

LE SYNDROME D'ALCOOLISATION FŒTALE (SAF)

I. INTRODUCTION

Le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) est provoqué par la consommation d'alcool de la mère pendant sa grossesse. Les femmes sont en effet plus vulnérables à l'alcool : à consommation égale, le taux d'alcool dans le sang s'élève davantage chez la femme que chez l'homme.

L'intoxication in utero est responsable d'une embryofœtopathie alcoolique.

Les conséquences de l'alcool au cours de la grossesse comme première cause de retard mental acquis sont longtemps restées méconnues, ainsi que la dangerosité potentielle pour le fœtus de doses d'alcool même modérées ou d'ingestions occasionnelles.

Dans les pays d'Europe de l'Est, ce problème de santé publique est trente à quarante fois plus répandu qu'en Europe de l'Ouest, mais le syndrome y est souvent sous-diagnostiqué ou non renseigné dans le dossier médical d'un enfant. Les dossiers en provenance de Russie ou de Lettonie notamment sont peu loquaces sur la question ou font simplement mention de prise d'alcool chez la mère durant la grossesse. Pourtant, selon une étude américaine (Dana Johnson), environ 9% des enfants proposés à l'adoption en Russie sont affectés par le SAF.

II. LES CONSÉQUENCES PENDANT LA GROSSESSE ET CHEZ L'ENFANT

Les conséquences sont gravidiques (fausses couches spontanées, prématurité) ou fœtales.

Le syndrome d'alcoolisation fœtale comporte :

1) Un retard de croissance (dans 80% des cas)

Principal critère diagnostique du SAF : il est harmonieux car il touche le poids, la taille et le périmètre crânien. L'importance du retard de croissance dépend de la dose ingérée. Le défaut de croissance du périmètre crânien (microcéphalie) est le reflet de l'insuffisance du développement cérébral, elle-même responsable du retard mental ultérieur.

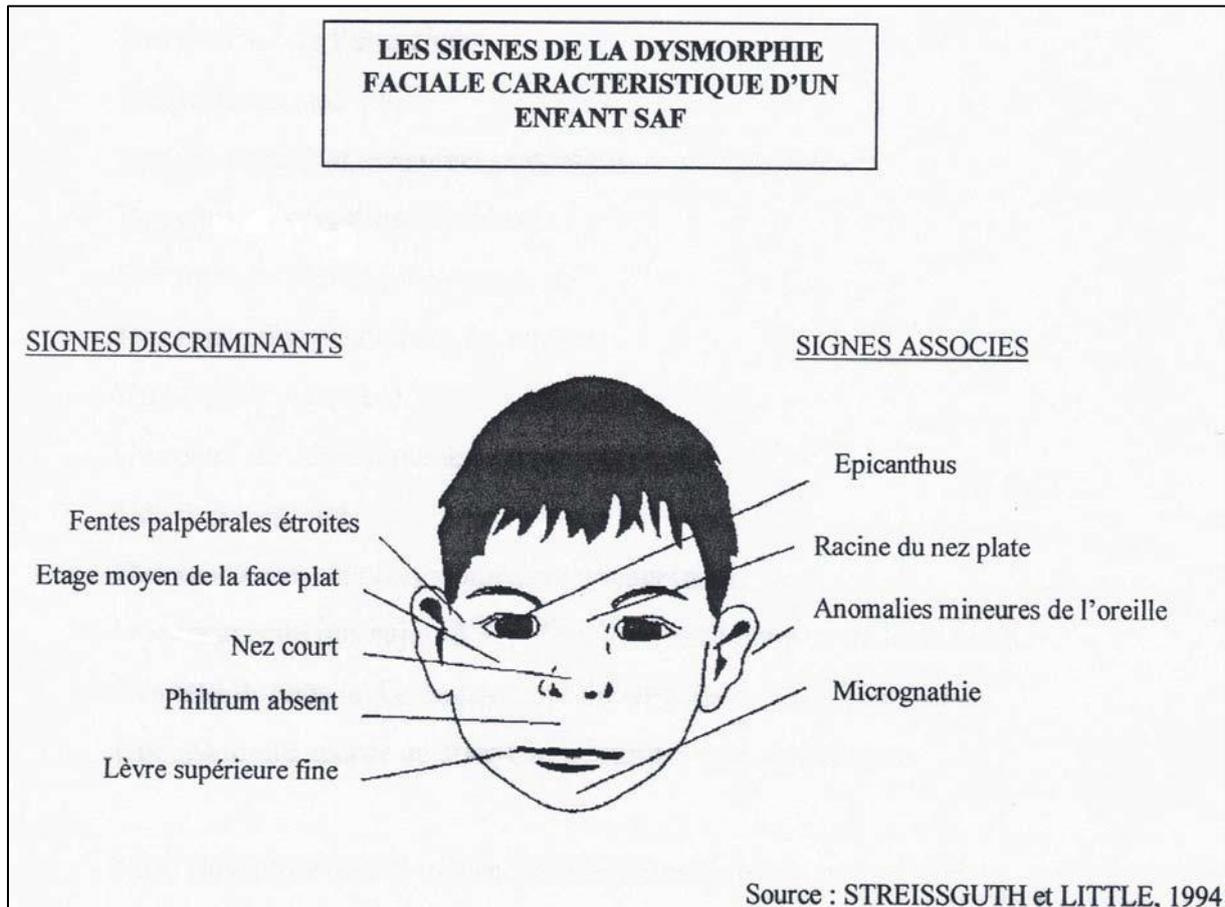
2) Une dysmorphie crânio-faciale

Considérée comme spécifique de l'exposition à l'alcool in utero :

- Le front est bas, bombé, étroit et parfois hirsute.
- Les arcades sourcilières sont aplaties et les fentes oculaires étroites. Il existe souvent :
 - un épicanthus (pli cutané interne au niveau de l'orbite)
 - et un hypertélorisme (augmentation de la distance entre les deux yeux).
- Le nez est court, en trompette.
- Le sillon habituellement situé entre le nez et la lèvre supérieure (philtrum) est lisse ou absent, convexe en verre de montre.
- La lèvre supérieure est mince, sans piliers ni gouttière centrale (arc de cupidon) et, elle aussi, convexe.
- Le menton est petit, étroit, effacé ou fuyant.

- Les oreilles peuvent être d'implantation basse et décollées avec un bord supérieur horizontal.

Ce faciès typique apparaît au cours des deux premières années et se modifie en fonction de l'âge et du phénotype de l'enfant (lié à l'origine ethnique). Cependant, un tiers seulement des enfants atteints de SAF présente des anomalies du visage. Dans les formes mineures ou plus incertaines, on parle parfois « d'effets de l'alcool sur le fœtus » reconnus sous l'abréviation d'EAF ou encore de SAF atypique.



3) Des malformations congénitales (10 à 30 % des cas) :

Elles se constituent pendant la phase d'organogenèse du premier trimestre de la grossesse.

Il peut s'agir de :

- de cardiopathies : principalement communication inter-auriculaire = CIA et inter-ventriculaire ou CIV,
- d'anomalies du système nerveux (spina bifida, hydrocéphalie, méningocèle, agénésie du corps calleux),
- d'anomalies du squelette (luxation de hanches, synostoses radio-cubitales, anomalies des phalanges, scoliose),
- ou d'autres malformations (microphthalmie, fente labio-palatine, surdité, angiomes cutanés, etc.)

4) Une atteinte neurocomportementale ou A.R.N.D (Alcohol-Related Neurodevelopmental Disorder) :

Il peut être difficile de distinguer les troubles neurocomportementaux secondaires à l'alcool de ceux liés à l'environnement.

On décrit :

- des troubles de la motricité touchant :
 - la motricité fine (par exemple au niveau des doigts de la main),
 - le tonus,
 - la coordination des mouvements.L'enfant marche avec retard.
- des retards de l'acquisition :
 - du langage (difficultés dans la compréhension des mots, troubles de l'articulation),
 - de la lecture,
 - de l'écriture,
 - du calcul.
- une débilité mentale, qualifiée le plus souvent de légère à modérée est en relation directe avec l'imprégnation alcoolique au cours de la grossesse. Ces enfants sont agités, irritables, éventuellement agressifs.
- plus tard, l'instabilité, les troubles de l'attention avec fréquemment une hyperactivité et la faible efficacité intellectuelle retentissent sur la scolarité et l'intégration dans la société. Les aptitudes cognitives sont variables d'un enfant à l'autre.

Un faible niveau d'acquisitions scolaires à terme est à craindre (niveau CE1-CE2 en fin de scolarité). Le SAF représente à cet égard l'une des principales causes de déficience intellectuelle dans le monde.

III. PEUT-ON EVALUER LE RISQUE FOETAL ?

L'atteinte fœtale est difficile à prévoir, mais plusieurs paramètres sont corrélés aux risques d'atteinte fœtale :

- **La dose ingérée** : un verre d'alcool, quelle que soit la boisson, contient 10 grammes d'alcool pur. A partir de 30 grammes par jour, et probablement moins, le risque d'atteinte fœtale existe.
- **Le terme et la durée d'exposition** :
 - la consommation du premier trimestre de la grossesse est à fort risque malformatif et de dysmorphie du visage,
 - la consommation des deuxième et troisième trimestres à risque de troubles du développement psychomoteur (ARND).
 - l'ancienneté de l'alcoolisme est un facteur aggravant. Une femme ayant déjà eu un enfant atteint de SAF a un risque maximal de récurrence pour les enfants suivants si elle continue à boire. A l'inverse, ce risque s'annule en cas d'abstinence.
- **La façon de boire** : l'intoxication aiguë et transitoire (plus de cinq verres) est également dangereuse pour le fœtus, la période critique se situant dans les cinq premiers mois de la grossesse.

IV. COMMENT SUSPECTER UN SAF ET QUE FAIRE ?

Un avis du médecin de votre choix (médecin traitant et/ou consultation adoption régionale) est vivement recommandé.

Au regard du rapport remis sur l'enfant, il pourra aussi être envisageable une fois dans le pays d'interroger le médecin qui a suivi l'enfant, quant à un alcoolisme maternel (comportement d'addiction, trouble du sommeil, trouble de la mémoire, etc.) et de lui demander, dans ce cas, s'il a un doute concernant la présence de cette pathologie chez l'enfant.

En cas de présomption du diagnostic, il conviendra de la part du médecin traitant, de dépister le plus tôt possible chez l'enfant les handicaps moteurs, cognitifs et sensoriels, afin de les prendre en charge rapidement (psychomotricité, ergothérapie, orthophonie) après un examen global complet par un médecin expérimenté en la matière et une évaluation développementale.

V. POINTS ESSENTIELS

- Le **diagnostic** de SAF en période néonatale est **difficile à poser** du fait de formes incomplètes le plus souvent.
- Le tableau de SAF complet comporte :
 - une **hypotrophie** (retard staturo-pondéral),
 - une **dysmorphie faciale** (anomalies du visage),
 - des **malformations** à prédominance **cardiaque**
 - et des **troubles neurocomportementaux**.
- Il importe d'évoquer systématiquement un SAF devant un **retard de croissance global** et un **périmètre crânien inférieur à la normale**.
- En l'absence de dysmorphie, l'alcool est responsable de troubles neurocomportementaux, mais la valeur-seuil minimale n'est pas déterminée précisément.