

# Les Médecins Maîtres-Toile

[Accueil](#) ▶ [Publications médicales](#) ▶ [Alcool et grossesse](#)

**Publié le : 12 mars 2005**

 **Imprimer cet article**

**Auteur :**  
**Didier Mennecier**



## Alcool et grossesse

**L'alcool est une substance toxique et tératogène. Les médecins généralistes, les gynécologues, les obstétriciens et les sages-femmes ont un rôle capital à jouer dans la prévention et doivent être sensibilisé sur les risques d'une consommation d'alcool, même modérée chez la femme enceinte.**

### L'alcool en France

La consommation d'alcool en France est une " habitude sociale " qui en fait la substance psycho active de loin la plus consommée. En effet, 29% des Français sont des consommateurs occasionnels, 42% consomment une fois par semaine et 21% tous les jours. Même si cette consommation reste plus importante chez l'homme, la femme consomme maintenant plus régulièrement avec un âge de début qui se situe vers 18-25 ans, alors que la fertilité est à son maximum. L'enquête de l'INSEE de 1986 montre que 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% occasionnellement.

### Homme et femme inégaux face à l'alcool

L'homme et la femme sont inégaux face aux méfaits de l'alcool en raison d'un métabolisme de l'alcool différent. L'essentiel du métabolisme de l'éthanol a lieu dans le foie, mais la barrière gastrique intervient dans son oxydation. L'éthanol subit un effet dit de " premier passage " c'est-à-dire qu'une fraction, environ 20%, est métabolisée avant d'atteindre la circulation générale. Plus de 80 % de l'alcool ingéré pénètrent donc dans la circulation générale sous forme d'éthanol et sont ensuite métabolisés au niveau hépatique. Compte tenu d'une masse grasse plus, importante chez la femme, le volume d'alcool ingéré se distribue chez elle dans un volume d'eau libre plus réduit que chez l'homme (0,50 l/kg et 0,65 l/kg respectivement), entraînant une éthanolémie plus élevée pour une même quantité ingérée. Des travaux récents évoquent également chez la femme une activité moindre d'une isoenzyme (  $\gamma$ -ADH) qui intervient dans le métabolisme gastrique de l'éthanol, entraînant un effet de premier passage diminué. Enfin la pharmacocinétique varie aussi avec l'âge puisque la répartition entre masse grasse et masse maigre évolue au cours du temps chez l'homme et la femme : entre 25 et 60 ans, la masse grasse double chez l'homme et augmente de 50 % chez la femme.

La consommation d'alcool va donc entraîner des conséquences plus sévères chez la femme. Chez elles, les effets de l'éthanol vont se manifester plus rapidement et parfois plus sévèrement. Les femmes ont ainsi un risque de développer une cirrhose pour un niveau de consommation plus faible que les hommes. En 1998, le taux de mortalité à l'âge de 65 ans était de 220 pour 100 000

chez l'homme et de 40 pour 100 000 chez la femme ; entre 45 à 54 ans, la part de décès dus à la consommation d'alcool parmi la mortalité globale était, la même année, de 18 % chez l'homme et de 10 % chez la femme. : Le risque de survenue d'une maladie alcoolique du foie, chez un individu indemne de toute pathologie, devient significatif (risque relatif multiplié par 3) dès un niveau de consommation de 50 g par jour chez l'homme et de 30 g chez la femme. La durée d'exposition qui doit être prise également en considération semble plus courte chez la femme. Les femmes ont un risque probable de développer un cancer du sein pour des consommations relativement faibles : à partir de 10 g/j, un méta analyse signale une augmentation du risque de 10 % pour une augmentation de consommation de 10 g/j.

### **Alcool pendant la grossesse**

La majorité des femmes réduisent leur consommation pendant la grossesse, ce changement se faisant en général au premier trimestre de la grossesse. Dans l'enquête nationale périnatale de 1995, 5 % des femmes interrogées en maternité suite à l'accouchement déclaraient consommer au moins un verre d'alcool par jour pendant la grossesse. Heureusement en 1998, ce pourcentage avait diminué à 3,9 %, mais c'est encore trop car l'alcool est néfaste pour le fœtus et ceci quelle que soit la dose ingérée.

L'alcool passe de façon passive la barrière placentaire et se retrouve dans le liquide amniotique et le sang fœtal. Sa concentration est alors bien plus élevée car l'équipement enzymatique de détoxification (alcool déshydrogénase) n'apparaît chez le fœtus qu'au deuxième mois de la grossesse. Comme le métabolisme hépatique du fœtus est faible, sa durée d'exposition à l'alcool est plus longue que celle de sa mère.

**« Quand la mère est gaie, son enfant est ivre »**

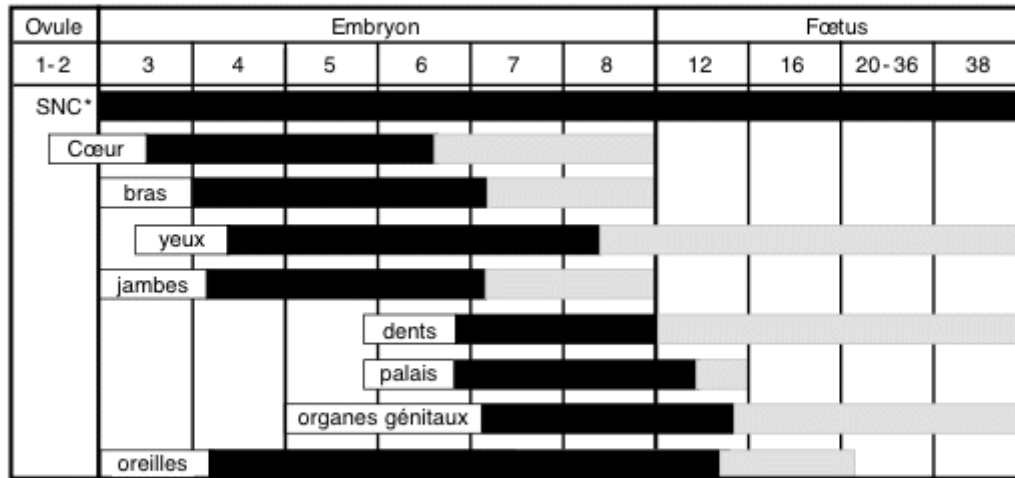
### **Développement de l'enfant et alcool**

Le développement de l'enfant passe par trois phases intra-utérines successives : l'ovule issu de la fécondation, l'embryon puis le fœtus (Figure I). Les différentes parties du corps ne se développent pas toutes au même moment et à la même vitesse. La sensibilité de ces périodes de développement à l'alcool est maximale pendant l'embryogenèse pour la plupart des parties du corps (zones noires) et est moindre pendant la période fœtale qui est la période de croissance (zones grises). Mais le système nerveux central est potentiellement sensible à l'alcool tout au long de la grossesse.

---

## Périodes de développement des différents organes et sensibilité correspondant aux effets d'une exposition à l'alcool

Développement (en semaine)



\* Système nerveux central

SOURCE : "Alcool et effets sur la santé", INSERM, 2001

■ Risque accru      ■ Susceptibilité moindre

**Figure I**

### Syndrome d'alcoolisation fœtal

La consommation d'alcool par la mère au cours de la grossesse va donc entraîner des atteintes multiples du fœtus qui sont regroupées sous le terme de « Syndrome d'alcoolisation fœtal » (SAF). Les premières descriptions des dangers de l'exposition prénatale à l'alcool dans le monde de la médecine remontent à trente ans. En 1957, Jacqueline Rouquette soutient une thèse de médecine intitulée " Influence de la toxicomanie alcoolique parentale sur le développement physique et psychologique des jeunes enfants ". Partant de 100 observations d'enfants issus de parents alcooliques, entre 1954 et 1957, elle dresse un portrait de l'enfant d'alcoolique " : retard important de croissance, tête petite et faciès caractéristique (racine de nez aplatie, nez retroussé). Elle conclut cette thèse très sérieuse en disant : " l'éthylisme de la mère apparaît comme facteur très important de prématurité, débilité congénitale, retard psychologique avec troubles du comportement ". La description princeps est faite par un médecin français de Nantes nommé Paul Lemoine dans l'ouest Médical en 1968. Il a décrit l'embryo-foetopathie alcoolique ou syndrome d'alcoolisation fœtale (SFA) sous le titre : Les enfants de parents alcooliques. Anomalies observées : à propos de 40 cas. Ce syndrome a été décrit, de façon indépendante, en 1973 par les chercheurs américains Smith et Jones. Ce sont eux qui ont créé le terme FAS (fetal alcohol syndrome). Le pédiatre Philippe Dehaene a remplacé la traduction initiale syndrome d'alcoolisme fœtal par syndrome d'alcoolisation fœtale (le fœtus ne pouvant être considéré comme alcoolique).

Le SAF comporte quatre groupes d'anomalies : le retard de croissance, la dysmorphie cranio-faciales malformations congénitales et les atteintes neuro-comportementales.

**Le retard de croissance** (80% des cas) est le principale critère diagnostique du SAF. Il touche de manière harmonieuse le poids, la taille et le périmètre crânien. Il est important de noter que le défaut de croissance du périmètre crânien sera le reflet de l'insuffisance du développement cérébrale qui sera secondairement responsable de l'insuffisance mentale. **La dysmorphie cranio-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 convexe. Le menton est petit, étroit, effacé par un rétrognathisme important. Le front est bas, bombé, étroit et parfois hirsute. Les arcades sourcillères sont aplaties, les fentes palpébrales rétrécies. Les fentes oculaires sont étroites, il existe souvent un épicanthus 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%) se constituent pendant le premier trimestre de la grossesse. Il peut exister des cardiopathies (CIA et CIV), des anomalies du système nerveux (Spina bifida, hydrocéphalie, méningocèles), des anomalies du squelette (luxation des hanches, synostoses radio-cubitales, scolioses) et d'autres malformations (angiomes cutanés, fente labio-palatines) **Les atteintes neuro comportementales ou A.R.N.D** (Alcohol-Related Neurodevelopmental Disorder) (1%) regroupent les troubles de la motricité fine, du tonus et de la coordination. Elles entraînent surtout un retard dans les acquisitions de la lecture, du langage et de l'écriture. Ces enfants sont agités, euphoriques, irritables, agressifs. Il existe une débilité mentale légère à modérée qui est proportionnelle à l'imprégnation alcoolique au cours de la grossesse.

### **Savoir évoquer un SAF**

Les malformations n'étant présentes que dans les formes sévères, c'est seulement devant la dysmorphie cranio-faciale que l'on peut évoquer le diagnostic à la naissance. Beaucoup de SAF sont encore méconnus, notamment dans les formes légères. Sa fréquence est estimée entre 1,3 et 3,5 naissances pour 1000 par an, il s'agit d'un problème sérieux en termes de santé publique. Le praticien doit donc pouvoir l'évoquer lors du premier examen de l'enfant. Il doit être sensibilisé sur ces différents aspects et sur sa fréquence qui n'est pas rare. Par la suite tout retard de développement ou psychomoteur doit faire évoquer un SAF.

### **Attention même à une consommation modérée ou ponctuelle**

Comme nous l'avons vu précédemment, l'atteinte foetale est corrélée à la dose ingérée, au terme et à la durée d'exposition. Mais à partir de quelle dose existe-t-il un risque de SAF ? A partir de 30 grammes (g) par jour et probablement moins, le risque d'atteinte foetale existe. C'est-à-dire, qu'une consommation de 20g par jour, considérée comme maximum chez une femme, est potentiellement à risque de SAF au cours de la grossesse. De plus, une consommation aiguë et transitoire de plus de 50g est également dangereuse pour le fœtus. Streissguth et al, a observé des conséquences à long terme chez l'enfant et l'adolescent de ces deux types de consommation sur une étude concernant 482 enfants de 7 ans. Il a observé ainsi, un QI plus faible de 7 points chez des enfants dont les mères avaient consommé 20 à 30g d'alcool par jour pendant la grossesse et une corrélation entre la consommation ponctuelle de 5 verres pendant la grossesse et les scores plus faibles obtenus lors de tests neuropsychologiques.

### **Comment prévenir les prises d'alcool au cours de la grossesse ?**

L'utilisation de campagnes d'informations sur les méfaits de l'alcool pendant la grossesse sont malheureusement encore peu nombreuses en France. Cette prévention primaire est très peu développée, notamment auprès des jeunes, alors que l'option-zéro est actuellement recommandée aux Etats-unis. Peu de gens, savent en effet que l'alcool au cours de la grossesse est la première cause de retard mental acquis de l'enfant dans notre pays. La prévention secondaire repose sur la recherche d'une consommation d'alcool chez la mère. Cette recherche doit être systématique au cours de l'interrogatoire et ne doit pas culpabiliser la patiente. Le praticien peut utiliser des questions standardisées sur l'usage de toxiques. Il doit le faire de préférence à la fin de la consultation quand le sentiment de confiance est au maximum. « Combien de cigarettes fumez-vous par jour ? ». « Combien de gramme d'alcool buvez-vous par jour ? ». L'intérêt de parler en gramme d'alcool et de faire passer l'information qu'un verre d'alcool, quel que soit le type d'alcool, correspond à 10 g d'alcool pur. Cette façon, permet de sensibiliser sur sa consommation plus simplement en évitant de poser des questions gênantes et généralement sans effet comme « Buvez-vous de l'alcool ? ». L'examen clinique de dépistage est le plus souvent pauvre sauf devant des signes d'alcoolodépendance sévère associant une hépatopathie alcoolique (facies, sueur, agitation, tremblement, hépatomégalie). Les dosages biologiques (gamma-glutamyl-transférase, volume globulaire moyen, ASAT et ALAT) dans ce contexte d'adultes jeunes sont le plus souvent normaux. L'alcoolisation aiguë ne perturbe que très rarement les paramètres biologiques hépatiques. En revanche, l'utilisation de la transferrine déficiente en carbohydrate (CDT) exprimée en pourcentage avec des valeurs de référence inférieures à 2,6%. Un taux supérieur, évoque avec une très bonne sensibilité et spécificité une consommation d'au moins 30g durant plusieurs jours avec une demi-vie de trois semaines.

---

## Une prise en charge multidisciplinaire

La prise en charge chez ces patientes doit être multidisciplinaire en associant une consultation avec un alcoologue voire un psychiatre ou psychologue en plus des consultations de la grossesse. Plusieurs situations sont possibles. L'arrêt d'alcool chez une femme ayant une consommation modérée régulière ou occasionnelle ne pose en général pas de difficulté et peut-être contrôlé lors des consultations de suivi de grossesse. L'arrêt d'alcool chez une femme ayant une consommation aiguë épisodique, de type « abuseur », évoluant vers une ivresse est plus difficile. Cette consommation évoque un trouble important psychologique et elle nécessite une prise en charge spécialisée psychiatrique. Il n'y a pas dans ce contexte d'intérêt à réaliser un sevrage pharmacologique. L'arrêt d'alcool dans le cas de signe d'alcoolodépendance avec une consommation importante et journalière nécessite dans le contexte de la grossesse, une hospitalisation dans un service adapté afin de réaliser un sevrage pharmacologique. Ce sevrage doit être le plus précoce possible avant le troisième trimestre de la grossesse pour permettre de réduire les risques de SAF. Les protocoles thérapeutiques sont basés actuellement sur l'utilisation de diazépam à doses dégressive sur cinq jours.

En conclusion, la consommation d'alcool chez la femme enceinte, devant les données de la littérature, doit être évité avec une « option-zéro » recommandée. Le dépistage d'une consommation d'alcool doit donc être obligatoire, au cours de la prise en charge obstétrical. Le praticien ne doit pas sous-estimer la fréquence du SAF qui reste la première cause de retard mental en France. Certaines patientes devant bénéficier d'une prise en charge multidisciplinaire, la possibilité de créer une consultation d'addictologie au sein d'un service de gynécologie et d'obstétrique semble être une bonne solution à ce problème.

---

## Bibliographie

Waterson EJ et al, " Screening for alcohol related problems in the antenatal clinic ; an assessment of different methods ", *Alcohol Alcohol*. 1989 ;24(1):21-30.  
Blondel B et al, " [Enquête nationale périnatale 1995](#) ", Inserm, 1996.  
Blondel B et al, " [Enquête nationale périnatale 1998](#) ", Inserm, 1999.  
Streissguth et al, " Alcohol use during pregnancy and child development : a longitudinal, prospective, study of human behavioral teratology. ", In *Longitudinal studies of children at psychological risks : Cross national perspectives*. Greenbaun CW, Auerbach JG, eds. 1992.  
Expertise collective Inserm, " [Alcool et effets sur la santé](#) ", Paris, Inserm 2001, p. 149.



 [Imprimer cet article](#)

Copyright Médecins Maîtres-Toile francophones  
[Espace membres - Administration - Crédits](#)

---