



# Le coin du prescripteur



## Traiter les rhumes et les états grippaux

Pendant la période hivernale, de nombreuses mères demandent des informations sur l'utilisation des médicaments pour le traitement des rhumes et des syndromes grippaux. Les produits les plus fréquemment utilisés pour ce faire sont les antihistaminiques, les décongestionnants, les analgésiques et anti-inflammatoires, et les expectorants.

Dans l'ensemble, et d'après les études effectuées sur ces produits, la plupart de ces médicaments ont une efficacité discutable sur les symptômes du rhume ou de la grippe. A moins que la mère souhaite absolument les utiliser, il est donc préférable de les éviter, ou de les utiliser le moins longtemps possible. La plupart de ces molécules seront excrétées dans le lait en quantité trop faible pour induire des effets secondaires chez l'enfant allaité. Toutefois, comme il existe peu de données sur l'excrétion lactée de bon nombre d'entre elles, et comme de nombreuses spécialités sont en vente libre, il est nécessaire de mettre la mère en garde contre un usage immodéré. Par ailleurs, bon nombre de ces produits sont des cocktails contenant des antihistaminiques, des décongestionnants, de l'acide acétylsalicylique, du paracétamol, de l'ibuprofène, de l'alcool, de la caféine... Il sera préférable de recommander à la mère allaitante une spécialité ne contenant qu'un ou deux produits actifs.

### Les antihistaminiques

Alors que le principal effet secondaire chez les adultes est la sédation, on pourra observer un effet paradoxal chez les jeunes enfants : agitation, trémulations, insomnie. Une étude de Ito et al (1993), portant sur les effets secondaires observés chez un enfant allaité et liés à la prise d'un médicament par la mère, a constaté que dans 10,1% des cas un antihistaminique était en cause, même si ces effets secondaires étaient mineurs et transitoires.

S'ils sont efficaces pour le traitement des rhinites allergiques, les antihistaminiques sont à peu près inefficaces pour traiter les symptômes de rhume ou de grippe. Par ailleurs, il existe peu de données sur l'excrétion lactée de la plupart d'entre eux. Si une mère souhaite absolument prendre des antihistaminiques, il est préférable de prescrire un produit aussi peu sédatif et anticholinergique que possible tel que la loratadine (Clarityn®), ou la cétirizine (Virlix®, Zyrtec®). L'excrétion lactée de ces produits est faible, et ils sont considérés comme les molécules à utiliser en première intention dans cette classe de médicaments, ainsi que la tripolidine (en association dans Actifed rhume® ou Actifed toux sèche®).

### Les décongestionnants

Ils sont uniquement utilisés pour diminuer la congestion au niveau des voies aériennes supérieures. Par ailleurs, plusieurs études récentes suggèrent que chez les femmes allaitant depuis

longtemps (plus de 10 mois), ils peuvent abaisser significativement la production lactée ; il faut donc faire preuve de prudence, d'autant qu'ils induisent une forte accoutumance : la congestion réapparaît au bout de 12 heures, ce qui amène le patient à utiliser encore et encore le produit. Leur utilisation locale prolongée peut endommager gravement la muqueuse nasale. Ce type de produit devrait donc être utilisé uniquement ponctuellement, d'autant qu'il existe très peu de données sur l'excrétion lactée de ces molécules. Impact théoriquement possible chez le bébé allaité : irritabilité, insomnie, tachycardie.

La pseudoéphédrine, présente dans diverses spécialités en vente libre, est la plus utilisée. Une étude a estimé que l'enfant allaité recevait en moyenne 4,3% de la dose maternelle ajustée pour le poids. La même étude a constaté une baisse moyenne de 24% de la production lactée sur 24 heures chez les femmes qui avaient pris une dose unique de 60 mg de pseudoéphédrine par rapport à des femmes qui avaient pris un placebo. La mère devrait être avertie de cet effet secondaire.

Les décongestionnants en spray locaux tels que l'oxymétazoline (Aturgyl®, Déturgylone® en association) et autres produits de la même famille, peuvent être relativement utiles à court terme, mais il n'existe aucune donnée sur leur excrétion lactée, et ces produits ne sont pas utilisés chez les enfants de moins de 12 ans. On peut envisager l'utilisation d'un spray pendant 3 à 4 jours au maximum, avec prudence, si l'enfant n'est plus un nourrisson. Eviter les spécialités contenant de la naphazoline (Dérinox®, Frazoline®), dont la demi-vie est longue.

### Les analgésiques et les anti-inflammatoires

Le paracétamol et l'ibuprofène (nombreuses spécialités) sont de bons choix en première intention. Ils sont couramment utilisés chez de jeunes enfants, et leur passage lacté est très faible.

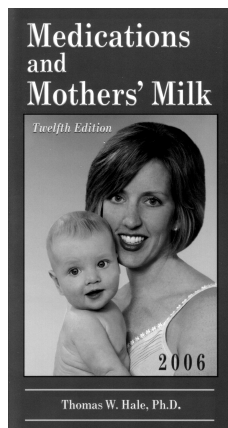
#### Medications and Mothers' Milk 2006

##### Prix (port compris) :

40,00 € en France  
42,50 € 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@lilfrance.org](mailto:dossiers@lilfrance.org)



Avec les posologies courantes, on estime que l'enfant reçoit au maximum 3,8 mg/kg/jour de paracétamol via le lait maternel, soit environ 10% de la dose pédiatrique ; quant à l'ibuprofène, son taux lacté était trop bas pour être détectable chez 12 femmes ayant reçu à 5 reprises 400 mg toutes les 6 heures, ainsi que chez une femme qui en avait absorbé 400 mg 2 fois/jour pendant 17 jours.

L'acide acétylsalicylique (nombreuses spécialités) est, lui aussi, couramment utilisé chez les nourrissons, et compatible avec l'allaitement en utilisation de courte durée (il est déconseillé pendant la première semaine post-partum). On estime que l'enfant allaité reçoit environ 2 mg/kg d'acide acétylsalicylique dans les 24 heures suivantes si la mère en prend 500 mg/jour, 5,4 mg/kg pour une prise maternelle de 1000 mg, et 12 mg/kg suite à la prise de 1500 mg.

### Les expectorants

Il n'existe aucune donnée sur l'excrétion lactée de l'acétylcystéine (Broncoclair®, Exomuc®, Fluimucil®, Mucovalor®, Mucomyst®, Solmucol®, Tixair®...), de la carbocistéine (Bronchathiol®, Bronchokod®, Fluditec expectorant®, Rhinathiol®...), de l'erdostéine (Vectrine®), ou de la guaifénésine (Vicks expectorant®, et en association dans d'autres spécialités). D'après les données existantes, ils sont d'une utilité discutable : la plupart des études ont conclu à leur inefficacité. Cela dit, ces produits ont dans l'ensemble une faible toxicité. Leur utilisation par les mères allaitantes ne devrait poser aucun problème. Choisir de préférence un produit utilisé en pédiatrie. L'ambroxol (Muxol®, Surbronc®), et la bromhexine (Bisolvon®), contiennent du brome ; ce dernier se concentre fortement dans le lait, et des effets secondaires ont été rapportés chez des enfants allaités par des mères prenant un produit bromé. Ces 2 produits sont donc déconseillés.

### Les antitussifs

La codéine (Codedrill®, Néo-Codion®, Padéryl® et autres produits, seule ou en association) est un opiacé, qui a également un impact analgésique et sédatif. Elle est excrétée dans le lait de façon dose-dépendante. Un impact sur l'enfant est plus à craindre pendant les 2 premières semaines post-partum. 4 cas d'apnée néonatale ont été décrits chez des nourrissons dont la mère prenait 60 mg de codéine toutes les 4 à 6 heures ; la codéine n'était pas détectable dans le sang des nourrissons, mais l'apnée a disparu à l'arrêt du traitement maternel. Une constipation chez le bébé allaité semble également possible (voir p.9 de ce numéro : *Constipation dans un ciel serein*). Dans une autre étude, le taux lacté moyen était de 140 µg/l après la prise de 60 mg de codéine, et les auteurs estimaient que 0,7 mg de codéine seraient excrétés dans le lait après la prise par la mère de 12 doses de 60 mg en l'espace de 48 heures.

Le dextrométhorphan (Dexir®, Drill toux sèche®, Pulmo-dexan®...) est couramment utilisé en pédiatrie. Il n'existe aucune donnée sur son excrétion lactée, mais il est hautement improbable qu'il puisse avoir le moindre impact sur le nourrisson allaité. L'éthylmorphine (Vegetoserum®...) est utilisée chez les enfants à partir de 6 ans. Il n'existe aucune donnée sur son excrétion lactée. Il en est de même pour la noscapine (Tussisédal® en association), qui est utilisée chez les enfants à partir de 30 mois. On ne sait rien non plus de l'excrétion lactée de la pholcodine (nombreuses spécialités), qui est également utilisée en pédiatrie.

Dans l'ensemble, les antitussifs sont utilisables pendant l'allaitement. La codéine reste la mieux étudiée. La mère sera mise en garde contre une utilisation prolongée, ou à des doses supérieures aux posologies courantes.

### Divers

L'alpha-amylase (Maxilase®, Mégamylase®, Ribamylase®) est une enzyme à visée anti-inflammatoire. Il n'existe aucune donnée sur son excrétion lactée, mais elle existe sous forme de sirop utilisable chez les nourrissons.

Les préparations en inhalations, en fumigation ou en aérosols sont couramment utilisées. Elles contiennent habituellement des huiles essentielles. A noter que certains produits contenant des terpènes tels que le camphre sont contre-indiqués chez les enfants de moins de 30 mois. Il n'existe aucune donnée sur le passage lacté des composants de ce type de produits (Aromasol®, Balsosulmine®, Essence algérienne®, Gomenol®, Perubore®, Vicks inhaler®...). Il est peu probable que ce passage soit significatif, mais il reste préférable d'être prudent. Eviter de faire les fumigations / inhalations dans la pièce où se trouve le bébé. La pommade Vicks Vaporub® est utilisable chez les adultes et les enfants de plus de 6 ans en application cutanée. L'application sur le torse d'une mère allaitante est contre-indiquée.

### Le vaccin anti-grippal

Les vaccins inactivés contre la grippe sont compatibles avec l'allaitement. Un vaccin à virus vivant, administré en spray par voie nasale, est disponible dans certains pays, mais ce vaccin pourrait augmenter le risque de survenue d'une grippe chez l'enfant dans les jours qui suivent son administration chez sa mère. Jusqu'à plus ample informé, il est donc préférable d'utiliser un vaccin inactivé.

### Références

- *Medications and Mothers' Milk*. T Hale. Ed Pharmasoft Medical Publishing, 2006.
- *Drugs in pregnancy and lactation*. GC Briggs, RK Freeman, SJ Yaffe. Ed Williams & Wilkins, Baltimore, 2005.
- *Médicaments et allaitement*. B de Schuiteneer, B de Coninck. Centre anti-poison de Bruxelles, 1996. Ed Arnette Blackwell.
- *Cold and flu season*. TW. Hale Ph.D. Professeur en pédiatrie, 2004. Communication personnelle.
- *Breastfeeding and over-the-counter medications*. FJ Nice, JL Snyder, BC Kotansky. *J Hum Lact* 2000 ; 16(4) : 319-331.
- *Use of cough and cold preparations during breastfeeding*. JL Mitchell. *J Hum Lact* 1999 ; 15 : 347-49.
- *Prospective follow-up of adverse reactions in breast-fed infants exposed to maternal medications*. S Ito et al. *Am J Obstet Gynecol* 1993 ; 168 : 1393-9.
- *Oral Antihistamines/Decongestants and breastfeeding*. P Ghaeli, MB Kaufman. *J Hum Lact* 1993 ; 9(4) : 261-62.
- *Use of nonnarcotic analgesics during breastfeeding*. AM Ebert. *J Hum Lact* 1997 ; 13(1), 61-64.
- *Pseudoephedrine : effects on milk production in women and estimation of infant exposure via breastmilk*. LP Hackett, K Aljazaf, TW Hale, et al. *Annual ILCA Conference 2003, 1-3 August, Sydney, Australia*. *J Hum Lact* 2004 ; 20(2) : 218-19.
- *Codine and the breastfed neonate*. RG Meny, EG Naumburg, LS Alger, JL Brill-Miller, S Brown. *J Hum Lact* 1993 ; 9(4) : 237-40.