

Mise au point

Consommation maternelle de cannabis et retard de croissance intra-utérin

Maternal cannabis use and intra-uterine growth restriction

C. Davitian, M. Uzan, A. Tigaizin, G. Ducarme, H. Dauphin, C. Poncelet*

Service de gynécologie-obstétrique, CHU Jean-Verdier, APHP, avenue du 14-Juillet, 93243 Bondy cedex, France

Reçu le 14 avril 2006 ; accepté le 26 juin 2006

Résumé

La consommation de cannabis dans les sociétés occidentales, tout particulièrement chez les adolescentes, est un problème de santé publique. Les effets du cannabis sur les fœtus de femmes consommatrices, ainsi que le retentissement de cette consommation sur la croissance fœtale, sont étudiés depuis plusieurs années, par de nombreux auteurs. Le retentissement de cette consommation sur la croissance fœtale a été étudié par de nombreux auteurs. La plupart des études retrouve un lien entre la consommation maternelle de cannabis et le risque de retard de croissance intra-utérin (RCIU). Toutefois, ces études présentent de multiples biais, notamment méthodologiques. Le dépistage des patientes consommatrices devrait être une priorité afin de proposer une prise en charge de la conduite addictive et un suivi adapté des grossesses.

© 2006 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Marijuana is the most commonly used illegal drug, especially among young women in Western societies. The effects of cannabis use during pregnancy have been studied for many years. The vast majority of studies have shown a link between maternal consumption of cannabis and foetal development. Foetal growth restriction seems to be the major complication of cannabis exposure. Nevertheless, all these studies have suffered from several methodological biases. The maternal marijuana use should be first and foremost detected in pregnant women for a specific addiction management and pregnancy follow-up.

© 2006 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Cannabis ; Grossesse ; Retard de croissance intra-utérin

Keywords: Marijuana; Pregnancy; Intra-uterine growth restriction

1. Introduction

Le cannabis est la substance illicite la plus largement consommée dans les sociétés occidentales [1], notamment chez les femmes en âge de procréer. Son utilisation est en augmentation depuis ces 30 dernières années. Cette progression de la consommation a conduit le corps médical à se documenter de manière détaillée sur la substance utilisée pourtant connue

depuis longtemps pour ses propriétés pharmacologiques et ses effets adverses à plus ou moins long terme.

Les effets de l'exposition aux substances cannabinoïdes, tels que l'anandamide ou le delta-9-THC (tétrahydrocannabinol) sur le développement embryonnaire et l'implantation ont été étudiés par Paria sur la souris [2,3]. Un arrêt précoce du développement embryonnaire ainsi qu'une diminution du taux d'implantation des blastocystes ont été observés chez les souris exposées. Chez le rat, des études expérimentales contrôlées ont montré une diminution du poids de naissance chez les nouveau-nés exposés in utero au cannabis [4,5].

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : christophe.poncelet@jvr.aphp.fr (C. Poncelet).

Plusieurs auteurs ont étudié, chez la femme, le retentissement de la consommation de cannabis pendant la grossesse, notamment sur la croissance fœtale. Cependant, les données concernant les effets d'une consommation de cannabis durant la grossesse sur le fœtus restent controversées. Cette revue de la littérature a pour but de faire le point sur les résultats disponibles.

2. Épidémiologie

La consommation de cannabis dans les pays occidentaux connaît un essor considérable depuis le début des années 1990. Le repérage des consommateurs reste cependant difficile : en effet, la peur des sanctions pénales est un frein à l'aveu de consommation.

En Grande-Bretagne, 13 à 23 % des filles entre 16 et 24 ans déclarent consommer du cannabis [6]. En France, 41,2 % des adolescentes affirment une consommation de cannabis occasionnelle ou régulière [7]. Cependant, il existe indubitablement un manque d'informations concernant la durée et le temps d'exposition hebdomadaire. Toutefois, si elle concerne aussi bien les filles que les garçons, cette consommation semble progresser plus rapidement chez ces derniers. Depuis 2003, elle augmente de façon moins importante chez les usagers réguliers masculins [8].

En Seine-Saint-Denis, les données sont différentes. Les filles sont aussi nombreuses que les garçons à avoir expérimenté le cannabis (45 versus 46 %) dans la tranche d'âge 17–18 ans. Cette différence entre les sexes est la plus faible rapportée en France [9].

Aux États-Unis, la prévalence de la consommation de cannabis varie entre 10 et 30 % [10–12]. Durant la grossesse, la consommation de substances illicites est de 7 pour 1000 naissances [13]. Le pourcentage de patientes déclarant cette consommation est de 4 %, uniquement. Au sein de cette population, dans 75 % des cas, la drogue consommée est le cannabis et dans les 25 % restants, il s'agit d'autres drogues (cocaïne etc.) [14]. En Nouvelle-Zélande, 5 % des femmes enceintes déclarent une consommation, régulière ou occasionnelle, de cannabis pendant leur grossesse [15].

Les études concernant l'épidémiologie de la consommation de drogues, notamment le cannabis, sont souvent réalisées par questionnaires. Même si ceux-ci sont adaptés, il existe un biais de recueil de l'information. La grossesse doit être un moment privilégié durant lequel le diagnostic doit être réalisé. Dans l'étude de Slutsker, sur un échantillon de 3200 femmes enceintes suivies, 5,2 % seulement des femmes enceintes consommatrices de produits illicites ont été repérées. La moitié d'entre elles aurait consommé de la cocaïne, de l'héroïne ou des amphétamines durant leur grossesse. Cependant, la prévalence du diagnostic augmente lorsque la question de la consommation est régulièrement posée lors des différentes consultations par le médecin chez les patientes considérées comme à risque [16].

Certains profils de patientes doivent faire évoquer la possibilité d'une consommation de cannabis. Les éléments évoca-

Tableau 1

Facteurs de risques de la consommation de cannabis durant la grossesse. D'après Fergusson et al. [15]

Jeune âge
Primiparité
Haut niveau d'éducation
Consommation tabagique
Consommation régulière alcoolique
Consommation régulière de thé et café
Utilisation de drogues illicites
Poids maternel plus faible avant la grossesse

teurs sont controversés selon les études. Cependant, certains facteurs ont pu être identifiés dans l'étude de Fergusson [15]. Ils sont résumés dans le Tableau 1.

Les patientes exposées auraient un haut niveau d'étude. Les primipares sont retrouvées le plus souvent. L'âge jeune semble également être un facteur significatif. Les polyconsommations, telles que alcool, tabac, café, thé ou autres drogues avant et/ou pendant la grossesse sont significativement plus fréquentes chez les patientes consommatrices [15].

En revanche, aucun élément racial n'est retrouvé comme significativement favorisant pour Fergusson et Hurd [15–17]. Pour Day, les femmes de race noire, célibataires, de bas niveau socioéconomique et d'âge jeune seraient plus à risque [18]. Des antécédents de comportements d'addiction doivent, évidemment, alerter les soignants.

3. Physiopathologie du système endocannabinoïde

Les cannabinoïdes sont des dérivés phénoliques non azotés du benzopyranne. Les quatre principaux sont le delta-9-transtétrahydrocannabinol (D9-THC), le delta-8-transtétrahydrocannabinol, le cannabidiol et le cannabinol.

Le cannabis est une plante appartenant à la famille des cannabinacées, dont il existe deux variétés : cannabis *sativa sativa* et cannabis *sativa indica*. Son principe actif, le delta-9-THC, est situé dans les pieds mâles et femelles. Il peut s'utiliser sous différentes formes : herbe (marijuana), résine (haschisch) ou huile. La principale voie d'administration est la voie inhalée. Il peut plus rarement être ingéré ou injecté par voie parentérale.

D'un point de vue pharmacocinétique, 15 à 50 % du D9-THC présent dans la fumée est retrouvé dans le sang. Le pic sanguin est atteint en sept à dix minutes (50–300 ng/ml). Son métabolisme s'effectue par les microsomes hépatiques qui le dégrade en 11-hydroxy-D9-THC et 8-bêtahydroxy-D9-THC. La forme 11-hydroxy est ensuite transformée en D9-THC-COOH alors que la fraction 8-bêtahydroxy est dégradée en 8-bêta-11-dihydroxy-D9-THC et 8-alpha-hydroxy-D9-THC. L'élimination est rénale pour le composé D9-THC-COOH et digestive pour les autres. Une élimination par les glandes sudoripares et dans le lait maternel est également retrouvée. La demi-vie du composé actif est de huit jours.

Les endocannabinoïdes, dont les deux principaux sont représentés par l'anandamide et l'arachidonoylglycérol, sont des médiateurs lipidiques dotés d'une action présynaptique

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3949837>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3949837>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)