

# Médicaments et allaitement maternel

## *Drugs and breastfeeding*

C. Vauzelle\*, D. Beghin\*, C. Pecriaux\*, E. Elefant\*



C. Vauzelle

**S**ans conteste, le soutien à l'allaitement maternel est un objectif dont l'importance n'est plus à démontrer, mais cette démarche peut être entravée par des contingences maternelles de plusieurs types, comme la nécessité de prescrire des médicaments à la mère qui allaite. La question se pose alors du risque éventuel que représente ce traitement pour l'enfant allaité, risque dont l'appréciation est souvent complexe. En effet, les données sur le passage des médicaments dans le lait et sur les conséquences chez les enfants allaités sont peu nombreuses, de qualité variable, et pas toujours applicables aux conditions usuelles d'utilisation des médicaments. Il est donc souvent nécessaire de faire des extrapolations ou des estimations pour pouvoir trouver une solution thérapeutique satisfaisante (rapport bénéfice/risque favorable) à la fois pour la mère et pour l'enfant.

La démarche commence donc par une évaluation des risques en plusieurs étapes.

## Évaluation du risque pour l'enfant allaité

Cette évaluation est le fruit de la synthèse de plusieurs paramètres.

### Présence du médicament dans le lait

La quantité de médicament retrouvée dans le lait est proportionnelle à la posologie maternelle quotidienne. Si la mère prend un traitement oral dont l'absorption est faible (ex. : le flubendazole), ou s'il s'agit d'une administration locale (collyres, etc.), la quantité de médicament dans le lait sera limitée.

Les caractéristiques pharmacologiques de chaque médicament peuvent intervenir. Par exemple, les

grosses molécules, comme les héparines, l'insuline et l'interféron  $\alpha$ , ne passent pas dans le lait, en raison de leur poids moléculaire élevé.

Par ailleurs, plus la tétée est proche du pic de concentration du médicament dans le lait, plus la quantité ingérée augmente (ex. : le métronidazole, en monodose).

### Quantité de médicament ingérée et devenir du médicament chez l'enfant

La quantité journalière de médicament reçue par l'enfant allaité est calculée à partir de la concentration mesurée dans le lait et d'un volume "standard" de lait ingéré par l'enfant de 150 mL/kg/j.

Elle est exprimée en pourcentage de la dose maternelle rapportée au poids (en milligrammes par kilogramme), ou parfois en pourcentage de la dose néonatale ou pédiatrique, quand celle-ci existe.

Cette dose, dite "relative", reçue par l'enfant est généralement considérée comme importante si elle est supérieure à 10 % de la dose maternelle, faible si elle est inférieure à 10 % et très faible en deçà de 3 %.

L'enfant reçoit le médicament présent dans le lait par voie orale. S'il s'agit d'un médicament qui n'est pas absorbé par voie digestive (ex. : les aminosides), il n'y a pas lieu d'en attendre un effet.

Si les capacités d'élimination de l'enfant sont diminuées (prématurité, pathologie hépatique ou rénale, etc.), son exposition systémique peut augmenter (en raison du risque d'accumulation).

Le dosage plasmatique du médicament chez les enfants allaités est le paramètre le plus pertinent pour évaluer le risque. Ces concentrations plasmatiques peuvent être comparées à celles de la mère ou à celles des enfants traités directement

\* Centre de référence sur les agents tératogènes (CRAT), hôpital Armand-Trousseau, AP-HP, Paris.

## Points forts<sup>++</sup>

- » Contrairement à une idée très répandue, un médicament utilisable en cours de grossesse n'est pas toujours sans risque au cours de l'allaitement (ex. : la clindamycine).
- » À l'inverse, certains médicaments à risque pendant la grossesse ne posent pas de problème pendant l'allaitement (ex. : ibuprofène, warfarine).
- » Pour un même médicament, l'allaitement sera possible pour certains enfants et pas pour d'autres.
- » L'exposition de l'enfant peut être très variable d'un médicament à l'autre au sein d'une même classe (ex. : les bêtabloquants).
- » Si 2 médicaments pris séparément sont compatibles avec l'allaitement, leur prise concomitante est possible chez une femme qui allaite.

(s'il existe des valeurs de référence ou des dosages maternels).

### Autres paramètres pris en compte

D'autres éléments sont pris en compte dans l'évaluation des risques d'un traitement pris au cours de l'allaitement :

- Existe-t-il des publications sur des cas d'enfants allaités par des mères traitées, et présentent-ils des effets attribués au traitement maternel ? À défaut de publications, existe-t-il un recul d'utilisation du médicament chez des femmes qui allaitent (comme, par exemple, pour la pristinaamycine) ?
- Le médicament est-il aussi utilisé en pédiatrie pour traiter les nouveau-nés et les nourrissons (ex. : le phloroglucinol) ?
- Quel est le profil de toxicité et de tolérance de la molécule ? Par exemple, la néphrotoxicité d'un médicament incitera à la prudence en cas de prématurité.

Si la cinétique du médicament dans le lait est connue, on se basera sur cette durée pour reprendre l'allaitement (ex. : morphine, attendre 4 h après la dernière prise).

À défaut, nous préconisons d'attendre 2 demi-vies d'élimination plasmatique maternelle, durée au bout de laquelle 75 % du médicament est éliminé du plasma maternel (ex. : produits de contraste iodés hydrosolubles, attendre 4 h après l'injection pour redonner le sein). Cependant, pour les molécules à haut risque toxique (ex. : le méthotrexate), il est préférable d'attendre l'élimination complète du médicament du plasma maternel, c'est-à-dire 5 à 7 demi-vies.

**Encadré.** Combien de temps, après la fin du traitement, pour remettre l'enfant au sein ? Les préconisations du CRAT.

### Types de risques et conduites à tenir

Au terme de l'analyse de toutes les données disponibles pour une molécule, 3 types de situations se dégagent.

### Si un risque pour l'enfant allaité est documenté ou est susceptible de survenir

Dans ce contexte, on fera le choix, soit de changer de traitement, soit de ne pas allaiter.

Il s'agit de situations pour lesquelles, par exemple :

- un effet indésirable sévère a été rapporté chez des enfants allaités (ex. : une cyanose et une TSH élevée avec le lithium) ;
- les concentrations plasmatiques chez des enfants allaités sont préoccupantes (p. ex., les enfants allaités par une mère sous éthosuximide ont 75 % des concentrations plasmatiques maternelles) ;
- le profil de tolérance du médicament expose l'enfant à un risque d'effets indésirables sévères (ex. : une chimiothérapie anticancéreuse) ;
- la quantité de médicament reçue par l'enfant est importante, supérieure à 10 % de la dose maternelle (p. ex., chez des enfants allaités dont la mère était sous aténolol ou acébutolol, cette quantité atteignait 24 et 35 %, respectivement, ce qui a entraîné une bradycardie et une cyanose).

### Si un risque pour l'enfant allaité est peu probable

En fonction de l'ensemble des données disponibles, l'utilisation sera qualifiée de "possible" ou d'"envisageable" pendant l'allaitement pour une ou plusieurs des raisons suivantes :

- les concentrations plasmatiques chez les enfants allaités sont indétectables ou très faibles par rapport aux concentrations thérapeutiques (ex. : sertraline, paroxétine) ;
- la quantité reçue par l'enfant via le lait est faible ou très faible (ex. : zopiclone, zolpidem) ;
- aucun effet indésirable sévère n'est retenu chez des enfants allaités (ex. : ofloxacine, ciprofloxacine) ;
- le profil pharmacologique de la molécule n'est pas inquiétant, et il est largement utilisé en pédiatrie (ex. : atovaquone + proguanil).

Cependant, dans certaines circonstances, on pourra être amené à reconsidérer la possibilité d'allaiter malgré des données a priori rassurantes :

## Mots-clés

Allaitement  
Lactation  
Lait  
Médicaments

### Highlights

» *Contrary to widespread belief, a drug that is safe during pregnancy is not always safe during breastfeeding (e.g., clindamycin).*

» *On the other hand, some drugs that are unsafe during pregnancy are safe while breastfeeding (e.g., ibuprofen, warfarin).*

» *For the same medication, breastfeeding will be possible for some children and not for others.*

» *Child's exposure is highly variable from one drug to another within the same class (e.g., beta-blockers).*

» *If 2 drugs taken separately are compatible with breastfeeding, they may be taken together by a breastfeeding woman.*

### Keywords

Breastfeeding  
Lactation  
Milk  
Drugs

**Tableau.** Antalgiques non opiacés et anti-inflammatoires non stéroïdiens pouvant être utilisés au cours de l'allaitement.

Médicament	Paracétamol	Ibuprofène	Kétoprofène	Diclofénac	Flurbiprofène	Célécoxib	Aspirine ≥ 500 mg/j
Conduite à tenir	Possible	Possible	Possible	Possible	Possible	Possible	Possible en prise ponctuelle
Dose relative reçue par l'enfant	Jusqu'à 4 % de la dose pédiatrique en mg/kg/j	Moins de 1 % de la dose pédiatrique usuelle en mg/kg/j	Moins de 1 % de la dose maternelle (en mg/kg)	Moins de 1 % de la dose maternelle (en mg/kg)	Moins de 1 % de la dose maternelle (en mg/kg)	0,3 % de la dose maternelle (en mg/kg)	Par tétée, l'enfant reçoit 2 à 14 % d'une dose pédiatrique de 10 mg/kg/prise
Nombre d'enfants allaités	~ 40 enfants Usage très large	~ 20 enfants Usage très large	Pas d'effet	Pas d'effet	Pas d'effet	Célécoxib indétectable dans le plasma chez 2 enfants allaités	~ 50 enfants Pas d'effet
Effets en lien avec le traitement	Pas d'effet notable	Pas d'effet				Pas d'effet	

- enfant prématuré (immaturité des capacités d'élimination);
- altération de la fonction hépatique ou rénale de l'enfant, ou pathologie particulière (ex. : déficit en G6PD);
- administration de certains médicaments directement à l'enfant allaité (risque de surdosage ou d'interaction avec les médicaments présents dans le lait);
- posologie maternelle élevée;
- polythérapie maternelle;
- durée prolongée du traitement.

#### Si l'évaluation du risque est difficile : la décision sera appréciée cas par cas

Pour un grand nombre de médicaments, l'appréciation du risque est complexe (données insuffisantes, contradictoires, etc.). Les décisions se prennent alors cas par cas, sur la base de nombreux critères individuels. Il peut s'agir de médicaments pour lesquels il y a autant de données en faveur qu'en défaveur de l'allaitement maternel (ex. : la lamotrigine). Dans d'autres situations, faute de données très solides, on pourra être amené à "ouvrir" ou à "fermer" l'allaitement avec le même médicament en fonction des circonstances individuelles maternelles et néonatales particulières, et différentes d'un cas à l'autre (âge de l'enfant, nombre de tétées par jour, durée du traitement, etc.).

#### En pratique

Les données et les conduites à tenir au cours de l'allaitement pour les médicaments les plus couramment utilisés chez les femmes en âge d'avoir des enfants sont indiquées dans des fiches régulièrement mises à jour, disponibles sur le site internet du Centre de référence sur les agents tératogènes ([www.lecrat.fr](http://www.lecrat.fr)).

À titre d'exemple, les données pour les antalgiques non opioïdes et les anti-inflammatoires non stéroïdiens qui peuvent être utilisés au cours de l'allaitement sont présentées dans le **tableau**.

#### Conclusion

La prise d'un traitement n'implique certainement pas que l'allaitement doive systématiquement être suspendu. Pour chaque situation, l'analyse de l'ensemble des données disponibles permet d'établir une conduite à tenir qui prend en compte des données générales et les conditions spécifiques de chaque couple mère-enfant.

Dans la majorité des cas, des solutions satisfaisantes pour chacun peuvent ainsi être trouvées malgré des données disponibles souvent parcelaires. D'où l'importance d'être averti de l'allaitement maternel ou du projet d'allaitement lors d'une prescription, et de disposer de sources d'informations pertinentes. ■

#### Pour en savoir plus...

L'exhaustivité de la bibliographie ne pouvant figurer ici, voici quelques sources documentaires sur les médicaments et l'allaitement, dans lesquelles le détail peut être retrouvé.

• Centre de référence sur les agents tératogènes (CRAT). [www.lecrat.fr](http://www.lecrat.fr). Lien bibliographique consultable pour chaque médicament en haut à droite de chaque fiche.

• Drugs and lactation database (LactMed). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501922/>

• Hale TW. Hale's medications & mothers' milk 2019. New York: Springer Publishing Company; 2018.

• Schaefer C et al. Drugs during pregnancy and lactation, 3rd ed. San Diego: Academic Press; 2014.

C. Vauzelle, D. Beghin, C. Pecriaux et E. Elefant déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts en relation avec cet article.