

    	
PROPOSITION DE PROTOCOLE MEDICAL	
ALLAITEMENT MATERNEL ET MEDICAMENT	
Codification du document : PO 1 1 18 PO pour protocole 1 pour grossesse ou accouchement 1 18 pour protocole N°1 de l'année 2018	Rédaction : Dr DOBRZYNSKI, Dr GREMMO-FEGER Comité lecture : 22 MC.ANDRO, Dr F.LE MOUEL, 29 Dr M.DOBRYNSKI, Dr G.GREMMO-FEGER, Dr C.MARTEAU, F.BERTSCHY 35 M.DO HUY, Dr J.GUEGUEN, F.LE GOUGUEC, M.MATHIEU et F.BAUDOUIN 56 Dr MA.GUILLOU, N.PICAMAL et K.AUBERT
Date d'application : 2018	Approbation : 2018
N° de version du document : 1	Gestionnaire : Coordination de la Fédération Bretonne des Réseaux de Périnatalité
Destinataires du document : professionnels d'exercice libéral, en établissement et structure, territorial, pharmaciens	
Modifications depuis la version précédente : première version	

Références utilisables

- Lactmed : <https://toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/lactmed.htm> , c'est le **site de référence**, très exhaustif, sauf pour les molécules non commercialisées aux USA, régulièrement mis à jour
- Le Centre de Ressources des Agents Tératogènes : <http://lecrat.fr/> , en français, plus axé sur la grossesse que l'allaitement, avis souvent succinct et parfois réservé.
- American Academy of Pediatrics mise à jour de 2013 : <http://pediatrics.aappublications.org/content/132/3/e796>
- Ouvrage de référence : HALE TW « Medications and Mothers'Milk » dernière édition, classification en niveau de risque, proposition d'alternative.
- Personnes référentes par département, centres de pharmacovigilance et en particulier le [CRPV](#) de LYON

Plan

Introduction

Les points clés de la pharmacocinétique :

1. Le passage dans le lait,
2. La dose reçue par l'enfant
3. Autres paramètres à prendre en compte :

Les adaptations à la situation particulière :

1. L'enfant
2. La mère

Références utilisables

Quelques exemples courants

Introduction

Peu de médicaments ont une contre-indication formelle en cas d'allaitement. Il est important de connaître la pharmacocinétique et les ressources existantes pour éviter :

- d'interrompre ou de ne pas initier un allaitement inutilement
 - et d'interrompre ou retarder la prescription d'un traitement nécessaire pour la mère.
- Beaucoup de médicaments passent dans le lait, mais les taux retrouvés dans le lait sont souvent très faibles, leur marge thérapeutique est souvent large et peu de médicaments ont une toxicité spécifique pour le nouveau-né.

En cas de traitement chronique, il est important d'ANTICIPER la réflexion en anténatal afin d'apporter une information éclairée à la femme enceinte : allaitement possible si souhaité ? Sous condition de surveillance du nouveau-né ou non, changement de molécule souhaitable....

En préalable à toute réflexion :

1. Reformuler la question réductrice de la compatibilité d'un médicament avec l'allaitement en se demandant : si le traitement d'une mère est compatible avec l'allaitement de son bébé ?
2. Quelques principes généraux :
 - Ce traitement est-il absolument nécessaire ?
 - Éviter les associations, choisir la posologie minimale efficace (sans sous-traiter) en préférant, à efficacité égale, le médicament le mieux connu pendant l'allaitement.

Les points clés de la pharmacocinétique

1. Le passage dans le lait, en général par diffusion passive est facilité en cas de molécule :
 - Lipophile
 - Faiblement liée aux protéines
 - Dont le poids moléculaire est faible (<500-600)
 - Qui donne des taux plasmatiques élevés
 - Qui est une base faible : une fois ionisée restera captive du lait maternel
2. La dose reçue par l'enfant (RID : relative infant dose) évaluée par le pourcentage DMAP : rapport de la dose estimée ingérée par l'enfant /kg/jr sur la dose maternelle/kg/jr
En général, si la dose reçue est <10% DMAP (Dose Maternelle Ajustée au Poids), le risque est considéré comme faible.
Elle sera augmentée en cas de :
 - Demi-vie d'élimination longue du médicament
 - Présence de métabolites actifs
 - Forte biodisponibilité orale
3. Autres paramètres à prendre en compte :
 - a. Profil de toxicité : dose dépendant ou immuno allergique
 - b. Molécule utilisée dans la population pédiatrique : dose thérapeutique, toxicité connue
 - c. Modalité de prise : posologie, traitement ponctuel ou de longue durée, associations

Les adaptations à la situation particulière

1. L'enfant :
 - Age : cinétique modifiée chez le nouveau-né (et plus encore chez le prématuré) : risque de toxicité plus élevé durant les premières semaines de vie.
 - Poids : pour le calcul de la dose ingérée
 - Pathologies de l'enfant pouvant interférer avec l'élimination ou majorer les risques.
 - Traitements de l'enfant : risque d'interaction à rechercher
2. La mère :
 - Réfléchir aux alternatives thérapeutiques mieux évaluées, plus adaptées
 - Autres pathologies maternelles pouvant interférer dans le métabolisme.
 - Modalité de l'allaitement : mixte/exclusif, nombre de tétées
 - Possibilité de mettre en place une surveillance de l'enfant.

Quelques exemples courants

1. Imagerie et produits de contrastes : à l'exception du LIPIODOL, la grande majorité des produits de contrastes iodés sont hydrosolubles, ont une demi-vie courte (< 2 heures) et ne sont pas disponibles par voie orale (absorption digestive nulle) ; il en est de même pour le gadolinium utilisé pour les IRM. Le nouveau-né exposé via le lait maternel reçoit moins de 1% de la dose pédiatrique, **aucune interruption** de l'allaitement maternel n'est nécessaire lorsque sa mère subi un examen radiologique.
2. Anesthésie générale/ locale : poursuite de l'AM possible sans restriction dès le réveil.
3. Antidépresseurs : préférer les IRS les mieux connus (Sertraline, Paroxétine), de même pour les tricycliques (Clomipramine, Imipramine). Proposer une surveillance clinique.
4. Anxiolytiques : attention aux benzodiazépines à demi-vies longues et métabolites actifs. Si nécessaire, préférer l'oxazépam et surveiller l'enfant (sédation, prise de poids). Eviter les antihistaminiques utilisés pour leurs effets sédatifs (sauf prise ponctuelle) : hydroxyzine. Si besoin d'un traitement antihistaminique, privilégier la cétirizine et apparentés.
5. Antibiotiques : la plupart sont utilisables pour une prescription courte (≤ 10 jours). Le risque principal : déséquilibre de la flore digestive. Privilégier pénicillines et céphalosporines, largement utilisées en pédiatrie.
6. Antalgiques : paracétamol et ibuprofène sans restriction. Tramadol et codéine en usage ponctuel. Si les AINS ne sont pas contre-indiqués dans l'AM, leur prescription en cas de mastite aigue justifiant d'une antibiothérapie doit être raisonnée (risque majoré possible d'abcès en monothérapie).
7. Anticoagulants : toutes les héparines y compris celles de bas poids moléculaires peuvent être prescrites ; parmi les AVK, Sintrom® et Coumadine® peuvent être utilisés.