

# Utilisation des antidépresseurs chez les mères allaitantes

Clinical Protocol Number 18 – Use of antidepressants in nursing mothers.

Comité des Protocoles de l'Academy of Breastfeeding Medicine. *Breastfeed Med* 2015; 10(6); 290-9.

L'un des principaux objectifs de l'Academy of Breastfeeding Medicine est le développement de protocoles cliniques portant sur le suivi de problèmes médicaux courants pouvant avoir un impact sur le succès de l'allaitement. Ces protocoles sont destinés uniquement à servir de recommandations pour le suivi des mères allaitantes et de leurs enfants, et ne constituent pas un mode exclusif de traitement ou un standard pour les soins médicaux. Des variations dans le traitement pourront être appropriées en fonction des besoins individuels du patient.

## Contexte

La dépression du post-partum (DPP, parfois également appelée trouble de l'humeur périnatal) est l'un des problèmes les plus fréquents et les plus sérieux du post-partum, touchant 10 à 20 % des femmes pendant la première année post-partum (1). Des études ont constaté que jusqu'à 50 % des femmes souffrant de DPP ne sont pas diagnostiquées (2). Les facteurs de risque sont les antécédents de dépression (risque de récurrence d'environ 25-30 % - 3, 4), incluant une DPP ou une dépression pendant la grossesse, les événements stressants, le manque de soutien social, le fait que la grossesse n'était pas désirée (5), et le fait d'être économiquement défavorisée, de subir un stress économique, ou l'origine africaine (6). De plus, des études portant sur des familles défavorisées ont constaté qu'environ 25 % des femmes présentaient une dépression qui perdurait bien plus longtemps que la première année post-partum (7).

Les diverses options de traitement incluent des stratégies non pharmacologiques telles que la psychothérapie cognitive-comportementale ou psychothérapie interpersonnelle, des stratégies pharmacologiques, ou une combinaison des deux. Les antidépresseurs sont l'un des traitements pharmacologiques les plus couramment prescrits pour la DPP. La mère et son praticien doivent collaborer afin de faire un choix thérapeutique individualisé. Les mères allaitantes pourront se poser des questions sur la pertinence de débiter ou de poursuivre la prise de médicaments contre la DPP. Certains praticiens hésitent à prescrire chez une mère allaitante en raison du manque d'informations sur les antidépresseurs pendant l'allaitement. Les risques de l'absence de traitement, les risques des médicaments pour la mère et son enfant, et les bénéfices du traitement, doivent être soigneusement pesés lorsqu'il faudra prendre une décision concernant le traitement.

Ce protocole va aborder les manifestations de la pathologie, souligner l'importance du dépistage, et fournir des informations scientifiquement fondées sur le traitement de la DPP chez les mères allaitantes.

## Manifestations cliniques de la maladie

Le fait que la DPP soit ou non une entité distincte a fait l'objet de controverses. Dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> éditions (respectivement DSM-IV et V), la DPP est considérée comme un sous-groupe des dépressions majeures, avec la spécificité d'un début de la maladie pendant la période du post-partum (8). Le DSM-V a étendu la définition de la DPP pour inclure la possibilité d'un démarrage des symptômes pendant la grossesse et jusqu'à 4 semaines post-partum (9). Le diagnostic peut être rendu plus compliqué par l'existence de co-morbidités, incluant l'anxiété ou le trouble bipolaire. Les troubles de l'humeur du post-partum sont fréquents pendant le post-partum, mais ils diffèrent en fonction du moment de la survenue, de la sévérité des symptômes, et ils incluent une large gamme de problèmes (2, 8, 10).

Le « baby blues » est une condition qui se caractérise par des changements émotionnels, de l'insomnie, une perte de l'appétit, et par l'impression d'être dépassée par la situation. Il peut toucher 30-80 % des femmes (7, 8). C'est un trouble temporaire, dont les manifestations culminent habituellement vers J5 pour disparaître vers J10. Contrairement à la DPP, le baby blues n'a pas d'impact négatif sur les soins à l'enfant.

La « dépression du post-partum » est un épisode dépressif majeur qui a un impact négatif sur le fonctionnement social et professionnel. Les symptômes sont source d'une détresse importante, et peuvent inclure des idées de suicide. En l'absence de traitement, les symptômes peuvent persister après J14, et durer pendant des mois à une année (1).

La « psychose du post-partum » est une urgence psychiatrique. Elle se caractérise par une paranoïa, des hallucinations, un délire, et des idées suicidaires, avec un risque potentiel de suicide et/ou d'infanticide. Elle peut concerner 1 à 3 naissances sur 1 000, et survient habituellement rapidement après l'accouchement (quelques heures à quelques semaines ; 7, 8). Les femmes souffrant de psychose du post-partum peuvent avoir des antécédents psychotiques ou bipolaires, mais elles peuvent n'avoir aucun antécédent psychiatrique (11, 12). Environ 25-50 % des femmes souffrant de trouble bipolaire ont un risque de survenue de psychose du post-partum (13).

Les « pensées intrusives du post-partum » et les « troubles obsessionnels compulsifs » sont relativement courants chez les femmes, mais avec d'importantes variations dans la sévérité des symptômes qui peuvent constituer un problème pour une femme en post-partum. Les pensées intrusives ou obsessionnelles sont des pensées ou des images involontaires et indésirables, ou des idées désagréables qui deviennent obsessionnelles. Ces pensées sont habituellement perturbantes ou stressantes pour la femme, et elles peuvent être difficiles à gérer ou à éliminer (14, 15).

## Dépistage de la DPP

Les recherches sur le sujet ont confirmé que la majorité des mères (80 %) sont d'accord avec l'idée d'un dépistage de la dépression (1). Le dépistage de la DPP est recommandé à l'échelle internationale par diverses autorités (16-18).

Bien que les preuves fiables des bénéfices soient limitées, le Collège Américain des Obstétriciens et des Gynécologues recommande un dépistage de la dépression et de l'anxiété au moins une fois en période périnatale, à l'aide d'un outil standardisé et validé (19). Pour la première fois, une grande étude américaine multicentrique de dépistage et de suivi de la DPP parmi la clientèle des médecins généralistes a constaté un meilleur résultat en matière de santé maternelle à 12 mois (20, I ; le niveau de preuves – I, II-1, II-2, II-3 et III est fondé sur l'échelle d'évaluation de la US Preventive Services Task Force Appendix A Task Force Rating {21}, et sera donné entre parenthèses dans ce protocole).

La plupart des médecins et des professionnels de santé travaillant auprès de mères et d'enfants connaissent l'impact négatif de la DPP, et sont d'accord avec le fait que le dépistage des nouvelles mères fait partie de leur travail (22, 23). L'Académie Américaine de Pédiatrie et le ministère américain de la Santé reconnaissent la nécessité d'identifier et de traiter précocement les troubles mentaux, incluant la DPP (24, 25). Il est important que le dépistage de la DPP soit fait systématiquement, dans la mesure où la détection et le traitement se sont avérés bénéfiques dans de nombreux pays (26, I).

### Outils de dépistage

L'outil de dépistage qui a été le plus étudié partout dans le monde est l'échelle d'Edimbourg de la dépression post-natale (EPDS – 7, 27). Cette échelle est gratuite, considérée comme étant dans le domaine public, disponible dans de nombreuses langues, et sa validité est bonne dans de nombreuses cultures. Elle comporte 10 questions auxquelles la mère doit répondre concernant les symptômes pendant les 7 jours précédents, et il faut environ 5 minutes pour y répondre. Il existe de nombreuses occasions pour effectuer ce dépistage. Pendant les visites de suivi pédiatrique, l'EPDS peut être utilisée à l'occasion des visites à 1, 2, 4 et 6 mois (7, 16-18, 28-30). Le suivi post-césarienne à 2 semaines, et le suivi post-natal à 4-8 semaines sont également des opportunités. L'EPDS peut être facilement utilisée, et elle a fait la preuve de sa validité pour détecter des troubles de l'humeur du post-partum dès 4-8 semaines post-partum (30, 31 – II-3). Le fait qu'une mère ait un score supérieur à 10, ou qu'elle réponde positivement à la question sur les idées suicidaires est considéré comme l'indication d'une possible dépression d'une sévérité variable (32 – II-3). Le professionnel suivant l'enfant peut en pareil cas référer la mère à un praticien approprié.

## Impact de la dépression

Outre son impact négatif évident chez la mère, la DPP affecte l'enfant, l'époux ou le/la partenaire, et les autres membres de la famille. Elle peut induire des dysfonctionnements familiaux, empêcher la création d'un lien mère-enfant solide, induire un sevrage précoce, et avoir un impact négatif sur la croissance et le développement cérébral de l'enfant (7, 33-36). Le taux de dépression paternelle est plus élevé lorsque la mère souffre de DPP, ce qui pourra aggraver l'impact négatif sur les enfants. Les enfants des mères déprimées ont moins d'interactions avec leur mère, recherchent moins le contact oculaire, et ils ont un risque de stagnation staturo-pondérale, de trouble de l'attachement, et de retard du développement (2).

On a démontré l'existence d'un mécanisme neuroendocrine commun pour l'humeur maternelle, le taux d'ocytocine, et l'affect maternel pendant les tétées (37). Cela renforce le discours selon lequel les mères souffrant de dépression tireront avantage d'un soutien précoce et soutenu pour leur allaitement. De même, les mères chez qui le vécu du démarrage de l'allaitement est négatif pourraient avoir un risque plus élevé de dépression à 2 mois post-partum : une dépression devrait être recherchée chez les femmes qui ont des difficultés d'allaitement (33).

## Approche clinique du traitement de la dépression du post-partum

Quand une femme est identifiée comme étant à risque de DPP, un traitement doit être envisagé et proposé. Chez les mères allaitantes souffrant de dépression légère à modérée, le traitement de première intention est la psychothérapie / la thérapie comportementale et cognitive si cette option est disponible (38 – II-2).

## Traitement

### Non pharmacologique

La psychothérapie est un traitement efficace pour le traitement des troubles dépressifs majeurs pendant le post-partum, et différents types de thérapies semblent avoir une efficacité similaire (39-41 – I). Il existe trois approches de thérapie psychologique en post-partum, incluant la psychothérapie interpersonnelle, la thérapie comportementale et cognitive, et la psychothérapie psychodynamique (une thérapie non directive) (39-47). Les traitements non pharmacologiques ne présentent aucun risque pour l'enfant, et sont souvent acceptables pour les mères souffrant de DPP.

Il est nécessaire de prendre en compte l'alimentation de l'enfant. Les problèmes d'allaitement et les signes de dépression périnatale vont souvent de pair, et la gestion de la dépression devrait inclure une discussion sur le vécu maternel de l'allaitement. Certaines mères souffrant de dépression estiment que l'allaitement améliore leur lien avec leur enfant ainsi que leur humeur, tandis que d'autres trouvent que l'allaitement rend les choses plus difficiles. En cas de problèmes de production lactée ou de prise du sein, il est nécessaire de faire des efforts pour améliorer le déroulement de l'allaitement, et de s'assurer que la mère et l'enfant bénéficient de moments où ils sont heureux d'être ensemble. Les tétées nocturnes peuvent être difficiles pour les mères, lorsque les interruptions dans le sommeil sont un facteur déclencheur majeur des troubles de l'humeur. En pareil cas, il pourra être utile qu'une autre personne nourrisse l'enfant pendant la nuit, de façon à ce que la mère puisse bénéficier de 5 à 6 heures de sommeil ininterrompu. Cette personne pourra également apporter l'enfant à la mère pour qu'elle le mette au sein, puis prendre ensuite l'enfant en charge jusqu'à ce qu'il se rendorme, afin de minimiser les interruptions du sommeil maternel (III).

### Pharmacologique

Si une psychothérapie / thérapie comportementale et cognitive n'est pas faisable en pratique, si elle est inacceptable pour la mère, ou si les symptômes sont sévères, les antidépresseurs sont une option efficace. La méthode de choix d'un antidépresseur se fonde sur divers facteurs. Tous les antidépresseurs passent dans le lait à un taux variable. Les données utilisées pour prendre une décision clinique proviennent essentiellement de présentations de cas ou de séries de cas. En conséquence, le choix du traitement initial devrait être fondé sur une approche clinique informée qui prend en compte les précédents traitements pour dépression de la patiente, en particulier pendant la grossesse, les symptômes visés, les antécédents familiaux de dépression et leur réponse aux antidépresseurs, les problèmes

médicaux passés et présents, les autres traitements médicaux suivis, les allergies, les effets secondaires des traitements, et les souhaits de la mère. Une analyse individualisée risques/bénéfices du traitement doit être effectuée (Table 1 – 48 – I).

## Facteurs cliniques affectant le choix de l'antidépresseur

- Obtenir un historique des précédents épisodes de troubles de l'humeur et de l'anxiété, et des traitements qui ont été efficaces. Si un traitement a été utilisé, déterminer quels produits ont été efficaces avec un bon profil de tolérance. La réponse à un traitement précédent est souvent le meilleur facteur prédictif de la réponse à venir (48 – II-2).
- Obtenir un historique familial des antécédents de dépression. L'historique d'un membre de la famille proche peut être une indication de la réponse de la mère au traitement (48 – II-2).
- Prendre en compte les principaux symptômes que le produit devra cibler, et les effets secondaires potentiels de ce produit.
- Choisir un psychotrope pour lequel il existe des données chez la mère allaitante. Les produits plus anciens pour lesquels des données existent sont préférables aux nouveaux antidépresseurs, sur l'innocuité desquels les données sont limitées.

## Choisir un antidépresseur pendant l'allaitement

Lorsqu'on envisage un traitement médical quel qu'il soit pendant l'allaitement, le prescripteur doit prendre en compte à la fois la sécurité de la mère et celle de l'enfant. Le traitement doit être à la fois efficace pour la mère, et sans danger pour l'enfant. Bien que le taux sérique de psychotropes chez l'enfant soit le moyen le plus fiable d'évaluer son exposition, il est souvent difficile de mesurer ce taux sérique dans la pratique clinique courante. Toutefois, les facteurs qui influencent le passage du produit dans le lait doivent être considérés, incluant les facteurs suivants :

1. Mode d'administration et pharmacocinétique (49) :
  - taux d'absorption
  - demi-vie et pic plasmatique
  - rapidité de métabolisation
  - volume de distribution
  - poids moléculaire
  - degré d'ionisation
  - pH plasmatique (7,4) et lacté (6,8)
  - hydro ou liposolubilité
  - fixation aux protéines plasmatiques
2. Facteurs qui influencent la quantité de produit absorbée par l'enfant via le lait maternel (49)
  - production lactée
  - colostrum versus lait mature
  - taux lacté du produit
  - façon dont le sein avait été vidé à la précédente tétée
  - capacité du bébé à absorber, métaboliser et excréter le produit

Des informations de bonne qualité sur l'utilisation de médicaments chez la femme allaitante sont disponibles dans la section TOXNET de Lactmed (<http://toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/lactmed.htm>), en anglais, et sur e-lactancia (<http://e-lactancia.org>), en espagnol et en anglais. NdT : en français, le site du CRAT (<http://www.lecrat.org/sommaireFR.php3>) donne des informations sur la prise de certains médicaments pendant l'allaitement.

La plupart des études sur les antidépresseurs donnent des taux lactés, ou un rapport lait/plasma, qui ne sont pas constants et dépendent de facteurs tels que la posologie, la fréquence, la durée de la prise, les variations maternelles dans les prises, les interactions médicamenteuses, et les caractéristiques génétiques maternelles. Peu d'études recherchent le taux plasmatique chez l'enfant, malgré le fait que c'est le meilleur marqueur de son exposition (49).

## Antidépresseurs spécifiques

D'après les données d'une méta-analyse récente, tous les antidépresseurs étaient détectables dans le lait maternel, mais tous n'étaient pas détectables dans le sérum des enfants (50). Les taux sériques infantiles de nortriptyline, de paroxétine et de sertraline étaient indétectables dans la plupart des cas. Les taux sériques de citalopram et de fluoxétine excédaient les 10 % estimés comme sans danger dans respectivement 17 % et 22 % des cas. Peu d'effets secondaires ont été rapportés avec les antidépresseurs quels qu'ils soient. Il n'y a cependant pas suffisamment de données pour tous les autres antidépresseurs pour conclure. Les données sont rares ou absentes concernant l'efficacité et la sécurité des traitements traditionnels ethniques ou régionaux. Il est fortement recommandé de les utiliser uniquement avec un suivi médical approprié (II-2). Pour des antidépresseurs spécifiques, voir Table 1.

## Recommandations pour le traitement antidépresseur de mères allaitantes

- Les données actuelles permettent de penser que la dépression maternelle non traitée peut avoir un impact sérieux et à long terme chez les mères et les enfants, et que le traitement pourra améliorer les choses pour les mères et les enfants. En conséquence, il est fortement recommandé de la traiter (II-2).
- Toutefois, il est important de ne pas porter le diagnostic de « dépression » chez des mères qui ne présentent qu'un « baby blues » modéré. Nous devons faire la distinction. Si les symptômes sont modérés, pendant les 2 premières semaines post-partum, un suivi étroit est suggéré plutôt que d'instituer un traitement antidépresseur (II-2).
- Chaque fois que possible et lorsque les symptômes sont légers à modérés, la psychothérapie / thérapie comportementale et cognitive est le traitement de première intention chez les mères allaitantes, dans la mesure où elle ne présente aucun risque pour l'enfant. Les mères doivent être suivies, et la situation sera régulièrement réévaluée. En l'absence d'amélioration, ou en cas d'aggravation des symptômes, un traitement médicamenteux antidépresseur doit être envisagé (II-2).
- La psychothérapie / thérapie comportementale et cognitive conjointement à la prise d'un antidépresseur est recommandée chez les femmes présentant des symptômes modérés à sévères, ou en présence d'un stress en cours, ou de circonstances interpersonnelles que la thérapie pourrait aider à résoudre. Le fait que la mère allaite ne devrait pas amener à retarder le traitement (II-2).
- Les femmes souffrant de symptômes modérés à sévères pourront demander à recevoir uniquement un médicament antidépresseur, et cela doit être pris en compte dans la mesure où les bénéfices du traitement sont probablement supérieurs aux risques du traitement pour la mère et l'enfant.
- Il n'existe pas d'algorithme largement accepté pour la prise d'un antidépresseur pour le traitement de la dépression chez la mère allaitante. Une analyse individualisée des risques et des bénéfices sera effectuée dans chaque cas, et prendra en compte les antécédents cliniques de la mère et la réponse au traitement, les risques d'une dépression non traitée, les risques et bénéfices de l'allaitement, les bénéfices du traitement, les risques connus et inconnus du traitement pour l'enfant, et les souhaits de la mère.
- Si la mère n'a pas d'antécédents de traitement antidépresseur, un antidépresseur tel que la sertraline, pour qui on a constaté un faible taux dans le lait maternel et dans le sérum de l'enfant, et qui a peu d'effets secondaires, est un premier choix approprié (II-2). La sertraline a le meilleur profil en matière de sécurité pendant la lactation. La posologie recommandée pour le démarrage du traitement est de 25 mg pendant 5-7 jours pour éviter les effets secondaires, et elle pourra ensuite être augmentée jusqu'à 50 mg/jour.
- Si la mère a déjà été traitée avec succès avec un IRS, un tricyclique ou un IRSNA dans le passé, les données concernant cet antidépresseur particulier seront passées en revue dans la mesure où il devrait être considéré comme le traitement de première intention en l'absence de contre-indications.
- Les mères qui étaient déjà traitées avec succès avec un IRS, un tricyclique ou un IRSNA pendant la grossesse devraient poursuivre le même traitement pendant l'allaitement. Il est important de rassurer la mère sur le fait que son bébé sera bien moins exposé à l'antidépresseur via l'allaitement que pendant la grossesse. De plus, la poursuite du traitement du trouble de l'humeur est cruciale pour la santé de la mère et du bébé. Les mères devraient recevoir des informations sur les risques connus et inconnus du traitement et sur ses bénéfices, afin de pouvoir prendre une décision informée.
- Les mères devraient être suivies étroitement pendant le début du traitement afin d'évaluer les modifications des symptômes, y compris leur aggravation. En particulier, les femmes qui souffrent de trouble bipolaire, qui peut être non diagnostiqué, ont un risque plus élevé de présenter un épisode de dépression, de manie ou de psychose pendant le post-partum. Bien que ce soit rare, les mères et leurs compagnons devraient être avertis des symp-

tômes à surveiller, comme une augmentation de l'insomnie, un délire, des hallucinations, une fuite des idées, un discours volubile, une hyperactivité, afin de contacter immédiatement un spécialiste des troubles mentaux.

- Le professionnel qui suit la mère devrait communiquer avec celui qui suit l'enfant afin d'en favoriser la surveillance et le suivi. L'enfant devrait être régulièrement suivi par un professionnel de santé, ce qui inclut un suivi de sa croissance. Un dosage sérique du médicament pris par la mère n'est pas indiqué en routine en l'absence d'une indication clinique ou de la survenue d'un problème. De plus, dans la majorité des cas, ce taux sérique ne fournirait pas d'indication utile sauf si le psychotrope a une fenêtre thérapeutique documentée et des normes de laboratoire (comme pour les tricycliques par exemple).
- Il existe des stratégies pour abaisser l'exposition de l'enfant, fondées sur la pharmacocinétique du produit chez la mère allaitante, comme prendre le produit immédiatement après une tétée (III).

## Conclusions et suggestions pour les futures recherches

En dépit des nombreuses publications sur les antidépresseurs et l'allaitement, la littérature scientifique manque à la fois de largeur et de profondeur sur le plan des données qui permettraient aux cliniciens et aux mères de prendre des décisions en toute confiance sur un produit donné. De multiples analyses de la littérature suggèrent que les tricycliques et les IRS sont relativement sans danger, et toutes recommandent d'évaluer au cas par cas le rapport risques / bénéfices (51)

Les futures recherches destinées à aider en pratique clinique incluent :

1. Des études cliniques randomisées chez des mères allaitantes prenant un antidépresseur de n'importe quelle classe, fournissant des données sur :
  - un contrôle satisfaisant du niveau de dépression
  - la nature du traitement, sa posologie, le taux lacté, le taux sérique maternel et infantile, et les horaires de recueil des échantillons par rapport à la prise du traitement
  - des informations sur la consommation de lait maternel par l'enfant
  - des informations sur le comportement de l'enfant
  - l'évaluation de l'impact de la poursuite de l'allaitement sur la survenue d'un syndrome de sevrage chez les nouveau-nés des mères qui étaient traitées pendant la grossesse.
2. Des études fournissant des données sur les raisons pour lesquelles des mères ou des praticiens décident de retarder le démarrage d'un traitement, et sur le suivi des enfants sur le plan comportemental.

Il n'existe pas ou peu de données permettant de penser que les traitements ethniques ou régionaux sont sans danger ou efficaces. En conséquence, leur prescription par des professionnels de santé est fortement déconseillée.

Table 1 – Antidépresseurs spécifiques

Classe	Produit	Posologie/jour	Indications	Effets secondaires chez la mère	Exposition infantile	Commentaires
<b>IRS</b>	Citalopram (52-54) Escitalopram (55-56) Fluoxétine (56-64) Fluvoxamine (65-70) Paroxétine (67, 71-73) Sertraline (67, 75-78a)	10-60 mg 10-20 mg 10-80 mg 50-300 mg 10-60 mg 25-200 mg habituellement en une prise quotidienne. Débuter avec 25 mg/jour pendant 5-7 jours, puis augmenter jusqu'à 50 mg.	Dépression ou anxiété. Peuvent être prescrits en cas de fibromyalgie, de douleur neuropathique, ou de syndrome pré-menstruel	Troubles digestifs, céphalées, dysfonctionnement sexuel, nervosité, ou sédation	Tous les IRS passent dans le lait maternel. Le taux lacté de paroxétine (71-72) et de sertraline (74-78) ne dépasse pas les 10 % considérés comme la limite de sécurité (79). Les effets secondaires possibles sont des problèmes de sommeil, des coliques, une irritabilité, une succion faible, et une sédation (56, 63-64, 80-82). La FDA estime que la fluoxétine ne devrait pas être utilisée par les mères allaitantes (64).	La sertraline est l'IRS à utiliser en première intention : son taux lacté est faible ou indétectable, et il a un profil de sécurité relativement bon pendant la grossesse. Il existe très peu de données sur l'impact à long terme sur le développement neurocomportemental de l'exposition aux IRS pendant la grossesse et l'allaitement, mais les études les plus récentes sont relativement rassurantes (56, 63, 80, 81).
<b>IRSNA</b>	Venlafaxine (51, 83) Duloxétine (84) Desvenlafaxine (82)	37,5-225 mg 20-120 mg 50-100 mg	Dépression	Galactorrhée	La venlafaxine et son métabolite actif passent dans le lait et sont détectés dans le plasma de la majorité des bébés allaités, mais aucun effet secondaire n'a été démontré. Suivre l'enfant sur le plan de la prise de poids et du niveau d'éveil.	Il n'existe que quelques rapports de cas sur ces produits (82-84). Peu de données, pas d'effet secondaire significatif rapporté chez l'enfant allaité
<b>Autres antidépresseurs (blocage du bloc noradrénaline / dopamine / sérotonine)</b>	Bupropion (85-88)  Mirtazapine (89)	  15-30 mg	Dépression	Somnolence dose-dépendante, sécheresse buccale, augmentation de l'appétit, vertiges	Très peu de données, allant d'un taux sérique infantile indétectable avec aucun signe clinique à de l'irritabilité et des convulsions.  Pas d'effets secondaires rapportés, mais données très limitées.	Leur utilisation n'est pas une raison pour sevrer l'enfant. Il sera toutefois préférable d'utiliser un autre produit.

Classe	Produit	Posologie/jour	Indications	Effets secondaires chez la mère	Exposition infantile	Commentaires
<b>Tricycliques / hétérocycliques</b>	Amitriptyline Amoxapine Clomipramine Désipramine Doxépine Maprotiline Nortriptyline Protriptyline Trimipramine	30-50 mg/jour en 3-4 prises, mais peut aussi être pris en une seule dose quotidienne.	Dépression et anxiété. Souvent utilisés à faible dose pour les troubles du sommeil ou les problèmes de douleurs chroniques.	Hypotension, sédation, sécheresse buccale, rétention urinaire, prise de poids, dysfonctionnement sexuel, constipation. Une overdose peut induire des arythmies cardiaques et le décès.	La nortriptyline est le seul produit sur lequel il existe suffisamment de données sur son utilisation pendant l'allaitement. Elle est habituellement indétectable dans le sérum de l'enfant, et aucun effet secondaire n'a été rapporté (90-92). L'utilisation de doxépine est souvent déconseillée suite à la publication d'un cas d'hypotonie, de succion faible, de vomissements et de sédation chez un enfant allaité, les troubles ayant disparu après l'arrêt de l'allaitement (93).	L'une des plus anciennes classes d'antidépresseurs.
<b>Traitements naturels</b>	Millepertuis ( <i>hypericum perforatum</i> ). Il contient de l'hypericine et de l'hyperforine ainsi que des flavonoïdes tels que la quercétine.  Acides gras en oméga-3	300 mg	Dépression  Dépression pendant la grossesse et le post-partum (94)	Une étude a fait état d'une légère augmentation des coliques, de sédation et de léthargie chez des enfants allaités, mais aucun n'a nécessité de traitement (95).  Ils semblent présenter peu de risques pour la mère et l'enfant. Le principal effet secondaire est qu'ils donnent une odeur de poisson.	L'hyperforine et l'hypericine passent faiblement dans le lait maternel	Est utilisé pour le traitement des dépressions légères et modérées depuis de nombreuses années, en particulier en Europe. Son utilisation pour traiter la dépression est controversée aux États-Unis.  Il n'existe actuellement pas suffisamment de données pour les recommander dans le traitement de la dépression.
<b>Antipsychotiques</b>	Quétiapine	Commencer avec 25 mg, puis ajuster. Dose maximale : 600 mg	Trouble bipolaire, schizophrénie	Sédation	Sédation	
<b>Stabilisateurs de l'humeur</b>	Lithium	Commencer avec 300 mg puis ajuster. Dose maximale : 900 à 1200 mg		Diarrhées, vomissements	Augmentation de la TSH	La posologie sera déterminée à partir d'une recherche régulière de la lithémie maternelle.

**Table 2. Ressources pour la santé mentale maternelle et pour de l'aide en cas de dépression du post-partum**

Ressource	Description	URL
<p><b>Sites Internet</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- International Marce´ Society for Perinatal Mental Health</li> <li>- Maternal and Child Health Bureau, U.S. Health Resources and Services Administration</li> <li>- National Suicide Prevention Lifeline, U.S. Substance Abuse and Mental Health Services Administration</li> <li>- Postpartum Support International</li> <li>- Postpartum Depression Online Support Group</li> <li>- Mental Health America</li> <li>- Beyond Blue</li> </ul>	<p>Primarily a multidisciplinary group of healthcare providers interested in promoting, facilitating, and communicating about research in all aspects of the mental health of women, their infants and partners around the time of childbirth.</p> <p>Handbook entitled “Depression During and After Pregnancy: A Resource for Women, Their Families, and Friends”</p> <p>1-800-273-TALK (8255)</p> <p>Information and resources on postpartum depression for providers, mothers, fathers, and families. Includes live chats and help for new parents. Access help according to state. PSI Warmline (weekdays only) 800-944-4PPD (4773)</p> <p>A privately funded online support group that offers information, support, and assistance to those dealing with postpartum mood disorders and their families, friends, physicians, and counselors</p> <p>The nonprofit Mental Health America is concerned with fathers’ mental health as well as mothers.</p> <p>A national initiative in Australia to raise awareness of anxiety and depression, providing resources for recovery, management and resilience</p>	<p><a href="http://www.marcesociety.com">www.marcesociety.com</a></p> <p><a href="http://www.mchb.hrsa.gov/pregnancyandbeyond/depression">www.mchb.hrsa.gov/pregnancyandbeyond/depression</a></p> <p><a href="http://www.suicidepreventionlifeline.org">www.suicidepreventionlifeline.org</a></p> <p><a href="http://www.postpartum.net">www.postpartum.net</a></p> <p><a href="http://www.ppdsupportpage.com">www.ppdsupportpage.com</a></p> <p><a href="http://www.mentalhealthamerica.net/conditions/postpartum-disorders">www.mentalhealthamerica.net/conditions/postpartum-disorders</a></p> <p><a href="http://www.beyondblue.org.au">www.beyondblue.org.au</a></p>
<p><b>Livres</b></p>	<p>Bennett SS, Indman P. Beyond the Blues: Understanding and Treating Prenatal and Postpartum Depression &amp; Anxiety. Moodswings, San Jose, CA, 2011.</p> <p>Cooper PJ, Murray L, eds. Postpartum Depression and Child Development. Guilford, New York, 1999.</p> <p>Kendall-Tackett KA. A Breastfeeding-Friendly Approach to Postpartum Depression. Praeclarus Press, Amarillo, TX, 2015.</p> <p>Kendall-Tackett KA. Depression in New Mothers, 2nd ed. Routledge, London, 2010.</p> <p>Kleiman K. Therapy and the Postpartum Woman: Notes on Healing Postpartum Depression for Clinicians and the Women Who Seek Their Help. Routledge, Abingdon, United Kingdom, 2008.</p> <p>Kleiman KR. The Postpartum Husband: Practical Solutions for Living with Postpartum Depression. Xlibris, Bloomington, IN, 2001.</p> <p>Shields B. Down Came the Rain: My Journey Through Postpartum Depression. Hyperion, New York, 2006.</p> <p>Wiegartz PS, Gyoerkoe KL, Miller LJ. The Pregnancy and Postpartum Anxiety Workbook: Practical Skills to Help You Overcome Anxiety, Worry, Panic Attacks, Obsessions, and Compulsions. New Harbinger Publications, Oakland, CA, 2009.</p>	

## Références

1. DK Gjerdingen, BP Yawn. Postpartum depression screening: Importance, methods, barriers, and recommendations for practice. *J Am Board Fam Med* 2007;20:280–288.
2. LH Chaudron, PG Szilagyi, W Tang, et al. Accuracy of depression screening tools for identifying postpartum depression among urban mothers. *Pediatrics* 2010;125:e609–e617.
3. KL Wisner, JM Perel, KS Peindl, et al. Prevention of recurrent postpartum depression: A randomized clinical trial. *J Clin Psychiatry* 2001;62:82–86.
4. SM. Marcus Depression during pregnancy: Rates, risks, and consequences—Motherisk Update 2008. *Can J Clin Pharmacol* 2009;16:e15–e22.
5. A Oppo, M Mauri, D Ramacciotti, et al. Risk factors for postpartum depression: The role of the Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised (PDPI-R). Results from the Perinatal Depression-Research and Screening Unit (PNDRReScU) study. *Arch Womens Ment Health* 2009;12:239–249.
6. CB Cutler, LA Legano, BP Dreyer, et al. Screening for maternal depression in a low education population using a two item questionnaire. *Arch Womens Ment Health* 2007;10:277–283.
7. MF Earls; Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health American Academy of Pediatrics. Incorporating recognition and management of perinatal and postpartum depression into pediatric practice. *Pediatrics* 2010;126:1032–1039.
8. H Mishina, JI Takayama. Screening for maternal depression in primary care pediatrics. *Curr Opin Pediatr* 2009;21:789–793.
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V). American Psychiatric Publishing, Arlington, VA, 2013.
10. NK. Sriraman Postpartum depression: Why pediatricians should screen new moms. *Cont Pediatr* 2012;29:40–46.
11. V. Sharma Treatment of postpartum psychosis: Challenges and opportunities. *Curr Drug Saf* 2008;3:76–81.
12. LH Chaudron, RW Pies. The relationship between postpartum psychosis and bipolar disorder: A review. *J Clin Psychiatry* 2003;64:1284–1292.
13. I Jones, N Craddock. Familiarity of the puerperal trigger in bipolar disorder: Results of a family study. *Am J Psychiatry* 2001;158:913–917.
14. JS Abramowitz, S Meltzer-Brody, J Leserman, et al. Obsessional thoughts and compulsive behaviors in a sample of women with postpartum mood symptoms. *Arch Womens Ment Health* 2010;13:523–530.
15. EJ Russell, JM Fawcett, D Mazmanian. Risk of obsessive-compulsive disorder in pregnant and postpartum women: A meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 2013;74:377–385.
16. National Institute for Health and Clinical Excellence. Postnatal Care: Routine Postnatal Care of Women and Their Babies (CG37). National Institute for Health and Clinical Excellence, London, 2006.
17. Royal Australian College of General Practitioners. Guidelines for Preventive Activities in General Practice. Royal Australian College of General Practitioners, East Melbourne, Australia, 2012.
18. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of Perinatal Mood Disorder. Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Edinburgh, 2012.
19. Screening for perinatal depression. Committee Opinion No. 630. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2015;125:1268–1271. Available at [www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Screening-for-Perinatal-Depression](http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Screening-for-Perinatal-Depression) (accessed June 1, 2015).
20. BP Yawn, AJ Dietrich, P Wollan, et al. TRIPPD: A practice-based network effectiveness study of postpartum depression screening and management. *Ann Fam Med* 2012;10:320–329.
21. Appendix A Task Force Ratings. Guide to Clinical Preventive Services: Report of the U.S. Preventive Services Task Force, 2nd ed. Available at [www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK15430/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK15430/) (accessed May 27, 2015).
22. AL Olson, KJ Kemper, KJ Kelleher, et al. Primary care pediatricians' roles and perceived responsibilities in the identification and management of maternal depression. *Pediatrics* 2002;110:1169–1176.
23. LH Chaudron, PG Szilagyi, AT Campbell, et al. Legal and ethical considerations: Risks and benefits of postpartum depression screening at well-child visits. *Pediatrics* 2007;119:123–128.
24. U.S. Public Health Service. Report of the Surgeon General's Conference on Children's Mental Health: A National Action Agenda. U.S. Department of Health and Human Services, Washington, DC, 2000. Available at [www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44233/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44233/) (accessed May 27, 2015).
25. Committee on the Psychosocial Aspects of Child and Family Health and Task Force on Mental Health. Policy statement—The future of pediatrics: Mental health competencies for pediatric primary care. *Pediatrics* 2009;124:410–421.

26. ER Myers, N Aubuchon-Endsley, LA Bastian, et al. Efficacy and Safety of Screening for Postpartum Depression. Comparative Effectiveness Reviews, No. 106. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD, 2013. Available at [www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK137724/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK137724/) (accessed May 27, 2015).
27. JL Cox, JM Holden, R. Sagovsky Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987;150:782–786. Available at <http://pesnc.org/wp-content/uploads/EPDS.pdf> (accessed May 27, 2015).
28. JF Hagan Jr, JS Shaw, P Duncan, eds. *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents*, 3rd ed. American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village, IL, 2008.
29. J Sheeder, K Kabir, B Stafford. Screening for postpartum depression at well-child visits: Is once enough during the first 6 months of life? *Pediatrics* 2009;123:e982–e988.
30. MP Freeman, R Wright, M Watchman, et al. Postpartum depression assessments at well-baby visits: Screening feasibility, prevalence, and risk factors. *J Womens Health (Larchmt)* 2005;14:929–935.
31. CL Dennis Can we identify mothers at risk for postpartum depression in the immediate postpartum period using the Edinburgh Postnatal Depression Scale? *J Affect Disord* 2004;78:163–169.
32. R Jardri, J Pelta, M Maron, et al. Predictive validation study of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in the first week after delivery and risk analysis for postnatal depression. *J Affect Disord* 2006;93:169–176.
33. S Watkins, S Meltzer-Brody, D Zolnoun, A Stuebe. Early breastfeeding experiences and postpartum depression. *Obstet Gynecol* 2011;118:214–221.
34. T Trapolini, CA McMahan, JA Ungerer. The effect of maternal depression and marital adjustment on young children's internalizing and externalizing behaviour problems. *Child Care Health Dev* 2007;33:794–803.
35. CS Minkovitz, PJ O'Campo, YH Chen, et al. Associations between maternal and child health status and patterns of medical care use. *Ambul Pediatr* 2002;2:85–92.
36. M Kavanaugh, JS Halterman, G Montes, et al. Maternal depressive symptoms are adversely associated with prevention practice and parenting behaviors for preschool children. *Ambul Pediatr* 2006;6:32–37.
37. AM Stuebe, K Grewen, S Meltzer-Brody. Association between maternal mood and oxytocin response to breastfeeding. *J Womens Health (Larchmt)* 2013;22:352–361.
38. Office of Disease Prevention and Health Promotion, U.S. Department of Health and Human Services. *Healthy People 2020. Maternal, Infant, and Child Health*. Available at <http://healthypeople.gov/2020/topicsobjectives2020/overview.aspx?topicid=26> (accessed May 27, 2015).
39. CL Dennis, LE Ross, S Grigoriadis. Psychosocial and psychological interventions for treating antenatal depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(3):CD006309.
40. AR Brandon, MP Freeman. When she says “no” to medication: Psychotherapy for antepartum depression. *Curr Psychiatry Rep* 2011;13:459–466.
41. P Cuijpers, JG Brannmark, A van Straten. Psychological treatment of postpartum depression: A meta-analysis. *J Clin Psychol* 2008;64:103–118.
42. MW O'Hara, JA Schlechte, DA Lewis, et al. Prospective study of postpartum blues. Biologic and psychosocial factors. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:801–806.
43. JJ Dekker, JA Koelen, HL Van, et al. Speed of action: The relative efficacy of short psychodynamic supportive psychotherapy and pharmacotherapy in the first 8 weeks of a treatment algorithm for depression. *J Affect Disord* 2008;109:183–188.
44. MW O'Hara, S Stuart, LL Gorman, et al. Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:1039–1045.
45. AR Brandon, N Ceccotti, LS Hynan, et al. Proof of concept: Partner-assisted interpersonal psychotherapy for perinatal depression. *Arch Womens Ment Health* 2012;15:469–480.
46. R Mulcahy, RE Reay, RB Wilkinson, et al. A randomised control trial for the effectiveness of group interpersonal psychotherapy for postnatal depression. *Arch Womens Ment Health* 2010;13:125–139.
47. NK Grote, HA Swartz, SL Geibel, et al. A randomized controlled trial of culturally relevant, brief interpersonal psychotherapy for perinatal depression. *Psychiatr Serv* 2009;60:313–321.
48. VK Burt, R Suri, L Altshuler, et al. The use of psychotropic medications during breast-feeding. *Am J Psychiatry* 2001;158:1001–1009.
49. T. Hale *Medications and Mothers Milk*, 16th ed. Hale Publishing, Plano, TX, 2014.
50. AM Weissman, BT Levy, AJ Hartz, et al. Pooled analysis of antidepressant levels in lactating mothers, breast milk, and nursing infants. *Am J Psychiatry* 2004;161:1066–1078.
51. E Molyneaux, LM Howard, HR McGeown, et al. Antidepressant treatment for postnatal depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;9:CD002018.
52. T Heikkinen, U Ekblad, P Kero, et al. Citalopram in pregnancy and lactation. *Clin Pharmacol Ther* 2002;2:184–191.

53. A Lee, J Woo, S Ito. Frequency of infant adverse events that are associated with citalopram use during breast-feeding. *Am J Obstet Gynecol* 2004;190:218–221.
54. K Schmidt, OV Olesen, PN Jensen. Citalopram and breast-feeding: Serum concentration and side effects in the infant. *Biol Psychiatry* 2000;47:164–165.
55. C Bellantuono, F Bozzi, L Orsolini, et al. The safety of escitalopram during pregnancy and breastfeeding: A comprehensive review. *Hum Psychopharmacol* 2012;27:534–539.
56. NB Brent, KL Wisner. Fluoxetine and carbamazepine concentrations in a nursing mother/infant pair. *Clin Pediatr (Phila)* 1998;37:41–44.
57. JH Kristensen, KF Ilett, LP Hackett, et al. Distribution and excretion of fluoxetine and norfluoxetine in human milk. *Br J Clin Pharmacol* 1999;48:521–527.
58. CN Epperson, PI Jatlow, K Czarkowski, et al. Maternal fluoxetine treatment in the postpartum period: Effects on platelet serotonin and plasma drug levels in breastfeeding mother-infant pairs. *Pediatrics* 2003;112:e425.
59. T Heikkinen, U Ekblad, P Palo, K Laine. Pharmacokinetics of fluoxetine and norfluoxetine in pregnancy and lactation. *Clin Pharmacol Ther* 2003;73:330–337.
60. V Hendrick, ZN Stowe, LL Altshuler, et al. Fluoxetine and norfluoxetine concentrations in nursing infants and breast milk. *Biol Psychiatry* 2001;50:775–782.
61. R Suri, ZN Stowe, V Hendrick, A Hostetter, et al. Estimates of nursing infant daily dose of fluoxetine through breast milk. *Biol Psychiatry* 2002;52:446–451.
62. BM Lester, J Cucca, L Andreozzi, et al. Possible association between fluoxetine hydrochloride and colic in an infant. *J Am Acad Child Psychiatry* 1993;32:1253–1255.
63. CD Chambers, PO Anderson, RG Thomas, et al. Weight gain in infants whose mothers take fluoxetine. *Pediatrics* 1999;104:e61.
64. SL. Nightingale. Fluoxetine labeling revised to identify phenytoin interaction and to recommend against use in nursing mothers. *JAMA* 1994;271:106.
65. LM Arnold, RF Suckow, PK Lichtenstein. Fluvoxamine concentrations in breast milk and in maternal and infant sera. *J Clin Psychopharmacol* 2000;20:491–493.
66. S Hagg, K Granberg, L Carleborg. Excretion of fluvoxamine into breast milk. *Br J Clin Pharmacol* 2000;49:286–288.
67. V Hendrick, A Fukuchi, L Altshuler, et al. Use of sertraline, paroxetine and fluvoxamine by nursing women. *Br J Psychiatry* 2001;179:163–166.
68. CM Piontek, KL Wisner, JM Perel, KS Peindl. Serum fluvoxamine levels in breastfed infants. *J Clin Psychiatry* 2001;62:111–113.
69. K Yoshida, B Smith, RC Kumar. Fluvoxamine in breast-milk and infant development. *Br J Clin Pharmacol* 1997;44:210–211.
70. S Wright, S Dawling, JJ Ashford. Excretion of fluvoxamine in breast milk. *Br J Clin Pharmacol* 1991;31:209.
71. S Misery, J Kim, KW Riggs, X Kostaras. Protein levels in postpartum depressed women, breast milk, and infant serum. *J Clin Psychiatry* 2000;61:828–832.
72. ZN Stowe, LS Cohen, A Hostettler, et al. Paroxetine in human breast milk and nursing infants. *Am J Psychiatry* 2000;157:185–189.
73. P Merlob, B Stahl, J Sulkes. Paroxetine during breast-feeding: Infant weight gain and maternal adherence to counsel. *Eur J Pediatr* 2004;163:135–139.
74. CN Epperson, GM Anderson, CJ McDougale. Sertraline and breast-feeding. *N Engl J Med* 1997;336:1189–1190.
75. ZN Stowe, MJ Owens, JC Landry, et al. Sertraline and desmethylsertraline in human breast milk and nursing infants. *Am J Psychiatry* 1997;154:1255–1260.
76. N Epperson, KA Czarkowski, D Ward-O'Brien, et al. Maternal sertraline treatment and serotonin transport in breast-feeding mother-infant pairs. *Am J Psychiatry* 2001;158:1631–1637.
77. KL Wisner, JM Perel, J Blumer. Serum sertraline and N-desmethylsertraline levels in breast-feeding mother-infant pairs. *Am J Psychiatry* 1998;155:690–692.
78. S Dodd, A Stocky, A Buist, et al. Sertraline analysis in the plasma of breast-fed infants. *Aust N Z J Psychiatry* 2001;35:545–546.
79. S Ito, G Koren. Antidepressants and breast-feeding. *Am J Psychiatry* 1997;154:1174.
80. JD Olivier, H Akerud, H Kaihola, et al. The effects of maternal depression and maternal selective serotonin reuptake inhibitor exposure on offspring. *Front Cell Neurosci* 2013;7:73.
81. MP Austin, JC Karatas, P Mishra, et al. Infant neurodevelopment following in utero exposure to antidepressant medication. *Acta Paediatr* 2013;102:1054–1059.
82. J Rampono, S Teoh, LP Hackett, et al. Estimation of desvenlafaxine transfer into milk and infant exposure during its use in lactating women with postnatal depression. *Arch Womens Ment Health* 2011;14:49–53.

83. KF Ilett, JH Kristensen, LP Hackett, et al. Distribution of venlafaxine and its O-desmethyl metabolite in human milk and their effects in breastfed infants. *Br J Clin Pharmacol* 2002;53:17–22.
84. PM Boyce, LP Hackett, KF Ilett. Duloxetine transfer across the placenta during pregnancy and into milk during lactation. *Arch Womens Ment Health* 2011;14:169–172.
85. SW Baab, KS Peindl, CM Piontek, et al. Serum bupropion levels in two breastfeeding mother-infant pairs. *J Clin Psychiatry* 2002;63:910–911.
86. G Neuman, D Colantonio, S Delaney, et al. Bupropion and escitalopram during lactation. *Ann Pharmacother* 2014;48:928–931.
87. LH Chaudron, CJ Schoenecker. Bupropion and breastfeeding: A case of a possible infant seizure. *J Clin Psychiatry* 2004;65:881–882.
88. MF Davis, HS Miller, PE Nolan Jr. Bupropion levels in breast milk for four mother-infant pairs: More answers to lingering questions. *J Clin Psychiatry* 2009;70:297–298.
89. WMD Aichhorn, ABM Whitworth, UMD Weiss, et al. Mirtazapine and breast-feeding. *Am J Psychiatry* 2004;161:2325.
90. KL Wisner, JM Perel. Nortriptyline treatment of breast-feeding women. *Am J Psychiatry* 1996;153:295.
91. KL Wisner, JM Perel. Serum nortriptyline levels in nursing mothers and their infants. *Am J Psychiatry* 1991;148:1234–1236.
92. KL Wisner, JM Perel, RL Findling, RL Hinnes. Nortriptyline and its hydroxymetabolites in breastfeeding mothers and newborns. *Psychopharmacol Bull* 1997;33:249–251.
93. OR Frey, P Scheidt, AI von Brenndorff. Adverse effects in a newborn infant breast-fed by a mother treated with doxepin. *Ann Pharmacother* 1999;33:690–693.
94. MP Freeman, JR Hibbeln, KL Wisner, et al. Randomized dose-ranging pilot trial of omega-3 fatty acids for postpartum depression. *Acta Psychiatr Scand* 2006;113:31–35.
95. A Lee, R Minhas, N Matsuda, et al. The safety of St. John's wort (*Hypericum perforatum*) during breast-feeding. *J Clin Psychiatry* 2003;64:966–968.

Les protocoles de l'ABM expirent cinq ans après leur date de publication. Des révisions fondées sur des données scientifiques sont faites au bout de cinq ans, ou plus rapidement s'il y a des modifications significatives des connaissances.

## **Comité pour les protocoles**

*Kathleen A. Marinelli, MD, FABM, Chairperson*  
*Maya Bunil, MD, MSPH, FAMB, Co-Chairperson*  
*Larry Noble, MD, FABM, Translations Chairperson*  
*Nancy Brent, MD*  
*Ruth A. Lawrence, MD, FABM*  
*Sarah Reece-Stremtan, MD*  
*Casey Rosen-Carole, MD*  
*Tomoko Seo, MD, FABM*  
*Rose St. Fleur, MD*  
*Michal Young, MD*