

Le coin du prescripteur

Corticoïdes et allaitement

Les corticoïdes sont fréquemment utilisés, par voie locale ou générale, dans des pathologies aiguës ou chroniques. Une mère allaitante qui doit suivre une corticothérapie s'entend souvent déconseiller l'allaitement en raison du risque d'hypercorticisme chez l'enfant (hypotrophie surrénalienne, retard de croissance) ... Cependant, à la lumière des connaissances actuelles, cette attitude peut être nuancée, et l'allaitement pourra généralement être poursuivi moyennant certaines précautions et avec un suivi régulier de l'enfant allaité.

Utilisation locale

Cutanée

Bien qu'aucune étude n'ait été effectuée sur le passage lacté des corticoïdes après application cutanée, la pénétration cutanée des corticostéroïdes a été étudiée par divers auteurs. Elle se fait vraisemblablement par diffusion passive. Divers facteurs peuvent influencer cette absorption : concentration du stéroïde utilisé, nature du topique utilisé, surface de peau traitée, zone du corps traitée ; des études ont montré que l'absorption cutanée était plus importante au niveau des zones axillaires, du visage et de l'aîne ; elle est moins importante au niveau des coudes, des genoux, des mains et des pieds ; elle est légèrement augmentée si la peau est lésée. L'excipient utilisé joue aussi un rôle important ; la présence d'urée ou de diméthylsulfoxyde peut doubler ou tripler l'absorption cutanée ; l'utilisation sous pansement occlusif augmente l'absorption. Cependant, la plupart des auteurs pensent que, sauf en cas d'application sur une vaste zone cutanée, le passage systémique sera suffisamment faible pour ne pas poser de problème à l'enfant allaité.

En fait, seule l'application au niveau des mamelons peut éventuellement poser un problème. Un cas d'hypercorticisme a été rapporté chez un enfant dont la mère appliquait depuis 2 mois sur la peau lésée de ses mamelons un topique corticoïde (triamcinolone) : son enfant de 2 mois présentait une constipation et une hypotonie, et a retrouvé des troubles à l'électrocardiogramme, une hypokaliémie, une hypertension et un retard de croissance, qui ont progressivement disparu après arrêt du traitement maternel.

Toutefois, un corticoïde peut être utilisé par voie locale pendant l'allaitement, y compris pour certaines pathologies cutanées au niveau des seins (eczéma essentiellement). Le Dr Jack Newman, pédiatre, responsable d'une consultation d'allaitement à Toronto (Canada) utilise avec succès une pommade telle que Mycolog[®] (triamcinolone, néomycine, nystatine) en cas de problèmes de mamelons douloureux. Il est nécessaire de respecter les conditions suivantes d'utilisation :

- L'utilisation sur les mamelons sera aussi brève que possible (il est préférable de ne pas dépasser 8 jours d'utilisation).
- Le corticoïde appliqué sera faiblement dosé ; une pommade fortement dosée telle que la Diprosone[®] ne doit pas être utilisée plus de 7 à 10 jours ; si les symptômes persistent toujours, une pommade plus faiblement dosée telle que l'Hydrocortisone Astier[®] pourra être utilisée.
- Il sera appliqué juste après la tétée, et en aussi petite quantité que possible, 1 à 2 fois par jour (il n'est pas nécessaire de nettoyer les mamelons avant de mettre l'enfant au sein dans ces conditions, sauf si l'on craint une réaction à l'excipient).

Autres utilisations locales

L'utilisation en pneumologie (par inhalation en cas d'asthme par exemple : Auxisone[®], Béclojet[®]) en rhumatologie (Cortisal[®]) ou en ORL (Béconase[®], Pivalone[®]) sont considérés comme ne donnant lieu qu'à un passage systémique faible, et donc à un passage lacté négligeable ; ils peuvent être utilisés pendant l'allaitement.

L'utilisation régulière d'un collyre contenant un corticoïde (Solucort Ophta[®]) peut donner lieu à une inhibition de la production endogène (décrit pour la dexaméthasone après 8 jours de traitement) ; il sera donc nécessaire de les utiliser avec les mêmes précautions qu'une corticothérapie par voie générale en cas d'utilisation au long cours.

Utilisation par voie générale

Tous les corticoïdes n'ont pas la même activité anti-inflammatoire. Il existe des équivalences pour comparer entre eux les divers corticoïdes par rapport au cortisol, généralement utilisé comme référence :

En pratique, cela signifie que 20 mg de cortisol ou

Molécule	Pouvoir anti-inflammatoire
Cortisol - Hydrocortisone	1
Prednisolone - Prednisone	4
Méthylprednisolone - Triamcinolone	5
Fluorocortisol	10
Dexaméthasone - Bétaméthasone	25

d'hydrocortisone ont une activité anti-inflammatoire équivalente à 5 mg de prednisolone, 4 mg de méthylprednisolone ou de triamcinolone...

Prednisone (Cortancyl®) - Prednisolone (Hydrocortancyl®, Solucort®, Solupred®)

La prednisone est transformée en prednisolone au niveau hépatique. La demi-vie de ces deux molécules est de 2 à 3 heures. Le pic plasmatique est atteint au bout d'1 à 3 heures. Les études ont montré que le taux lacté de prednisolone baissait plus rapidement que le taux sérique, et il était similaire au taux sérique de prednisolone non liée aux protéines plasmatiques. En moyenne, 0,025% de la prednisolone reçue par la mère était retrouvée dans le lait maternel. Son passage lacté semble proportionnel à la liaison plasmatique de cette molécule, le passage lait-plasma étant rapide et bi-directionnel. Avec des prises maternelles allant de 10 à 80 mg par jour en chronique, le taux lacté maximum de prednisolone allait de 17 à 317 µg/l, avec un rapport lait/plasma allant de 0,12 à 0,25. Avec ces doses, l'enfant reçoit au maximum 0,080 mg/kg/jour de produit actif, ce qui représente au maximum une quantité équivalente à 10% de sa production endogène quotidienne de corticostéroïdes. Les spécialistes considèrent que cette augmentation n'est guère susceptible d'avoir des conséquences sur le plan clinique.

La posologie la plus couramment utilisée chez les adultes est de 0,5 à 1 mg/kg/jour en traitement d'attaque ou pour un traitement de courte durée, de 5 à 20 mg/jour en traitement chronique. La dose pédiatrique est de 1 à 2 mg/kg/jour. On considère donc qu'une dose quotidienne de 20 à 80 mg de prednisone ou de prednisolone est compatible avec l'allaitement, l'enfant recevant une quantité de corticoïdes trop faible pour entraîner des effets indésirables. L'administration de doses plus importantes est probablement sans réel danger, surtout lors d'un traitement de courte durée ; toutefois, il sera nécessaire de suivre l'enfant régulièrement.

Méthylprednisolone (Médrol®, Solu-Médrol®)

8 mg de méthylprednisolone ont un effet anti-inflammatoire équivalent à 10 mg de prednisone. La demi-vie est comprise entre 2,5 et 3,5 heures, et le pic plasmatique est atteint en moyenne au bout de 2 heures. La posologie chez les adultes est de 0,4 à 1 mg/kg/jour en traitement d'attaque, et de 4 à 16 mg/jour en traitement d'entretien. La posologie pédiatrique est de 1 à 2 mg/kg/jour.

Une seule étude a évalué le passage lacté de la méthylprednisolone, chez une femme en prenant quotidiennement 6 mg/jour. Aucun des dosages dans le lait n'a retrouvé de taux supérieur à 0,007 mg/l. La méthylprednisolone est considérée comme utilisable pendant l'allaitement dans les mêmes conditions que celles décrites pour la prednisone.

Autres

On ne dispose d'aucune donnée sur le passage lacté de la triamcinolone (Hexatrione Longue Durée®), de la dexaméthasone (Décadron®, Soludécadron®), de la bétaméthasone (Betnésol®, Célestène®) ou de la paraméthasone (Dilar®). Il est donc préférable d'utiliser d'autres corticoïdes.

Un cas particulier : la corticothérapie substitutive

Cortisone (Cortisone Roussel®) Hydrocortisone (Hydrocortisone Roussel 10 mg®)

La cortisone et l'hydrocortisone sont utilisées pour le traitement substitutif des insuffisances surrénales primitives ou secondaires à une insuffisance hypophysaire. Si ce type de corticothérapie est susceptible d'induire des problèmes iatrogènes en cas de surdosage, les contre-indications habituelles des corticoïdes ne s'appliquent pas à cette forme de corticothérapie lorsqu'elle est destinée à rétablir un climat hormonal normal. Comme toute hormonothérapie substitutive, elles peuvent être utilisées pendant l'allaitement ; l'enfant sera suivi régulièrement.

En conclusion

Dans l'ensemble, les corticoïdes se caractérisent par un très faible passage lacté. De plus, le peu que l'enfant absorbera par le biais du lait maternel sera rapidement détruit dans son tube digestif. Des doses fortes pendant une faible durée n'auront aucun impact sur le nourrisson allaité, la quantité de corticoïdes présente dans le lait ne représentant qu'un faible pourcentage de la sécrétion endogène de corticoïdes. Les traitements au long cours font appel à des doses généralement nettement plus basses, encore moins susceptibles de poser un problème.

D'après les connaissances actuelles, la prednisone, la prednisolone et la méthylprednisolone sont les molécules les mieux connues et les moins susceptibles de poser un problème chez l'enfant allaité si une corticothérapie maternelle est nécessaire. Si l'on souhaite encore minimiser l'exposition de l'enfant, la mère peut attendre 3 à 4 heures après la prise du médicament pour mettre son enfant au sein. En cas de traitement au long cours, même si le risque pour l'enfant est plus théorique que réel, il sera prudent de surveiller régulièrement l'enfant (croissance, ionogramme...), et de pratiquer un arrêt progressif du traitement maternel.

Références - Bibliographie

- *Médicaments et allaitement. B de Schuiteneer, B de Coninck. Centre anti-poison de Bruxelles, 1996. Ed Arnette Blackwell.*
- *Drugs in pregnancy and lactation. Briggs, Freeman, Yaffe. Ed Williams & Wilkins, Baltimore, 1990.*
- *Medications and mothers' milk. T Hale, Pharmasoft Medical Publishing, 1997.*
- *Eczema of the nipple and breast. L Amir. JHL 1993 ; 9(3) : 173-75. DA n°26, 10-11.*
- *Pharmacokinetics of prednisolone transfer to breast milk. PA Greenberger et al. J Clin Pharmacol Ther 1993 ; 53 : 324-28.*
- *Programme de promotion et de soutien à l'allaitement. J Newman. Troisième Journée Internationale de l'Allaitement. Dossiers de l'Allaitement Hors Série.*