

LLL FRANCE

B.P. 18 - 78620 L'ETANG LA VILLE - Tél : 01 39 584 584 - www.lllfrance.org

Association internationale à but non lucratif existant plus de 45 ans dans le monde, et depuis 1979 en France. Son but est de soutenir et d'informer les femmes qui souhaitent allaiter. LLL existe dans plus de 60 pays. Elle travaille en collaboration avec l'UNICEF et l'OMS, en tant qu'organisation non gouvernementale.

Un soutien de mère à mère

Toutes les animatrices LLL sont des mères bénévoles, qui ont allaité leurs propres enfants, et ont décidé de suivre une formation afin de pouvoir aider efficacement d'autres mères. LLL a compilé depuis sa création l'expérience acquise par des millions de mères à travers le monde, dans de très nombreuses situations. Les animatrices continuent à se former par le biais de publications internes et externes, d'ateliers de travail et de conférences.

Tous les groupes organisent des réunions mensuelles de partage d'expérience sur l'allaitement et le maternage. Chaque groupe met à la disposition de ses membres une bibliothèque de prêt contenant livres et documentation sur l'allaitement, le maternage et les sujets connexes. Une aide téléphonique est disponible en permanence, un répondeur donnant les numéros des animatrices « de garde ».

Un centre de documentation international

Le CBI (Center for Breastfeeding Information), installé aux USA, compile l'essentiel de ce qui est publié dans le monde sur l'allaitement et les sujets en rapport. Information sur demande auprès de LLL France.

Un soutien professionnel

Le bureau professionnel consultatif international regroupe de nombreux professionnels de santé : obstétriciens, pédiatres, nutritionnistes, allergologues, psychologues... Toute la documentation (livres et feuillets d'information) éditée par LLL est approuvée par les professionnels appropriés avant publication. En France, LLL France Formation et le Programme des Référents Médicaux forment et informent les professionnels de santé sur les aspects théoriques et pratiques de l'allaitement.



®

REFERENTS MEDICAUX

Comment choisir un traitement pour une femme allaitante

*D'après : What drugs can I take while breastfeeding ?
J Newman. Can J Diagn 1998 : 105-120.*



Le Dr Jack Newman est pédiatre, Professeur Assistant à la Faculté de Médecine (University of Toronto – Canada).
Il dirige plusieurs consultations d'allaitement.

Annexe 6-A
Février 1999

Beaucoup de mères allaitantes s'entendent dire qu'elles doivent sevrer leur bébé, ou tout au moins interrompre l'allaitement lorsqu'elles doivent suivre un traitement. Or, un traitement chez la mère allaitante nécessite en fait rarement la suspension de l'allaitement. La plupart du temps, le risque pour l'enfant allaité lié au médicament est inférieur au risque lié à l'alimentation au lait industriel. Et l'expérience démontre amplement qu'un arrêt « temporaire » de l'allaitement devient trop souvent définitif.

La pharmacologie des médicaments chez la femme allaitante n'est pas le domaine le mieux exploré par les laboratoires pharmaceutiques. Un livre tel que le Dictionnaire Vidal® n'encourage guère les praticiens à recommander la poursuite de l'allaitement : pour éviter tout risque médico-légal éventuel, les laboratoires préfèrent contre-indiquer l'allaitement pour la majeure partie des médicaments. Pour disposer d'informations de bonne qualité sur l'allaitement, il faut faire appel aux rares livres et services spécialisés sur le sujet (voir bibliographie). Cependant, à l'aide des données pharmacologiques apportées par le Vidal® pour bon nombre de molécules (liaison aux protéines plasmatiques, biodisponibilité orale, taux plasmatiques thérapeutiques, volume de distribution, modalités d'élimination...), un médecin pourra choisir avec une fiabilité raisonnable le meilleur traitement pour une femme allaitante.

Données pharmacologiques et lactation

La plupart des professionnels de santé pensent que « le bébé reçoit ce que reçoit sa mère ». Dans un sens, c'est exact : la plupart des médicaments pris par une mère passeront dans son lait. En déduire que la dose reçue par l'enfant sera comparable à celle reçue par la mère est en revanche inexact. Dans l'ensemble, on peut dire que l'enfant recevra, par le biais du lait maternel, environ 1% de la quantité totale prise par la mère (avec quelques exceptions dans un sens ou dans l'autre). En fait, le Dr Thomas Hale, pharmacologiste auteur d'un dictionnaire sur les médicaments et la lactation, pense que, la plupart du temps, l'enfant recevra en fait moins de 1% de la posologie maternelle.

Dans l'ensemble, l'enfant
allaité recevra environ
1% de la dose maternelle
totale

- Wisner KL, Perel JM, Findling RL. Antidepressant treatment during breastfeeding. *Am J Psychiatry* 1996 ; 153 : 1132-7.
- Epperson CN, Anderson GM, McDougale CJ. Sertraline and breastfeeding. *N Engl J Med* 1997 ; 336 : 1189-90.
- Yue C. Synergistic effect of passive smoking and artificial feeding on hospitalisation for respiratory illness in early childhood. *Chest* 1989 ; 95 : 1004-07.
- Spigset O. Anaesthetic agents and excretion in breastmilk. *Acta Anaesthesiol Scand* 1994 ; 38 : 94-103.
- Johnston RE, Muherji SK, Perry JR, et al. Radiation dose from breastfeeding following administration of Thallium-201. *J Nucl Med* 1996 ; 37 : 2079-82.
- Transfer of drugs and other chemicals into human milk. *American Academy of Pediatrics. Pediatrics* 1989, 84(5), 924-36.

Des livres :

- *Médicaments et allaitement*. B de Schuiteneer, B de Coninck. Centre anti-poison de Bruxelles, 1996. Ed Arnette Blackwell.
- *Medications and mothers' milk*. T Hale, Pharmasoft Medical Publishing, 2004.
- *Drugs in pregnancy and lactation*. Briggs, Freeman, Yaffe. Ed Williams & Wilkins, Baltimore, 1990.

Voir aussi :

- La rubrique « Le coin du prescripteur » dans *Les Dossiers de l'Allaitement*.
- *Médicaments et allaitement : où s'informer*. M Courdent. *Doss All* ; 30 : 27.

Références - Bibliographie

- *Compendium of Pharmaceuticals and Specialities. 32nd edition. Canadian Pharmaceutical Association, Ottawa, 1997.*
- *American Academy of Pediatrics, Committee on Drugs and Therapeutics. The transfer of drugs and other chemicals into human milk. Pediatrics 1994 ; 93 : 137-50.*
- *Newman J. How breast milk protects newborns. Sci Am 1995 ; 273:76-9.*
- *Andraca I, Uauy R. Breastfeeding for optimal mental development. In: Simopoulos AP, Dutra de Oliveira JE, Desai ID (eds). Behavioral and Metabolic Aspects of Breastfeeding. World Rev Nutr Diet 1995 ; 78 : 1-27.*
- *Mitchell EA, Scragg R, Stewart AW, et al. Results from the first year of the New Zealand cot death study. N Z Med J 1991 ; 104 : 71-6.*
- *Working Group on Cow's Milk Protein and Diabetes Mellitus of the American Academy of Pediatrics. Infant feeding practices and their possible relationship to the etiology of diabetes mellitus. Pediatrics 1994 : 94 : 752-4.*
- *Burr ML, Limb ES, Maguire JM, et al. Infant feeding, wheezing, and allergy : a prospective study. Arch Dis Child 1993 ; 68 : 724-28.*
- *Duncan S, Ey J, Holberg CJ, et al. Exclusive breastfeeding for at least 4 months protects against otitis media. Pediatrics 1993 ; 91 : 867-72.*
- *Birch E, Birch D, Hoffman D, et al. Breastfeeding and optimal visual development. J Pediatr Ophthalmol Strabismus 1993 ; 30 : 33-8.*
- *Newcomb PA, Storer BE, Longnecker MP, et al. Lactation and a reduced risk of premenopausal breast cancer. N Engl J Med 1994 ; 330 : 81-7.*
- *Kefetzis DA, Siafas CA, Georgakopoulous PA, et al. Passage of cephalosporins and amoxicillin into the breastmilk. Acta Paediatr 1981 70 : 285-6.*
- *Hofmeyr GJ, Sonnendecker WW. Secretion of the gastrokinetic agent cisapride in human milk. Eur J Clin Pharmacol 1986; 30:735-6.*
- *Hale T. Medications and Mothers' Milk. Sixth Edition. Pharmasoft Medical Publishing. Amarillo, Texas, 1997.*
- *Spigset O. Paroxetine levels in breastmilk. J Clin Psychiatry 1996 ; 57(1) : 39.*
- *Nissen E, Lilja G, Matthiesen A-S, et al. Effects of maternal pethidine on infants' developing breastfeeding behaviour. Acta Paediatr 1995 ; 84 : 140-5.*
- *Schaad UB. Role of the new quinolones in pediatric practice. Pediatr Infect Dis J 1992 ; 11 : 1043-6. Yoshioka H, Iseki KI, Fujita K. Development and differences of intestinal flora in the neonatal period in breastfed and bottle fed infants. Pediatrics 1983 ; 72 : 317-9.*
- *Schimmel MS, Eideiman AJ, Wilschanski MA, et al. Toxic effects of atenolol consumed during breastfeeding. J Pediatr 1989 ; 114 : 476-8.*

Cela signifie par exemple que, si la mère prend 500 mg d'amoxicilline 3 fois par jour, l'enfant allaité en recevra seulement 15 mg/24 heures, à savoir pas même de quoi inquiéter chez lui un seul *Escherichia coli*, étant donné la très faible concentration de l'amoxicilline dans son tube digestif. En fait, les données actuelles montrent que l'enfant reçoit moins de 0,7% de la dose maternelle d'amoxicilline.

Taux sérique maternel

Pourquoi le transfert du médicament à l'enfant allaité est-il si faible ? La principale raison est que le taux sérique maternel de la molécule joue un rôle déterminant dans ce que recevra l'enfant. Le plus souvent, les posologies se chiffrent en milligrammes, mais les taux sériques thérapeutiques sont, quant à eux, de l'ordre du microgramme ou du nanogramme par millilitre. De plus, bon nombre de molécules sont plus ou moins fortement liées aux protéines plasmatiques, et ce n'est qu'à partir de la fraction libre que se fait le passage lacté.

Par exemple, une mère allaitante, qui prend du cisapride (Prepulsid®) à la posologie de 60 mg/jour, aura un taux sérique moyen de cisapride d'environ 137 µg/l ; et comme le cisapride est lié à 98% aux protéines plasmatiques, le taux lacté ne sera que de 6,2 µg/l. Ainsi, un bébé absorbant environ 1 litre de lait maternel par jour ne recevra que 6,2 µg de cisapride, c'est-à-dire environ 400 fois moins que la posologie pédiatrique (0,6 à 1 mg/kg/jour en 3 ou 4 prises, ou au moins 2,4 mg/jour pour un nourrisson de 3 kg). Certains médicaments à haut poids moléculaire ne passeront même pas dans le lait, car leurs molécules sont trop volumineuses (héparine, insuline, interféron...).

Biodisponibilité orale

Elle est aussi un facteur important à prendre en considération pour choisir le traitement le plus adéquat. Lorsque la biodisponibilité d'un médicament est basse chez les adultes, ce sera probablement aussi le cas chez les enfants, et ce qui passera dans le lait ne sera quasiment pas absorbé. Par exemple, moins de 1% de la gentamycine (Gentalline®) prise per os est absorbée par le tractus digestif ; c'est d'ailleurs pour cela que la gentamycine est donnée par voie parentérale. L'oméprazole (Mopral®), un antisécrétoire gastrique inhibiteur de la pompe à protons, est d'une part très fortement lié aux protéines plasmatiques (environ 95%), et d'autre part médiocrement absorbé par le tractus digestif, raison pour laquelle il est administré sous forme de granules gastro-résistants ; même ainsi, seulement 35 à 40% de la dose orale sera absorbée. De plus, l'oméprazole est détruit en milieu acide. Non seulement son pas

sage lacté sera faible, mais en outre l'essentiel de ce que l'enfant absorbera sera détruit dans son estomac.

Volume de distribution

Le volume de distribution joue aussi un rôle important. Lorsqu'une mère absorbe un médicament qui a un important volume de distribution (c'est-à-dire qui diffuse largement dans le corps), le taux sérique de ce médicament sera généralement bas.

Par exemple, la paroxétine (Deroxat®), un antidépresseur inhibiteur de la recapture de la sérotonine, a un large volume de distribution ; moins de 1% de la dose absorbée par la mère sera dans le compartiment plasmatique. Cela signifie certes que la demi-vie de la paroxétine sera longue, tant dans le plasma que dans le lait, mais aussi que le taux lacté sera très bas. De plus, la paroxétine est très fortement liée aux protéines plasmatiques (95%), ce qui limite encore son passage lacté ; le rapport lait/plasma calculé à partir d'une étude était de 0,09 ; ce chiffre, vraiment très bas, suggère fortement que la paroxétine ne posera pas de problème si elle est prescrite à une mère allaitante souffrant de dépression. Par contre, ce volume de distribution important peut poser des problèmes lorsque la paroxétine est prise pendant la grossesse ; en effet, même si son taux sérique est bas, elle traverse la barrière placentaire et peut se retrouver en quantité significative dans les tissus de l'enfant (et dans son cerveau en particulier).

Rapport lait/plasma et demi-vie

Il est souvent débattu, mais il est aussi souvent mal interprété. Le connaître est utile, et il n'est guère donné dans le Vidal. Il est évident que plus il est bas (<1) et mieux c'est. Cependant, un rapport lait/plasma élevé ne signifie pas pour autant que le médicament posera un problème. Même avec un rapport lait/plasma élevé (disons de 5), le fait que le taux sérique soit bas (ce qui est le plus souvent le cas) implique qu'en fait le taux lacté restera bas.

Il est évident qu'un médicament à courte demi-vie est préférable à un médicament à longue demi-vie : plus la demi-vie est courte, moins le médicament a de chances de passer dans le lait (toutes autres conditions étant similaires), et moins le médicament pourra s'accumuler chez l'enfant ; en cas d'accumulation, même de faibles doses peuvent à terme induire un effet iatrogène chez l'enfant.

Quelques-uns des constituants du lait maternel qui sont absents des laits industriels

Facteurs immunitaires	Hormones, enzymes, facteurs de croissance
IgA sécrétoires	Facteur de croissance épidermique
Immunoglobulines G, M, D et E	Prostaglandines
Macrophages	Lipases
Lymphocytes T et B	Protéases
Interféron	Amylases
Fractions du complément	Relaxine
Alpha-foetoprotéine	Gonadotrophine
Bifidus factor	Corticostéroïdes
Properdine	Neurotensine
Facteur antistaphylococcique	Prolactine
Facteurs chémotactiques	Erythropoïétine
Facteur inhibiteur de la migration	Sels biliaires
Acides gras polyinsaturés	
Lysozyme	
Lactoferrine	
Protéine de transport de la vitamine B12	
Transferrine	
Oligosaccharides	
Mucine	
Interleukine	
Facteur antitumoral alpha	

De nombreux constituants agissent en synergie pour induire un effet spécifique ; certains ont plusieurs fonctions. Un certain nombre des nutriments présents dans le lait industriel ont une biodisponibilité médiocre.

Quelques autres médicaments

Les molécules utilisées pour une anesthésie générale ne contre-indiquent pas l'allaitement ; la mère peut mettre son enfant au sein dès qu'elle est suffisamment réveillée pour cela. La recommandation d'attendre pendant 24 heures après l'opération ne repose sur aucune donnée sérieuse.

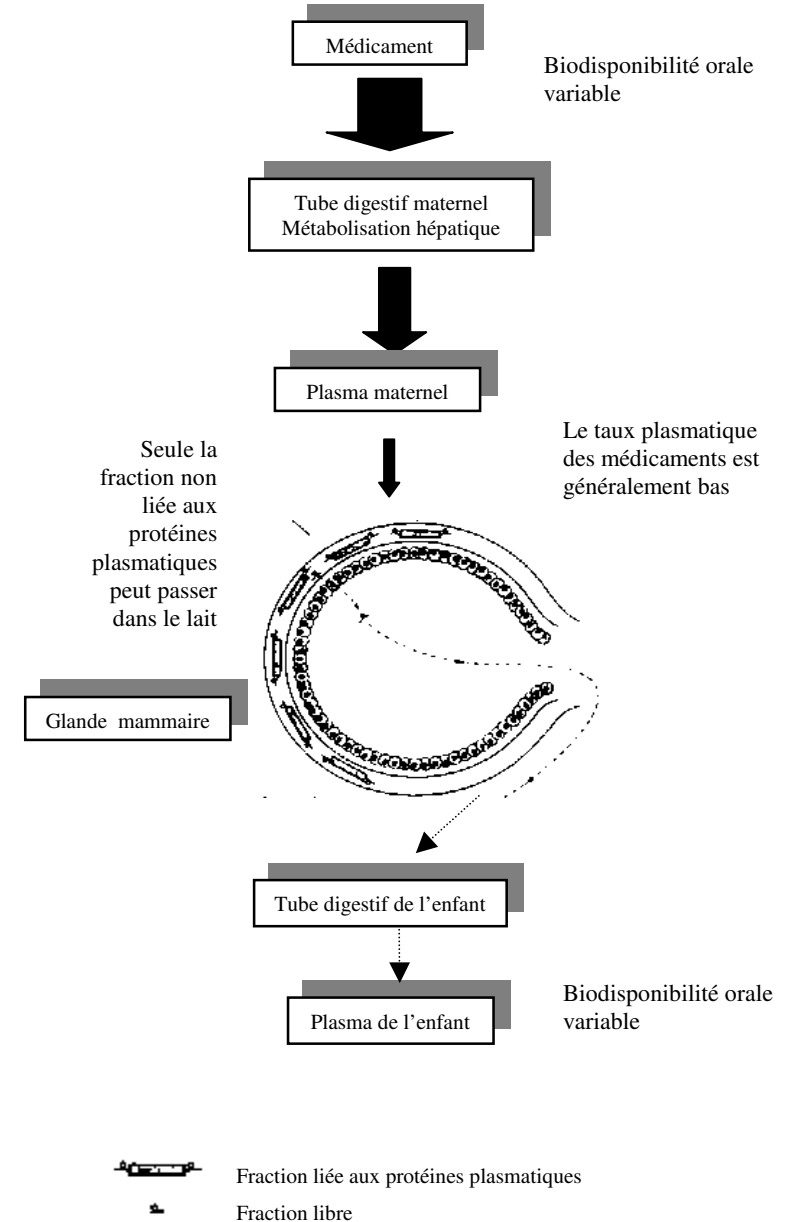
La plupart des examens radiologiques peuvent être effectués pendant l'allaitement. L'injection d'un produit de contraste ne nécessite pas une interruption de l'allaitement.

Les examens nécessitant des radio-isotopes posent des problèmes, et devraient être évités autant que faire se peut pendant l'allaitement ; cela dit, une interruption de l'allaitement pendant 12 à 24 heures sera le plus souvent suffisante pour éviter tout risque à l'enfant ; lorsque plusieurs produits sont utilisables, toujours choisir celui qui sera éliminé le plus rapidement. Les scintigraphies à l'iode radioactif imposent la suspension de l'allaitement pendant des jours ou des semaines suivant l'isotope utilisé ; il sera donc bon de se souvenir que cet examen est, le plus souvent, non indispensable au diagnostic. L'utilisation de thallium ²⁰¹ pour un scanner cardiaque ne nécessite pas d'interruption de l'allaitement.

En conclusion

L'allaitement est très important pour la mère et pour l'enfant (voir tableau ci-contre). Si l'on se fonde sur une analyse des risques et bénéfices tenant réellement compte de l'importance de l'allaitement, on constatera qu'il est rare que le risque soit tel qu'il est préférable d'arrêter l'allaitement à cause de la prise d'un médicament. Si la majorité des médicaments sont compatibles avec l'allaitement, une bonne connaissance de la pharmacologie des molécules disponibles aidera le prescripteur à choisir le traitement qui aura pour conséquence une exposition minimale de l'enfant.

Passage des médicaments de la mère à l'enfant



Comment choisir le traitement le plus adapté

Dans la plupart des cas, l'allaitement peut être poursuivi ; connaître quelques principes de base permettra, lorsqu'une mère allaitante doit prendre un médicament, de minimiser un éventuel risque iatrogène chez son enfant allaité.

1. Traiter uniquement lorsque c'est nécessaire

Ce grand principe thérapeutique, bien qu'il soit valable dans tous les cas et pour tout le monde, n'est pas aussi respecté qu'il le devrait. Trop de mères allaitantes se sont entendu dire d'arrêter l'allaitement pour prendre un médicament dont elles n'avaient en fait pas besoin, et qui, accessoirement, était de toute façon compatible avec l'allaitement.

2. Un médicament utilisable en pédiatrie est utilisable chez la mère allaitante

Si l'enfant reçoit environ 1% de la dose maternelle, il est évident que ce qu'il recevra par le biais du lait maternel sera très inférieur à ce qu'il recevrait s'il était lui-même traité.

3. Un médicament compatible avec la grossesse ne l'est pas obligatoirement avec l'allaitement (et vice-versa)

La mère métabolise le médicament pour le fœtus ; en conséquence, il n'y aura généralement pas d'accumulation chez lui. CEPENDANT, si l'on se pose des questions, il est bon de savoir que la dose reçue par un enfant via le lait maternel (à une période de sa vie quand même moins capitale pour son développement que la période foetale) sera le plus souvent nettement inférieure à celle qu'il aurait reçue pendant la grossesse. C'est par exemple le cas pour tous les psychotropes (antidépresseurs, antiépileptiques...).

Contraception et allaitement

Le taux lacté des contraceptifs oraux sera trop bas pour poser un problème au bébé allaité. Le problème de ces contraceptifs est l'impact sur la sécrétion lactée maternelle, surtout avec les oestro-progestatifs. Divers travaux ont fait état de baisses importantes de la sécrétion lactée, même si l'on attend 4 à 6 mois pour débiter la prise d'un oestro-progestatif. Si la mère souhaite utiliser une contraception orale, il est recommandé de prescrire un progestatif seul ; et même ce type de contraceptif ne devrait pas être utilisé avant 6 à 8 semaines. Un oestro-progestatif ne devrait jamais être utilisé avant 6 mois, lorsque l'enfant a commencé à consommer des solides ; même dans ce cas, l'abaissement de la sécrétion lactée pourra être sensible (agitation de l'enfant au sein...)

Accessoirement, notons que l'allaitement est un bon moyen d'espacement des naissances. La MAMA présente un taux de réussite équivalent à celui d'une contraception orale. En conséquence, le besoin réel d'une telle contraception doit être soigneusement évalué. Les méthodes barrières sont une bonne alternative.

Drogues licites et illicites

La consommation d'alcool est très courante. Son taux lacté est similaire au taux plasmatique, à savoir faible. C'est dire qu'une consommation modérée d'alcool ne devrait pas amener à déconseiller l'allaitement.

Le tabagisme est souvent considéré comme devant faire déconseiller l'allaitement. Certes, c'est mieux si la mère arrête de fumer, mais si elle ne le fait pas, vous pouvez lui dire que son bébé sera en meilleure santé si elle allaite que si elle n'allait pas.

Ces principes sont valables aussi pour d'autres drogues illégales. Leur prise occasionnelle ne doit pas faire déconseiller l'allaitement. Les utilisatrices de drogues « dures » souhaitent rarement allaiter. Mais si une telle mère exprime le désir d'allaiter, je pense personnellement qu'on doit lui offrir un autre choix que le simple « Arrêtez de vous droguer d'abord ». Avoir un enfant et l'allaiter sont des expériences qui peuvent changer la vie de bon nombre de femmes ; leur offrir la possibilité d'allaiter peut éventuellement changer leur vie. Si la mère continue à consommer ces drogues dures après la naissance, l'enfant est de toute façon à très haut risque de maladie, de négligence, de maltraitance et de décès, quel que soit le mode d'alimentation ; en pareil cas, l'allaitement peut être un mieux, et non le pire.

Les antihypertenseurs

Bon nombre de bêta-bloquants peuvent être prescrits pendant l'allaitement. Le passage lacté du propranolol (Avlocardyl[®], Propranolol Ratiopharm[®]...) est faible, et l'enfant allaité absorbera moins de 0,1% de la dose maternelle ; il absorbera de 0,004% à 0,007% de la dose maternelle de labétolol (Trandate[®]). Ces deux molécules seront utilisées en premier choix. L'acébutol (Sectral[®]), le nadalol (Corgard[®]) et l'aténolol (Ténormine[®]...) passent davantage dans le lait, et ne présentent aucun avantage particulier par rapport au propranolol et au labétolol.

Les antagonistes calciques sont, pour la plupart, utilisables pendant l'allaitement. Ils sont dans l'ensemble fortement liés aux protéines plasmatiques, leur taux sanguin est faible, ainsi que leur biodisponibilité orale. La nifédipine (Adalate[®]), la nicardipine (Loxen[®]) et le vérapamil (Isoptine 120 mg[®]) peuvent être utilisés.

Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion ont pour caractéristique un très faible passage lacté. Le bédazépril (Briem[®], Cibacène[®]) est fortement lié aux protéines plasmatiques, et sa biodisponibilité orale est faible. Le captopril (Captolane[®], Lopril[®]) est utilisé en pédiatrie. L'énalapril (Rénitec[®]) passe très faiblement dans le lait, mais sa demi-vie très longue (ainsi que celle de son métabolite) lui font préférer d'autres molécules.

Le taux lacté de méthylidopa (Aldomet[®]) est insignifiant, et cette molécule peut même augmenter la sécrétion lactée maternelle. Les diurétiques sont retrouvés dans le lait à des taux très faibles, et l'hypothèse selon laquelle ils pourraient abaisser la sécrétion lactée n'a jamais été démontrée.

Les antidépresseurs

La dépression du post-partum pourra nécessiter un traitement médicamenteux. Malheureusement, beaucoup de femmes s'entendent dire qu'elles doivent arrêter l'allaitement pour suivre un tel traitement. C'est inutile. La plupart des tricycliques peuvent être utilisés. Parmi les inhibiteurs des récepteurs de la recapture de la sérotonine, la sertraline (Zoloft[®]) et la paroxétine (Déroxat[®]) sont préférables à la fluoxétine (Prozac[®]). La prise de lithium (Téralithe[®]) pose des problèmes ; il est retrouvé dans le lait à des taux significatifs ; le risque lié à l'allaitement par une mère traitée au lithium doit être mis en balance avec le risque lié à l'alimentation au lait industriel ; la poursuite de l'allaitement peut cependant être envisagée en suivant régulièrement l'enfant (lithémie, recherche d'effets secondaires).

4. Certaines molécules ont des métabolites actifs

Par exemple, la péthidine (Dolosal[®]) et la fluoxétine (Prozac[®]) ont toutes deux des métabolites actifs, qui ont de longues, voire très longues demi-vies. Tous autres facteurs étant similaires, il sera préférable d'utiliser une autre molécule qui n'a pas de métabolites actifs. Ce type d'information est souvent donné par le Vidal[®]. La morphine peut être utilisée à la place de la péthidine, et la sertraline (Zoloft[®]) ou la paroxétine (Déroxat[®]) à la place de la fluoxétine, car elles n'ont pas de métabolites actifs. Il est intéressant de constater que la péthidine semble la molécule de prédilection de bon nombre d'anesthésistes pendant l'accouchement. Mais du point de vue du bébé, elle ne représente pas le meilleur choix en raison de la longue demi-vie de son métabolite actif, et de son impact négatif bien documenté sur le comportement du nouveau-né et sur le démarrage de l'allaitement.

Quand vous avez le choix entre plusieurs médicaments, choisissez celui qui est le plus fortement lié aux protéines plasmatiques, qui a le taux sérique thérapeutique le plus bas, la biodisponibilité orale la plus basse, la demi-vie la plus courte, le rapport lait/plasma le plus faible, et le moins d'effets iatrogènes.

5. Utilisez au maximum les données pharmacocinétiques pour choisir le meilleur traitement

Quand plusieurs molécules peuvent être utilisées, choisissez celle qui est la plus fortement liée aux protéines plasmatiques, qui a le taux sérique le plus faible, la biodisponibilité orale la plus basse, la demi-vie la plus courte, le rapport lait/plasma le plus bas et la toxicité la plus faible. Les médicaments utilisés par voie locale (cutanée, oculaire, vaginale...) induisent rarement des taux sériques significatifs, et encore plus rarement des taux lactés détectables. Bon nombre de médicaments pris par inhalation (corticoïdes, salbutamol : Ventoline[®]...) sont faiblement absorbés et sont donc compatibles avec l'allaitement.

6. Soyez flexibles

L'ALLAITEMENT EST TROP IMPORTANT POUR LA SANTE ET LE BIEN-ETRE DE LA MERE ET DE L'ENFANT POUR ETRE SACRIFIE A LA LEGERE.

Si un médicament pose réellement un problème, on peut le plus souvent en utiliser un autre. Il faut se méfier de la tendance à prescrire le nouveau médicament

qui vient juste de sortir ; les bons vieux médicaments sont souvent aussi efficaces, et on a beaucoup plus de chances d'avoir des informations sur leur passage lacté.

Même s'il ne vous semble pas toujours facile de trouver un médicament adéquat, il reste des possibilités. Si vous n'arrivez pas à vous convaincre que la warfarine (Coumadine[®]) peut être utilisée sans danger chez la femme allaitante (ce qui est le cas dans la mesure où son taux sérique est bas et qu'elle est très fortement liée aux protéines plasmatiques), alors prescrivez de la vitamine K per os au bébé ; ça n'est pas réellement nécessaire, mais ça vaut mieux que d'arrêter l'allaitement.

Une situation fréquemment rencontrée est la découverte d'une infection urinaire chez la mère, dont le germe responsable est sensible uniquement à la ciproflaxine (Ciflox[®]) ou à la gentamycine. La ciproflaxine peut être utilisée pendant l'allaitement ; en effet, les études ont montré que, si elle pouvait induire des altérations du cartilage en expérimentation animale, ce n'était pas le cas chez les humains. Cependant, on considère encore souvent (à tort) que sa prise contre-indique l'allaitement.

Si une mère allaitante doit prendre un antidiabétique, il est toujours possible d'utiliser l'insuline, bien que la plupart des antidiabétiques oraux ne passent que faiblement dans le lait (comme les sulfamides hypoglycémiantes, qui sont très fortement liés aux protéines plasmatiques) ; beaucoup de mères accepteront de continuer les injections comme pendant leur grossesse, d'autant qu'il est rarement nécessaire de le faire plus de quelques semaines.

7. La décision finale appartient à la mère

Quelles que soient vos convictions en tant que professionnel de santé, il est éthiquement peu recommandable de contraindre une mère à prendre une décision contraire à ses vœux en matière d'allaitement. La mère a le droit de recevoir toutes les informations dont vous disposez, ainsi que les coordonnées de personnes ou de services où elle pourra, si nécessaire, obtenir davantage d'informations.

**DANS L'ENSEMBLE, LA MEILLEURE
APPROCHE EST DE POURSUIVRE
L'ALLAITEMENT PENDANT LE TRAITEMENT
MEDICAL JUSQU'A
PLUS AMPLE INFORME.**

Quelques exemples

Les antibiotiques

Ils font partie des médicaments les plus utilisés, y compris chez les mères allaitantes. Quasiment aucun antibiotique n'est réellement dangereux pour l'enfant allaité. Comme c'est le cas pour la plupart des médicaments, le taux lacté de ces molécules est très faible, et rend très improbable un quelconque impact sur la flore digestive de l'enfant. Certes, une sensibilisation est possible, mais en pratique ce risque est moindre que celui d'induire une allergie au lait de vache ou de soja si l'allaitement est interrompu.

Par ailleurs, bon nombre d'antibiotiques sont peu absorbés par voie orale (gentamycine, ceftriazone, céfoxitine...), et le peu qui passera dans le lait ne sera quasiment pas absorbé par l'enfant.

Les quinolones font partie des antibiotiques contre-indiqués chez la mère allaitante, en raison des arthropathies qui avaient été observés en expérimentation animale ; il est pourtant maintenant démontré que ce problème ne se pose pas chez les humains.

Les tétracyclines sont un bon exemple de médicament contre-indiqué en pédiatrie, mais pas chez la mère allaitante, en raison d'une pharmacologie différente. Leur taux lacté est très faible, avec un rapport lait/plasma compris entre 0,6 et 0,8 ; lorsque la mère prend 500 mg de tétracycline 4 fois par jour, le taux lacté va de 0,43 à 2,58 mg/l ; et l'essentiel de ce qui est dans le lait ne sera pas absorbé par l'enfant, en raison de l'effet de chélation exercé par le calcium du lait maternel.

Le métronidazole est compatible avec l'allaitement. Le fluconazole est plus fortement excrété dans le lait que d'autres antimycosiques. Il peut être utilisé pour traiter des candidoses mammaires résistantes à d'autres traitements ; dans ce cas, le traitement sera de longue durée, et le passage lacté sera relativement important. Il faut toutefois souligner d'une part que le fluconazole est maintenant utilisé chez des nourrissons, et d'autre part que le taux lacté est nettement insuffisant pour traiter une candidose chez l'enfant ; s'il souffre de mycose, il devra recevoir lui-même un traitement.