



© P. Cuijpers - Fotolia.com

# Allaitement et épilepsie

**L'exposition d'un nouveau-né à un traitement antiépileptique, via l'allaitement maternel, nécessite une surveillance au cas par cas. L'allaitement maternel est cependant possible en cas d'épilepsie.**

## EXPOSÉ

A 25 ans, Madame B. a eu une première crise d'épilepsie sans étiologie précise. D'autres crises ont suivi, souvent liées à la fatigue. Sous Lamictal® (lamotrigine), elle est bien équilibrée. Après avis du neurologue, le couple a décidé d'avoir un enfant et le traitement a été augmenté durant la grossesse passant de 250 mg par jour à 350 mg, pour éviter un déséquilibre de la pathologie. En effet, durant la gestation, l'élimination du Lamictal® est plus rapide.

Peu à peu, l'idée d'allaiter son futur bébé s'impose. En cherchant de l'information, Mme B. se heurte alors à beaucoup de difficultés : soit le professionnel questionné lui répond à demi-mot, soit la réponse apportée a de quoi l'affoler : « Si vous allaitez, vous devez demander au papa de signer une décharge au cas où votre enfant aurait des effets secondaires ! »

La consultation du Centre de recherche sur les agents tératogènes (Crat) ne la rassure pas. L'avis du Crat affirme en effet : « Au vu des données, il nous semble préférable de ne pas allaiter en cas de traitement maternel par lamotrigine. Néanmoins, si l'allaitement est entrepris, une surveillance régulière de l'enfant est souhaitable [1]. » Du coup, Mme B. décide de ne pas allaiter, mais elle contacte une animatrice de La Leche League (LLL) qui lui communique une étude rassurante et des données sur le passage de la lamotrigine dans le lait, tirées des *Dossiers de l'allaitement* de la LLL [2]. Dans son livre, Tom Hale classe cette molécule comme « probablement sûre » [3]. M. et Mme B. auraient aimé être mis en contact avec des parents confrontés aux mêmes questionnements, mais cela n'a pu être possible.

Mme B. accouche à terme d'une petite fille de 2740 g qu'elle allaite de manière exclusive car à la maternité, médecins, sages-femmes et puéricultrices lui affirment que de nombreuses patientes ont allaité sous lamotrigine. Mais aucun ne précise les posologies prises par ces femmes allaitantes, ce qui ne rassure pas complètement Mme B. A J3, un dosage de lamotrigine sanguin est effectué chez l'enfant et il est de 1,7 mg par litre (la zone thérapeutique dont il faut être la plus éloignée possible est située entre 2,5 mg et 15 mg par litre).

Je rencontre Mme B. après son retour à la maison. Elle culpabilise énormément, ayant l'impression d'empoisonner son nouveau-né, tout en ayant à la fois terriblement envie de l'allaiter. Elle dit : « C'était un combat de tous les jours avec son lot de larmes. Quel qu'était le comportement de ma fille, les professionnels rencontrés me confortaient dans l'idée que mon lait n'était pas bon (elle dormait trop ou pas assez, pleurait trop...). » Face à cette situation, je propose à Mme B. de contacter le Centre régional de pharmacovigilance (CRPV) de Lyon, réputé pour sa compétence en matière de compatibilité des médicaments avec l'allaitement et accessible directement par téléphone et par mail. A contrario, un autre centre de pharmacovigilance lui avait répondu qu'il fallait éviter de multiplier les sources d'information, qu'il était préférable de continuer un allaitement mixte et qu'il « préférerait répondre directement à son médecin traitant ». Mme B. était pourtant inquiète et cherchait des informations pour faire un choix éclairé.

La réponse très détaillée du CRPV de Lyon est la suivante : « ... Au vu des données disponibles, à l'heure actuelle et en accord avec la majorité des auteurs ayant publié sur le sujet, nous proposons de limiter les possibilités d'allaitement aux situations ayant fait l'objet de publications et de surveiller les enfants exposés via le lait en n'autorisant l'allaitement que si les conditions suivantes sont remplies :

- nouveau-né à terme et en bonne santé,
- réadapter la posologie maternelle en post-partum suivant les concentrations plasmatiques car les concentrations plasmatiques maternelles peuvent augmenter de façon importante après l'accouchement,
- effectuer une surveillance attentive de l'enfant, en particulier l'apparition d'une sédation ou de signes cutanés. Il paraît également important d'en avertir le pédiatre ou la PMI qui suivra l'enfant pendant ses premières semaines,
- prévoir un dosage plasmatique de la lamotrigine ainsi qu'éventuellement un contrôle des transaminases et des plaquettes chez le nouveau-né entre deux à trois semaines après l'instauration de l'allaitement ou avant s'il existe des signes cliniques. Le prélèvement pourra être effectué trois heures après la première tétée suivant la prise matinale de lamotri-



gine. La poursuite de l'allaitement sera ensuite réévaluée en fonction du résultat de ce dosage et/ou devant toute suspicion d'effets indésirables chez le nouveau-né. Un arrêt progressif de l'allaitement ou au moins le passage à un allaitement mixte avec poursuite de la surveillance biologique de l'enfant devra être discuté en cas de taux de lamotrigine proches ou équivalents aux taux thérapeutiques. »

Sereine, sachant qu'elle peut contacter à tout moment le CRPV de Lyon, Mme B. va poursuivre son allaitement. Sa petite fille aura régulièrement des contrôles de lamotriginémie, via des prises de sang effectuées après pose d'un patch anesthésiant. Ils se révéleront rassurants, mais prouvent que le traitement à la lamotrigine conduit à une exposition substantielle de l'enfant. A 3 semaines, la lamotriginémie de l'enfant est de 1,14 mg/l, de 2 mg/l à 2 mois, de 1,5 mg/l à 3 mois et de 0,42 g/l à 4 mois et demi.

En parallèle, la posologie maternelle passe progressivement de 350 à 275 mg par jour. Cependant, les dosages varient d'une personne à l'autre et il n'y a aucune corrélation entre la posologie maternelle de lamotrigine et le niveau d'exposition de l'enfant allaité. Le bébé d'une autre maman avec la même posologie pourra parfaitement avoir des taux beaucoup plus élevés.

## OBSERVATIONS

Quelles conclusions tirer de cette situation ?

- La recherche d'informations sur la compatibilité des médicaments en cas d'allaitement prend du temps et s'en préoccuper pendant la grossesse est essentiel.
- Les données communiquées doivent être factuelles, basées sur des études récentes et ne doivent pas être des opinions qui n'engagent que l'interlocuteur.
- Les informations communiquées par le CRPV de Lyon correspondent à ce cas particulier et il est nécessaire de faire appel à son expertise au cas par cas.
- Il faut savoir recouper les informations et solliciter l'avis d'un interlocuteur spécialisé quand la maman prend plusieurs molécules qui peuvent interférer entre elles. Le CRPV de Lyon est une excellente ressource.
- En cas de monothérapie d'un médicament anti-épileptique, l'allaitement est généralement possible moyennant une surveillance (clinique et/ou biologique) de l'enfant dont il faut discuter les modalités avant l'accouchement.
- L'évaluation de la compatibilité d'un traitement maternel avec l'allaitement repose sur des données de pharmacocinétique : liaison aux protéines plasmatiques, demi-vie du médicament, biodisponibilité orale... mais nécessitent également des informations complètes sur la mère, son enfant et le mode d'allaitement (indication du traitement, posologie,

âge de l'enfant, son terme, son poids, caractère exclusif ou non de l'allaitement...).

- Il s'agit d'une balance bénéfices/risques en sachant que le risque n'est pas uniquement celui du médicament qui serait présent dans le lait maternel, mais aussi celui du non-allaitement ou d'un sevrage prématuré.
- La décision revient aux parents dans le cadre d'un choix éclairé. Doser la molécule dans le sang de l'enfant est une option, de même qu'envisager un allaitement partiel plutôt qu'un sevrage total.

A l'issue de son expérience, voilà ce que dit la maman : « La décision d'allaiter sous médicament a été très difficile et, encore aujourd'hui, j'espère avoir fait le bon choix. Mon cas n'est pas un exemple à suivre à tout prix, chaque parent doit en comprendre les conséquences. Des effets très graves auraient pu se produire, notamment cutanés, avec un risque vital engagé pour l'enfant. Seul l'avis le plus détaillé que j'ai reçu, avec des exemples et de vraies études, m'a permis de prendre ma décision. C'est donc avant tout un choix personnel et éclairé. En contactant le CRPV de Lyon, mon cas vient en outre alimenter ses données et éclairer davantage les mères voulant allaiter. » Et pour conclure, elle ajoute : « Mon épilepsie me prive de beaucoup de choses, mais je n'avais pas envie qu'elle me prive de cette relation privilégiée avec ma fille. J'avais envie d'être une maman « normale » et pas « malade » comme je l'avais été durant toute la grossesse. »

**Marie Courdent**, consultante en lactation IBCLC, DIU Lactation humaine Allaitement maternel, formatrice conseil Am-f, animatrice LLL, puéricultrice PMI.

*L'auteur ne déclare pas de conflit d'intérêt en lien avec le sujet traité.*

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] [http://www.lecrat.org/article.php3?id\\_article=618](http://www.lecrat.org/article.php3?id_article=618) - dernière consultation le 22 juillet 2014

[2] Leche League France. Médicaments et allaitement. Le coin du prescripteur. 2013

[3] Hale Thomas. Medications and Mother's Milk 2012: A Manual of Lactational Pharmacology. Hale Publishing, 15<sup>e</sup> édition, Etats-Unis, juin 2012

[4] La lettre d'information de la fondation française pour la recherche sur l'épilepsie mai 2010  
[http://www.fondation-epilepsie.fr/pdf/recherches\\_et\\_perspectives/R\\_P-mai2009.pdf](http://www.fondation-epilepsie.fr/pdf/recherches_et_perspectives/R_P-mai2009.pdf) consulté le 17/7/2014

[5] Centre de pharmacovigilance de Lyon. Anti-épileptiques de nouvelle génération au cours de la grossesse ou de l'allaitement. Fiche technique de toxicovigilance Vigitox. n° 47, décembre 2011  
[http://www.centres-antipoison.net/lyon/Vigitox47/Vigitox\\_N47\\_Fiche\\_Technique.pdf](http://www.centres-antipoison.net/lyon/Vigitox47/Vigitox_N47_Fiche_Technique.pdf) consulté le 17/7/2014

