



Le coin du prescripteur



Antipsychotiques et allaitement

La grossesse peut parfois entraîner l'apparition ou la décompensation de troubles psychiatriques, mais elle peut être aussi l'occasion d'une amélioration de ceux-ci. En particulier, les épisodes psychotiques sont rares au cours de la grossesse, qui a plutôt un rôle protecteur vis-à-vis de ce type de pathologie. Environ 10% des femmes présenteront un problème psychologique ou psychiatrique en post-partum, le plus souvent bénin, parfois grave. La fréquence des hospitalisations psychiatriques, tous diagnostics confondus, au cours de la puerpéralité varie de 1 à 2 / 1000 accouchements dans la population générale. Les psychoses puerpérales sont l'un des troubles les plus fréquents. Elles représentent 2 à 5% de l'ensemble des troubles psychiatriques. 15 à 20% surviennent pendant la grossesse et plus volontiers chez les multipares, 60 à 80% pendant le post-partum, pendant les 2 premières semaines dans plus de la moitié des cas, 5 à 20% des cas surviennent chez des mères allaitantes. Elles se manifestent par des hallucinations, une désorganisation et un délire (psychoses délirantes, accès maniaques), ou une insomnie, une anxiété majeure, une asthénie, un amaigrissement (accès mélancolique).

Une hospitalisation sera habituellement nécessaire au début en raison du risque de suicide ou d'infanticide ; elle se fera dans un centre mère-enfant, car la présence de son enfant, en rattachant la mère à la réalité, limite la gravité du délire, et permet la conservation du lien mère-enfant. Ces pathologies nécessiteront un traitement par antipsychotiques. On peut distinguer ces derniers en fonction de leur classe chimique (phénothiazines, butyrophénones, benzamines, thioxanthènes, antipsychotiques atypiques), ou par leur action pharmacologique (sédatifs, antiproductifs, antidéficients, et atypiques). Les antipsychotiques atypiques ont moins d'effets secondaires extrapyramidaux que les neuroleptiques traditionnels. A noter que tous les neuroleptiques bloquent les récepteurs dopaminergiques. Ils augmentent le taux de prolactine, et peuvent induire une galactorrhée chez la personne traitée (homme ou femme). Certains neuroleptiques ont été utilisés (et le restent parfois) pour induire une lactation chez une femme souhaitant allaiter un bébé adopté. L'impact éventuel à long terme de tous ces produits sur l'enfant allaité n'a jamais été étudié.

Phénothiazines

Chlorpromazine (Largactil®)

Une étude a retrouvé un taux lacté maximal de chlorpromazine de 0,29 mg/l après une prise unique de 1200 mg. Une étude a retrouvé des taux lactés plus élevés que les taux sériques (7 à 98 µg/l contre 16 à 52 µg/l). Aucune étude ne donnait de détails sur l'échelonnement des prises de médicaments et celui des prélèvements de sang et de lait. Par ailleurs, on a constaté une sédation chez un enfant allaité qui recevait du lait maternel contenant 92 µg/l de chlorpromazine. Elle est donc déconseillée pendant l'allaitement.

Yoshida et al ont étudié le passage lacté de la chlorpromazine, de l'halopéridol, et de la trifluoropérazine (n'est plus commercialisée en France), ainsi que leur impact éventuel chez 10 enfants allaités. 18 enfants non allaités dont les mères prenaient des traitements similaires ont servi de témoin. Les femmes étudiées ont commencé à prendre un ou plusieurs neuroleptiques après leur accouchement. Elles ont allaité pendant 6 à 40 semaines. Des échantillons de sang et d'urine ont été recueillis chez les mères et les enfants 12 à 15 heures après la prise des médicaments, ainsi que des échantillons de lait de début et de fin de tétée. Chez les femmes prenant de la chlorpromazine, le rapport lait / plasma était de 1,2 dans le lait de début de tétée, et de 1,6 dans le lait de fin de tétée. Les posologies maternelles allaient de 50 à 600 mg/jour, avec des taux sériques maternels de 8 à 139 µg/l. Les taux plasmatiques infantiles allaient de 0,01 à 0,7 µg/l avec des posologies maternelles de respectivement 200 et 400 mg/jour.

Yoshida et al ont évalué le développement des enfants. Entre 1 et 4 mois, il n'existait aucune différence entre les enfants dont la mère était traitée par neuroleptiques et les enfants du groupe témoin. 3 des enfants allaités avaient des scores inférieurs à la moyenne à 12 et 18 mois. Tous les autres enfants ont eu un développement parfaitement normal. Ces 3 enfants ne présentaient cependant pas d'anomalie franche du développement. Leurs mères avaient pris à la fois de l'halopéridol et de la chlorpromazine, et 2 d'entre elles avaient des taux sériques anormalement élevés pour ces deux molécules ; ces dernières n'étaient retrouvées à un taux décelable que chez 1 des 3 enfants. Les auteurs estimaient qu'il était donc impossible, au vu des données, de conclure à la responsabilité de l'halopéridol et/ou de la chlorpromazine en ce qui concernait le retard de développement constaté chez ces 3 enfants ; d'autres facteurs environnementaux (tels que les problèmes psychiatriques maternels) pouvaient être en cause.

Perphénazine (Trilifan retard®)

Une seule étude a été publiée sur son excrétion lactée. Des échantillons de sang et de lait ont été collectés à 2 reprises sur une période de 24 heures, suite à des prises de 24 et 16 mg/jour de perphénazine (en 2 prises). Avec ces posologies, le taux lacté moyen de perphénazine était respectivement de 3,2 et 2,1 µg/l, et sur 24 heures, la quantité totale de perphénazine excrétée dans le lait pouvait être évaluée respectivement à 1,59 et 1,06 µg, ce qui représentait environ 0,1% de la dose maternelle. Le rapport lait / plasma allait de 0,7 à 1,1. Au bout de 3 mois d'allaitement, le développement de l'enfant était parfaitement normal.

Il n'existe aucune donnée sur l'excrétion lactée de la **cymémazine** (Tercian®), de la **fluphénazine** (Modécate®, Moditen®), de la **lévomépromazine** (Nozinan®), de la **pipotiazine** (Piportil®), de la **propériciazine** (Neuleptil®), ou de la **thioridazine** (Melleril®, commercialisation arrêtée le 15 juin 2005). Il est donc préférable de ne pas les utiliser chez une mère allaitante.

Butyrophénones

Halopéridol (Haldol®)

Dans l'étude de Yoshida et al, le rapport moyen lait / plasma pour l'halopéridol était de 2,8 dans le lait de début de tétée, et de 3,6 dans le lait de fin de tétée. Le taux lacté n'était pas corrélé au taux sérique. Le taux plasmatique infantile allait de 0,8 µg/l (posologie maternelle de 10 mg/jour) à 8 µg/l (posologie maternelle de 40 mg/jour d'halopéridol). Dans une autre étude, une mère allaitante a commencé à prendre 5 mg d'halopéridol 2 fois par jour, et son bébé allaité a été étroitement surveillé. En dépit d'un taux lacté élevé d'halopéridol (taux lacté maximal rapporté : 32 µg/l), l'enfant n'a présenté aucun effet secondaire, et sa croissance a été normale. Les auteurs concluaient que la prise d'halopéridol pour des périodes courtes semblait n'avoir aucun impact sur l'enfant allaité.

Il n'existe aucune donnée sur le passage lacté du **dropéridol** (Droleptan®), du **penfluridol** (Semap®), et de la **pipampérone** (Dipipéron®). Il est donc préférable de ne pas les utiliser pendant l'allaitement

Benzamides

Sulpiride (Aiglonyl Gé®, Dogmatil®, Synédil Gé®)

Il a d'importantes propriétés antidopaminergiques, et il a pour effet secondaire d'augmenter le taux de prolactine. Il a d'ailleurs été utilisé pour augmenter la production lactée. Cet impact a été étudié chez 66 femmes, qui ont pris 100 mg/jour de sulpiride pendant les 7 premiers jours post-partum. Elles avaient une production lactée et un taux sérique de prolactine nettement plus élevés que les femmes du groupe témoin. Le taux lacté de sulpiride était en moyenne de 0,97 mg/l 2 heures après la prise, et on estimait que les enfants avaient absorbé en moyenne 1,5 mg de sulpiride pendant ces 7 jours. La prévalence de l'allaitement à 1 mois était plus élevée chez les mères qui avaient pris du sulpiride que chez les mères du groupe témoin. Aucun effet secondaire n'a été rapporté chez les enfants. D'autres auteurs ont abouti à des conclusions similaires. Une étude a rapporté une prise de poids plus importante à court terme (2 semaines) chez les enfants allaités par une mère prenant du sulpiride, mais cet impact disparaissait avec un traitement maternel plus long.

Il n'existe qu'une seule étude sur le **sultopride**, qui fait état d'un taux lacté élevé chez le rat. Il n'existe aucune donnée sur l'excrétion lactée de l'**amisulpiride** (Solian®) ou du **tiapride** (Equilium Gé®, Tiapridal®). Leur utilisation est donc déconseillée.

Thioxanthènes

Zuclopendixol (Clopixol®)

Des échantillons de sang et de lait ont été donnés par 6 femmes psychotiques, qui allaitaient un enfant âgé de 3 jours à 10 mois. 5 femmes prenaient du zuclopendixol per os quotidiennement, et une en recevait par IM tous les 15 jours. En moyenne, le taux lacté représentait 29% du taux sérique. La quantité absorbée par l'enfant allaité pouvait être estimée à 0,5-

5 µg/jour de zuclopendixol. Il est hautement improbable qu'une quantité aussi faible puisse induire un quelconque impact chez l'enfant allaité, et aucun effet secondaire n'a été constaté chez les enfants dans cette étude. Toutefois, les bébés peuvent avoir une sensibilité différente de celle des adultes à ce type de produit.

Flupentixol (Fluanxol®)

D'après une étude sur le sujet, le rapport lait / plasma du flupentixol et du zuclopendixol présentait d'importantes différences entre le lait de début de tétée et le lait de fin de tétée. Ce rapport était respectivement de 0,5 et 1,4 pour le flupentixol, et de 0,24 et 0,71 pour le zuclopendixol.

Dans une autre étude, les taux plasmatiques et lactés de flupentixol, de nortriptyline et de zuclopendixol ont été recherchés chez 2 mères allaitantes souffrant de troubles psychiatriques. Le taux lacté était respectivement similaire, plus élevé et plus bas que le taux plasmatique pour le flupentixol, la nortriptyline et le zuclopendixol. La quantité reçue par l'enfant allaité représentait respectivement 0,5%, 2,3% et 0,3% de la dose maternelle ajustée pour le poids pour le flupentixol, la nortriptyline et le zuclopendixol. Le flupentixol était détectable dans le sérum de l'enfant. Aux doses retrouvées dans le lait, il est hautement improbable qu'on puisse observer un impact chez l'enfant allaité. C'était également la conclusion des autres études sur ce produit.

Diazépines et oxazépines

Clozapine (Leponex®)

Elle est habituellement réservée aux personnes qui n'ont pas répondu à d'autres neuroleptiques, ou qui ont présenté d'importants troubles extrapyramidaux. Un rapport lait / plasma > 2,5 a été rapporté. Cette molécule fait courir un risque plus élevé d'agranulocytose et de convulsions que les autres neuroleptiques. Il est donc préférable de l'éviter pendant l'allaitement.

Olanzapine (Zyprexa®)

Dans une étude, un enfant dont la mère avait pris de l'olanzapine pendant le 1er et le 3ème trimestre de la grossesse est né avec une cardiomégalie, et il a présenté un ictère et une sédation. La mère prenait 5 mg/jour d'olanzapine. A J7, l'allaitement a été arrêté. Toutefois, l'ictère et la sédation ont persisté chez l'enfant, ce qui donnait à penser que l'olanzapine excrétée dans le lait maternel n'était pas en cause. Une autre mère a commencé à prendre de l'olanzapine (10 mg/jour) alors que son enfant était âgé de 2 mois. La durée du traitement n'est pas donnée. Cette mère prenait aussi de la paroxétine, de la trifluopérazine et de la procyclidine (posologies non précisées). Aucun suivi des taux sériques et lactés de ces produits n'a été effectué. L'enfant n'a présenté aucun trouble iatrogène.

7 mères allaitantes ont participé à une autre étude. Elles ont donné des échantillons de sang et de lait prélevés à divers moments entre 2 prises (6 femmes), ou à un moment unique après la prise (1 femme) au stade d'équilibre. En moyenne, ces enfants absorbaient 1,02% de la dose maternelle ajustée pour le poids. Le rapport lait/plasma était de 0,38. L'olanzapine n'était détectable chez aucun des enfants. Tous étaient en bonne santé, et aucun n'a présenté d'effet secondaire. Les auteurs concluent

que les enfants allaités par une mère traitée par olanzapine reçoivent environ 1% de la dose maternelle ajustée pour le poids, soit beaucoup moins que les 10% au-dessous desquels les spécialistes estiment qu'un effet secondaire est hautement improbable chez l'enfant. Il semble donc que l'olanzapine puisse être utilisée pendant l'allaitement. Toutefois, il sera prudent de suivre régulièrement les enfants allaités, et d'envisager au cas par cas la prescription de ce produit chez une mère allaitante.

Une autre étude a évalué l'excrétion lactée de l'olanzapine chez 5 mères allaitantes. Le rapport lait/plasma était compris entre 0,2 et 0,84 suivant le temps écoulé depuis la prise, avec un rapport moyen de 0,46. La dose relative ajustée pour le poids absorbée par l'enfant représentait en moyenne 1,6% de la dose maternelle (0 à 2,5%). Aucun enfant n'a présenté d'effet secondaire. Une autre étude concluait que l'enfant recevait environ 4% de la dose maternelle ajustée.

Il n'existe aucune étude sur l'excrétion lactée de la **loxapine** (Loxapac®). Il est donc préférable de ne pas l'utiliser chez une mère allaitante.

Autres

Rispéridone (Risperdal®)

Dans une étude portant sur une seule femme traitée après son accouchement (6 mg/jour de rispéridone), la mère ne mettait pas son enfant au sein. A J7, des échantillons de sang et de lait ont été obtenus sur une période de 24 heures, et on y a recherché la rispéridone et son métabolite actif, la 9-hydroxyrispéridone. Le rapport lait / plasma était de 0,42 pour la rispéridone, et de 0,24 pour son métabolite. L'auteur estimait que l'enfant aurait reçu respectivement 0,87% et 3,46% de la dose maternelle de rispéridone et de son métabolite, soit 4,3% de la dose maternelle ajustée pour le poids de produit actif. Il concluait qu'il était très improbable qu'un tel taux lacté puisse induire un effet secondaire chez l'enfant allaité. Toutefois, cela ne permettait pas d'éliminer la possibilité éventuelle d'un effet secondaire non dose-dépendant (tel qu'un syndrome neuroleptique malin), point commun à tous les neuroleptiques.

Dans une autre étude, les auteurs présentaient le cas d'une femme allaitante qui a souffert d'un épisode psychotique aigu en post-partum, traité par rispéridone. On a recherché le taux de rispéridone et de 9-hydroxyrispéridone dans le sang de la mère et de l'enfant, ainsi que dans le lait maternel. Le taux des produits actifs était environ 10 fois plus bas dans le lait que dans le sang maternel. La rispéridone et son métabolite étaient détectables dans le sang de l'enfant. La mère a bien répondu au traitement, l'enfant n'a présenté aucun effet secondaire, et son développement était normal. Les auteurs concluent que dans ce cas, la rispéridone a été un traitement fiable pour la mère, et présentant une bonne innocuité pour l'enfant allaité.

Une étude clinique a porté sur 2 femmes allaitantes, et sur une femme qui présentait une galactorrhée induite par le traitement par rispéridone. Des échantillons de sang ont été prélevés chez 2 femmes, et chez les 2 enfants allaités. Le rapport lait/plasma calculé chez ces 2 femmes était < 0,5 pour les 2 molécules étudiées. L'enfant recevait en moyenne respectivement 2,3 et 2,8% de la dose maternelle ajustée pour le poids, et il aurait reçu 4,7% de cette dose chez la femme présentant une galactorrhée. La rispéridone et son métabolite n'ont pas été retrouvés dans le sang des 2 enfants allaités. Ces derniers n'ont présenté aucun effet secondaire. Cette étude montre que le taux

lacté de rispéridone est inférieur à 10%, limite en dessous de laquelle les spécialistes estiment qu'un effet secondaire chez l'enfant est improbable. Les auteurs concluaient qu'un traitement par rispéridone semblait possible chez une femme allaitante.

Il n'existe aucune donnée sur le passage lacté de la **carpi-pramine** (Prazinil®) ou du **pimozide** (Orap®). Il est donc préférable de ne pas les utiliser chez une mère allaitante.

Lithium (Neurolithium®, Téralithe®)

Il est utilisé dans le traitement de la psychose maniaco-dépressive. Il existe peu de données sur le passage du lithium dans le lait maternel, et ce dernier semble significatif. Les études portant sur son excrétion lactée ont retrouvé des taux lactés représentant approximativement 40% du taux sérique, et que l'enfant pouvait recevoir une quantité très variable de lithium via le lait maternel, allant de 0 à 30% de la dose maternelle ajustée pour le poids. Le pic plasmatique du lithium est atteint environ 2 à 4 heures après absorption orale. Sa demi-vie est fonction de la fonction rénale et de la durée du traitement ; en moyenne de 20 heures après une prise unique, elle est d'environ 40 heures après 12 mois de traitement, et peut atteindre 72 heures chez le nourrisson. Elle est encore augmentée en cas de déplétion sodée. La marge thérapeutique est faible, le taux sérique thérapeutique étant compris entre 0,5 et 1,5 mEq/l, et les signes de toxicité apparaissant chez l'adulte à partir de 2 mEq/l.

Montgomery rapporte le cas d'une mère qui a dû reprendre son traitement par lithium pendant la grossesse. La mère a décidé d'allaiter tout en poursuivant ce traitement. Tant la mère que l'enfant ont été étroitement suivis, l'allaitement devant être arrêté si la lithémie de l'enfant dépassait un certain seuil, ou s'il présentait des effets secondaires. La mère a repris son traitement à J2, et la posologie a été progressivement augmentée pour atteindre 300 mg 2 fois / jour à J7. Aucun effet secondaire n'a été noté chez l'enfant.

Quelques cas d'effets secondaires chez des enfants allaités par une mère traitée au lithium ont été rapportés. Le premier cas, décrit par Tunnessen et Hertz, présentait le cas d'un enfant qui a présenté à J5 un épisode de cyanose, avec hypotonie, modifications de l'ECG, léthargie et hypothermie ; la mère prenait 600 à 1200 mg/jour de lithium pendant la grossesse. Le taux lacté de lithium était de 0,6 mEq/l, ainsi que le taux sérique de l'enfant, le taux sérique maternel étant de 1,5 mEq/l. L'allaitement a été arrêté, et tous les symptômes avaient disparu chez l'enfant à J8. Ce type de toxicité pourrait être en rapport avec la combinaison d'une lithémie élevée chez la mère pendant la grossesse (l'enfant n'ayant pas encore éliminé le lithium reçu pendant la grossesse), et du lithium reçu par le biais du lait maternel. Les 2 autres études rapportaient des cas similaires.

Il est donc indispensable d'être très prudent lorsqu'une mère traitée par lithium souhaite allaiter. Cette décision sera prise au cas par cas. Dans la mesure où le suivi du taux de lithium chez une personne traitée fait partie de la routine du traitement, il est recommandé de faire par la même occasion un suivi du taux de lithium dans le lait, et éventuellement dans le sang de l'enfant, parallèlement à un suivi clinique étroit de l'enfant à la recherche d'effets secondaires. Il est préférable de ne pas allaiter ou d'allaiter seulement partiellement si la lithémie maternelle est élevée, ou si l'enfant présente une maladie ou une infection induisant une déshydratation.

En conclusion

Il existe globalement très peu de données sur l'excrétion lactée des antipsychotiques et sur leur impact éventuel sur l'enfant allaité. On peut affirmer que le risque potentiel lié aux effets secondaires de la clozapine est suffisant pour déconseiller cette molécule. La chlorpromazine a été utilisée chez des nourrissons pour traiter un syndrome d'abstinence ; toutefois, elle a une longue demi-vie, et peut induire des effets secondaires neurologiques et hématologiques ; il est préférable de la déconseiller. Pour les autres molécules, le risque semble acceptable ; leur utilisation doit être envisagée au cas par cas, après discussion avec la mère et, si possible, avec la famille, en abordant également les risques qui ne sont pas dose-dépendants.

Références – Bibliographie

- *Medications and Mothers' Milk.* T Hale. Ed Pharmasoft Medical Publishing, 2004.
- *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, 2005
- *Breastfeeding and maternal medication.* UNICEF-OMS, 2002.
- *Antipsychotics and breastfeeding.* Winans EA. *J Hum Lact* 2001 ; 17(4) : 344-47.
- *Treating mental illness in lactating women.* Buist A. *Medscape General Medicine* 2001 ; 3(2).
- *Treatment strategy for women with puerperal psychiatric disorders : psychopharmacotherapy and its impact on fetus and breast-fed infant.* Yoshida K, Yamashita H. *Seishin Shinkeigaku Zasshi* 2003 ; 105 : 1136-44.
- *Clinical utilization of atypical antipsychotics in pregnancy and lactation.* Gentile S. *The Annals of Pharmacotherapy* 2004 ; 38(7) : 1265-71.
- *Neuroleptic drugs in breastmilk : a study of pharmacokinetics and of possible adverse effects in breast-fed infants.* Yoshida K, Smith B, Craggs M, Kumar R. *Psychol Med* 1998 ; 28 : 81-91.
- *Mother's milk and chlorpromazine.* Blacker KH, Weinstein BJ, Ellman GJ. *Am J Psychol.* 1962 ; 137 : 855-856.
- *Appearance of chlorpromazine in the mother's milk.* Uhler F, Ryznar J. *Act Nerv Super (Praha)* 1973 ; 15 : 106.
- *Drug excretion in breast milk.* Voherr H. *Postgrad Med* 1974 ; 56 : 97-104.
- *Chlorpromazine levels in plasma and milk of nursing mothers.* Wiles DH, Orr MW, Kolakowski T. *Br J Clin Pharmacol* 1978 ; 5 : 272-73.
- *Perphenazine in breast milk and serum.* Olesen OV, Bartels U, Poulsen JH. *Am J Psychiatry* 1990 ; 147 : 1378-79.
- *Haloperidol in human milk.* Stewart R, Karas B, Springer P. *Am J Psychol* 1980 ; 137 : 849.
- *Haloperidol secreted in breast milk.* Whalley LJ, Blain PG, Prime JK. *BMJ* 1981 ; 282 : 1746-47.
- *Augmentation of puerperal lactation by oral administration of sulpiride.* Aono T et al. *J Clin Endocrinol Metab* 1979 ; 48 : 478-82.

- *Zuclopenthixol levels in serum and breast milk.* T Aaes-Jorgensen et al. *Psychopharmacology* 1986 ; 90 : 417-8.
- *Milk concentrations of flupenthixol, nortriptyline and zuclopenthixol and between-breast differences in two patients.* I Matheson, J Skjaeraasen. *Eur J Clin Pharmacol* 1988 ; 35 : 217-20.
- *Transfer of olanzapine into breast milk, calculation of infant drug dose, and effect on breast-fed infants.* SJ Gardiner, JH Kristensen, EJ Begg et al. *Am J Psychiatry* 2003 ; 160 : 1428-31.
- *Olanzapine excretion in human breast milk : estimation of infant exposure.* S Croke et al. *Int J Neuropsychopharmacol* 2002 ; 5 : 243-47.
- *Olanzapine-exposed pregnancies and lactation: early experience.* Goldstein DJ, Corbin LA, Fung MC. *J Clin Psychopharmacol* 2000 ; 20 : 399-403.
- *Risperidone and breast-feeding.* Aichhorn W, Stuppaec C, Whitworth AB. *J Psychopharmacology* 2005 ; 19(2) : 211-13.
- *Risperidone distribution and excretion into human milk: case report and estimated infant exposure during breast-feeding.* Hill RC, et al. *J Clin Psychopharmacol* 2000 ; 20 : 285-86.
- *Transfer of risperidone and 9-hydroxyrisperidone into human milk.* KF Ilett et al. *Ann Pharmacother* 2004 ; 38(2) : 273-76.
- *Monitoring lithium in breast milk : an individualized approach for breast-feeding mothers.* ME Moretti, G Koren, Z Verjee, S Ito. *Ther Drug Monit* 2003 ; 25(3) : 364-66.
- *Toxic effects of lithium in newborn infants: a commentary.* WW Tunnesen, CG Hertz. *J Pediatr* 1972 ; 81(4) : 804-7.
- *Case report : lithium during pregnancy and lactation.* A Montgomery. *ABM News and Views* 1997, n°1.
- *The use of lithium and management of women with bipolar disorder during pregnancy and lactation.* A Llewellyn, ZN Stowe, JR Strader. *J Clin Psychiatry* 1998 ; 59 : 57-64.

ACCOMPAGNER VOTRE DEMARCHE IHAB

TRANSPAR'T

vous accompagne dans la réalisation de votre projet d'équipe, par le biais de formations dans les domaines de la connaissance de soi et de l'autre, du développement des compétences en communication interpersonnelle, et du changement de regard dans la relation soignant-soigné.

Renseignements :

Transpar't

227 avenue Daumesnil - 75012 PARIS

06 13 28 71 38

christine.koehler@wanadoo.fr



Coussin d'allaitement My Best Friend

Il facilite un bon positionnement du bébé au sein, et fournit à la mère un soutien pour ses bras, limitant les tensions au niveau du dos et des épaules.

Housse amovible en coton, d'entretien facile.

Prix : 53,90 €

Informations – Commandes :

SEGO-DREW S.A.S.

5 square Villaret de Joyeuse – 75017 PARIS

01 56 68 09 89

contact@mamanana.com - www.mamanana.com