

En cas de grossesse ...

Le traitement de maintien de l'abstinence aux opiacés par méthadone ou buprénorphine doit être intégré dans **la prise en charge globale médico psycho sociale et chaleureuse d'une grossesse à risque**, dans le cadre d'un travail en réseau (liens étroits avec les équipes de périnatalité, des CSAPA, médecin traitant ...)

La dépendance à l'héroïne s'accompagne de risques obstétricaux et fœtaux importants tels que fausse couche spontanée, retard de croissance intra utérin, prématurité, complications infectieuses, dénutrition ...

Les complications sont aggravées par les consommations associées (tabac, alcool), l'alternance **de périodes de consommations d'opiacés et de manque** et les **difficultés psychosociales**.

Intérêt spécifique des traitements méthadone et buprénorphine chez la femme enceinte:

- Prévention des épisodes de souffrance fœtale lors des épisodes de manque avec un taux d'opiacé stable
- Stabilisation, amélioration du suivi de grossesse (prévention prématurité)
- Diminution des co-consommations
- Prévention des contaminations VIH et VHC
- Amélioration du lien mère/enfant en libérant la maman de la dépendance

Initiation d'un traitement:

La grossesse est aujourd'hui considérée comme une situation **privilegiée** pour l'instauration d'un traitement de maintien de l'abstinence aux opiacés.

En cas de grossesse lors d'une prise en charge méthadone ou buprénorphine

- Poursuivre le traitement avec **maintien de la posologie** prescrite
- Vigilance lors du dernier trimestre et en post partum: une augmentation de posologie peut être nécessaire (ne pas hésiter à pratiquer les examens complémentaires nécessaires tels que la méthadonémie)

Quel traitement ?

- Pas de différence entre méthadone et buprénorphine pour les conséquences périnatales.
- Allaitement possible pour les 2 traitements, très faible passage dans le lait maternel.
- Aucune corrélation entre la posologie du traitement de substitution et l'intensité du syndrome de sevrage néonatal.