REFERENTIEL CANNABIS ET PÉRINATALITE

Ce référentiel a été rédigé et actualisé sous l'égide du réseau périnatal Naître en Languedoc Roussillon par des professionnels du Languedoc Roussillon :

Mise à jour 2013- 2015 coordonnée par Corinne Chanal et Pascale Commessie avec le groupe de travail suivant :
Julie BERNARD, médecin addictologue, CHRU Nîmes
Pierre BOULOT, gynécologue obstétricien, CHRU Montpellier
Corinne CHANAL, sage-femme, CHRU Montpellier et NGLR
Pascale COMMESSIE, sage-femme référente addictions, CH Carcassonne
Odile FORTAIN, Cadre de santé, CH Béziers
Pascal GALLAND, médecin addictologue, CH Béziers
Caroline LOBRAÏCO, sage-femme référente vulnérabilités/addictions, CH Sète
Catherine MARCAIS ESPIAND, sage-femme tabacologue, CHRU Montpellier
Evelyne MAZURIER, pédiatre, CHRU Montpellier
Marie Luce MERCIER, sage-femme, CH Perpignan
Florence OZIL, sage-femme CDAF, Nîmes
Meïssa NEKAA, médecin addictologue, CHRU Nîmes
Valérie PAIRIS, psychologue, addictologie CH Narbonne
Anne STOEBNER, médecin de santé publique, addictologue, Epidaure Montpellier

Ont également participé à la rédaction en 2008-2012 :
Serge ABAUTRET, éducateur, ANPAA34, Montpellier
Anne ALAUZEN, médecin addictologue, Conseil Général 34, Montpellier
Jean Louis BALMES, médecin addictologue, Nîmes
Anne Marie CLAUZEL, médecin tabacologue, Montpellier
Guy MASSON, gynécologue obstétricien, CHRU Nîmes
Pascale MATHIEU-PEREYRON, infirmière CSAPA Episode, Béziers
Michèle MISRAOUI, pédiatre libéral, Montpellier
Delphine MOULET, sage-femme, CH Béziers
Patricia PEREZ, sage-femme, Conseil Général 66, Perpignan
Patricia ROHR, psychologue, ANPAA 34

AVERTISSEMENT

Ces référentiels sont diffusés à titre informatif par le réseau périnatal Naître en Languedoc Roussillon pour les professionnels de la périnatalité de la région.
Ils ont été rédigés en l'état actuel des connaissances à la date de validation du référentiel et n'engagent en aucun cas la responsabilité directe ou indirecte du réseau ou de ses membres quant aux conséquences qui pourraient découler de leur utilisation.

Réseau périnatal Naître et Grandir en Languedoc-Roussillon
Espace BERTIN SANS – 59 avenue de FES – 34080 MONTPELLIER
Téléphone :04 67 04 01 53
Email : naitre.lr@nglr.fr

REFERENTIEL CANNABIS ET PÉRINATALITE

INTRODUCTION

Le cannabis ou marijuana est la substance illicite la plus souvent consommée chez les femmes en âge de procréer ce qui pose un problème de santé publique.
Du fait du faible retentissement actuellement démontré sur le déroulement de la grossesse, les professionnels de santé ont été peu alertés par cette question cependant certaines études montrent des effets préoccupants sur le cerveau foetal et chez l'enfant à long terme.
Les risques sont liés d'une part à la diminution d'oxygénation induite par l'intoxication au CO quand le cannabis est fumé, comme pour le tabac, et d'autre part à l'action particulière du THC.

PRODUIT, ASPECTS PHARMACOLOGIQUES

Le cannabis est une plante dont le principe actif est le tétrahydrocannabinol (THC). Il est plus souvent consommé sous forme d' « herbe » (feuilles, fleurs ou tiges séchées), utilisée pure ou mélangée à du tabac. A partir des fleurs se fabrique une résine plus concentrée en THC appelée haschich souvent coupée de produits divers plus ou moins toxiques (cirage, paraffine, henné…). L'huile de haschisch encore plus concentrée en principe actif que le haschich est peu utilisée en France. Ainsi, selon la forme employée, le taux de THC varie de 5 à 30%. Lors de l'inhalation d'une cigarette de cannabis 50% de la dose est absorbée.

Il est fumé sous forme de cigarette (joint) ou de pipe à eau (bang) mélangé à du tabac, ou mangé mélangé à des friandises ou des gâteaux. Il peut être aussi inhalé sous forme vaporisée par chauffage ou utilisation d'un matériel adapté.

Les effets psychiques s'observent 15 à 20 min après le passage pulmonaire chez l'individu naïf, plus tard chez le consommateur régulier. Ils durent 2 à 4h.

Les cannabinoïdes ont une grande affinité pour les tissus graisseux qui constituent une zone de réserve. Le métabolisme du THC est hépatique (cytochrome P450). La demi-vie d'élimination dans le plasma est d'environ 56h chez le consommateur occasionnel, de 28h chez le consommateur régulier. Cette demi-vie peut parfois atteindre 7 jours selon différents facteurs dont l'importance du stockage lipidique (Lyle 1998).

Dans la salive sa présence est détectable au moins 24h par les bandelettes utilisées par la police nationale. La positivité dans les urines peut dépasser plusieurs semaines ou mois en fonction de l'ancienneté et de l'intensité de la consommation.

La présence de récepteurs cannabinoïdes au niveau placentaire et la liposolubilité du THC lui permettent de traverser le placenta. Les cannabinoïdes sont présents dans le sang du cordon ombilical, avec des ratios plasma maternel/sang du cordon compris entre 2,7 et 6 pour le THC et 1,7 et 7,8 pour son métabolite. Par ailleurs, le métabolite du THC peut être retrouvé dans le méconium des nouveau-nés. (centre pharmacovigilance de Lyon. Avril 2010). Après avoir traversé la barrière placentaire le THC se fixe préférentiellement sur le cerveau du fœtus.

ÉPIDÉMIOLOGIE

En Languedoc-Roussillon, 5% des filles de 17-18 ans ont un usage régulier de cannabis (c'est-à-dire ont eu au moins 10 usages au cours des 30 derniers jours) (Escapad 2011).

En France dans l'enquête nationale périnatalité 2010, 1,2 % des accouchées ont déclaré une consommation de cannabis. (sous-déclaration possible, le cannabis étant illicite).

COMPARAISON TABAC-CANNABIS

Une étude « 60 millions de consommateurs », en partenariat avec la MILDT, a comparé la toxicité de la fumée du cannabis à celle du tabac à l'aide d'une machine à fumer (Réf : 60 millions de consommateurs, n° 404/Avril 2006 : 42)

Fumage selon des paramètres proches des conditions réelles :

- vol bouffée 55 ml, 30 sec entre 2 bouffées
- avec un filtre carton

	Nicotine	Goudrons	Monoxyde de carbone (CO)
	(en mg par cigarette)		
Herbe + tabac	2.95	103	228
Résine + tabac	3.43	108	212
Herbe pure	-	86	176
Marlboro rouge[2]	1.86	28	21.90

La fumée d'un joint de cannabis contient environ 2 fois plus de nicotine, 4 fois plus de goudrons et 10 fois plus de CO que celle d'une cigarette manufacturée.

Dans tous les cas, les effets du tabac se rajoutent à ceux du cannabis.

CONSÉQUENCES GYNÉCOLOGIQUES

Il n'existe pas dans la littérature de conséquences gynécologiques imputables à la consommation de cannabis.
Les études actuelles ne montrent pas à ce jour de conséquences sur la fertilité féminine. Par contre il a été montré que la consommation de cannabis diminue la fertilité masculine (Schuel 2002).
Dans tous les cas, les effets du tabac se rajoutent à ceux du cannabis.

EFFETS SUR LA GROSSESSE, LE FOETUS

Les conséquences obstétricales ont été peu étudiées, voire controversées.

En l'état actuel, il est reconnu que le cannabis n'est pas un agent tératogène et que la durée de la grossesse n'est pas modifiée. Les études récentes n'ont pas confirmé la plus grande survenue d'hématome rétro placentaire, de travail rapide.

Lors de consommation régulière de cannabis ou lors de consommation de façon aigüe récente l'anesthésie générale est une anesthésie à risque du fait de possibles complications cardiovasculaires (dépression myocardique, tachycardie) (Kuczkowski 2004).
Dans tous les cas, les effets du tabac se rajoutent à ceux du cannabis.

LE NOUVEAU-NÉ

Il peut être retrouvé dans les premiers jours de vie une symptomatologie non spécifique : une diminution de la réponse visuelle aux stimuli lumineux, une excitabilité exagérée, des sursauts plus fréquents et des trémulations mais qui ne s'accompagnent pas d'hyperactivité motrice (Barros 2006, Fried 1987), le cri peut être plus aigu, plus bref (Lester et Dreher 1989). Le sommeil des nouveau-nés peut être plus agité et plus souvent interrompu, entrecoupé (Scher 1988) la régulation éveil/sommeil est perturbée (Barros 2006), le nouveau-né se réveille plus fréquemment. Ces signes sont transitoires et nécessitent uniquement du nursing.

Le retentissement chez le nouveau-né et l'enfant pourrait être dose THC dépendant.
Dans tous les cas, les effets du tabac se rajoutent à ceux du cannabis.

L'ALLAITEMENT

Concernant l'allaitement très peu de données bénéfice/risque sont disponibles. Nous avons essentiellement des éléments pharmacologiques :
On sait que le THC passe dans le lait en quantité modérée. Cependant chez les consommatrices régulières, le cannabis se concentre et se stocke dans le lait (rapport lait/plasma est de 8/1). Il a été rapporté une somnolence, des tétées moins fréquentes et plus courtes.

Compte tenu de sa concentration dans le lait et de sa longue demi-vie une consommation régulière de cannabis est absolument déconseillée lors de l'allaitement (HALE Th 2012). Dans le cas de consommation épisodique, les bénéfices potentiels de l'allaitement sont plus importants et doivent être pesés face aux effets d'une telle consommation.

Dans tous les cas, la femme qui allaite doit être informée des bienfaits pour l'enfant à cesser sa consommation et soutenue dans cette démarche.

L'ENFANT ET SON DEVENIR

Lors d'une consommation hebdomadaire régulière pendant la grossesse, le risque de mort inopinée du nourrisson est augmenté. Il est évalué selon les études à 1,5 fois et est dose dépendant (Scragg 2001). Dans tous les cas, les effets du tabac se rajoutent à ceux du cannabis.

Chez l'enfant, des troubles du sommeil peuvent persister jusqu'à 3-4 ans (Dalh et coll 1995).

Les principales données de suivi à long terme proviennent des deux équipes. Celle de Fried et col à Ottawa qui ont constitué entre 1978 et 1981 une cohorte d'environ 700 femmes de milieu socioéconomique moyen. La cohorte de Pittsburg constituée entre 1983 et 1986 comportait environ 1300 femmes en majorité noires, de bas niveau socio-économique et peu éduquées (Day - 1994).

Ni la croissance, ni les capacités intellectuelles mesurées par le QI de l'enfant ne sont perturbées (Fried 1998, 2003). Il existe des difficultés dans l'apprentissage en relation avec des troubles cognitifs et du comportement. Les enfants ont davantage d'hyperactivité, de troubles de l'attention, de la mémoire, du raisonnement, de l'abstraction (mathématiques). Ces difficultés sont sources d'échec scolaire. Il a été décrit une plus grande survenue de troubles anxio-dépressifs dès la pré adolescence (10-14 ans) (Fried 2000, Goldschmidt 2004).

Un déséquilibre d'activité du cortex préfrontal dorso-latéral riche en récepteurs cannabinoïdes, impliqué dans les fonctions d'exécution, (abstraction, raisonnement, prise de décision…) a été mis en évidence chez les jeunes gens de 18-22 ans ayant été exposés en anténatal au cannabis (Smith 2004).

Ces études de cohortes ont tenu compte des facteurs de confusion tels que la précarité et l'environnement familial.

Il est donc établi que le cannabis fumé pendant la grossesse est un facteur de risque pour le développement neuro psychique et comportemental de l'enfant.
Dans tous les cas, les effets du tabac se rajoutent à ceux du cannabis.

LA PRÉVENTION

La prévention débute par l'information auprès des jeunes femmes en âge de procréer notamment lors de la prescription de contraceptifs.

Tout entretien de début de grossesse doit explorer l'usage de cannabis comme celui des autres substances psycho actives.

Bien que banalisée la consommation de cannabis peut être un signe d'appel vers d'autres facteurs comportant un risque pour le déroulement de la grossesse, le développement foetal et ultérieurement de l'enfant (vulnérabilité psychique maternelle, consommation de tabac, alcool, psychotropes, autres substances illicites, précarité sociale…).

LES RECOMMANDATIONS ET CONDUITES Á TENIR

Cf fiche technique « consommation de cannabis pendant la grossesse »

BIBLIOGRAPHIE

1. Enquête ESCAPAD (Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense), organisée par l'OFDT (observatoire français des drogues et des toxicomanies) en 2011.

2. Enquête nationale périnatale réalisée en 2010.

3. Centre pharmacovigilance de Lyon. Avril 2010

4. Busto U, Bendayan R, Sellers EM. Clinical pharmacokinetics of non opiate drugs. 1989.

5. Evidence that anandamide-signaling regulates human sperm functions required for fertilization, H. Schuel et al, Sep 2002

6. Enquête **"60 millions de consommateurs***", n°404, avril 2006.*

7. Le Crat.2012 (centre de références sur les agents tératogènes**)**

8. Dalh RE, Scher M, Williamson DE, Robles N, Day N. A longitudinal study of prenatal marijuana use, effects onsleep and arousal at age 3 years. **Arch Pediatr Adolesc Med 1995; 149:145-50**

9. Goldschmidt L et coll. "Prenatal marijuana exposure and intelligence test performance et age 6"

10. **J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2008 ; 47 (3) : 250-263.**

11. Hale Thomas W, Medications and mother's milk - Fifteen ed. Hale Publishing LP **Amarillo Texas 2012**

12. Fried PA "Postnatal consequences of maternal marijuana use" ***Natl Inst drug Abuse RES Monogr Ser 1985 ; 59 : 61-72.***

13. Scragg RKR et coll. "Maternal cannabis use in the sudden death syndrome" ***Acta Paediatr 2001 ; 90 : 57-60.***

14. Klonoff-Cohen H et Lam-Kruglick P "Maternal and paternal recreational drug use and sudden infant death syndrome" ***Arch Pediatr Adolesc Med 2001 ; 155 (7) : 765-770.***

15. Fried PA et coll. "Differential effects on cognitive functioning in 9-to 12-year olds prenatally exposed to cigarettes and marihuana" ***Neurotoxicol Teratol 1998 ; 20 (3) : 293-306.***

16. Fried PA et coll. "Differential effects on cognitive functioning in 13- to 16- years olds prenatally exposed to cigarettes and marihuana" ***Neurotoxicol Teratol 2003 ; 25 (4) : 427- 436.***

17. Day NL et coll. "Effect of prenatal marijuana exposure on the cognitive development of offspring at age three" ***Neurotoxicol Teratol 1994 ; 16 (2) : 169-175.***

18. Lester B. Dreher M.Effects of marijuana use during pregnancy on newborn cry. **Child Dev 1989.**