

## Prévention des risques fœtaux : alcool et grossesse

(item 20)

### Objectifs

Donner une information sur les risques liés à l'alcool.

### 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 ; pour une femme repérée comme alcoolique pour 12 hommes en 1960, on est passé en 1990 à une malade alcoolique pour trois hommes. Chez les femmes entre 20 et 24 ans, l'enquête INSEE de 1986 a montré les chiffres suivants : 24 % des femmes de 25 à 34 ans boivent 1 à 2 verres par jour et 5 % boivent au moins 3 verres par jour. Finalement 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 reste assez différentes des conduites masculines ; elles se caractérisent par la solitude, la clandestinité, la culpabilité. Le déni chez la femme est quasi constant.

Sur le plan physiopathologique, les femmes sont plus vulnérables. A 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. Quels sont les conséquences au cours de la grossesse ?

En dehors des conséquences gravidiques (FCS, prématurité, HRP), les principales conséquences sont fœtales : le syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF)

Son incidence dans le Nord de la France est de l'ordre de 2 à 4/1000 naissances vivantes.

Il comporte :

- Le retard de croissance (dans 80% des cas) 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 cérébrale qui sera responsable de l'insuffisance mentale ultérieure.
- La dysmorphie crânio - faciale 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 rétrognatisme 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 (pli cutané interne au niveau de l'orbite) et un hypertélorisme.
  - 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.

Les malformations congénitales (10 à 30%) :

Elles se constituent pendant la phase d'organogenèse du premier trimestre de la grossesse.

Il peut s'agir de :

- de cardiopathies (CIA et CIV ) +++,
- d'anomalies du système nerveux (spina bifida, hydrocéphalie, méningocèles, agénésie du corps calleux),
- des anomalies du squelette (luxation des hanches, synostoses radio-cubitales, scolioses, de microphthalmie),
- et d'autres malformations (angiomes cutanés, fentes labio-palatines, ...)

Les atteintes neuro comportementales ou A.R.N.D (Alcohol-Related.Neurodevelopmental Disorder). (estimé à 1% en France)

Il est parfois difficile de distinguer les troubles neuro-comportementaux 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 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. Peut-on évaluer le risque foetal ?

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

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

Un verre d'alcool, quelque soit la boisson, contient 10 grammes d'alcool pur. A partir de 30 grammes par jour, et probablement moins, le risque d'atteinte foetale existe. La consommation du premier trimestre de la grossesse est corrélée aux risques malformatifs et à la dysmorphie, celle des deuxièmes et troisièmes trimestres aux troubles du développement (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. A l'inverse, ce risque s'annule en cas d'abstinence.

L'intoxication aiguë et transitoire ( plus de cinq verres ) est également dangereuse pour le fœtus, la période critique étant les cinq premiers mois de la grossesse.

## III. Quelles sont les limites acceptables ?

La prévention primaire : c'est l'option zéro recommandée aux USA. 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 la première cause de retard mental acquis de l'enfant dans notre pays et 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. Comment suspecter un alcoolisme maternel et que faire ?**

La prévention secondaire : c'est la recherche systématique d'un alcoolisme maternel par l'interrogatoire (comportement, tr. du sommeil, tr. de la mémoire, ...) et l'examen clinique (démarche, faciès). Les dosages biologiques (gamma-glutamyl-transferase GGT) sont à interpréter en fonction du contexte. Le taux de 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, du moins tant que le foie est sain. La mesure du volume globulaire moyen n'est qu'un piètre indicateur de l'alcoolisme notamment pendant la grossesse car il n'est pas spécifique.

Les propositions de prise en charge sont multiples ; cures ambulatoires, soutien familial, foyers thérapeutiques, hospitalisations, consultations rapprochées. Il est important de noter qu'une prise en charge avant le 3ème trimestre de la grossesse peut permettre de réduire la fréquence et la sévérité de l'ARND.

La prévention tertiaire : elle vise le fœtus des mères alcooliques. Il a pour but de dépister le plus tôt possible les handicaps moteurs, cognitifs et sensoriels, pour les traiter rapidement.

**Points essentiels**

- **Uniquement 30% des femmes n'ont jamais bu d'alcool.**
- **Le diagnostic de SAF en période néonatale est difficile du fait de formes incomplètes le plus souvent.**
- **Le tableau de SAF complet comporte une hypotrophie, une dysmorphie faciale, des malformations à prédominance cardiaque et des troubles neuro-comportementaux.**
- **Il faut penser systématiquement à un SAF devant un retard de croissance, un petit périmètre crânien.**
- **En l'absence de dysmorphie, l'alcool est responsable de troubles neurocomportementaux ; la valeur-seuil n'est pas déterminée précisément.**
- **L'objectif " jamais d'alcool au cours de la grossesse " est l'objectif à défendre chez la femme enceinte.**