



Le coin du prescripteur



Les médicaments de l'hyperacidité gastrique

Ces molécules sont utilisées pour le traitement de l'ulcère gastrique et duodénal, ainsi que pour le traitement de l'infection à *Helicobacter pylori*, en conjonction avec d'autres médicaments. Leur excrétion lactée est variable. Certaines spécialités sont en vente libre.

Les antagonistes de l'effet H2 de l'histamine

La cimétidine (Cimétidine GNR[®], Cimétidine-ratiopharm[®], Stomédine[®], Tagamet[®]).

Sa demi-vie est d'environ 2 heures (un peu plus longue chez le nourrisson). Sa biodisponibilité orale est d'environ 70%, et elle est liée à 20% aux protéines plasmatiques. Cette molécule n'est normalement pas utilisée chez des nourrissons, mais peut être prescrite en cas de RGO sévère non contrôlé par un traitement standard, à la posologie de 8 à 20 mg/kg/jour. Le pic lacté est plus tardif que le pic plasmatique. La cimétidine est excrétée dans le lait par un mécanisme actif, avec un rapport lait/plasma allant de 4,6 à 11,8. Toutefois, la dose reçue par l'enfant ne dépasse pas 1 à 6% de la prise maternelle, ce qui représente environ 10% de la posologie pédiatrique. Théoriquement, la cimétidine peut abaisser le taux d'acidité gastrique et avoir un impact sur le système nerveux central des enfants. Elle interfère aussi avec l'élimination de nombreux autres médicaments. Il sera donc nécessaire d'être prudent si l'enfant reçoit des médicaments avec lesquels la cimétidine absorbée par le biais du lait maternel peut interférer. La cimétidine est considérée par les spécialistes comme compatible avec l'allaitement.

La famotidine (Pepcidac[®], Pepdine[®])

Sa biodisponibilité orale est de 40 à 45%, elle est liée à environ 17% aux protéines plasmatiques, et sa demi-vie est de 2,5 à 3,5 heures. Elle passe moins dans le lait que la cimétidine et la ranitidine. Une étude portant sur 8 femmes ayant absorbé 40 mg de famotidine a retrouvé un pic lacté moyen de 72 µg/l, 6 heures après la prise, avec un rapport lait/plasma variant entre 0,41 et 1,78. Elle peut être utilisée chez des jeunes enfants à la posologie de 1 à 2 mg/kg/jour. A priori, son passage lacté plus faible que celui des autres molécules de cette classe ferait de la famotidine une molécule intéressante, mais il n'existe actuellement aucun consensus quant à son utilisation pendant l'allaitement.

La nizatidine (Nizaxid[®])

Sa biodisponibilité orale est de 70%, et sa demi-vie est de 1,1 à 2,8 heures. Liaison aux protéines plasmatiques : environ 35%. Elle a 3 métabolites peu actifs. Il n'existe qu'une étude sur

l'utilisation de la nizatidine chez des mères allaitantes ayant pris soit une dose unique de 150 mg, soit 150 mg 2 fois par jour pendant 2,5 jours. Le rapport lait/plasma variait de 1 à 4,9. Le passage lacté représentait moins de 0,1% de la dose maternelle, l'enfant absorbant au maximum 0,18 mg/kg/jour de nizatidine par le biais du lait maternel. Les auteurs conseillaient d'attendre 6 à 8 heures après la prise afin d'abaisser au maximum le risque éventuel pour l'enfant allaité.

La ranitidine (Azantac[®], Raniplex[®], Ulcirex[®])

Sa biodisponibilité orale est de 50%, elle est liée à 15% aux protéines plasmatiques, et sa demi-vie est d'environ 2,5 heures. Il n'existe que deux études sur le passage lacté de la ranitidine. Le taux lacté était globalement nettement plus élevé que le taux sérique. Le rapport lait/plasma était le plus élevé 12 heures après la prise ; il allait de 0,6 à 23,7 suivant les mères et suivant le temps écoulé depuis la prise. On pouvait estimer que l'enfant recevait au maximum 2,6 mg/jour de ranitidine via le lait maternel, ce qui correspond à environ 20% de la dose pédiatrique (2 à 4 mg/kg/jour). On manque de données pour cette molécule, mais on peut vraisemblablement l'utiliser avec les mêmes précautions que la cimétidine.

Les inhibiteurs de la pompe à protons

Le lansoprazole (Lanzor[®], Ogast[®])

Il est détruit en milieu acide, et doit être administré sous forme de granules gastrorésistants permettant son absorption en milieu entérique. Il est lié à 97% aux protéines plasmatiques, et sa demi-vie est de 1,4 heures. Aucune étude n'existe sur son passage lacté chez la femme, mais des études chez des animaux ont montré qu'il était excrété dans le lait. Toutefois, ce que l'enfant allaité absorbera sera probablement détruit dans son estomac. Aucun effet secondaire n'a été rapporté chez des enfants allaités par une mère traitée par lansoprazole, et cette molécule peut être utilisée chez le bébé en cas de RGO sévère. Cependant, il n'existe pas de consensus quant à son utilisation chez la mère allaitante. L'effet secondaire éventuellement possible est une diminution de l'acidité gastrique chez le bébé.

L'oméprazole (Mopral[®], Zoltum[®])

Lui aussi est détruit en milieu acide. Il est lié à 95% aux protéines plasmatiques, et sa demi-vie est d'environ 1 heure.

Aucune étude n'existe sur son passage lacté. Il peut être utilisé en pédiatrie à la posologie de 1 mg/kg/jour. On peut supposer que l'essentiel de ce qui passera dans le lait maternel sera détruit dans l'estomac du bébé, mais là encore il n'existe aucun accord concernant son utilisation pendant l'allaitement.

Autre

Le misoprostol (Cytotec®)

C'est un analogue de la prostaglandine E1. Il est très rapidement métabolisé en son métabolite actif. Sa demi-vie est d'environ 1h30, il est lié à 80-90% aux protéines plasmatiques. Aucun effet secondaire n'a été rapporté, et sa métabolisation rapide alliée à sa forte liaison aux protéines plasmatiques laissent supposer que son passage lacté est très faible. Les effets iatrogènes éventuels sont des coliques ou une diarrhée. Dans la mesure où on ne sait rien de son passage lacté, il reste préférable de l'éviter pendant l'allaitement.

Les antiacides et pansements gastro-oesophagiens

Le sucralfate (Kéal®, Ulcar®)

C'est un sel d'aluminium et de saccharose, utilisé comme pansement gastrique. Il adhère à l'ulcération gastrique et crée une barrière protectrice. Seulement 1 à 2% de la dose absorbée per os passent dans la circulation sanguine. Bien qu'il n'existe aucune donnée sur son passage lacté chez la femme, il est très improbable que ce passage soit significatif et pose un quelconque problème pour l'enfant allaité. Des ions aluminium sont libérés et peuvent passer dans la circulation sanguine, à des taux qui restent toutefois trop faibles pour poser un problème à l'enfant allaité (l'aluminium passe très peu dans le lait). Il est donc utilisable pendant l'allaitement. Il est toutefois conseillé de ne pas prolonger le traitement au-delà de ce qui est nécessaire pour traiter l'ulcère.

Les sels d'aluminium, de calcium ou de magnésium, le bicarbonate de sodium...

Ces antiacides (Dextoma®, Gastrex®, Gaviscon®, Gelusil®, Isudrine®, Maalox®, MAB®, Moxydar®, Phosphalugel®, Prefagyl®, Rennie®, Riopan®, Rocgel®, Supralox®, Ulfon®) sont habituellement utilisés seuls ou en association avec un pansement gastrique. Ils sont utilisés en pédiatrie. Le taux lacté de calcium est très peu affecté par les apports maternels en calcium ; la même observation a été faite pour le magnésium et le sodium. Par contre, les ions bicarbonate passent bien dans le lait, et peuvent éventuellement induire une alcalose métabolique chez un petit nourrisson. Ces produits peuvent être utilisés sans risque par une mère allaitante. Pour une utilisation au long cours, il sera préférable de les utiliser à dose réduite ou en combinaison avec un autre produit, ou de choisir un produit peu chargé en aluminium ou en bicarbonate.

Les pansements et adsorbants

Ils comprennent les argiles (Actapulgit® , Bedelix®, Smecta®) et les silicones (Gel de Polysilane®, Pepsane®). Il n'existe aucune étude sur le passage de ces composés dans le

lait maternel. Toutefois, dans la mesure où ils ne sont pas résorbés et où leur toxicité est quasiment nulle, ils peuvent être utilisés pendant l'allaitement.

Références – Bibliographie

- Σ *Gastrointestinal medications and breastfeeding.* TM Hagemann. *JHL* 1998 ; 14(3), 259-62.
- Σ *Médicaments et allaitement.* B de Schuiteneer, B de Coninck. Centre anti-poison de Bruxelles, 1996. Ed Arnette Blackwell.
- Σ *Drugs in pregnancy and lactation.* Briggs, Freeman, Yaffe. Ed Williams & Wilkins, Baltimore, 1998.
- Σ *Medications and mothers' milk.* T Hale, Pharmasoft Medical Publishing, 1998-99.