Le coin du prescripteur

Médicaments utilisés en gastro-entérologie (1ère partie)

De très nombreux médicaments gastro-intestinaux sont en vente libre. Beaucoup peuvent être utilisés pendant l'allaitement. Les femmes doivent être mises en garde contre l'utilisation régulière de certains produits. Bien que très peu d'effets secondaires aient jamais été rapportés avec tous ces médicaments, le prescripteur doit rester prudent dans leur utilisation lorsque des effets secondaires sont théoriquement possibles.

Les laxatifs

Ces traitements sont très largement disponibles sans ordonnance. Ils appartiennent à des classes très variées. Certains sont inoffensifs, d'autres peuvent induire des effets indésirables significatifs la personne traitée, et sont donc à éviter.

Les produits de lest

Ces substances (mucilages, gommes de guar, son…) n'ont aucun passage systémique. Ils représentent le premier choix pendant l'allaitement.

L'huile de paraffine (Lansoÿl®, Lubentyl®, Parlax®)

Utilisée comme lubrifiant, elle n'est pas absorbée non plus ; à noter qu'elle peut induire une diminution de l'absorption des vitamines liposolubles (A, D, E, K) et induire des carences en cas d'utilisation au long cours, le taux lacté de ces vitamines étant souvent fonction de l'absorption maternelle.

Les laxatifs osmotiques

L'hydroxyde de magnésium (Carbonex®, Chlorumagène®) est moyennement résorbé par voie orale. Le magnésium est utilisé à doses massives par voie parentérale en cas d'éclampsie, et même à ces doses on n'observe pas d'augmentation franche du taux lacté de magnésium. Chez 10 femmes qui ont reçu une dose de charge de 4 g de sulfate de magnésium en IV, puis 1 g par heure jusqu'à 24 heures post-partum, le taux colostral de magnésium était de 64 mg/l en fin de traitement, contre 48 mg/l chez les femmes du groupe témoin, et ce taux était similaire chez toutes les femmes 72 heures plus tard (*Cruikshank*). Il peut donc être utilisé pendant l'allaitement.

Les sucres et polyols (lactitol : Importal® ; lactulose : Duphalac®, Lactulose®, Transulose®… ; pentaérythriol : Auxitrans® ; sorbitol : Hépacholine®, Hépargitol®, Nivabetol®…), **les polymères** et autres laxatifs osmotiques sont peu ou non résorbés, et peuvent être utilisés chez la femme allaitante ; en cas de prise importante de certains d'entre eux, l'enfant pourrait éventuellement présenter une diarrhée.

Les anthraquinones (Agiolax®, Dragées Fuca®, Modane®, Sénokot®…)

Elles sont faiblement absorbées par voie orale, mais les études effectuées donnent des résultats contradictoires. Quelques cas de diarrhée ont été rapportés chez des enfants allaités par une mère prenant une spécialité contenant du séné, mais rien ne permet d'affirmer que le séné était en cause. Dans une étude, les enfants de 50 mères traitées par Sénokot® n'ont présenté aucun effet secondaire (*Baldwin*). Dans une autre étude, 25 mères allaitant un enfant de 2,5 à 15 mois ont pris 100 mg de Sénokot® ; aucun passage détectable dans leur lait n'a été constaté (*Werthmann*). 15 mères ont présenté une diarrhée, ainsi que 3 enfants (dont un enfant dont la mère n'avait pas présenté de diarrhée). Les mères dont l'enfant avait présenté une diarrhée ont reçu une dose double de Sénokot® ; le séné n'était toujours pas détectable dans leur lait, et aucun enfant n'a présenté de diarrhée. Les auteurs ont donc conclu qu'un autre facteur pouvait avoir induit la diarrhée. Le métabolite actif du séné, la rhéine, est excrété dans le lait en quantités infimes (*Faber*). Des mères allaitantes ont pris 5 g de séné/jour pendant 3 jours ; elles ont excrété en moyenne 0,007% des substances actives dans leur lait, et aucune modification des selles n'a été constatée chez leurs bébés. Le séné est considéré comme utilisable pendant l'allaitement.

Une étude (*Tyson*) fait état de selles plus molles chez des enfants dont la mère avait pris 1,2 ml d'extrait de cascara à J5. Mais une autre étude (*Duncan*) comparant l'impact du séné et du cascara en post-partum précoce n'a constaté aucun cas de diarrhée chez les nourrissons de 142 mères qui ont reçu 400 mg d'un extrait de cascara à J3, pas plus que chez les enfants des 148 mères de cette étude qui ont pris du séné.

Autres laxatifs

Le bisacodyl (Contalax®, Dulcolax®) est faiblement résorbé, et un passage lacté significatif semble improbable. Il peut être utilisé pendant l'allaitement sans risque, mais la possibilité de coliques chez le nourrisson n'est pas totalement à exclure.

Le picosulfate (Fructines au picosulfate de sodium®) est faiblement résorbé, et un passage lacté significatif semble improbable. Il peut être utilisé pendant l'allaitement sans risque, mais la possibilité de coliques chez le nourrisson n'est pas totalement à exclure.

Le docusate de sodium (Jamylène®) a été étudié chez 35 mères allaitantes à la dose de 120 mg/jour (les mères prenant également une anthraquinone) à l'occasion d'une étude randomisée en aveugle. Une mère a fait état de diarrhée chez son bébé, mais la relation avec la prise du laxatif n'a pas été démontrée (*Greenhalf*).

Les antidiarrhéïques

Les ralentisseurs du transit

Le lopéramide (Arestal®, Imodium®, Nabutil®) est très faiblement résorbé par voie orale et lié à 97% aux protéines plasmatiques. La posologie pédiatrique est de 0,08 à 0,24 mg/kg/jour. Le passage lacté de son précurseur, l'oxyde de lopéramide, a été étudié chez 6 femmes qui en ont reçu 2 doses de 4 mg à 12 heures d'intervalle 18 à 47 heures après l'accouchement (*Nikodem*). Il passe faiblement dans le lait maternel, le taux lacté maximum relevé étant de 0,43 µg/l, le taux moyen étant de 18 µg/l 12 heures après la première prise, 27 µg/l 6 heures après la seconde prise, et 19 µg/l 24 heures après la seconde prise. Il est considéré comme compatible avec l'allaitement, mais il reste préférable de limiter la posologie à 4 mg/jour, et que le traitement soit de courte durée.

Le fabricant fait état d'une excrétion lactée du **diphénoxylate**, mais on manque de données sur ce passage ; il est associé à l'atropine (Diarsed®, non utilisé avant 30 mois), sur le passage lacté de laquelle on manque aussi de données ; toutefois, aucun effet iatrogène n'a été rapporté dans la littérature médicale chez des enfants allaités par une mère prenant une association de diphénoxylate et d'atropine ; s'il reste préférable de l'éviter, elle est toutefois considérée comme éventuellement utilisable chez la femme allaitante, avec précaution et pour un traitement court. A noter que l'atropine (bien que passant peu dans le lait) diminue la production lactée et a une durée de vie très longue.

Chaque comprimé d'opium (Parégorique Lafran®) contient l'équivalent de 0,5 mg de morphine (mais également 2 mg de camphre, produit contre-indiqué avant 3 ans). La biodisponibilité orale de la morphine est médiocre. La dose utilisée en pédiatrie est de 0,05 à 0,1 mg/kg toutes les 4 à 6 heures ; le taux sanguin thérapeutique est de 0,007 à 0,034 mg/l. Globalement, les études portant sur son excrétion lactée concluent que l'utilisation épidurale, IM, ou IV de morphine de façon ponctuelle, à des doses nettement plus élevées que l'apport réalisé par le Parégorique, ne présentait pas de problème pour le bébé allaité (*Baka, Bernstein, Feilberg, Kwit, Terwilliger, Wittels…*). La morphine est considérée comme l'un des meilleurs choix parmi les opiacés pendant l'allaitement. Voir également le coin du prescripteur des Doss All n°72 pour davantage de détails sur les données existantes.

Antisécrétoire intestinal

Il n'existe aucune donnée sur l'excrétion lactée du **racécadotril** (Tiorfan®). Ce produit a une toxicité très faible. Sa demi-vie est courte, il est fortement lié aux protéines plasmatiques. Il est utilisé chez les nourrissons. Il est utilisable pendant l'allaitement.

Anti-infectieux intestinaux

Parmi les antibactériens, on utilise **la colistine** (Colimycine®), et **le nifuroxazide** (Bifix®, Ercéfuryl®, Panfurex®…). Pris par voie orale, ces produits ne sont quasiment pas absorbés par la muqueuse intestinale normale, et le passage lacté sera donc nul ou infime. De plus, ils sont utilisés chez les bébés. Même une administration parentérale ne donnent lieu qu'à un passage lacté très faible, et la colistine peut même être utilisée par voie parentérale chez des nourrissons y compris des prématurés.

Parmi les antifongiques intestinaux, on utilise **l'amphotéricine B** (Fungizone®), et **la nystatine** (Mycostatine®). Il n'existe aucune donnée sur leur excrétion lactée. Toutefois, leur biodisponibilité orale est très faible. Ils sont également couramment utilisés en pédiatrie. L'amphotéricine B est, par exemple, utilisée par voie parentérale chez des nourrissons, y compris des prématurés ; son poids moléculaire est élevé, et elle est fortement liée aux protéines plasmatiques. Ces produits sont compatibles avec l'allaitement.

Autres

Les adsorbants (argile, kaolin, charbon de bois, pectine…) n'ont quasiment aucune toxicité, et leur passage systémique est nul ou négligeable. Ils peuvent être prescrits sans aucun risque, et doivent représenter le premier choix chez la femme allaitante.

Les micro-organismes et **probiotiques** (Bacilor®, Lactéol®, Lyo-bifidus®, Ultra-levure®) : il n'existe aucune donnée sur l'éventuel passage lacté des micro-organismes, mais leur toxicité est très faible, et ils sont également utilisés chez les jeunes enfants.

Les lactoprotéines méthyléniques (Sacolène®) sont utilisées chez les nourrissons. **La salicaire** (Salicairine®) est une plante utilisée comme antiseptique intestinal. **Diaralia®** est un produit homéopathique. Il n'existe aucune donnée sur l'excrétion lactée de ces produits, mais leur toxicité est très faible, et un impact sur l'enfant allaité est hautement improbable.

Les antiflatulents

Il n'existe aucune donnée sur l'excrétion lactée de **la diméticone** (Gel de polysilane Upsa®, Siligaz®) et de **la siméticone** (diverses spécialités où elle est associée à des adsorbants ou à des pansements intestinaux). Ces molécules sont très peu résorbées par voie orale, et leur toxicité potentielle est quasiment nulle. Elles sont par ailleurs employées chez les nourrissons souffrant de coliques. Ces produits peuvent donc être utilisés pendant l'allaitement.

Traitement des pathologies inflammatoires intestinales

Les dérivés de l'acide aminosalicylique

Les dérivés de l'acide aminosalicylique (4-ASA et 5-ASA – acides 4 et 5 aminosalicyliques) sont utilisés depuis des décennies pour le traitement des maladies inflammatoires chroniques intestinales : maladie de Crohn et rectocolite hémorragique.

L'aminosalicylate de sodium (Quadrasa®)

Ce dérivé du 4-ASA (PAS) est commercialisé sous forme de solution pour lavement. Le passage systémique sous cette forme représente environ 15% du passage auquel donnerait lieu une prise orale. Il existe une étude sur son excrétion lactée (Holdiness), sur une femme qui en a pris une dose unique de 4 g. Le pic lacté (1,1 mg) était observé 3 heures après la prise ; la demi-vie lactée était estimée à 2,5 heures. Les auteurs estimaient qu'un nourrisson exclusivement allaité recevrait au maximum 0,25% de la dose maternelle ajustée pour le poids.

La mésalazine (Fivasa®, Pentasa®, Rowasa®)

Elle passe faiblement dans le lait, mais son métabolite (N-acétyl-5-ASA), inactif sur le plan anti-inflammatoire, y passe bien, et on ignore s'il peut avoir un impact chez l'enfant allaité. Une femme (*Jenss*) prenait 500 mg de mésalazine 3 fois par jour (âge de l'enfant allaité non donné). Un seul échantillon de lait a été analysé, exprimé 5,25 heures après une prise. Le taux lacté de mésalazine était de 0,11 mg/l, et celui de son métabolite était de 12,4 mg/l. Chez une femme qui en prenait 1 g 3 fois par jour, un échantillon de lait prélevé à 1 semaine post-partum 5 heures après une prise contenait 0,1 mg/l de mésalazine, et 18,1 mg/l de N-acétyl-5-ASA (*Klotz*). Un autre échantillon exprimé 4 jours plus tard 5 heures après une dose en contenait respectivement 0,1 mg/l et 12,3 mg/l. Les mêmes auteurs rapportent le cas d'une mère traitée à la même posologie, et chez qui le taux lacté de mésalazine était inférieur à la limite de détection, le taux de N-acétyl-5-ASA étant de 2,2 mg/l. Ils estimaient qu'un enfant exclusivement allaité par une mère prenant 1,5 g/jour de mésalazine recevrait quotidiennement 0,015 mg/kg de mésalazine, et 2,3 mg/kg de N-acétyl-5-ASA.

Christensen et al (1994) ont étudié l'excrétion lactée de la mésalazine chez 12 femmes qui en prenaient à des doses variables. Elles ont donné 1 à 8 échantillons de lait répartis sur une journée, 2 à 4 semaines après la naissance. La mésalazine était indétectable (< 20 µg/l) chez la plupart des femmes. Elle était détectable dans le lait de 3 femmes ; l'une d'entre elles en prenait 3 g/jour per os, la seconde en prenait tous les soirs 1 g sous forme de suppositoire, et la dernière en prenait 1,8 g/jour. Le taux lacté de mésalazine allait de 20 à 81 µg/l. Le N-acetyl-5-ASA était retrouvé dans tous les échantillons de lait, mais il n'existait aucune corrélation claire entre les posologies, le temps écoulé entre la prise et le prélèvement du lait, et le pic lacté. Son taux lacté moyen variait suivant les mères, et allait de 0,24 g/l (chez une femme qui prenait 800 mg/jour de mésalazine) à 10,5 mg/l chez une femme qui en prenait 2 mg/jour. Le taux lacté de N-acetyl-5-ASA le plus élevé était de 16,2 mg/l. En prenant ce taux comme base de calcul, les auteurs estimaient qu'un enfant exclusivement allaité recevrait environ 15 mg/jour de N-acetyl-5-ASA. Une étude (*Silverman*) a porté sur 4 femmes traitées par mésalazine pour une pathologie inflammatoire intestinale. Les auteurs ne précisent pas à quel moment les échantillons de lait ont été prélevés par rapport à la prise. Le taux lacté de mésalazine allait de 4 à 40 µg/l, et celui de son métabolite allait de 5 à 14,9 mg/l. Les auteurs estimait que l'enfant exclusivement allaité recevrait 0,6 à 6 µg/kg/jour de mésalazine, et environ 1000 fois plus de N-acetyl-5-ASA.

Un bébé de 6 semaines a présenté une diarrhée acqueuse 12 heures après la première prise par sa mère d'un suppositoire à 500 mg de mésalazine (elle devait en prendre 2 par jour). Le traitement a été arrêté et repris à 4 reprises, et à chaque fois le bébé a présenté une diarrhée dans les 8 à 12 heures suivant la reprise, la diarrhée disparaissant dans les 8 à 12 heures suivant l'arrêt du traitement (*Nelis*). Un bébé de 4 mois a présenté une thrombose du sinus sagittal supérieur (*Barriuso*). La mère de cet enfant avait pris 1 à 1,5 g/jour de mésalazine pendant la grossesse et l'allaitement, et elle avait brutalement sevré son bébé une semaine avant la survenue chez lui de la thrombose. Les auteurs estimaient que le traitement maternel pouvait être en cause. Dans une étude sur 8 mères traitées par mésalazine, une mère a fait état d'une diarrhée chez son bébé (*Ito*). Mais une autre étude n'a pas constaté davantage d'effets secondaires chez les enfants allaités par 121 mères traitées par mésalazine ou sulfasalazine (*Moretti*) par rapport à 121 mères ne prenant pas de traitement. La mésalazine (mesalamine en anglais) est utilisable pendant l'allaitement. Le bébé sera suivi à la recherche d'une diarrhée.

L'olsalazine (Dipentum®)

L'olsalazine est un précurseur de la mésalazine. Après absorption, la mésalazine est libérée dans le tractus digestif. Voir donc les données sur la mésalazine. Une étude a suivi une femme souffrant de maladie de Crohn, qui avait subi 2 résections intestinales (*Miller*). A 4 mois post-partum, elle a pris une dose unique de 500 mg d'olsalazine ; elle prenait également 17,5 mg/jour de prednisone. Des échantillons de lait ont été prélevés à intervalles réguliers pendant les 48 heures suivant la prise. L'osalazine et ses métabolites actifs étaient indétectables dans tous les échantillons, et le N-acetyl-5-ASA était détecté uniquement dans les échantillons prélevés 10, 14 et 24 heures après la prise, aux taux respectifs de 170, 183 et 264 µg/l. Le bébé allaité n'a présenté aucun effet secondaire.

La sulfasalazine (Salazopyrine®)

C'est une combinaison d'acide 5-aminosalicylique et de sulfapyridine, cette dernière étant à l'origine de la majorité des effets secondaires causés par ce produit. La plupart des études effectuées sur son excrétion lactée ont fait état d'un taux lacté faible, et n'ont pas rapporté d'effets secondaires chez l'enfant allaité (*Azad Khan, Berlin, Christensen 1987 et 1994, Esbjorner, Järnerot).* Une étude a rapporté un cas de diarrhée sanglante chez un bébé allaité, pour laquelle aucune autre cause que le traitement maternel par sulfasalazine n'a été retrouvée (*Bransk*i). La sulfasalazine est considérée comme compatible avec l'allaitement, mais il est recommandé de l'utiliser avec précaution si l'enfant est prématuré ou s'il présente un ictère. Il est prudent de suivre régulièrement l'enfant allaité en cas de traitement maternel. Voir également le coin du prescripteur des Doss All n°76 pour davantage de détails.

Autres produits

Les corticoïdes locaux

Ils sont utilisés pour le traitement de la maladie de Crohn et de la rectocolite par voie rectale (bétaméthasone : Betnesol® ; hydrocortisone : Colofoam®), ou orale (budénoside : Entocort®) sous forme de microgranules gastrorésistants. Les corticoïdes se caractérisent par un très faible passage lacté. De plus, le peu que l'enfant absorbera par le biais du lait maternel sera rapidement détruit dans son tube digestif. Des doses élevées pendant une faible durée 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. Les traitements au long cours font appel à des doses généralement nettement plus basses, encore moins susceptibles de poser un problème. Une étude (*Hale & Ilett*) a constaté que même des doses très élevées étaient peu susceptibles de poser un problème pour l'enfant allaité (et il était possible d'attendre 4 heures après administration en IV d'une dose de 1 g). En cas de traitement au long cours, il sera prudent de surveiller régulièrement l'enfant (croissance, ionogramme...) même si le risque pour l'enfant est plus théorique que réel. Voir aussi Doss All 74.

L'infliximab (Rémicade®)

C'est un anticorps monoclonal utilisé dans le traitement de la maladie de Crohn. D'après les données actuellement disponibles (*Förger*, *Mahadevan, Peltier, Stengel…)* l'infliximab passe

très faiblement dans le lait maternel. C'est une très grosse molécule, et par ailleurs sa biodisponibilité orale est nulle. D'autres études seraient utiles afin de voir dans quelle mesure il est éventuellement susceptible de poser un problème pour l'enfant allaité. S'il reste actuellement impossible d'exclure totalement un effet à long terme sur le système immunitaire de l'enfant (en particulier en cas d'exposition in utero), les données actuelles sont cependant très rassurantes, et il est considéré comme utilisable pendant l'allaitement. Voir le coin du prescripteur des Doss All n°77 pour davantage de détails.

Références – Bibliographie

- *Hagemann TM. Gastrointestinal medications and breastfeeding. J Hum Lact 1998 ; 14(3), 259-62.*
- *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, 2005.*
- *Medications and mothers' milk. T Hale, Pharmasoft Medical Publishing, 2008.*

Ainsi que :

- *American Academy of Pediatrics Committee on Drugs. The transfer of drugs and other chemicals into human milk. Pediatrics. 2001;108:776-89.*
- *Azad Khan AK, Truelove SC. Placental and mammary transfer of sulphasalazine. Br Med J. 1979 ; 2 : 1553.*
- *Baka NE et al. Colostrum morphine concentrations during postcesarean intraveinous patient-controlled analgesia. Anest Analg 2002 ; 94(1) : 184-87.*
- *Baldwin WF. Clinical study of senna administration to nursing mothers: assessment of effects on infant bowel habits. Can Med Assoc J 1963;89:566–8.*
- *Barriuso LM et al. Thrombosis of the superior sagittal sinus in a breast fed infant : secondary to prolonged exposure to mesalazine. Rev Neurol 2003 ; 36 : 1142-4.*
- *Berlin CM Jr, Yaffe SJ. Disposition of salicylazosulfapyridine (Azulfidine) and metabolites in human breast milk. Dev Pharmacol Ther 1980 ; 1: 31-9.*
- *Bernstein J et al. Colostrum morphine concentrations following epidural administration. Anesth Analg 1989 ; 68 : S23.*
- *Branski D et al. Bloody diarrhea—a possible complication of sulfasalazine transferred through human breast milk. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1986 ; 5 : 316-7.*
- *Christensen LA et al. Disposition of 5-aminosalicylic acid and N-acetyl-5-aminosalicylic acid in fetal and maternal body fluids during treatment with different 5-aminosalicylic acid preparations. Acta Obstet Gynecol Scand 1994 ; 73(5) : 399-402.*
- *Christensen LA et al. Salazosulfapyridine and metabolites in fetal and maternal body fluids with special reference to 5-aminosalicylic acid. Acta Obstet Gynecol Scand 1987 ; 66 : 433-5.*
- *Cruikshank DP et al. Breast milk magnesium and calcium concentrations following magnesium sulfate treatment. Am J Obstet Gynecol 1982 ; 143 : 685-8.*
- *Duncan AS. Standardized senna as a laxative in the puerperium. A clinical assessment. Br Med J 1957 ; 1 : 439-41.*
- *Esbjorner E et al. Sulphasalazine and sulphapyridine serum levels in children to mothers treated with sulphasalazine during pregnancy and lactation. Acta Paediatr Scand 1987 ; 76 : 137-42.*
- *Faber P, Strenge-Hesse A. Relevance of rhein excretion into breast milk. Pharmacology 1988 ; 36 (Suppl 1) : 212-20.*
- *Feilberg VL et al . Excretion of morphine in human breast milk. Acta Anaesthesiol Scand 1989 ; 33(5) : 426-8.*
- *Förger F et al. Infliximab in breast milk. Lupus 2004 ; 13 : 753.*
- *Greenhalf JO, Leonard HS. Laxatives in the treatment of constipation in pregnant and breast-feeding mothers. Practitioner 1973 ; 210 : 259–63.*
- *Hale TW, Ilett KF. High dose methylprednisolone therapy in multiple sclerosis – Implications for breastfeeding mothers. University of Western Australia, Dep of Pharmacology, 2001.*
- *Holdiness MR. Antituberculosis drugs and breast-feeding. Arch Intern Med 1984 ; 144 : 1888.*
- *Ito S et al. Prospective follow-up of adverse reactions in breast-fed infants exposed to maternal medication. Am J Obstet Gynecol 1993 ; 168 : 1393-9.*
- *Järnerot G, Into-Malberg MB. Sulphasalazine treatment during breast feeding. Scand J Gastroenterol 1979 ; 14 : 869-71.*
- *Jenss H, Weber P, Hartmann F. 5-Aminosalicylic acid and its metabolites in breast milk during lactation. Am J Gastroenterol 1990 ; 85 : 331.*
- *Klotz U, Harings-Kaim A. Negligible excretion of 5-aminosalicylic acid in breast milk. Lancet 1993 ; 342 : 618-9.*
- *Kwit NT, Hatcher RA. Excretion of drugs in milk. Am J Dis Child 1935 ; 49 : 900-4.*
- *Mahadevan U et al. Intentional infliximab use during pregnancy for induction or maintenance of remission in Crohn's disease. Aliment Pharmacol Ther 2005 ; 21 : 733-8.*
- *Miller LG, Hopkinson JM, Motil KJ et al. Disposition of olsalazine and metabolites in breast milk. J Clin Pharmacol 1993 ; 33 : 703-6.*
- *Moretti ME et al. Prospective follow-up of infants exposed to 5-aminosalicylic acid containing drugs through maternal milk. J Clin Pharmacol 1998 ; 38 (Suppl) : 867.*
- *Nelis GF. Diarrhoea due to 5-aminosalicylic acid in breast milk. Lancet 1989 ; 333 : 383.*
- *Nikodem VC, Hofmeyr GJ. Secretion of the antidiarrhoeal agent loperamide oxide in breast milk. Eur J Clin Pharmacol 1992 ; 42 : 695-6.*
- *Peltier M, James D. Infliximab levels in breast-milk of a nursing Crohn's patient. Am J Gastroenterol 2001 ; 96 : S312.*
- *Silverman DA, Ford J, Shaw I et al. Is mesalazine really safe for use in breastfeeding mothers ? Gut 2005 ; 54 : 170-1.*
- *Stengel JZ, Arnold HL. Is infliximab safe to use while breastfeeding ? World J Gastroenterol 2008 ; 14(19) : 3085-7.*
- *Terwilliger WG, Hatcher RA. The elimination of morphine and quinine in human milk. Surg Gynecol Obstet 1934 ; 58 : 823-6.*
- *Tyson RM, Shrader EA, Perlman HH. Drugs transmitted througt breast milk. Part I: laxatives. J Pediatr. 1937; 11: 824-32.*
- *Vasiliauskas EA et al. Case report : evidence for transplacental transfer of maternally administered infliximab to the newborn. Clin Gastroenterol Hepatol 2006 ; 4 : 1255-8.*
- *Werthmann MW Jr, Krees SV. Quantitative excretion of Senokot in human breast milk. Med Ann Dist Col 1973 ; 42 : 4-5.*
- *Wittels B et al. Exogenous opioids in human breast milk and acute neonatal neurobehavior : a preliminary study. Anesthesiology 1990 ; 73(5) : 864-9.*

SUR L'ALLAITEMENT : UNE THESE

La prise de médicaments pendant l'allaitement : de la théorie à la pratique, à l'officine et dans un cadre associatif

Mme Marie-Laure FONTANETO-HESSEL
Université de Bourgogne – Faculté de Pharmacie – 2008

Dans le cadre de son activité bénévole pour La Leche League France, l'auteur informe des mères qui allaitent sur les traitements médicaux qu'elles doivent prendre. Après avoir passé en revue les données pharmacocinétiques conditionnant l'excrétion lactée des médicaments, elle aborde le rôle du prescripteur et du pharmacien face à la prescription chez une mère allaitante. Enfin, elle analyse dans cette thèse les 182 demandes d'informations qu'elle a reçues en 2007 dans le cadre de son activité bénévole.

Vous pouvez vous la procurer (17 € port compris) auprès de :
Marie-Laure HESSEL – Rue Creusille – 21500 BENOISEY