



Le coin du prescripteur



Anti-asthmatiques et allaitement

L'asthme est une pathologie allergique malheureusement de plus en plus fréquente. Il se manifeste par des crises de dyspnée expiratoire liées à la constriction des bronches, avec sifflement, qui s'accompagne souvent d'une toux irritante et d'un sentiment d'anxiété.

Les crises sont de fréquence et d'intensité variables. Elles peuvent survenir uniquement dans certaines conditions, lors de l'exposition à un allergène (asthme intermittent), ou régulièrement toute l'année (asthme persistant). Une crise intense ou qui dure plusieurs jours nécessitera habituellement une hospitalisation. Selon les cas, on utilisera uniquement un traitement pendant la crise, ou on y adjoindra un traitement de fond destiné à prévenir autant que possible la survenue des crises.

Traitement de la crise

Il est destiné à faire cesser la constriction bronchique. Il se fait essentiellement par inhalation.

Les bronchodilatateurs bêta-2 stimulants

Il existe diverses spécialités :

- **Le salbutamol** (dénomination anglaise : albuterol ; Airo-mir[®], Asmasal[®], Buventol[®], Salbumol[®], Ventodisk[®], Ventoline[®], Combivent[®] (en association + bromure d'ipratropium))
- **Le fénotérol** : Bronchodual[®] (en association avec le bromure d'ipratropium)
- **Le pirbutérol** : Maxair[®]
- **La terbutaline** : Bricanyl[®]

Ils constituent le traitement de référence, en raison de leur rapidité d'action. Administrés en inhalation, ils permettent immédiatement un relâchement de la musculature bronchique aboutissant à une broncho-dilatation et à un soulagement. Leur passage systémique est très faible, et leur excrétion lactée sera donc négligeable. Aucun effet secondaire chez l'enfant allaité n'a jamais été signalé suite à leur utilisation. La plupart de ces produits sont par ailleurs utilisés en pédiatrie. Utilisés en inhalation, ils sont considérés comme compatibles avec l'allaitement. Il est préférable d'éviter les spécialités contenant du bromure d'ipratropium.

En cas de crise grave ou d'état de mal asthmatique, le **salbutamol** est utilisé par voie générale, orale ou parentérale (Salbumol[®], Ventoline[®]). Voir « Traitement de fond ». La terbutaline injectable est aussi utilisée en cas de crise sévère.

Les corticoïdes

Ils seront utilisés per os ou en injection en cas de crise grave. Les corticoïdes se caractérisent par un passage lacté très faible. Leur taux lacté baisse rapidement, et ils sont par ailleurs rapidement détruits dans le tube digestif du bébé. Des doses élevées pendant une durée courte 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 chez le bébé. 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** (Cortancyl[®]), la **prednisolone** (Hydrocortancyl[®], Solupred[®]) et la **méthylprednisolone** (Dépo-Médrol[®], Médrol[®], Solumédrol[®]) 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 minimiser l'exposition de l'enfant après une dose massive, la mère peut attendre 3 à 4 heures après l'administration 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 préférable de surveiller régulièrement l'enfant (croissance, ionogramme...), et de pratiquer un arrêt progressif du traitement maternel. Voir aussi le coin du prescripteur du n°35 des *Dossiers de l'allaitement*.

Traitement de fond

Le traitement de fond a surtout pour objectif d'abaisser l'inflammation et l'hyper-réactivité bronchiques. Actuellement, il repose principalement sur la prise quotidienne de corticoïdes inhalés, de cromones inhalées ou d'antileucotriènes. La prise d'un antihistaminique va agir sur la composante allergique de l'asthme. Les xanthines sont de moins en moins utilisées.

Les corticoïdes inhalés

Les spécialités utilisées sont :

- **La béclométasone** : Asmabec[®], Beclojet[®], Béclométa-sone Merck[®], Béclone[®], Bécotide[®], Bemedrex[®], Ecobec[®], Miflason[®], Nexxair[®], Prolair[®], Qvar[®], Spir[®]
- **Le budénoside** : Pulmicort[®], Symbicort[®] (en association avec le formotérol)
- **La fluticasone** : Flixotide[®], Sérétide[®] (en association avec le salmétérol)

Utilisés en inhalation, le passage systémique des corticoïdes est faible, et leur excrétion lactée est négligeable. Ils sont donc parfaitement compatibles avec l'allaitement.

Les bronchodilatateurs bêta-2 stimulants

Des spécialités à longue durée d'action peuvent être utilisées per os ou en inhalation :

- **Le bambutérol** : Oxéol®
- **Le formotérol** : Foradil®, Symbicort® (en association avec le budénoside)
- **Le salbutamol** : Ventoline sirop®
- **Le salmétérol** : Sérévent®, Sérétide® (en association avec la fluticasone)
- **Le salbutamol** : Ventoline sirop®
- **La terbutaline** : Bricanyl LP®

Il existe peu de données sur l'excrétion lactée des bronchodilatateurs bêta-2 stimulants en cas d'utilisation par voie générale. Chez la mère allaitante, choisir de préférence une molécule utilisée en pédiatrie. Les principaux effets secondaires rapportés chez les enfants traités par ces produits sont une agitation, des tremblements, des vomissements, une tachycardie ; ce seront donc les symptômes à surveiller chez l'enfant allaité.

Les xanthines

La théophylline (Dilatane®, Euphylline LA®, Pneumogéine®, Tédralan®, Théostat®, Xanthium®) est le bronchodilatateur le plus ancien. Elle est actuellement de moins en moins utilisée en raison de ses fréquents effets secondaires digestifs, cardiaques et neurologiques, et de sa faible marge thérapeutique ; ces caractéristiques rendent difficile de trouver une posologie efficace sans risque de toxicité.

Une étude portant sur 12 femmes faisait état d'un rapport lait/plasma allant de 0,6 à 0,89, et estimait que l'enfant absorbait environ 5,8% de la dose maternelle ajustée pour le poids. Un cas d'irritabilité chez un enfant allaité par une mère traitée par théophylline a été rapporté ; le taux lacté de théophylline chez la mère était de 07 mg/l en moyenne. Aucun autre effet secondaire n'a été rapporté. La théophylline est considérée comme compatible avec l'allaitement. Il sera toutefois préférable de l'éviter si l'enfant est un nouveau-né (et à plus forte raison un prématuré) en raison d'une métabolisation très lente. La mère devra éviter de consommer d'autres xanthines (café, thé, chocolat, certains sodas). Le pic lacté survient 1 à 3 heures après la prise orale ; il est possible d'en tenir compte pour programmer la prise par rapport aux tétées. Éviter les formes à libération prolongée (LA, LP).

Il n'existe aucune donnée sur l'excrétion lactée de **la bamifylline** (Trendatil®). Elle est utilisée chez les enfants à partir de 12 ans. Sa demi-vie est longue. Il est préférable de l'éviter chez la femme allaitante.

Autres molécules utilisées

Le bromure d'ipratropium est utilisé seul (Atrovent®) ou en association avec le fénotérol (Bronchodual®) ou le salbutamol (Combivent®). C'est un antihistaminique anticholinergique. Il peut inhiber la lactation. Son absorption par la muqueuse pulmonaire et gastro-intestinale 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. Il en est de même pour le **bromure d'oxitropium** (Tersigat®).

Le cromogliclate de sodium (Lomudal®) est un anti-inflammatoire 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. Il est considéré comme compatible avec l'allaitement.

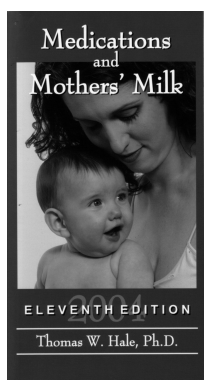
Le kétotifène (Zaditen®) est un antihistaminique H1. Il n'existe pas de données sur son excrétion lactée. Il est toutefois utilisé chez les bébés à partir de 6 mois. On peut donc supposer qu'il est utilisable chez une mère allaitante. Le principal effet secondaire théoriquement possible chez l'enfant allaité est une somnolence.

Le montélukast (Singulair®) est un antileucotriène. Il n'existe aucune donnée sur son excrétion lactée, mais les données pharmacologiques disponibles permettent de penser que ce passage est faible (fortement lié aux protéines plasmatiques, biodisponibilité orale moyenne). Ce produit est utilisé chez les enfants à partir de 6 ans. Aucun effet secondaire n'a été rapporté chez un enfant allaité suite au traitement maternel.

Références

- *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, 1998.
- *Pharmacotherapy of asthma while breastfeeding*. A Ellsworth. J Hum Lact 1994 ; 10(1) : 39-41.
- *Breastfeeding and maternal medication*. UNICEF-OMS, 2002.

Medications and Mothers' Milk 2004



Prix (port compris) :

32,00 € en France
34,00 € hors France

Commandes et paiement à envoyer à :

Françoise RAILHET
68 rue PV Couturier
93330 Neuilly sur Marne
Tél : 01 43 08 56 02
Fax : 01 43 08 50 95
E-mail : dossiers@illfrance.org