

Consommation d'alcool et grossesse

Prof. Roland Zimmermann, Clinique d'obstétrique, Hôpital universitaire de Zurich

Introduction

C'est à juste titre que l'on déconseille en principe aux femmes enceintes de consommer de l'alcool durant la grossesse et la période d'allaitement. Cette recommandation se fonde sur la découverte qu'une consommation excessive et/ou régulière d'alcool par la mère durant la grossesse peut avoir sur l'enfant divers effets néfastes que l'on regroupe sous le terme de «syndrome alcoolique fœtal» (SAF).

Le SAF se caractérise par des troubles de croissance, des anomalies de la face, des modifications du système nerveux central et d'autres malformations. Un effet particulièrement visible est le retard de croissance prénatal et postnatal, malgré une alimentation adéquate. Les enfants SAF sont souvent atteints de microcéphalie ou d'anomalies structurelles du cerveau (agénésie calleuse ou hypoplasie cérébelleuse, par exemple). On observe une irritabilité accrue dans la petite enfance et une hyperactivité à l'âge scolaire ainsi qu'un retard de développement général. Déjà à la naissance, les enfants SAF présentent souvent un faciès typique: front bombé, dos du nez raccourci, angles oculaires avec pli cutané, paupières supérieures tombantes, axe palpébral étroit avec obliquité latérale, ailes du nez saillantes, philtrum étroit et rouge des lèvres étroit.

Mukherjee estime la fréquence du SAF dans le monde entier à 1 pour 1000, aux Etats-Unis même à 2 à 5 pour 1000 et par contre en Europe à seulement 0.1 pour 1000^[1]. On ne dispose pas de chiffres pour la Suisse.

Données tirées d'observations personnelles

Chaque année, près de 2200 enfants viennent au monde à la clinique d'obstétrique de l'Hôpital universitaire de Zurich. Un enfant sur cinq est prématuré et un tiers des femmes enceintes toxicomanes ou séropositives au VIH de la Suisse accouchent dans cette clinique. On pourrait donc s'attendre à ce que le SAF soit observé avec une fréquence plus élevée dans notre clinique.

C'est pourquoi, nous avons procédé en 2004 à une évaluation de notre banque de données cliniques quant à la consommation anamnestique de drogues. Une telle consommation a été notée chez 285 mères sur 2100; dans 265 cas, il s'agissait exclusivement de nicotine. Une consommation occasionnelle ou élevée d'alcool a été constatée dans 13 cas seulement et, pour 8 d'entre eux, elle était associée à la consommation de nicotine. Aucun des enfants n'a montré de SAF classique à la naissance. Fait étonnant: aucune consommation d'alcool n'a été observée chez les femmes prenant des drogues dures.

Comme les enfants SAF sont typiquement atteints de microcéphalie, durant la même année, on a vérifié chez tous les nouveau-nés avec une petite tête s'ils présentaient un SAF. Sur 2239 enfants, 41 sont nés avec une trop petite tête. Toutefois, aucun de ces enfants n'a pu être classé dans la catégorie SAF.

Sur une période de 5 ans, seuls deux enfants sur près de 10'000 naissances ont reçu le diagnostic de SAF dans notre service de néonatalogie. Un abus d'alcool était connu chez les deux mères. Ces résultats permettent de conclure que soit le SAF est aussi très rare dans une grande clinique avec un important collectif à risques, ou alors que l'examen de l'enfant après la naissance, combiné avec un questionnaire simple destiné à la mère, n'est pas approprié pour dépister un SAF chez l'enfant.

Dépistage

Un dépistage du SAF a été demandé plus d'une fois dans la littérature. Les méthodes courantes de dépistage sont résumées dans les tableaux suivants:

Tableau 1: Test de dépistage pour une consommation excessive d'alcool

- Questionnaire ciblé
- MCV (volume globulaire moyen, VGM)
- gamma-GT (gamma-glutamyl transférase)
- CDT (transferrine déficiente en glucides)
- Acétyldéhyde (lié à l'Hb)

Au cours des 20 dernières années, différents questionnaires ont été décrits, qui devaient permettre, avec un petit nombre de questions ciblées, d'obtenir des indices quant à un abus d'alcool. L'un des tests les plus souvent utilisés est le test TWEAK. Les questions (traduites en français) sont présentées dans le tableau suivant:

Tableau 2: Test TWEAK

- **Tolerance**
Combien de verres supportez-vous? (cut-off > 6)
- **Worried**
Votre consommation d'alcool fait-elle souci à certains de vos proches?
- **Ey openers**
Buvez-vous parfois le matin, juste après le lever?
- **Amnesia**
Est-ce que des proches vous ont raconté, lorsque vous buviez, des choses que vous ne pouviez plus vous rappeler plus tard?
- **Kut down**
Pensez-vous de temps en temps à boire moins?

Dans une revue critique, l'utilisation de tels questionnaires au cours de la grossesse a été fortement relativisée^[2]. Il faut donc s'attendre à ce qu'une meilleure technique d'interrogation utilisée à titre préventif lors de la grossesse n'apporte pas de grande amélioration dans le dépistage ou la prévention du SAF.

Il en va de même pour l'éventail d'analyses du sang qui fournissent des indications directes ou non sur une consommation abusive d'alcool (MCV, gamma-GT, CDT ou acétaldéhyde lié à l'Hb, etc.) Aucun des tests sanguins ne présente, lors de la grossesse, une sensibilité ou une spécificité acceptables^[3]. En outre, de tels test ne permettent guère de déceler le très dangereux «binge drinking» (consommation d'alcool ponctuelle et intensive)^[4].

Conclusions

Malgré tout le respect qu'il faut accorder aux tests de dépistage, on peut finalement se demander quelles conclusions peuvent être tirées du dépistage précoce d'une consommation d'alcool lors d'une grossesse. Les possibilités thérapeutiques efficaces sont extrêmement limitées.

Selon notre propre analyse, il semblerait qu'en Suisse également la fréquence du SAF soit en fait de l'ordre de 1 pour 10'000. Pour l'instant, cette très faible fréquence ne justifie, à notre avis, aucune mesure de dépistage basée sur les techniques de laboratoire. En revanche, des recommandations générales sont importantes. D'une manière générale, les femmes enceintes ne devraient pas prendre d'alcool. Cela dit, un seul verre par jour d'une boisson alcoolique standard semble dans tous les cas ne pas avoir d'effet néfaste démontrable sur l'enfant^[5].

Bibliographie

- [1] MUKHERJEE R, TURK J. Lancet 2004; 363:1556.
- [2] BRADLEY KA, BOYD-WICKIZER J, POWELL SH. Alcohol screening questionnaires in women – a critical review. JAMA 1998; 280:166-71.
- [3] COOK JD. Biochemical markers of alcohol use in pregnant women. Clin Biochem 2003; 36:9-19.
- [4] O'LEARY CM. Fetal alcohol syndrome: Diagnosis, epidemiology, and developmental outcomes. J Pediatr Child Health 2004; 40: 2-7.
- [5] EUROMAC. Maternal alcohol consumption and it's relation to the outcome of pregnancy and child development at 18 month. J Epidemiol 1992; 21: S1.

Adresse de l'auteur

Prof. Roland Zimmermann
Directeur de la Clinique d'obstétrique
Hôpital universitaire de Zurich
Frauenklinikstr. 10
8091 Zurich
roland.zimmermann@usz.ch