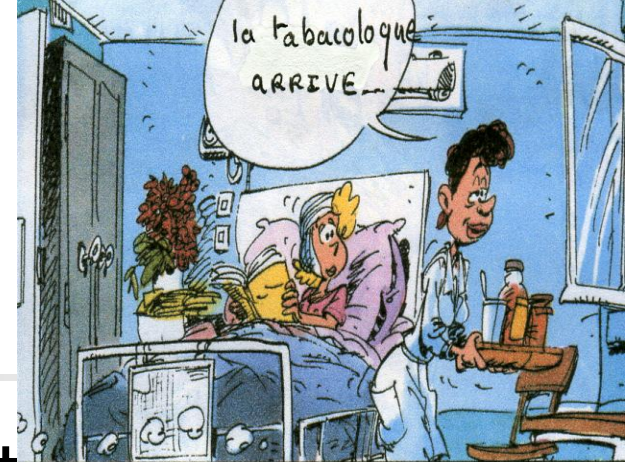
# Dépister, diagnostiquer, informer

- Nombre de cigarettes avant la grossesse et depuis le début de grossesse
- Penser à la rechute et toujours reposer la question de la consommation éventuelle
- Mesure du CO
- Cotinine salivaire ou urinaire si possible
- Parler du tabagisme passif





# Prise en charge (1)



- Relation empathique, authentique, chaleureuse, non culpabilisante  
=> rapport collaboratif
- Idéal : suivi par sage-femme tabacologue
- Transformer la motivation « bébé » en motivation pour elle-même
- Augmenter la confiance en leur arrêt
- Prendre en charge le conjoint s'il est fumeur (souvent non réalisé)\*



## Prise en charge (2)

---

- Idem à toutes les consultations de sevrage mais
- Test de Fagerström renseigné sur la consommation d'avant la grossesse
- Prise en charge du Sd anxio-dépressif
- Conseil d'hygiène de vie



# Prise en charge (3)

---

- Polyconsommations
  - Lieu privilégié pour en parler
  - Coordination avec les différents intervenants : addictologue, PMI, SF, obstétricien, échographiste, pédiatre...
  - Suivi du parcours de soin mis en place



# Prise en charge (4)

---

- Importance d'une équipe pluri-disciplinaire : diététicienne, psychologue si possible formée aux TCC, sophrologue, addictologue, psychiatre...
- Recommandations de la conférence de consensus de Lille, les 7 et 8 octobre 2004
- Consultation chez le dentiste pour éviter les infections à germes anaérobies et à gram – susceptibles d'entraîner un accouchement prématuré
- Consultations de suivi rapprochées



# Spécificité pour les femmes enceintes

---

- Évaluation de la dépendance physique (Test de Fagerström comme avant la grossesse)
- Poursuite du tabac ↔ souffrance psychique
- Pression extérieure +++
- Privilégier les TCC ou accompagnement psychologique
- Bupropion et varénicline contre-indiquées
- Snuss augmente le risque de retard de croissance mais moins que le tabac\*



# Prise en charge (5)

---

- TNS si échec ou si forte dépendance
- Métabolisme de la nicotine accéléré
- Ne pas hésiter à substituer suffisamment et souvent longtemps et à associer les différentes formes galéniques\*
- Doser suffisamment la femme enceinte et ne pas hésiter à augmenter en fonction des signes cliniques
- Traiter aussi longtemps que nécessaire
- TNS x2 les chances d'arrêt mais aucune étude pour les femmes enceintes ne prouve une efficacité
- Formes orales à distance des tétées

# Prise en charge (6)



- A la maternité
  - Respect de la charte maternité sans tabac
  - Conseil minimal à chaque consultation, à l'entretien prénatal précoce
  - Statut tabagique à noter dans le carnet de santé
  - Mesure du CO
  - Débuter une substitution en l'absence d'arrêt
  - Les sages-femmes ont droit de prescription
  - AMM pour tous les substituts depuis 1997 pour la femme enceinte dépendante

# Messages à bannir

- Les substituts nicotiques sont contre-indiqués pendant la grossesse
- Mieux vaut fumer quelques cigarettes plutôt que d'être stressée
- Il ne faut pas fumer avec un patch
- Seuls les TNS faiblement dosés sont autorisés
- Interdiction de fumer ou de prendre des TNS pendant l'allaitement





# Motivation pour allaiter ?

---

- Motivation moindre pour débiter l'allaitement
- Durée plus courte (coliques)
- Peur d'intoxiquer son bébé
- Envie de reprendre un tabagisme non contrôlé
- Poids





# Favoriser l'allaitement

---

- Étude norvégienne portant sur 3754 enfants montre un bénéfice sur le plan respiratoire et digestif de l'allaitement par les fumeuses versus pas d'allaitement
- Bénéfices sur le plan nutritionnel, allergique et affectif
- Prévient la rechute

# Efficacité des TNS au cours de la grossesse

- Schroeder, Wisborg, Kapur =>effectifs faibles
- Pas de preuve d'innocuité et d'efficacité (1)
- Pas de compliance au traitement (2)
- Taux d'abandon trop élevé (3)
- Diminution du tabagisme et meilleure croissance fœtale (3)

(1) Coleman T and coll.Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev.2012 Sep 12;9.

(2) Coleman T and coll. A randomized trial of nicotine-replacement therapy patches in pregnancy. N Engl J Med. 2012 Mar 1;366(9):808.

(3) Koren G. Nicotine-replacement therapy in pregnancy-the end of the road?.Ther Drug Monit. 2012 Oct;34(5):487-8.



# Bénéfices

---

- Tout arrêt est bénéfique quel que soit le terme et le taux de CO au départ
- 8h : ↘ risque de mort foetale in utero
- 24h : ↘ des métrorragies
- 48h : normalisation de l'oxygénation du foetus, reprise de la croissance du foetus et de l'appétit maternel, augmentation des MA
- 72h : ↘ risque de prématurité et de RPM



# Si la femme n'arrête pas

---

- Réduction des risques en substituant pour réduire l'intensité de l'inhalation
  - ↘ CO mais aussi ↘ tous les autres produits
- Conseiller de fumer à l'extérieur de la maison, de la voiture et jamais en présence de l'enfant et pas de co-sleeping
- Informer des taux de CO élevés avec les roulées, la chicha, le cannabis et les cigarettes sans nicotine
- Aucune étude sur la cigarette électronique



# La rechute (1)

---

- Grossesse: + grand risque de rechute \*
- Sd anxio-dépressifs (+ fréquents chez les fumeuses)
- Surtout si polyconsommations
- Environnement familial, professionnel ou amical
- Arrêt envisagé uniquement pour le bébé
- Prise de poids
- Immaturité maternelle

## La rechute (2)

- Situations à risque
  - Suites de couches immédiates
  - Arrêt de l'allaitement
  - Baby blues
  - Reprise du travail





# La consultation au CH de PAU

---

Respectueuse des  
recommandations de la  
Conférence de Consensus  
**Financement INCa**





# Objectifs

---

- Favoriser le sevrage des femmes enceintes et de leur conjoint
- A défaut , réduire les risques en diminuant le taux de CO
- Supprimer le tabagisme passif
- ⇒ Court terme : Réduire les risques pour la grossesse et l'enfant
- ⇒ Long terme : Améliorer la santé de la famille



# Population

---

- Femmes enceintes et/ou leur conjoint adressés par
    - Les médecins
    - Les sages-femmes
    - Les services sociaux, psychologues...
- du Béarn et de la Soule en externe ou hospitalisation du 01/06/2007 au 07/09/2011



# Méthodologie (1)

---

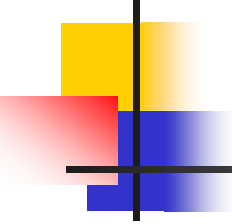
- **Pour le couple** : gratuité de prise en charge de l'annonce de la grossesse à 3 mois de vie du bébé
  - Consultations de tabacologie
  - Mesure du CO et cotinine urinaire
  - Toutes les formes de TNS
  - Sophrologie
  - Consultations de diététique
  - Consultations avec une psychologue formée aux TCC
- **Modalités d'accouchement**



# Méthodologie (2)

---

- Nouveau-né :
  - Cotinine au sang du cordon
  - Grilles EDIN renseignées toutes les 8 heures
  - Score de Finnegan à J3
- Méthodes d'analyses biologiques
- Méthodes d'analyses statistiques



# Résultats (2011) : Population (n=335)

---

- Age moyen des patientes : 28 ans
- Activités professionnelles :
  - Environ 50% employées ou professions intermédiaires
  - 46% sont sans travail



# Résultats : Population (n=335)

- IMC : n=311

IMC	Maigreur IMC<18,5	Normal $18,5 \leq \text{IMC} < 25$	Obésité $25 \leq \text{IMC} < 30$	Obésité massive IMC $\geq 30$
%	16,1	60,1	18,7	5,1

- MAP : 21,4%



# Résultats : Population

---

- Antécédents psychologiques et/ou psychiatriques : 53,3% ont eu un suivi antérieur
  - Dépressions, troubles anxieux, phobiques et autres (TCA ++, bipolaires, psychotique, schizophrène)
- Enfance difficile
  - Placés en foyer ou famille d'accueil
  - Violences, viols, incestes
  - Décès de proches
  - Problématiques liées à l'alcoolisme
  - 31,4% parlent spontanément d'enfance difficile



# Résultats : Population

---

- Antécédents obstétricaux : 10%
  - MFIU, décès du bébé en post-natal par grande prématurité, IMG pour Sd polymalformatif, jumeaux, accouchement sous X, IVG, FCS à répétition...
- Grossesses non prévues : 10%
- Précarité, SDF
- Difficultés avec le conjoint : polyconsommation, violence, handicap, incarcéré...
- Difficultés avec les enfants : placés, suivis spécialisés...





# Tabagisme (1)

	Minimum	Moyenne	Médiane	Maximum
Nb cig/j avant G (n=335)	0	19	20	80
Nb cig/j 1ère CS (n=338)	0	17	10	70
Nb cig/j suivis (n=851)	0	5	3	50
Nb cig/j accouche- ment (n=180)	0	6	3	60
Test de Fagerström (n=311)	0	6	6	10
HAD : A (n=288)	0	9	9	21
HAD : D (n=288)	0	5	4	10



## Tabagisme (2)

---

	Inclusion	Suivis	Accouche- ment	Post-natal
Nombre de consultations	330	826	233	173

54,5% souhaitent seulement réduire leur consommation (n=314)

1 à 16 consultations/patiente  
(moyenne=3,67)



# Autres consommations

Produits En %	Anténatal (n=327)	Inclusion (n=327)	Suivis (n=826)	Accouché (n=188)	Postnatal (n=145)
Cannabis	29,7	10,7	3,27	4,8	4,1
Alcool	25,3	18,3	4,4	4,8	10,3
Cocaïne	6,1	0,3	0	0	0
Héroïne ou TSO	3,9	0,6	0,2	2,7	0,2
Autres	15,3	4,3	1,9	1,6	2,1



# CO

	Mini	Moyenne	Médiane	Maxi
<b>Inclusion</b> (n=319)	0	14	13	61
<b>Suivis</b> (n=810)	0	8	6	54
<b>Accouchement</b> (n=136)	0	6	3	61
<b>Post-natal</b> (n=145)	0	11,5	8	46



# Cotinine maternelle en ng/mg

	Mini	Moyenne	Médiane	Maxi
<b>Inclusion</b> (n=222)	4,00	4424,1	4056,50	19159,00
<b>Suivis</b> (n=531)	8,00	4914,33	4263,00	22280,00
<b>Accouchement</b> (n=99)	5,00	3651,24	2800,00	12832,00

Les taux de cotinine en fusionnant les 3 fiches de recueil sont + élevés avec TNS versus sans ( $p=0,0249$ )



# Cotinine maternelle

---

- Corrélation entre le nombre de cigarettes et la cotinine pour les patientes non substituées lors des suivis ( $r=0,824$ ,  $n=90$ ,  $p<0,005$ )
  - Cotinine en ng/mg de créatinine =  $465,56 \times$  nombre de cigarettes/j +  $189,23$
- Cotinine à l'inclusion augmente du 1er au 2ème trimestre puis diminue le dernier mois
  - $P= 0,0208$  pour toutes les patientes
  - $P= 0,0058$  pour les patientes sans TNS
  - $P= 0,0017$  pour les 16 patientes substituées à l'inclusion
- Impact de la cotinine sur la taille du bébé ( $p= 0,05$ )



# Prise de TNS

---

- 59,6% des femmes ont utilisé des TNS au cours de la grossesse
- Le pourcentage de prise de TNS décroît avec l'avancement de la grossesse ( $p= 0,05$ )
- Le schéma « 1 mois 1 patch fort, 1 mois 1 moyen et 1 mois 1 faible » non respecté
- Des patientes ont pris des TNS toute la grossesse



# Efficacité des TNS au cours de la grossesse

---

- Arrêt d'une semaine minimum
  - 37,92% des consultations : 1 arrêt d'au moins 1 semaine (soit 48,44% des patientes)
  - TNS n'ont pas favorisé l'abstinence pendant la grossesse ( $p=0,0035$ )
  - TNS ont favorisé l'arrêt d'au moins 1 semaine pour les patientes revues à l'accouchement ( $p=0,0227$ )





# Efficacité des TNS

---

- Arrêts à l'accouchement
  - 24,4% des patientes (n=242)
  - 22,5% des femmes non substituées ont arrêté à l'accouchement versus 33,1% avec TNS (p= 0,11)
- Nombre moyen de jours sans tabac du groupe TNS versus sans non significatif (p=0,3)



# Impact des TNS sur le CO

---

- Les patientes sous TNS à l'inclusion
  - ont un CO + bas ( $p=0,03$ )
  - Corrélation significative entre le CO inclusion et CO 1er suivi

CO suivi 1 =  $0,51 \text{ CO inc} + 2,33$  ( $n=26, r=0,813, p<0,01$ )  
66% du CO 1er suivi expliqué par CO inc
- Les patientes sans TNS à l'inclusion
  - Corrélation significative entre CO inc et CO 1er suivi

CO suivi1 =  $0,58 \text{ CO inc} + 1,12$  ( $n=299, r=0,619, p<0,01$ )  
38% du CO 1er suivi expliqué par le CO inclusion



# Autres constats

---

- Observance du traitement très variable
- TNS favorisent le confort pour les patientes
- Le sevrage avec ou sans TNS est profitable pour le poids ( $p=0,001$ ) et la taille ( $p=0,02$ )
- Une cotinine élevée ( $>2000$ ) semble délétère pour la taille ( $p=0,05$ )



# Conclusions

---

- La consultation

- a favorisé les sevrages et, à défaut, les réduction de risques
- Lieu idéal de dépistage, d'information et d'orientation pour la prise en charge des co-addictions, des comorbidités et de la précarité

- Perspectives d'études

- contrôlées, randomisées versus placebo et non fumeuses avec des effectifs suffisants sur la période d'exposition, les formes galéniques, les doses, la durée, le sevrage avec un marqueur adapté
- Suivi sur du long terme des enfants exposés
- Ne pas oublier le père



Merci de votre attention

---

