



Le coin du prescripteur



Médicaments utilisés en cas de rhume et de rhinite allergique

Les rhumes et rhinites allergiques sont des problèmes généralement bénins mais relativement fréquents, et pour le traitement desquels de nombreux médicaments sont en vente libre. Certains de ces médicaments ne sont pas dénués de toxicité. Heureusement, ils sont utilisés de façon ponctuelle lorsqu'il s'agit de traiter un rhume banal. En revanche, les rhinites allergiques peuvent demander un traitement au long cours.

Les antihistaminiques

L'histamine est un des médiateurs de la réaction allergique. La seconde génération d'antihistaminiques est constituée de molécules ayant moins d'effets sédatifs que les antihistaminiques de la première génération. Il existe dans l'ensemble peu de données sur leur excrétion lactée. Par ailleurs, ces molécules sont peu utilisées chez les jeunes enfants. Alors que le principal effet secondaire chez les adultes est la sédation, on pourra observer un effet paradoxal chez les jeunes enfants : agitation, trémulations, insomnie. Une étude, portant sur les effets secondaires observés chez un enfant allaité et liés à la prise d'un médicament par la mère, a constaté que dans 10,1% des cas un antihistaminique était en cause, même si ces effets secondaires étaient mineurs et transitoires.

L'astémizole (Hismanal®) est très fortement lié aux protéines plasmatiques. Il n'exerce pas d'effets anticholinergiques. Sa demi-vie est longue, et il a un métabolite actif dont la demi-vie est encore beaucoup plus longue (12 jours). Sa biodisponibilité orale est basse, ce qui donne à penser qu'il sera peu absorbé par le tractus digestif de l'enfant. Toutefois, on ignore tout de son excrétion lactée, et la très longue demi-vie de son métabolite fait craindre une accumulation dans le lait. Il ne représente donc certainement pas le premier choix en matière d'antihistaminiques.

La bromphéniramine (Dimégan®, et dans d'autres spécialités en association) n'a fait l'objet d'aucune étude sur son passage lacté. Un cas clinique a été rapporté sur l'utilisation de dexbromphéniramine (un isomère actif de la bromphéniramine) chez une mère allaitante. Cette mère en prenait 6 mg/jour. Son bébé de 3 mois a présenté des troubles du sommeil et une irritabilité, qui ont disparu dans les 12 heures qui ont suivi l'arrêt du traitement. Il est donc préférable de l'éviter.

La cétirizine (Virlix®, Zirtec®) est très fortement liée aux protéines plasmatiques, et sa demi-vie est plus courte que celle de nombreux autres antihistaminiques. Elle a peu d'effet sédatif et pas d'effet anticholinergique. Une étude vétérinaire a retrouvé qu'environ 3% de la dose absorbée par la femelle était excrétée dans le lait. On ne dispose d'aucune étude sur son passage lacté chez la femme. Elle est nettement moins toxique en overdose que d'autres antihistaminiques. En raison de son passage très probablement faible et de sa toxicité basse, on peut la considérer comme un bon choix pour une mère allaitante.

La chlorphénamine (diverses spécialités en association) est lié à 70% aux protéines plasmatiques, et sa demi-vie est relativement longue. Sa biodisponibilité orale est faible (25 à 45%).

Il n'existe aucune étude sur son excrétion lactée, mais sa toxicité est faible et aucun effet secondaire n'a été rapporté suite à son utilisation chez une mère allaitante. On considère donc qu'elle est utilisable. Le principal effet secondaire éventuel est une sédation chez l'enfant allaité.

La cyproheptadine (Périactine®) est dotée de propriétés anticholinergiques et antisérotoninergiques. Elle a été étudiée chez 15 femmes présentant un syndrome aménorrhée-galactorrhée. Il semble que la cyproheptadine abaisse le taux sérique de prolactine, et puisse induire une baisse de la sécrétion lactée. Bien qu'il n'existe aucune donnée pouvant faire suspecter l'existence d'effets secondaires chez l'enfant allaité, cet impact négatif sur la sécrétion lactée fait qu'elle ne représente pas le meilleur choix chez une femme allaitante.

La diphenhydramine (Actifed jour et nuit®, en association) a un pKa élevé, avec pour conséquence qu'elle passe fortement dans le lait et s'y concentre. Une étude chez des rats a montré que le taux lacté de diphenhydramine était 5,6 à 7,5 fois plus élevé que le taux sérique. Si l'on extrapole ces résultats à l'espèce humaine, cela signifie que l'enfant absorbera au maximum 75 µg/jour de diphenhydramine avec les posologies habituellement prescrites. Cette molécule n'est pas utilisée chez les nourrissons ; toutefois, cette dose maximale de 75 µg/jour est très inférieure à la posologie de diphenhydramine recommandée lorsqu'elle est utilisée contre le mal des transports.

La fexofénadine (Telfast®) est le métabolite actif de la terféfadine. Elle est liée à 60-70% aux protéines plasmatiques, et sa demi-vie est relativement longue. Elle est non sédatrice et non anticholinergique. Une étude sur la terféfadine portant sur 4 femmes n'a pas retrouvé la terféfadine dans le lait. Dans une autre étude, le taux lacté de la fexofénadine était au maximum de 41,02 µg/l lorsque le taux sérique était de 309 µg/l. Avec ces taux, l'enfant absorberait au maximum 0,45% de la dose maternelle, soit 0,009 mg/kg/jour. Il est peu probable qu'un taux aussi bas puisse induire des problèmes chez l'enfant allaité. Cependant, une overdose de terféfadine peut provoquer des arythmies cardiaques chez les adultes, et il est donc nécessaire d'être prudent si on l'utilise chez une mère allaitante.

La loratadine (Clarytine® et autres spécialités en association) est très fortement liée aux protéines plasmatiques. Sa demi-vie est longue. Elle est peu sédatrice et faiblement anticholinergique. Son excrétion lactée, ainsi que celle de son métabolite actif (la décarboéthoxyloratadine), a été étudiée chez 6 femmes. Elles ont absorbé une dose unique de 40 mg (posologie recommandée : 10 mg 1 fois par jour). Le taux lacté était parallèle au taux sérique, le pic lacté étant observé 2 heures après la prise, et la majeure partie de l'excrétion lactée se faisant dans les 8 heures suivant la prise. 0,01% de la loratadine était excrétée dans le lait ; si l'on tenait compte de son métabolite actif, 0,029% de la dose de produit actif prise par la mère était excrétée dans le lait dans les 48 heures suivant la prise. L'enfant recevrait selon cette étude en tout 17,4 µg/kg/jour de produit actif. La loratadine est considérée comme utilisable pendant l'allaitement.

La triprolidine (Actifed[®], en association) a une action sédatrice et des propriétés anticholinergiques. Il n'existe qu'une étude ayant évalué l'excrétion lactée de la triprolidine, chez 3 femmes en ayant pris une dose unique de 2,5 mg. Le taux lacté était similaire au taux sérique, et on pouvait estimer que l'enfant absorberait 0,06 à 0,2% de la prise maternelle sur 24 heures (1,5 à 5 µg). Il est fort improbable que cela puisse induire un quelconque effet chez l'enfant allaité. La demi-vie lactée de la triprolidine allait de 2,8 à 11,9 heures. On estime donc que la triprolidine peut être utilisée pendant l'allaitement. Il est cependant nécessaire de surveiller l'enfant.

Il n'existe aucune donnée sur l'excrétion lactée de l'alimémazine (Théralène[®]), de la buclizine (Aphilan[®]), de la carbinoxamine (Allergefon[®]), de la dexchlorphéniramine (Polaramine[®]), de la doxylamine (Mérerpine[®]), de l'hydroxyzine (Atarax[®]), de la méquitazine (Primalan[®], Quitadril[®]), de la mizolastine (Mizollen[®]) de la prométazine (Phénergan[®]) ou de la tritoqualine (Hypostamine[®]). Utiliser de préférence les spécialités utilisables en pédiatrie, qui sont fortement liées aux protéines plasmatiques, dont la demi-vie est la plus courte possible. Surveiller l'enfant.

Les décongestionnants

Ces substances induisent une vasoconstriction de la muqueuse nasale, et donc diminuent la congestion nasale. Il existe très peu de données sur leur passage lacté. La pseudoéphédrine et la phénylpropanolamine sont les produits les plus souvent utilisés, et ils sont présents dans des spécialités en vente libre. Les effets secondaires potentiels chez l'enfant allaité sont l'irritabilité, l'insomnie et la tachycardie.

La pseudoéphédrine est présente dans de nombreuses spécialités, soit seule (Drill Rhinites[®], Efryl Rhinite[®], Sudafed[®]), soit en association (Actifed[®], Clarinase repetabs[®], Doli Rhume[®], Nurofen Rhume[®]...). Une étude a retrouvé des taux lactés 2 à 4 fois supérieurs aux taux sériques chez des femmes qui avaient pris une dose unique de 60 mg de pseudoéphédrine ; cette concentration dans le lait est due à un pKa élevé. 0,4 à 0,6% de la dose prise par la mère étaient excrétés dans le lait en 24 heures. La demi-vie lactée allait de 4,2 à 7 heures. La pseudoéphédrine est considérée comme compatible avec l'allaitement.

La phényléphrine (Hexapneumine[®] comprimés et sirops, en association) est mal absorbée par le tube digestif. Toutefois, il n'existe aucune donnée sur son passage dans le lait. Une utilisation ponctuelle est probablement sans danger.

La phénylpropanolamine est présente en association dans de nombreuses spécialités (Chronotrophii[®], Dénoral comprimé[®], Rinurel[®]...). Il n'existe aucune donnée sur son passage dans le lait. Elle est utilisée chez les enfants à partir de 30 mois.

Les spécialités utilisées localement

Les anti-allergiques

L'acide N-acétyl-aspartyl-glutamique (Rhinaaxia[®]) est relativement bien absorbé par la muqueuse nasale. Cette molécule a très peu d'effets secondaires. Toutefois, il n'existe aucune donnée sur son passage dans le lait et son utilisation chez l'enfant.

L'azélastine (Allergodil[®]) est un antihistaminique non anticholinergique. Son absorption par la muqueuse nasale est faible. Après utilisation répétée d'un spray, on a relevé des taux sériques d'azélastine de 0,26 µg/l, et de desméthylazélastine de 0,12 µg/l. De plus, cette molécule est utilisée chez les enfants à la posologie orale de 0,1 à 0,15 mg/kg/jour.

Le bromure d'ipratropium (Atrovent nasal[®]) est un antihistaminique anticholinergique. Il peut inhiber la lactation. Son absorption par la muqueuse nasale est faible. Il est utilisé chez les enfants. Toutefois, le bromure s'accumule fortement dans le lait, et a induit des troubles iatrogènes chez des enfants allaités. Il peut être utilisé pour un traitement court, mais ce n'est pas le meilleur choix pour une utilisation au long cours pendant l'allaitement.

Le cromoglycate de sodium (Lomusol[®]) est très faiblement absorbé par la muqueuse nasale. Il est aussi très peu résorbé par le tractus digestif. Il est utilisé chez les enfants. Il n'existe aucune étude sur son passage dans le lait, mais ses caractéristiques rendent hautement improbable un quelconque effet secondaire chez l'enfant allaité.

Les vasoconstricteurs

Il n'existe aucune donnée sur l'excrétion lactée de l'oxymétazoline (Aturgyl[®]), de l'éphédrine (Rhinamide[®], Rhino-Sulfuryl[®]) et de la naphazoline (diverses spécialités en association). Par ailleurs, ils ne sont pas utilisés chez l'enfant de moins de 12 ans. Il est donc préférable de les éviter pendant l'allaitement.

Les corticoïdes locaux

Ils sont utilisés, en association avec des vasoconstricteurs et des antibactériens dans un certain nombre de spécialités. Leur absorption par voie nasale est faible, et n'induit pas d'effet systémique. Il est recommandé d'utiliser des spécialités contenant uniquement des corticoïdes (Beclorhino[®], Béconase[®], Flixonase[®], Nasacort[®], Nasalide[®], Pivalone[®], Rhinirex[®], Solucort[®]).

En conclusion

La plupart de ces molécules seront excrétées dans le lait en quantité trop faible pour induire des effets secondaires chez l'enfant allaité. Toutefois, comme il existe dans l'ensemble peu de données sur tous ces produits, et comme de nombreuses spécialités sont en vente libre, il est nécessaire de mettre la mère en garde contre un usage immodéré. D'après les connaissances actuelles, la cétirizine, la loratadine, la triprolidine et la pseudoéphédrine peuvent être considérées comme les molécules à utiliser en première intention chez une mère allaitante.

Bon nombre de ces produits sont des cocktails contenant des antihistaminiques, de l'acide acétylsalicylique, du paracétamol, de l'ibuprofène, de l'alcool, de la caféine... Il sera préférable de prescrire une spécialité ne contenant qu'un ou deux produits actifs chez une mère allaitante ; de ce point de vue, l'alcool (aux doses présentes dans ces spécialités), le paracétamol, l'ibuprofène et la caféine sont considérés comme compatibles avec l'allaitement ; en revanche, il est préférable d'éviter les spécialités contenant de l'acide acétylsalicylique (ce dernier se concentrant dans le lait).

Enfin, il sera bon de dire à la mère de surveiller l'apparition d'éventuels effets secondaires chez son bébé : essentiellement irritabilité, pleurs importants, insomnie, ou au contraire somnolence.

Références

- *Use of cough and cold preparations during breastfeeding.* J.L. Mitchell. *JHL* 1999 ; 15 : 347-49.
- *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, 1998.
- *Medications and mothers' milk.* T Hale, Pharmasoft Medical Publishing, 2000.