

Item 20 : Prévention des risques foœtaux – Alcool et grossesse

Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF)

Date de création du document 2010-2011

Table des matières

Pré-Requis.....	2
OBJECTIFS	2
INTRODUCTION	2
I Conséquences au cours de la grossesse	3
II Évaluation du risque fœtal.....	4
III Prévention primaire	5
IV Prévention secondaire	5
V Prise en charge de l'enfant (prévention tertiaire).....	5
VI Annexes.....	5
Glossaire.....	5
Bibliographie	7
Abréviations.....	7

PRE-REQUIS

- Embryogénèse.
- Développement placentaire.
- Réactions cellulaires de l'alcool.

OBJECTIFS

ENC :

- Donner une information sur les risques liés à l'alcool pour la mère et le fœtus.

INTRODUCTION

Les données statistiques dont nous disposons sont le plus souvent des évaluations. On estime en France à 4 500 000 le nombre de buveurs excessifs avec 2 000 000 de malades alcooliques dont 600 000 femmes. L'alcoolisation féminine a considérablement augmenté au cours des 20 dernières années.

Finale en France, seulement 30 % des femmes n'ont jamais bu d'alcool, 30 % en boivent régulièrement et 40 % à l'occasion.

Les conduites d'alcoolisation féminine restent assez différentes des conduites masculines ; elles se caractérisent par la solitude, la clandestinité, la culpabilité. Le déni chez la femme est quasi-constant.

Les femmes sont plus vulnérables. À consommation égale, le taux sanguin d'alcool est plus élevé chez la femme. L'âge moyen des cirrhoses hépatiques est d'environ 10 ans inférieur à celui des hommes.

I CONSEQUENCES AU COURS DE LA GROSSESSE

La principale complication est le Syndrome d'Alcoolisme Fœtal (SAF).

Son incidence dans le Nord de la France est de l'ordre de 2 à 4/1 000 naissances vivantes.

Le syndrome d'alcoolisme fœtal a les conséquences suivantes :

- un *retard de croissance* (dans 80 % des cas) qui est le principal critère diagnostique du SAF. Il est harmonieux car il touche le poids, la taille et le périmètre crânien. L'importance du retard de croissance est fonction de la dose ingérée. Le défaut de croissance du périmètre crânien est le reflet de l'insuffisance du développement cérébral qui sera responsable de l'insuffisance mentale ultérieure ;
- une *dysmorphie craniofaciale* qui est considérée comme spécifique de l'exposition à l'alcool in utero :
 - l'*ensellure nasale* est prononcée, le nez est court, en trompette,
 - le *philtrum* est allongé, convexe, et la lèvre supérieure est mince et elle aussi convexe,
 - le menton est petit, étroit, effacé par un rétrognathisme important,
 - le front est bas, bombé, étroit et parfois hirsute,
 - les arcades sourcilières sont aplaties, les fentes palpébrales rétrécies. Les fentes oculaires sont étroites, il existe souvent un épicanthus (*cf. glossaire*) (pli cutané interne au niveau de l'orbite) et un hypertélorisme (*cf. glossaire*),
 - les oreilles sont basses et décollées avec un bord supérieur horizontal. Ce faciès est typique durant les deux premières années mais il persiste tout au long de la vie en se modifiant en fonction de l'âge et du phénotype ;
- des *malformations congénitales* (10 à 30 %) qui se constituent pendant la phase d'organogenèse (*cf. glossaire*) du premier trimestre de la grossesse. Il peut s'agir de

cardiopathies (CIA et CIV) (+++), d'anomalies du système nerveux (spina bifida, hydrocéphalie, méningocèles, agénésie du corps calleux), des anomalies du squelette et d'autres malformations (angiomes cutanés, fentes labiopalatines, etc.) ;

- des *atteintes neurocomportementales* ou ARND (*Alcohol-Related Neurodevelopmental Disorder*) de l'enfant. Elles sont estimées à 1 % en France. Il est parfois difficile de distinguer les troubles neurocomportementaux secondaires à l'alcool de ceux qui sont liés à l'environnement. On décrit des troubles de la motricité fine, du tonus, de la coordination. Les acquisitions de la lecture, du langage, de l'écriture sont retardées. Ces enfants sont agités, euphoriques, irritables, agressifs ;
- la *débilité mentale*, qualifiée le plus souvent de légère à modérée, qui est en relation directe avec l'imprégnation alcoolique au cours de la grossesse ;
- plus tard, l'instabilité, les troubles de l'attention, la faible efficacité intellectuelle interdisent une scolarité normale et une intégration correcte dans la société.

II ÉVALUATION DU RISQUE FŒTAL

L'atteinte fœtale est difficile à prévoir mais on connaît plusieurs variables corrélées aux risques d'atteintes fœtales :

- la *dose ingérée* ;
- le *terme* et la *durée d'exposition* ;
- la *façon de boire*.

Un verre d'alcool, quelle que soit la boisson, contient 10 grammes d'alcool pur. À *partir de 30 grammes par jour, et probablement moins*, le risque d'atteinte fœtale existe.

La consommation du premier trimestre de la grossesse est corrélée aux risques malformatifs et à la dysmorphie, celle des deuxième et troisième trimestres aux *atteintes neurocomportementales* (ARND).

L'ancienneté de l'alcoolisme est un facteur aggravant. *Une femme ayant déjà un enfant atteint de SAF a 100 % de risque de récurrence* pour ses enfants suivants si elle continue à boire.

L'*intoxication aiguë et transitoire (plus de cinq verres)* est également dangereuse pour le fœtus (en relation entre autres avec l'hypoglycémie (*cf. glossaire*) fœtale, la période critique étant les cinq premiers mois de la grossesse.

III PREVENTION PRIMAIRE

La prévention primaire : c'est l'option zéro recommandée en France. Les campagnes d'information en France sont très peu développées, notamment auprès des plus jeunes. Peu de gens savent que l'alcool au cours de la grossesse est une des premières causes de retard mental acquis de l'enfant dans notre pays, qu'il s'agit d'une incapacité évitable et que des doses modérées d'alcool ou des ingestions occasionnelles sont dangereuses pour le fœtus.

IV PREVENTION SECONDAIRE

En cas d'éléments de suspicion d'un alcoolisme maternel, la conduite à tenir est la suivante.

Il faut rechercher systématiquement un alcoolisme maternel par l'interrogatoire (comportement, troubles du sommeil, troubles de la mémoire, etc.), l'examen clinique (démarche, faciès) et l'échographie systématique du deuxième trimestre (SAF). Le taux de Gamma-Glutamyl-Transférase (GGT) est stable au cours de la grossesse et il est sensible à de faibles doses d'alcool chez la femme enceinte. L'alcoolisation aiguë n'élève pas l'activité GGT. La mesure du volume globulaire moyen peut permettre de suspecter un alcoolisme.

Les propositions de prise en charge sont multiples ; cures ambulatoires, soutien familial, foyers thérapeutiques, hospitalisation, consultations rapprochées.

Il est important de noter qu'une prise en charge avant le troisième trimestre de la grossesse peut permettre de réduire la fréquence et la sévérité des atteintes neurocomportementales.

V PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT (PREVENTION TERTIAIRE)

Elle concerne le fœtus des mères alcooliques. Elle a pour but de dépister le plus tôt possible les handicaps moteurs, cognitifs et sensoriels, pour les traiter rapidement et réduire leurs conséquences sociales.

VI ANNEXES

GLOSSAIRE

- épicanthus : Repli vertical de la peau qui s'étend de la paupière supérieure au bord du nez, très fréquente chez les orientaux.

- hydrocéphalie : Anomalie neurologique sévère, définie par l'augmentation du volume des espaces contenant le Liquide Céphalo-Rachidien (LCR) : ventricules cérébraux et espace sous-arachnoïdien. Cette dilatation peut être due à une hypersécrétion de LCR, un défaut de résorption, ou une obstruction mécanique des voies de circulation. Dans les familles issues de mariages consanguins, l'hydrocéphalie est 13 fois plus élevée.
- hypertélorisme : Syndrome caractérisé par des malformations craniofaciales se caractérisant par un agrandissement de la petite aile du sphénoïde (os impair et médian participant à la base du crâne, à la calvaria et au massif facial), entraînant un élargissement de la distance interorbitaire (l'espace interoculaire est normalement à peu près égal à la largeur d'un œil) et de la racine du nez.
- hypoglycémie : Glycémie trop basse, diminution de la quantité de glucose (sucre de façon générale) contenue dans le sang au-dessous de 0,5 grammes par litre (soit 2,8 millimoles par litre). Le glucose est la principale substance énergétique susceptible de faire défaut au cerveau. Une carence en glucose entraîne des perturbations et un fonctionnement anormal de cet organe, pouvant aller jusqu'à des lésions cellulaires et tissulaires, et même jusqu'à la mort quand la carence se prolonge dans le temps. Comparativement aux autres tissus, le cerveau ne peut utiliser d'autres sources énergétiques comme les acides gras (constituants de base des corps gras : lipides). La valeur de la glycémie n'a pas de signification propre lorsqu'elle est basse ; ce qui caractérise l'hypoglycémie, c'est l'association de la glycémie basse à des symptômes témoignant du fonctionnement anormal du cerveau, la neuroglucopénie.
- organogenèse : Processus de formation des organes d'un fœtus humain entre de la 5e semaine jusqu'à la 8e à partir des trois feuilletts embryonnaires fondamentaux (ectoderme, endoderme et mésoderme). Ceci comprend les mécanismes de prolifération cellulaire et l'agencement des organes. Après l'embryogenèse, les cellules évoluent en début d'organes. Cette période voit le corps de l'embryon se modifier pour prendre la forme d'un têtard. On voit apparaître les subdivisions céphalique et troncale. Une ébauche caudale se forme entre la neurulation et la phase larvaire.
- spina bifida : Malformation congénitale liée à un défaut de fermeture du tube neural durant la vie embryonnaire. Le plus souvent il reste ouvert à son extrémité caudale. Il en résulte l'absence de l'apophyse épineuse d'une ou plusieurs vertèbres. La protrusion des méninges par cette déhiscence donne un méningocèle. De gravité variable, ces malformations vont du spina bifida occulta au myéломéningocèle. Si ces méninges sont accompagnées de moelle épinière, la malformation est appelée myéломéningocèle. Elle concerne une naissance sur 2000. 12 % des spina bifida n'entraînent qu'un handicap léger. La localisation la plus typique des malformations

est le pôle caudal de l'embryon (qui correspond à la région lombaire de l'enfant à naître).

BIBLIOGRAPHIE

- Clarren SK, Smith DW. : The fetal alcohol syndrome. The New England Journal of Medicine. 1978;298:1063-1067.
- Dehaene P, Blum A. : Le syndrome d'alcoolisme fœtal : embryofœtopathie évitable. Concours medical. 1992;114(39):3641-3645.
- Larroque B, Pigneux L, Rochat C. : Effects on birth weight of alcohol and caffeine consumption during pregnancy. American Journal of Epidemiology. 1993;137(9):941-950.
- Lemoine P. : Les enfants de parents alcooliques. Anomalies observées : à propos de 40 cas. Ouest Médical. 1968;21:476-482.
- Sampson PD, Streissguth AP, Bookstein FL, Little E, Clarren SK, Dehaene P, et al. : Incidence of Fetal Alcohol Syndrome and prevalence of alcohol related neurodevelopmental disorder. Teratology. 1997;56(5):317-326.

ABREVIATIONS

- ARND : Alcohol-Related Neurodevelopmental Disorder
- CIA : Communication InterAuriculaire
- CIV : Communication InterVentriculaire
- GGT : Gamma-Glutamyl-Transférase
- SAF : Syndrome d'Alcoolisme Fœtal