

La prise d'alcool pendant la grossesse et l'allaitement

La consommation d'alcool par la femme enceinte est reconnue comme la principale cause du syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF). C'est aussi la principale cause connue sur laquelle on peut agir pour prévenir des déficits substantiels à long terme dans le fonctionnement intellectuel, cognitif et psychosocial du futur enfant. Actuellement, plusieurs publications font état de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF), regroupant le SAF et les manifestations partielles de cette exposition qui se présentent différemment d'un fœtus exposé à l'autre (troubles causés par l'alcoolisation fœtale ou TCAF). Les questions suscitées au sujet de la dose minimale sécuritaire pendant la grossesse et les informations à donner aux personnes concernées font actuellement l'objet de débats. L'objectif de cet article est de préciser les renseignements à donner aux femmes en âge de procréer et plus précisément aux femmes enceintes. Les recommandations par rapport à l'allaitement seront discutées à la fin de l'article.

Cas clinique

Madame Boileau planifie tomber enceinte prochainement. Elle vous dit avoir vu les messages d'éduc'alcool et les affiches qui recommandent l'abstinence d'alcool durant la grossesse, mais elle trouve qu'ils exagèrent. Elle a l'habitude de prendre deux bières de temps en temps avec son groupe d'amis environ une fois par mois. Ce sera difficile pour elle d'arrêter cette activité. D'autre part, vous vous souvenez qu'elle est déjà venue à la pharmacie pour traiter des « lendaimes de veille ». Quelle sera votre démarche auprès d'elle à propos de sa consommation d'alcool ?

L'alcool et la grossesse

Prévalence de la consommation d'alcool durant la grossesse

L'enquête débutée en 1999 et poursuivie en 2006 à la demande de Santé Canada rapporte que 25 % des femmes enceintes au Canada et 34,5 % au Québec ne respectent pas la recommandation d'abstinence^{1,2}. En effet, 25 % déclarent avoir consommé à un moment où un autre de la grossesse et 9 % ont consommé pendant toute leur grossesse. Parmi ces femmes, 94 % rapportent avoir consommé moins de deux verres par occasion. Par contre, 3 % de ces femmes consommeraient de 3 à 4 consommations et moins de 3 % prendraient 5 consommations ou plus par occasion. D'après ces statistiques, 10 % à 15 % des femmes sont à

risque d'avoir un enfant atteint de SAF ou de TCAF.

Connaissances des gens sur les effets de l'alcool

Cette enquête rapporte qu'une bonne majorité (76 %) de répondants croient que consommer de l'alcool pendant une grossesse risque de provoquer des handicaps définitifs chez l'enfant. Ainsi, 66 % des répondants pensent que toute consommation d'alcool peut être dangereuse pour le bébé et 69 % estiment qu'il n'est pas sécuritaire de boire une consommation par jour ou de trois à quatre consommations par semaine pendant la grossesse. Quant aux opinions sur les effets de faible consommation (2 à 3 occasions sur toute la grossesse), 47 % disent que c'est sécuritaire et 52 % disent que c'est dangereux.

À noter toutefois que 30 % et 25 % respectivement croient qu'une consommation faible ou modérée d'alcool ne pourrait être dangereuse pour le bébé et peut être considérée comme sécuritaire^{1,2}.

Quant à la définition du SAF, l'enquête réalisée en 2006 a montré que les individus connaissent le sigle, mais en ont des définitions différentes¹. Pour certains, ce syndrome fait référence aux effets de l'alcool sur le fœtus; pour d'autres, référence est faite à la dépendance ou au sevrage du bébé à l'alcool; d'autres n'ont pas entendu parler de ce syndrome et 14 % ont déclaré être au courant des caractéristiques du SAF. Ce sont surtout les femmes scolarisées et de

Texte rédigé par **Louise Beaulac-Bailargeon**, B. Pharm., Ph. D., Centre de recherche CHUQ, et professeure titulaire, Faculté de pharmacie, Université Laval.

Texte original soumis le 21 avril 2008.

Texte final remis le 2 juin 2008.

Révision : Marianne Makhlof, B. Sc. psychologie, M.B.A., chargée de projet ETCAF et EDF, S.O.S. Grossesse.



CHU Sainte-Justine
Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant

Pour l'amour des enfants

Chaire pharmaceutique
Famille Louis Boivin
Médicaments, grossesse et allaitement

Université 
de Montréal

niveau socioéconomique élevé qui connaissent le mieux ce syndrome.

Parmi d'autres femmes interrogées, 50 % désireraient avoir des informations plus complètes et précises que ce qui est disponible^{3,4}.

Prévalence du SAF et du TCAF

Les enfants de mères qui consomment avec excès peuvent être normaux ou atteints du SAF avec tous les stades intermédiaires possibles appelés SAF partiels ou TCAF.

Des problèmes aux plans cognitif et comportemental ont été associés à l'exposition prénatale à l'alcool en l'absence des caractéristiques physiques du SAF. Il n'existerait pas de statistiques sur l'ampleur du phénomène SAF et TCAF au Canada. En Amérique du Nord, 1,5 à 6 enfants sur 1000 présenteraient des effets de l'exposition prénatale à l'alcool (incluant le SAF). Au Canada, on estime qu'environ 300 000 personnes sont atteintes de l'ETCAF et ce chiffre risque d'être sous-évalué vu, d'une part, les difficultés de diagnostic et, d'autre part, la confusion avec d'autres problèmes de santé⁵. Le coût financier annuel, calculé sur une population de 148 enfants atteints d'ETCAF, peut atteindre 14 332 \$ pour chacune de ces personnes selon l'âge au diagnostic et la gravité de l'atteinte. Le coût annuel ajusté se situerait autour de 350 millions \$ pour l'ensemble des enfants de 1 à 21 ans atteints de l'ETCAF⁶.

Risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse

Les premières descriptions des dangers de l'exposition prénatale à l'alcool dans le milieu médical ont été faites par Lemoine en 1968, puis Smith et Jones ont créé le terme FAS (*fetal alcohol syndrome*)⁷. De nombreuses études ont permis de confirmer qu'une importante consommation d'alcool pendant la grossesse provoque des dommages graves et irréversibles au niveau du développement cérébral, moteur, hormonal, immunologique, comportemental et cognitif du fœtus et de l'enfant et est responsable du SAF. Par la suite, on a aussi décrit l'ETCAF qui comprend le SAF et les manifestations partielles du SAF touchant principalement la croissance, les problèmes neurologiques, cognitifs et mentaux des nouveau-nés exposés *in utero*. Le diagnostic du TCAF est souvent impossible à faire à la naissance et peut facilement passer inaperçu par la suite. On a émis des lignes directrices à ce sujet pour aider au diagnostic⁵.

Le SAF est diagnostiqué en présence des trois types d'anomalies suivants :

1. Les anomalies craniofaciales. Elles sont généralement liées à l'exposition à de for-

tes concentrations d'alcool *in utero*. Elles regroupent des fentes palpébrales raccourcies, une lèvre supérieure mince et un sillon nasolabial mal dessiné variables selon la race et l'âge. Certains traits caractéristiques du SAF (p. ex., le vermillon de la lèvre ou le sillon naso-labial) peuvent devenir moins identifiables avec l'âge, ce qui rend plus difficile le diagnostic du SAF ou SAF partiel chez les adolescents et les adultes⁷.

2. Le retard de croissance pré et postnatal est rapporté dans la plupart des cas de SAF. Il touche le poids et la taille ainsi que le périmètre crânien. La diminution du périmètre crânien est attribuable à l'insuffisance du développement cérébral et du nombre de neurones qui conduisent à un retard de développement mental. Un retard de croissance, proportionnel à la quantité d'alcool consommée, a aussi été rapporté chez des nouveau-nés exposés à l'alcool qui ne présentaient pas de malformations faciales et en présence ou absence d'atteintes neurocomportementales⁸.

3. Les atteintes neurocomportementales regroupent les troubles de la motricité fine, du tonus et de la coordination ainsi que des retards dans les acquisitions de lecture, du langage et de l'écriture, et dans certains cas, des déficits de l'attention. Les enfants atteints du SAF sont décrits comme étant agités, euphoriques, irritables ou agressifs⁵.

D'autres malformations congénitales touchant divers tissus (malformations cardiaques, atteinte des systèmes rénal, squelettique ou autres) accompagnent parfois les cas de SAF ou de TCAF, en fonction du stade de développement au moment de l'ingestion de quantité suffisante d'alcool par la mère⁹. Elles seraient liées à une concentration plasmatique élevée d'alcool à un moment de fragilité particulière des tissus. Elles ne sont pas requises pour le diagnostic du SAF.

Parmi les femmes enceintes alcooliques, environ 30 % à 40 % auront un enfant diagnostiqué SAF à la naissance. Tous les fœtus exposés *in utero* ne seront pas affectés⁹. La dose, le moment d'exposition, des facteurs génétiques, nutritionnels ou environnementaux pourraient intervenir dans l'étiologie de ce syndrome et faire en sorte que les fœtus soient complètement, partiellement ou non touchés.

Certains enfants auront un syndrome partiel (TCAF), attribué à une exposition moindre à l'alcool comparativement aux cas de SAF. Ces enfants auront une diminution du poids de naissance associée à des performances cognitives moindres sans les

dysmorphies faciales caractéristiques du SAF¹⁰. Les auteurs soulignent toutefois que des variations importantes ont été observées entre les individus de sorte que le poids ne peut pas être utilisé pour prédire avec certitude qu'un enfant ayant un retard de croissance intra-utérin ou de petit poids présentera des atteintes neurocomportementales¹⁰. Les enfants avec un TCAF peuvent aussi présenter une débilité mentale légère à modérée proportionnelle à la quantité d'alcool consommée par la mère au cours de la grossesse. On a rapporté récemment des difficultés de mémorisation verbale chez 30 enfants de 7 à 9 ans diagnostiqués avec un TCAF¹¹. De plus, une étude rapporte une prévalence double de maladies psychiatriques chez des jeunes de 25 ans, provenant d'une cohorte constituée en 1975-77, qui avaient été exposés à 1 ou à des épisodes de « 5 consommations par occasion »¹². À l'aide de tests d'imagerie par résonance magnétique, d'autres auteurs ont montré des atteintes dans les zones du cerveau responsables de la coordination visuelle et motrice chez des enfants diagnostiqués d'un TCAF¹³. Une consommation aiguë et transitoire de plus de 50 g (3,3 portions) est aussi rapportée comme cause éventuelle de séquelles. Dans une étude, on a rapporté chez 482 enfants de 7 ans exposés *in utero* à 50 g d'alcool pur par jour un quotient intellectuel plus faible de 7 points que les enfants de mères qui avaient consommé 20 à 30 g (1 à 2 portions) d'alcool par jour pendant la grossesse¹⁴. Ces auteurs ont aussi observé une corrélation entre la consommation ponctuelle de cinq verres pendant la grossesse et des scores plus faibles obtenus lors de tests neuropsychologiques¹⁴.

La consommation d'alcool a aussi un effet sur le déroulement général de la grossesse et pourrait provoquer un décollement du placenta qui survient trois fois plus souvent chez des femmes qui présentent des problèmes de consommation excessive d'alcool. Le risque d'avortement spontané est plus élevé proportionnellement à la dose ingérée. Le risque est 2 fois plus élevé pour celles qui consomment de 1 à 2 verres par jour et de 3,5 fois plus élevé pour celles qui consomment plus de 3 verres par jour. Les résultats sont contradictoires en ce qui concerne les effets de l'alcool sur la durée de la grossesse. On n'a identifié aucun lien significatif entre la consommation d'alcool et la mortalité périnatale⁹.

Il est donc reconnu que les risques d'avortement spontané, de malformation, de retard de croissance, de déficience mentale et de troubles neurocomportementaux augmentent avec la quantité d'alcool ingérée par la

mère lors d'une même occasion et avec la fréquence de sa consommation.

Y a-t-il une dose sécuritaire ?

Aucune dose n'est définie comme sécuritaire. L'alcool atteint chez le fœtus des concentrations similaires à celles de la mère. C'est elle qui assure l'élimination finale selon un processus de diffusion passive. D'un point de vue pharmacologique, le risque d'apparition des effets de l'alcool est lié d'abord à la concentration plasmatique maternelle. Cette dernière varie en fonction de la dose par unité de temps, de la durée de la prise d'alcool et des modalités de consommation (p. ex. : à jeun, au repas, etc.). De plus, le stade de développement du fœtus au moment de l'exposition est capital, tout comme les polymorphismes génétiques qui moduleront la sensibilité du fœtus aux effets produits par l'alcool. Ces facteurs et d'autres d'ordre socioéconomique expliquent pourquoi un syndrome complet ou partiel peut ou non émerger pour une dose donnée lors d'une grossesse. Des tests sont actuellement à l'étude pour offrir un dépistage des populations plus à risque¹⁵.

Comparaison des recommandations entre les pays

Il existe un fort mouvement idéologique et politique au Québec, au Canada et aux États-Unis pour que les femmes enceintes ou qui veulent le devenir s'abstiennent de boire de l'alcool. Cette position en est une de prévention qui convient à un message destiné à la population générale, mais elle ne repose sur aucune donnée probante.

Certains autres pays indiquent qu'une consommation occasionnelle ne dépassant pas un ou deux verres par occasion peut être acceptable. Ainsi, ces pays recommandent plutôt de renseigner les patientes et tolèrent de faibles quantités (tableau I).

Pourquoi de telles différences existent-elles? Une recherche sur ce sujet montre que certains experts sont « pour » la consommation de faibles quantités¹⁶, alors que d'autres sont « contre »¹⁷. L'argument principal en faveur d'une consommation faible d'alcool repose essentiellement sur le fait que les études utilisent une méthodologie qui ne permet pas de relier les effets de faibles doses au degré d'exposition et que les femmes doivent et ont le droit de recevoir toute l'information disponible pour éviter un trop grand degré d'incertitude dans les comportements¹⁸. Ceux qui sont contre se justifient parce que personne ne sait quelle quantité sera nocive au développement du bébé. À cause du manque de consensus des experts

Tableau I

Comparaison des recommandations sur l'alcool pendant la grossesse selon certains pays

Pays	Année d'émission	Recommandation
Canada	1999	Abstinence
États-Unis	1981	Abstinence
France	2005	Abstinence
Royaume-Uni	mai 2007	Abstinence
Pays	Recommandation plus nuancée	
Australie	<ul style="list-style-type: none"> Idéalement, abstinence, le conseil le plus important est celui de ne pas être intoxiquée. Celles qui consomment de l'alcool ne doivent pas consommer plus de sept verres standards par semaine et pas plus de deux par jour. 	
Royaume-Uni	<ul style="list-style-type: none"> Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, basé sur la preuve, préconise de « se limiter à la consommation maximum d'un verre standard par jour ». Département de santé britannique (NHS) (2004) recommande aux femmes enceintes et à celles qui souhaitent le devenir de ne pas consommer plus de 1, voire 2 verres standards par semaine (8 à 16 g d'éthanol par semaine). Depuis 2007, abstinence. 	
Danemark	<ul style="list-style-type: none"> Consommation modérée : Abstinence recommandée. Si toutefois la femme enceinte consomme de l'alcool, sa consommation ne doit pas excéder un verre par repas et pas tous les jours. Comme il n'y a pas de données probantes suffisantes des effets néfastes pour le fœtus d'une consommation faible d'alcool durant la grossesse, les femmes enceintes peuvent continuer de consommer de très petites quantités d'alcool pendant leur grossesse. Ce pays préconise en cas de consommation que cette dernière ne dépasse pas un verre par jour et pas de manière quotidienne. 	
Suisse (Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies)	<ul style="list-style-type: none"> Ne pas consommer de l'alcool tous les jours. Ne pas consommer plus d'un verre standard d'alcool par jour. Éviter à tout prix les abus d'alcool. En cas de doute, s'abstenir. 	

quant aux recommandations et donc aux messages de prévention, certains suggèrent aux femmes enceintes soit une consommation faible à modérée, soit l'abstinence. Tous s'entendent toutefois pour éviter complètement les comportements susceptibles de produire des niveaux élevés d'alcoolémie même occasionnellement.

Limites des études épidémiologiques et cliniques

Les défauts qui invalident les conclusions des études sur la consommation « modérée » ou « légère » touchent les biais d'information, la catégorisation de la consommation et la définition de l'issue recherchée.

Biais d'information

Les femmes ont tendance à minimiser leur consommation d'alcool durant la grossesse entre autres pour donner une réponse socialement souhaitable ou encore parce que les

femmes définissent mal ce qu'est un verre standard. Dans certaines études, les plus gros buveurs sont décrits comme buvant « deux verres ou plus » par jour et parfois « un verre ou plus par jour ». Cette dose devient la dose minimale susceptible de produire un TCAF, puisque nul ne peut identifier si les dommages subis par les fœtus dans ces études sont le fait de mères prenant « 2 verres et plus par jour » ou de mères « prenant 5 ou 10 verres par jour ».

Il existe aussi des variations de la définition d'une consommation excessive d'alcool par jour : la consommation de deux, trois, quatre ou cinq mesures standard (soit 15 g à 60 g d'éthanol pur) par occasion peut être considérée comme une consommation excessive selon que ce sont les organismes, les chercheurs ou les individus qui s'expriment, ce qui empêche l'identification d'une dose minimale fiable qui permettrait de prévenir le TCAF.

DE LA MÈRE AU NOURRISSON

De plus, les «catégories de consommations» sont souvent définies et analysées statistiquement par une moyenne hebdomadaire. C'est ainsi que les effets qui découlent des «cuites» sont confondus avec ceux d'une consommation chronique.

Définition des issues mesurées

La définition des issues mesurées est primordiale dans les études épidémiologiques, de même que l'identification et la prise en compte des facteurs confondants. Or, les études sont souvent déficientes sous ce rapport. Tous les symptômes rapportés à propos de l'exposition intra-utérine à l'alcool ne sont pas causés uniquement par cette exposition. Les symptômes neurologiques identifiés peuvent être présents aussi chez les personnes atteintes d'autres troubles neurologiques du comportement¹⁹. L'analyse par des experts des troubles neurologiques du développement provoqués par l'alcool n'est pas parvenue à établir un consensus sur un patron qui s'appliquerait exclusivement à l'exposition à l'alcool avant la naissance¹⁹.

Relation de cause à effet

Lorsqu'on ne dispose d'aucun dosage et qu'on doit se fier à ce que la femme rapporte, on risque d'avoir une fausse relation de cause à effet. Dans plusieurs études, les renseignements sont recueillis par trimestre ou en fin de grossesse. Ainsi, les changements fréquents dans le patron de consommation du début à la fin de la grossesse ne sont pas pris en compte. On laisse de côté plusieurs facteurs importants comme la période et la durée d'exposition, la concentration plasmatique atteinte ainsi que d'autres facteurs dont la prise d'autres médicaments qui feront varier la concentration plasmatique²⁰.

Toutefois, même en cas de mauvaise classification, il est possible de mettre en évidence des effets neurocomportementaux qui, bien qu'ils ne s'appliquent pas aux doses spécifiques que les femmes ont effectivement déclarées, démontrent à tout le moins un effet nocif de consommation «modérée». Les études épidémiologiques ne pourront nous renseigner sur la dose minimale en dessous de laquelle une exposition à l'alcool ne présente aucun risque. Cependant, même si ces études n'apportent pas les données probantes souhaitées sur la dose liée au TCAF, et que les biais et facteurs confondants rendent difficile la généralisation des résultats à l'ensemble de la population, ces études montrent que la consommation de doses suffisantes d'alcool peut être nocive pour le fœtus.

Recommandation pour le professionnel de la santé à l'intention des femmes

Pour être efficaces, les messages de prévention doivent être clairs, simples, non anxieux et permettre de comprendre quel comportement il est souhaitable d'adopter et quels sont les comportements de consommation d'alcool qui sont plus à risque durant la grossesse²¹.

Ainsi, avant, mais aussi pendant la grossesse :

1. Renseigner la femme sur les données actuelles concernant les doses étudiées et donner les preuves d'effets nocifs produits par l'alcool sur le fœtus. Situer l'avis des organismes gouvernementaux du Canada et du Québec.
2. Toutes les femmes en âge de procréer devraient être conscientes de leur niveau de consommation avant la grossesse pour procéder aux ajustements nécessaires et éviter absolument les comportements pouvant produire un taux élevé d'alcoolémie même occasionnel.
3. La question controversée reste le « seuil minimal » de consommation. Comme il n'y a pas de données probantes des effets nocifs d'une consommation légère ou modérée d'alcool pendant la grossesse, il est sage pour la future maman de maintenir sa consommation d'alcool au minimum pendant la grossesse. La consultation du site Internet d'Educ'alcool est utile pour obtenir des renseignements fiables sur le sujet.

Résolution du cas clinique

Assurez-vous que cette patiente non enceinte sait déjà que le fœtus ne trouvera aucun bienfait particulier à la présence d'alcool dans son organisme, ce qui explique les recommandations d'abstinence. Vous devez lui dire que des études ont montré hors de tout doute que l'alcool peut être nocif, proportionnellement à la quantité consommée, et qu'une exposition intra-utérine à cinq consommations ou plus par jour a été liée au syndrome d'alcoolisation fœtale. De même, une consommation même sporadique de quatre portions et plus étalées sur quatre heures peut causer, tout comme la consommation régulière de plus de deux verres par jour pendant la grossesse, un retard de croissance et des atteintes sur les plans cognitif et neurodéveloppemental. Les études actuelles ne permettent pas de savoir si une consommation plus faible aura ou non un effet sur l'enfant. Educ'alcool peut fournir des brochures pour de plus amples renseignements.

Le site «Educ'alcool» met sur pied des programmes de prévention, d'éducation et d'information pour aider jeunes et adultes à prendre des décisions responsables et éclairées face à la consommation d'alcool. En collaboration avec le Collège des médecins du Québec et de plusieurs experts, ce site indique qu'une utilisation faible et très occasionnelle d'alcool pendant la grossesse présente peu de risque, mais indique aussi qu'éviter de consommer tout au long de la grossesse demeure le choix le plus sûr. Une brochure peut être obtenue gratuitement sur leur site Web :

<http://www.educalcool.qc.ca/fr/publications/la-grossesse-et-alcool/index.html>

L'alcool et l'allaitement

La consommation d'alcool par la mère qui allaite soulève aussi beaucoup d'interrogations. La concentration plasmatique maternelle est à l'équilibre avec la concentration d'alcool dans le lait maternel et non avec celle du bébé. Le rapport des concentrations lait : plasma est d'environ 1:1. Lorsqu'il y a de l'alcool dans le sang de la mère, il y en a dans le lait maternel et lorsque l'alcool est éliminé, il l'est aussi du lait. La concentration maximale d'alcool dans le sang de la mère et dans le lait maternel survient généralement de 30 à 90 minutes après la consommation d'alcool et diminue jusqu'à être indétectable par la suite²² (voir **figure 1**). Si on désire éviter que le nourrisson allaité ne soit exposé à l'alcool, il faut atteindre le niveau zéro dans le plasma et le lait maternel et allouer environ deux heures par consommation ingérée. La vitesse d'élimination de l'alcool est variable en fonction de la quantité consommée parce que son métabolisme est un processus saturable qui atteint un maximum d'efficacité à un certain moment. Cela implique que trois ou quatre consommations d'alcool prendront proportionnellement plus de temps pour être éliminées qu'une ou deux consommations. Pour une à deux consommations, l'enfant ne sera exposé qu'à une petite fraction de la dose d'alcool que la mère a consommée même s'il est allaité au maximum de la concentration plasmatique maternelle. Il faut cependant considérer que le nourrisson, dans les premières semaines de vie, éliminera l'alcool deux fois moins rapidement qu'un adulte. Il sera donc exposé plus longtemps que l'adulte, mais proportionnellement à une dose beaucoup plus faible.

Effets de l'alcool chez le nourrisson

Plusieurs chercheurs se sont penchés sur les effets produits par l'alcool pendant l'allaitement.

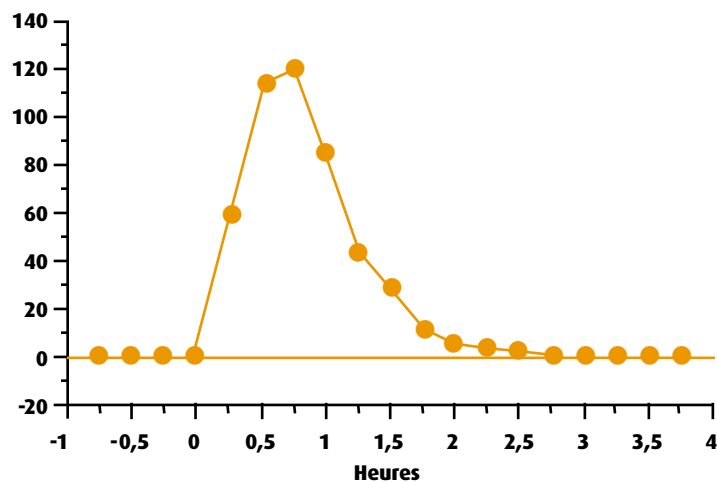
Figure 1

Illustration de l'ingestion d'une consommation d'alcool par la mère

On peut y voir que la concentration plasmatique maternelle atteint 120 mg/L, équivalant à 0,012 g/dL (limite légale = 0,080 g/dL).

À noter que 2 h 30 après l'ingestion, la concentration d'alcool est indétectable.

Concentration
plasmatique
mg/L



ment. La consommation de bière, alcoolisée ou non, aurait comme effet d'augmenter la production lactée²³. La bière alcoolisée n'est toutefois pas un bon choix pour cette indication. L'alcool modifierait le goût du lait maternel et causerait une diminution ponctuelle de la consommation de lait par le bébé d'environ 20 % s'il est allaité au cours des 3 à 4 heures suivant la consommation maternelle d'une boisson alcoolisée. Cette diminution serait toutefois compensée par un plus grand apport dans les 8 à 16 heures après la cessation de la prise d'alcool par la mère. L'exposition à l'alcool pourrait modi-

fier temporairement le patron sommeil-éveil des nourrissons exposés²⁴. Chez les femmes alcooliques et qui exposent leur nouveau-né à l'alcool, la sécrétion du lait est diminuée et les effets rapportés, chez le nourrisson, sont principalement une prise de poids insuffisante, un retard de développement psychomoteur, de la sédation et des troubles du sommeil.

Recommandations pendant l'allaitement

Certaines femmes ne boivent pas d'alcool mais pour d'autres, le fait de les inciter à se priver totalement de quelques consommations

pourrait mettre en péril leur décision d'allaiter. L'Association américaine de pédiatrie considère qu'une faible quantité d'alcool ingérée est compatible avec l'allaitement maternel²⁵.

De fait, prendre deux portions et moins d'alcool expose le nourrisson allaité aux quatre heures à des quantités négligeables si la mère allaite 3-4 heures après avoir bu. Néanmoins, il faudra 7 heures à une femme de 65 kg pour éliminer 3 consommations. Si le bébé boit à la tétine, cette femme devrait extraire du lait avant de boire de l'alcool.

Par contre, chez les femmes qui boivent tous les jours de l'alcool ou occasionnellement de grande quantité, il faut soupeser les risques liés à l'alcool et les bénéfices de l'allaitement²⁵. On doit se souvenir que l'exposition à l'alcool pendant l'allaitement est très inférieure à celle à laquelle le fœtus a probablement été exposé pendant la grossesse. Toutefois les femmes alcooliques devraient s'abstenir d'allaiter. Le pharmacien doit renseigner sur les symptômes potentiels pour s'assurer du bien-être de l'enfant, mais il appartient à la femme d'évaluer ces situations particulières.

Conclusion

L'exposition intra-utérine à l'alcool est une cause modifiable de morbidité à court et à long terme chez l'enfant. Au Canada et au Québec, des politiques préventives sont mises de l'avant et recommandent l'abstention totale d'alcool pendant la grossesse. Cependant, individuellement, *les femmes sont en droit* de recevoir une information plus complète pour connaître les comportements à éviter absolument pour prévenir l'ETCAF. Les risques à surveiller pendant l'allaitement sont liés aux effets pharmacologiques de l'alcool et à la prise de poids régulière du nourrisson. ■

Références

1. **Public Health Agency of Canada.** Alcohol use during pregnancy and awareness of fetal alcohol syndrome and fetal alcohol spectrum disorder, results of a national survey. 2006. 73 p. [En ligne. Consulté le 8 mars 2008]; <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/fas-saf-natsurv-2006/index.html>.
2. **Dzakpasu S, Mery LS, Trouton K.** Canadian Perinatal Surveillance System: Alcohol and Pregnancy. Ottawa, ON : Santé Canada; 1998. [En ligne] http://www.phac-aspc.gc.ca/fas-d-etcaf/pdf/03-bestpractices_f.pdf.
3. **Audet C, April N, Guyon L et coll.** Représentations de la consommation d'alcool pendant la grossesse et perceptions des messages de prévention chez des femmes enceintes. Québec: Institut national de la santé publique du Québec; 2006. 63 p.
4. **Éduc'alcool.** Les Québécois et l'alcool. Québec : Éduc'alcool. 2007. 55 p. [En ligne. Consulté le 15 avril 2008]; <http://www.educalcool.qc.ca/fr/publications/les-quebecois-et-alcool/index.html>.
5. **Chudley AE, Conry J, Cook JL et coll.** Fetal alcohol spectrum disorder : Canadian guidelines for diagnosis. CMAJ 2005; 172(5 Suppl): S1-21.
6. **Stade B, Ungar WJ, Stevens B et coll.** Cost of fetal alcohol spectrum disorder in Canada. Can Fam Physician 2007; 53(8): 1303-4.
7. **Jones KL, Smith DW.** Recognition of the fetal alcohol syndrome in early infancy. Lancet 1973; 2(7836): 999-1001.
8. **Little RE.** Moderate alcohol use during pregnancy and decreased infant birth weight. Am J Public Health 1997; 67: 1154-6.
9. **Sokol RJ, Miller SJ, Reed G.** Alcohol abuse during pregnancy : an epidemiologic study. Alcohol Clin Exp Res 1980; 4(2): 135-45.
10. **Ervalahti N, Korkman M, Fagerlund A et coll.** Relationship between dysmorphic features and general cognitive function in children with fetal alcohol spectrum disorders. Am J Med Genet A 2007; 143(24): 2916-23.
11. **Pei JR, Rinaldi CM, Rasmussen C et coll.** Memory patterns of acquisition and retention of verbal and nonverbal information in children with fetal alcohol spectrum disorders. Can J Clin Pharmacol 2008; 15(1): e44-56.
12. **Barr HM, Bookstein FL, O'Malley KD et coll.** Binge drinking during pregnancy as a predictor of psychiatric disorders on the structured clinical interview for DSM-IV in young adult offspring. Am J Psychiatry 2006; 163: 1061-5.
13. **Sowell ER, Johnson A, Kan E et coll.** Mapping white matter integrity and neurobehavioral correlates in children with fetal alcohol spectrum disorders. J Neurosci 2008; 28(6): 1313-9.
14. **Streissguth AP, Barr HM, Kogan J et coll.** Understanding the occurrence of secondary disabilities in clients with fetal alcohol syndrome (FAS) and fetal alcohol effects (FAE). Seattle : University of Washington, School of Medicine, Fetal Alcohol Drug Unit; 1996.

DE LA MÈRE AU NOURRISSON

15. Caprara DL, Nash K, Greenbaum R et coll. Novel approaches to the diagnosis of fetal alcohol spectrum disorder. *Neurosci Biobehav Rev* 2007; 31: 254-60.
16. O'Brien P. Is it all right for women to drink small amounts of alcohol in pregnancy? Yes. *BMJ* 2007; 335: 856.
17. Nathanson V, Jayasinghe N, Roycroft G. Is it all right for women to drink small amounts of alcohol in pregnancy? No. *BMJ* 2007; 335: 857.
18. Sayal K. Alcohol consumption in pregnancy as a risk factor for later mental health problems. *Evid Based Ment Health* 2007; 10(4): 98-100.
19. Elgen I, Bruaroy S, Laegreid LM. Complexity of foetal alcohol or drug neuroimpairments. *Acta Paediatr* 2007; 96(12): 1730-3.
20. Pollard I. Neuropharmacology of drugs and alcohol in mother and fetus. *Semin Fetal Neonatal Med* 2007; 12(2): 106-13.
21. Eriksson UJ. Fetal ethanol exposure during pregnancy – how big is the problem and how do we fix it? *Acta Paediatr* 2007; 96(11): 1557-9.
22. Mennella JA, Beauchamp GK. The transfer of alcohol to human milk. Effects on flavor and the infant's behavior. *N Engl J Med* 1991; 325: 981-5.
23. Koletzko B, Lehner F. Beer and breastfeeding. *Adv Exp Med Biol* 2000; 478: 23-8.
24. Mennella JA, Garcia-Gomez PL. Sleep disturbances after acute exposure to alcohol in mothers' milk. *Alcohol* 2001; 25(3): 153-8.
25. Hale TW. Medications and mothers' milk. 12^e éd. Amarillo: Hale Publishing; 2006.

QUESTIONS DE FORMATION CONTINUE

- 3) Parmi les énoncés suivants concernant la prise d'alcool durant la grossesse, lequel est faux?
- A. De nombreuses études ont confirmé qu'une importante consommation d'alcool pendant la grossesse provoque des dommages graves et irréversibles du développement cérébral, moteur, hormonal, immunologique, comportemental et cognitif, et est responsable du syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF).
- B. Une exposition intra-utérine chronique à deux consommations d'alcool par jour a été reliée au syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF).
- C. Le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) et les manifestations partielles de cette exposition touchant principalement la croissance, les problèmes neurologiques, cognitifs et mentaux (TCAF) constituent l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF).
- D. Malgré la controverse autour des recommandations à transmettre aux patientes, tous les experts s'entendent pour éviter complètement les comportements susceptibles de produire des taux élevés d'alcoolémie, même occasionnellement.
- E. Les risques d'avortement spontané, de malformation, de retard de croissance, de déficience mentale et de troubles neurocomportementaux augmentent avec la fréquence de consommation et la quantité d'alcool ingéré par la mère durant sa grossesse lors d'une même occasion.
- 4) Parmi les énoncés suivants, lequel est vrai ?
- A. Certains pays dont le Canada indiquent qu'une consommation occasionnelle d'alcool ne dépassant pas un ou deux verres par occasion peut être acceptable durant la grossesse et l'allaitement.
- B. Les études sur les effets de l'alcool pendant la grossesse utilisent une méthodologie qui ne permet pas de relier les effets de faibles doses au degré d'exposition. Ainsi on ne peut pas déterminer une dose d'alcool sécuritaire durant la grossesse.
- C. La concentration maximale d'alcool dans le lait maternel survient généralement de trois à quatre heures après la consommation d'alcool.
- D. Il faut se souvenir que l'exposition à l'alcool pendant l'allaitement est égale à celle à laquelle le fœtus est exposé pendant la grossesse.
- E. Si on désire éviter que le nourrisson allaité soit exposé à l'alcool, il faut atteindre le niveau zéro dans le plasma et le lait maternel et allouer environ quatre heures par consommation ingérée.

Veuillez reporter vos réponses dans le formulaire de la page 86 ►

MERCI

de faire de Québec Pharmacie
votre publication pharmaceutique
en français préférée!



Au Québec,
les consultations entre
pharmaciens et médecins se
traduisent par une modification
de l'ordonnance
dans plus de 80 %*
des cas.

Québec Pharmacie

* Étude sur les pharmaciens 2008 de PMB