

Protocole n° 21 de l'Academy of Breastfeeding Medicine

Recommandations pour l'allaitement chez la femme toxicomane.

ABM Clinical Protocol #21 : Guidelines for breastfeeding and substance use or substance use disorder, Revised 2015. Breastfeed Med 2015 ; 10(3) : 135-41.

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 susceptibles d'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.

Objectif

Le choix de l'allaitement par une femme enceinte ou une nouvelle mère qui a des antécédents de toxicomanie, qui est toxicomane, ou qui abuse de substances légales, soulève des questions pour diverses raisons. Le but de ce protocole est de faire des recommandations fondées sur les données scientifiques actuelles pour l'évaluation et le soutien à la femme toxicomane, ou qui présente un problème de consommation de diverses substances, et qui choisit d'allaiter.

Introduction

L'utilisation de substances licites et illicites par les femmes en âge de procréer reste un problème significatif. La National Survey on Drug Use and Health menée en 2013 a constaté que 5,2 % des femmes américaines enceintes âgées de 15 à 44 ans avaient pris des substances illicites pendant le mois précédent (1). 9,4 % consommaient de l'alcool, 2,3 % pratiquaient le binge drinking, 0,4 % ont dit avoir consommé beaucoup d'alcool pendant leur grossesse, et 15,4 % avaient fumé pendant le mois précédent.

Le professionnel de santé qui se trouve en face d'une femme enceinte ou qui vient d'accoucher, qui est toxicomane ou qui a des antécédents de toxicomanie, ou qui abuse de substances légales, et qui souhaite allaiter, sera confronté à des problèmes significatifs. Les femmes dépendantes ont souvent des comportements ou des problèmes qui constituent un risque pour l'enfant allaité, indépendamment de l'impact pharmacologique direct de l'exposition de l'enfant à la drogue. Ces femmes peuvent avoir d'autres facteurs de risque, tels qu'un faible niveau socioéconomique (même si la toxicomanie existe dans toutes les couches sociales), un faible niveau de scolarité, une alimentation de mauvaise qualité, et peu ou pas de suivi prénatal. La polytoxicomanie est la norme dans cette population, avec utilisation d'autres drogues légales comme le tabac et l'alcool. Les substances illicites sont souvent coupées avec des adjuvants dangereux qui font courir à l'enfant un risque supplémentaire. Les toxicomanes ont un risque plus élevé d'infections telles que le VIH et/ou l'hépatite B/C. Les troubles psychiatriques nécessitant un traitement pharmacologique sont également plus fréquents dans cette population, ce qui complique encore les choses, dans la mesure où l'allaitement pourra ne pas être recommandé aux femmes qui prennent certains psychotropes.

Malgré les nombreux facteurs qui font que l'allaitement est un choix difficile chez la femme toxicomane, les enfants exposés aux drogues, qui ont un risque élevé de problèmes médicaux, psychologiques et développementaux, ainsi que leurs mères, pourront tirer des bénéfices substantiels de l'allaitement. Nombre des facteurs décrits ci-dessus font courir des risques à l'enfant, mais les bénéfices du lait maternel et de l'allaitement doivent être analysés soigneusement et de façon approfondie, par rapport aux risques associés à l'exposition de l'enfant aux substances absorbées via le lait maternel. L'analyse fiable des effets secondaires potentiels au niveau du développement de l'enfant exposé à certaines substances est rendue difficile par le manque de données

concernant leur impact sur l'enfant qui n'est pas exposé pendant la grossesse, mais uniquement pendant l'allaitement.

Dans l'idéal, la mère toxicomane qui accouche et souhaite allaiter devrait participer à un programme adapté de traitement de sa toxicomanie, mais ce n'est pas toujours le cas. Un tel programme de traitement de la toxicomanie est souvent indisponible pour ces femmes, il n'est pas forcément adapté aux femmes ou à la situation spécifique d'une femme. Ces limites obligent les professionnels de santé qui voient la femme en période périnatale à s'appuyer sur ce que leur dit la mère, et à tabler sur l'adéquation des services, la compliance maternelle en matière de traitement, la durée depuis laquelle elle a cessé de prendre des drogues, les systèmes de soutien dans la communauté, etc. Dans une étude rétrospective récente menée en Grande Bretagne, le taux de démarrage de l'allaitement était significativement plus bas chez les mères qui consommaient des drogues illicites ou qui étaient sous traitement pour une addiction aux opiacés pendant leur grossesse (14 % contre 50 % dans la population générale – 2). C'était également le cas en Norvège : 77 % (contre 98 % dans la population générale).

Les termes spécifiques utilisés pour décrire l'utilisation ou l'usage incorrect de diverses substances légales et illégales continuent à évoluer, et peuvent varier d'un pays à l'autre, et dans diverses organisations. La 5^{ème} édition du *Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders* regroupe les diverses catégories de dépendance et d'abus de diverses substances dans une unique catégorie de « troubles liés à l'usage de substances », évalués sur un continuum allant de léger à sévère (4).

Il est important de noter qu'il devrait être clairement spécifié que tout type de drogue devrait être évité par les femmes enceintes et allaitantes, sauf prescription pour un problème médical précis. L'utilisation occasionnelle de drogues – légales, illégales, inappropriées, à des doses adéquates ou non – est susceptible d'avoir des conséquences pour le fœtus en développement et pour le bébé, qui sont encore souvent à déterminer, et donc dans l'ensemble toutes les drogues de tous les types devraient être évitées sauf nécessité médicale.

Substances spécifiques

La principale difficulté que devra probablement affronter le professionnel de santé lorsqu'une mère présentant un trouble lié à l'usage de substances souhaite allaiter est le manque de recherches permettant des recommandations scientifiquement fondées. Le tableau 1 présente les deux seuls sites Internet, l'un en anglais et l'autre en espagnol et en anglais, qui sont régulièrement mis à jour et qui présentent des informations actuelles et facilement accessibles sur les drogues et l'allaitement. Il y a eu un certain nombre d'études détaillées sur l'allaitement chez des femmes dépendantes, la plupart d'entre elles ayant conclu que l'allaitement est généralement contre-indiqué chez les mères consommant des drogues illicites (5-8 – III [Niveau de preuve : I, II-1, II-2, II-3 et III fondé sur les définitions des recommandations de la US Preventive Task Force – 9]). Toutefois, on manque de données sur chaque drogue, et ces études sont difficiles à mener. Les données pharmacocinétiques chez les mères allaitantes sont rares pour la plupart des drogues, et fondées sur un petit nombre de sujets et de rapports de cas (7). La plupart de ces drogues passent dans le lait maternel, avec des degrés différents de biodisponibilité entérale (7). La phencyclidine a été retrouvée dans le lait à des taux élevés (10), ainsi que la cocaïne (11), avec intoxication de l'enfant (12). Il existe peu ou pas de données sur l'impact de quantités, même faibles, des autres drogues et/ou de leurs métabolites dans le lait humain sur le développement du bébé, à part ceux discutés ci-dessous.

Méthadone

Chez les femmes dépendantes aux opiacés pendant la grossesse et le post-partum, le traitement par méthadone est le plus utilisé aux États-Unis, au Canada, et dans nombre d'autres pays (13). Contrairement aux autres produits, l'excrétion lactée de la méthadone et son impact sur l'enfant allaité ont été bien étudiés, et le taux lacté de méthadone est faible ; en conséquence, les femmes bien équilibrées sous traitement par méthadone devraient être autorisées à allaiter si elles le souhaitent, quelle que soit la posologie maternelle de méthadone (3 ; 14-22 – II-1, II-2, II-3), Aucun impact n'a été constaté sur le développement neurologique à 30 mois chez des enfants exposés à la méthadone pendant la grossesse et l'allaitement (19). Une étude longitudinale encore en cours compare le développement de 200 enfants exposés ou non exposés à la méthadone, sélectionnés pour présenter les mêmes caractéristiques démographiques, et fait état d'un retard de développement cognitif à 1 mois chez les enfants exposés. Lors du suivi à 7 mois, le développement était similaire dans les 2 groupes d'enfants. À 9 mois, 37,5 % des enfants exposés à la méthadone avaient des signes cliniques significatifs de retard du développement moteur ($\geq 1,5$ déviation standard) par rapport au développement typique du groupe témoin (21). Les enfants exposés ont

habituellement un niveau élevé de risque environnemental pendant la grossesse, qui se poursuit après la naissance, et induit des risques persistants pour l'enfant en développement.

La conception actuelle est que les facteurs de risque environnementaux se combinent avec l'exposition prénatale pour favoriser des modifications épigénétiques de l'expression des gènes et des schémas de méthylation, qui ont des implications immédiates et à long terme sur la programmation du développement (22). Il faut noter que ces constatations portent sur des enfants exposés à la méthadone pendant la grossesse, puis via l'allaitement après la naissance, et qu'il existe très peu d'information sur les enfants régulièrement exposés à la méthadone uniquement via l'allaitement.

De plus, environ 70 % des enfants dont la mère prenait de la méthadone pendant la grossesse présenteront un syndrome de sevrage néonatal (SSN – 23) en période néonatale, qui se caractérise par une constellation de signes et de symptômes liés à l'exposition in utero aux opiacés. Les enfants présentant un SSN pourront présenter des difficultés pour prendre le sein et coordonner la succion et la déglutition pendant les tétées, ce qui pourra affecter leur capacité à prendre le sein correctement. Toutefois, il existe de plus en plus de données montrant que le SSN est moins important et que son traitement sera plus court lorsque la mère sous méthadone allaite, et l'allaitement devrait donc être encouragé chez ces dyades (3 ; 17 ; 19 – II-1, II-3). Malheureusement, le taux de démarrage de l'allaitement chez ces femmes est habituellement bas, moins de la moitié du taux rapporté dans la population générale aux États-Unis (24). Une petite étude qualitative récente a démontré que le manque de soutien de la part des professionnels de santé, ainsi que les informations incorrectes sur les risques liés à l'allaitement pendant un traitement par méthadone, constituent des obstacles significatifs, mais modifiables, à la réussite de l'allaitement chez ces femmes (25). Au vu des bénéfices pour ces mères et leurs enfants de la poursuite du traitement par méthadone et de l'allaitement, il est important de fournir un soutien solide et de longue durée à cette population vulnérable.

Buprénorphine

La buprénorphine est un agoniste partiel des opiacés, utilisé pour le traitement de la dépendance aux opiacés pendant la grossesse et le post-partum dans certains pays, et de plus en plus aux États-Unis. Diverses petites études de cas ont évalué le taux de buprénorphine dans le lait de mères traitées par ce produit. Toutes concluaient que le taux de buprénorphine dans le lait maternel est bas, et qu'il est peu susceptible d'avoir un impact négatif sur le développement du bébé (26-31). Dans une étude, 76 % des 85 mères allaient, et 66 % allaient toujours à 6-8 semaines. Le SSN était moins sévère chez les enfants allaités, et ils avaient moins besoin d'un traitement pharmacologique que les enfants nourris avec une formule lactée commerciale, comme décrit plus haut avec la méthadone, bien que cet impact n'était pas statistiquement significatif en raison de la petite taille de l'échantillon étudié (31).

Autres opiacés

L'utilisation des opiacés a substantiellement augmenté aux États-Unis ces 10 dernières années. Une étude transversale rétrospective des cas de SSN survenus dans les services de maternité entre 2000 et 2009 a constaté une augmentation de l'incidence de 1,2 à 3,39 pour 1000 naissances. L'utilisation anténatale d'opiacés par la mère a également augmenté, pour passer de 1,19 à 5,63 pour 1000 naissances. Ces chiffres concernaient l'utilisation de tous les opiacés (32). Un rapport récent paru dans un Morbidity and Mortality Weekly Report des Centers for Diseases Control and Prevention faisait état de données montrant que tous les ans, entre 2008 et 2012, environ un tiers des femmes en âge de procréer recevaient une ordonnance pour des opiacés.

Lorsque l'utilisation de narcotiques pendant la grossesse est en rapport avec le traitement d'un trouble lié à l'usage de substances plutôt qu'au traitement à court terme de la douleur, il est fortement recommandé de réfléchir au démarrage d'un traitement par méthadone ou buprénorphine comme décrit plus haut (13 ; 34-35), et ces mères seront encouragées à commencer à allaiter (III). Des traitements courts avec la plupart des autres opiacés prescrits à faibles doses peuvent être suivis sans risque par la mère allaitante (36 ; 37). Toutefois, il est recommandé d'être prudent avec la codéine, dans la mesure où les métaboliseurs ultra-rapides CYP2D6 pourront avoir un taux sérique élevé de morphine (un métabolite) ; un seul cas de décès néonatal a été rapporté chez un bébé dont la mère prenait de la codéine (38 – III). Nous manquons d'informations sur l'innocuité de l'allaitement lorsque des doses modérées à élevées sont utilisées au long cours. Nous manquons également d'information sur la transition entre la prise d'opiacés à courte durée d'action et le traitement substitutif chez des femmes qui font cette transition pendant l'allaitement plutôt que pendant la grossesse.

Marijuana

Il est difficile de mettre au point des recommandations uniformes concernant les divers usages de la marijuana chez les mères allaitantes, et on ne peut espérer couvrir toutes les situations. La légalité de la possession et de l'utilisation de marijuana varie grandement d'un pays à l'autre ; aux États-Unis, son utilisation « médicale » est légale dans un nombre croissant d'états, et il y a quelques états dans lesquels son utilisation « récréationnelle » est légale, mais sur le plan de la législation fédérale, elle reste illégale dans tous les états. En conséquence, il est particulièrement complexe sur le plan purement légal de faire des recommandations sur l'usage de marijuana pendant l'allaitement, cela est problématique, et impossible à appliquer de façon uniforme dans tous les lieux et les juridictions. Au fur et à mesure que les lois changent et que l'utilisation de marijuana devient encore plus courante dans certaines régions et certains pays, il devient de plus en plus important de peser soigneusement les risques du démarrage et de la poursuite de l'allaitement en cas de consommation de marijuana, par rapport aux risques liés au non-allaitement, tout en prenant en compte le large éventail d'utilisations possibles, depuis l'usage occasionnel jusqu'à une exposition lourde, en passant par un usage médical régulier.

Outre les risques potentiels sur le plan légal, il est nécessaire de prendre soigneusement en compte les risques pour la santé liés à l'exposition du bébé à la marijuana utilisée par la mère. Le delta 9-tétrahydrocannabinol (THC), principal principe actif de la marijuana, passe dans le lait où il peut être retrouvé à un taux allant jusqu'à 8 fois le taux plasmatique, et ses métabolites sont retrouvés dans les selles des enfants, ce qui montre que le THC est absorbé et métabolisé par l'enfant (39). Il passe rapidement dans le cerveau et le tissu adipeux, et il est stocké dans le tissu adipeux pendant des semaines ou des mois. Il a une longue demi-vie (25-57 heures), et les urines peuvent rester positives pendant 2-3 semaines (40), ce qui rend impossible la distinction entre une consommation occasionnelle et une consommation chronique au moment du dépistage urinaire. Les données concernant l'impact de l'exposition au THC via l'allaitement sur le développement de l'enfant sont rares et contradictoires (41 ; 42), et il n'existe aucune donnée évaluant l'impact neurodéveloppemental après l'âge d'un an chez les enfants exposés uniquement après la naissance. Un aspect important à prendre en compte est le fait que la concentration en THC des produits vendus a nettement augmenté, d'environ 3 % dans les années 1980 à 12 % en 2012, et que les études antérieures pourraient ne même plus être pertinentes (43). Actuellement, les problèmes en rapport avec l'usage de marijuana pendant la lactation se limitent à une possible sédation de l'enfant et à l'incapacité de la mère à s'occuper correctement de son bébé pendant qu'elle est sous l'influence de la drogue ; toutefois, ces problèmes restent théoriques et mal démontrés dans la littérature (44).

Les études menées chez les humains et les animaux pour évaluer l'impact comportemental et neurobiologique de l'exposition aux cannabinoïdes pendant la grossesse et la lactation ont constaté que le système des endocannabinoïdes jouait un rôle crucial dans l'ontogénie du système nerveux central et dans son activation pendant le développement du cerveau. Campolongo et al (45) ont conclu que l'exposition aux cannabinoïdes pendant les périodes critiques du développement du cerveau pouvait induire des altérations neurofonctionnelles subtiles et persistantes. Plusieurs études cliniques ont souligné que même des doses faibles ou modérées pendant certaines périodes particulières du développement du cerveau pouvaient avoir d'importantes conséquences pour la maturation cérébrale, potentiellement susceptibles d'induire des altérations persistantes des fonctions cognitives et des comportements émotionnels (45). L'exposition passive des enfants à la fumée de marijuana a été associée à un risque 2 fois plus élevé de mort inattendue du nourrisson (MIN), indépendamment des autres facteurs (46 – III). L'allaitement abaissant le risque de MIN, cela doit être pris également en compte. En conséquence, l'analyse de tous ces facteurs doit être totalement effectuée pour le suivi de la mère allaitante dans le contexte de l'utilisation de marijuana. Les mères allaitantes devraient être conseillées afin de réduire ou de supprimer leur consommation de marijuana, afin d'éviter d'y exposer leurs enfants, et être informées sur la possibilité d'un impact neurocomportemental à long terme si elles poursuivent cette consommation (III).

Alcool

La consommation d'alcool pendant la grossesse est fortement déconseillée, car elle peut induire un syndrome d'alcoolisation fœtale, des malformations, des fausses couches, ou un accouchement prématuré, parmi d'autres problèmes sérieux (47 ; 48 – III). De nombreuses femmes qui ont fortement limité ou totalement supprimé la consommation d'alcool pendant leur grossesse pourront décider de recommencer à en consommer après l'accouchement, et environ la moitié des mères allaitantes vivant dans les pays occidentaux disent consommer de l'alcool au moins occasionnellement (49). L'alcool interfère avec le réflexe d'éjection, ce qui pourra en retour abaisser la production lactée, car les seins n'ont pas été correctement « vidés » (50 – III). Le taux lacté d'alcool est habituellement parallèle au taux sérique, et les études évaluant l'impact sur l'enfant allaité de la prise maternelle

d'alcool donnent des résultats mitigés, avec constatation d'un impact minime sur le schéma de sommeil du bébé, le volume de lait absorbé pendant les tétées, et le développement psychomoteur précoce (50 – III). L'éventuel impact à long terme de l'exposition de l'enfant à l'alcool via le lait maternel reste inconnu. La plupart des sources documentaires recommandent de limiter l'absorption d'alcool à environ 240 ml de vin ou à 2 bières, et d'attendre 2 heures avant de remettre le bébé au sein (5-7 ; 35 – III). Pour s'assurer que l'alcool est totalement éliminé de son lait, la mère peut consulter un nomogramme édité par le Canadian Motherisk Program pour déterminer le temps nécessaire à cette élimination en fonction du poids maternel et de la quantité consommée (51 – III).

Tabac

Environ les 2/3 des femmes qui fumaient avant leur grossesse continuent à fumer, ce pourcentage baissant tout au long de la grossesse (1). Des mères arrêtent donc pendant la grossesse, mais la reprise du tabagisme après l'accouchement est fréquente, environ 50 % des femmes recommençant à fumer dans les mois qui suivent la naissance (52-54). Les données épidémiologiques sur l'allaitement chez les mères fumeuses restent complexes, et plusieurs études ont constaté que le tabagisme maternel était corrélé à un taux plus bas d'allaitement (55 ; 56). On sait que la nicotine et les autres composants du tabac sont transférés à l'enfant via le lait maternel, et l'enfant exposé au tabagisme passif est également exposé à un nombre considérable de produits chimiques. L'augmentation de la prévalence des allergies respiratoires et de la MIN sont seulement deux des risques bien connus liés à l'exposition environnementale de l'enfant à la fumée du tabac (8 – III). La plupart des sources recommandent la promotion de l'allaitement lorsque la mère est fumeuse, tout en conseillant activement l'arrêt du tabagisme (57 – III). Certains produits utilisés pour le sevrage tabagique (patch et gommes à la nicotine et éventuellement le bupropion) sont compatibles avec l'allaitement, et leur utilisation peut être encouragée dans de nombreuses circonstances (6 ; 7 ; 58 – III).

Recommandations

Recommandations générales en cas de circonstances favorables, avec prudence

Les bébés nés de mères présentant un trouble lié à l'usage de substances, à haut risque pour divers problèmes de santé et de développement, pourront tirer des bénéfices substantiels de l'allaitement et du lait humain, ainsi que leurs mères. Un planning prénatal destiné à préparer la mère au parentage, à l'allaitement et au traitement de la toxicomanie en post-partum, devra être formulé pour chaque femme par le biais de discussions individuelles centrées sur la situation spécifique de la femme. Ce planning devrait inclure des informations sur les conséquences de la consommation de drogue ou de l'absorption excessive d'alcool pendant la lactation, ainsi que sur l'utilisation de lait humain provenant de donneuses, la préparation du lait industriel, et la gestion pratique de l'alimentation au biberon au cas où l'allaitement serait ou deviendrait contre-indiqué. Pendant la période périnatale, chaque mère devra être soigneusement évaluée de façon individualisée sur le plan de l'allaitement avant la sortie de maternité. Cette évaluation devrait prendre en compte un certain nombre de facteurs incluant (III) :

- la consommation actuelle et passée de drogues, incluant les traitements substitutifs par méthadone ou buprénorphine,
- le statut médical et psychiatrique de la mère,
- les traitements médicaux nécessaires,
- la santé de l'enfant (y compris l'évaluation d'un syndrome de sevrage et son impact sur l'allaitement),
- la présence ou l'absence d'un soutien adéquat par la famille et la communauté,
- le suivi prévu pour traitement de la toxicomanie chez la mère, et le suivi pédiatrique de l'enfant.

Dans l'idéal, une femme souffrant d'un trouble lié à l'usage de substances qui souhaite allaiter devrait suivre un traitement substitutif de sa toxicomanie avant et après la naissance. Un accord écrit de la mère concernant la communication des données entre les divers professionnels qui la suivent devrait si possible être obtenu avant la naissance (III). Toute discussion avec les mères qui utilisent des substances sédatives devrait inclure des conseils sur la sécurité des soins à leur enfant, et sur des pratiques sûres de sommeil (III).

Les femmes qui répondent à tous les critères suivants dans les circonstances suivantes devraient être soutenues dans leur décision d'allaiter leur bébé (III) :

- Elles suivent un traitement pour leur toxicomanie, ont donné leur accord pour discuter de leurs progrès dans leur traitement, et des prévisions pour le traitement en post-partum avec le conseiller qui les suit pour ce traitement, ce dernier approuvant la décision d'allaiter.
- Elles prévoient de poursuivre leur traitement contre la toxicomanie en post-partum.
- Elles sont abstinentes en matière de drogues depuis 90 jours au moment de la naissance, et ont démontré leur capacité à rester abstinentes dans le cadre de consultations externes.
- La toxicologie urinaire est négative à la naissance.
- Elles ont bénéficié d'un bon suivi prénatal et respectent les recommandations.

Opiacés / narcotiques

- Encourager la poursuite du traitement par méthadone ou buprénorphine à la même posologie, quelle qu'elle soit, chez les femmes allaitantes.
- La gestion du traitement des mères qui utilisent au long cours des opiacés pour des douleurs chroniques doit être effectuée par un praticien spécialisé dans la douleur, et qui a des connaissances sur la grossesse et l'allaitement (III).
 - Le temps depuis lequel la femme prend ce traitement, la dose totale, et l'utilisation éventuelle pendant la grossesse seront pris en compte pour informer la femme sur le fait que l'allaitement peut être débuté sans risque dans certains cas.
 - L'utilisation judicieuse d'antalgiques narcotiques *per os*, en cas d'utilisation à court terme pour un problème douloureux aigu, est habituellement compatible avec la poursuite de l'allaitement si le suivi du bébé allaité est correct (36 ; 36).
- L'augmentation rapide de la posologie de narcotiques utilisés par une femme allaitante doit amener rapidement à évaluer et à reconsidérer l'innocuité de la poursuite de l'allaitement.

Nicotine

- Conseiller aux mères qui fument après la naissance de réduire leur tabagisme autant que possible, de ne pas fumer auprès de leur bébé, et de réduire l'exposition de leur bébé à la fumée du tabac. L'arrêt du tabagisme et l'utilisation de produits de substitution comme les gommes et patches à la nicotine pourront être utiles chez certaines mères (III).
- Apporter aux mères fumeuses un soutien accru, dans la mesure où le tabagisme maternel semble être indépendamment corrélé à un risque plus élevé de non-allaitement ou de sevrage précoce, afin d'aider la mère à réussir son allaitement (III).

Alcool

Informez les mères qui souhaitent consommer occasionnellement de l'alcool sur le fait que celui-ci passe facilement dans le lait. L'Académie Américaine de Pédiatrie, l'OMS, ainsi que d'autres organisations, recommandent d'attendre 90 à 120 min après la consommation d'alcool avant de remettre le bébé au sein, ou de tirer et jeter le lait pendant ce délai (5-7 ; 35 – III).

Cannabis (THC)

Informez les mères sur le fait que les données sur l'impact à long terme sur l'enfant de la consommation de marijuana pendant l'allaitement restent insuffisantes pour recommander soit le non-allaitement, soit la poursuite de l'allaitement à partir des données existantes. Toutefois, il existe des données limitées sur l'impact de l'exposition in utero, à partir desquelles on peut extrapoler les recommandations suivantes (III) :

- Informez les mères qui consomment occasionnellement ou rarement du cannabis d'éviter de le faire ou de réduire leur consommation autant que possible pendant l'allaitement, et qu'un impact neurocomportemental à long terme est possible.
- Recommander fortement aux mères dont les urines sont positives pour le THC d'arrêter l'utilisation de cannabis pendant l'allaitement, et les informer sur le possible impact neurocomportemental à long terme.
- Lorsqu'une mère allaitante utilise la marijuana suite à une indication médicale, il est nécessaire de prendre en compte les risques potentiels de l'exposition du bébé à la marijuana, ainsi que les bénéfices de l'allaitement.

- L'absence d'études à long terme chez des enfants exposés à des taux variables de marijuana via le lait maternel, ainsi que les questions sur l'impact négatif sur le neurodéveloppement chez les enfants exposés in utero, devraient amener à peser très soigneusement les risques versus les bénéfices de l'allaitement chez les femmes qui utilisent de la marijuana de façon modérée ou régulière. Il serait nécessaire de recommander l'abstention de toute consommation.
- Actuellement, même s'il n'existe aucune donnée suffisamment fiable permettant de recommander de ne pas allaiter lorsque la femme consomme de la marijuana, il est indispensable d'être prudent.

Recommandations générales en cas de circonstances défavorables ou contre-indiquant l'allaitement

Les femmes qui sont dans l'un des cas présentés ci-dessous ne devraient pas allaiter (III) :

- Elles ne suivent pas un traitement substitutif, ou elles ont débuté un traitement, mais il n'a pas été possible d'obtenir un contact avec un conseiller.
- Elles n'ont pas bénéficié d'un suivi prénatal.
- Celles chez qui la toxicologie urinaire est positive pour les drogues autres que la marijuana (voir plus haut pour ce produit) au moment de l'accouchement.
- Les femmes pour qui il n'a pas été planifié de suivi pour un traitement en post-partum de la toxicomanie, ou de suivi pédiatrique.
- Celles qui ont recommencé à consommer des drogues licites ou illicites dans les 30 jours précédant l'accouchement.
- Les femmes qui ont un comportement ou d'autres indicateurs de toxicomanie active.
- Celles qui consomment chroniquement de l'alcool.

Les femmes dans les circonstances ci-dessous devraient être soigneusement évaluées, afin d'établir si l'allaitement est ou n'est pas à recommander, par le biais d'une concertation entre les mères, les professionnels qui les suivent en période périnatale et ceux qui les suivent à l'occasion du traitement de leur toxicomanie (III) :

- Celles qui ont recommencé à consommer des drogues licites ou illicites entre 90 et 30 jours avant l'accouchement.
- Celles qui prennent divers médicaments qui leur ont été prescrits, et qui semblent incompatibles avec l'allaitement.
- Celles qui ont débuté un suivi prénatal et/ou un traitement de leur toxicomanie pendant ou après le second trimestre de leur grossesse.
- Celles qui sont arrivées à être abstinentes en matière de drogues / alcool uniquement en milieu hospitalier.
- Celles qui manquent de soutien de la part de leur famille et de leur communauté.
- Celles qui disent souhaiter allaiter leur enfant afin d'en obtenir la garde, ou pour arriver à rester sobres après la naissance.

Aux États-Unis, les femmes qui ont commencé à allaiter et qui recommencent à utiliser des drogues illicites devraient être fortement découragées de poursuivre l'allaitement, même si elles tirent et jettent leur lait pendant la période qui suit la consommation. Il n'existe pas de données pharmacocinétiques connues sur la présence et/ou le taux de la plupart des drogues illicites et de leurs métabolites dans le lait humain, ni sur leur impact sur l'enfant, et il est peu probable que des recherches sur le sujet soient menées étant donné les implications éthiques qu'elles présenteraient. Le manque de données sur la pharmacocinétique de la plupart des drogues illicites chez les femmes en post-partum empêche de savoir au bout de combien de temps la reprise de l'allaitement sera « sans danger » pour une drogue précise. De plus, la consommation de drogues illicites en post-partum affectera le discernement de la femme, et les modifications de comportement induites par la drogue pourront interférer avec la capacité de la mère à allaiter et à s'occuper de son enfant de façon adéquate. L'exposition passive aux drogues peut induire un risque supplémentaire pour le bébé. En conséquence, toute femme qui recommence à consommer des drogues illégales ou à abuser de substances légales après le démarrage de l'allaitement devrait se voir proposer un substitut adéquat du lait maternel (lait humain provenant de donneuses, formule lactée commerciale), ainsi qu'un traitement plus actif contre la toxicomanie, ainsi que des conseils sur les moyens d'abaisser la production lactée pour prévenir les mastites (III).

La femme présentant un trouble lié à l'abus de substances qui a démarré l'allaitement avec succès devrait être étroitement suivie, ainsi que son enfant, pendant le post-partum. La poursuite du traitement de la toxicomanie, le suivi post-natal, le soutien psychiatrique en cas de nécessité, et le suivi pédiatrique, sont importants pour ces

femmes. Un soutien pour l'allaitement est particulièrement important lorsque le nourrisson présente un syndrome de sevrage. La communication entre les divers professionnels de santé qui suivent la mère sur le plan de sa santé, de son bien-être et de sa toxicomanie, devrait prodiguer un réseau interactif de soutien pour la dyade.

Recommandations pour les futures recherches

1. Des études randomisées contrôlées ou cas-témoin à long terme sur les enfants exposés à la méthadone ou à la buprénorphine via le lait maternel, incluant une évaluation du développement de l'enfant.
2. Des études supplémentaires sur le taux maternel plasmatique et lacté, ainsi que des études sur le taux plasmatique et la pharmacocinétique chez l'enfant des opiacés pendant l'allaitement, en particulier pour les mères qui suivent un traitement au long cours à fortes doses pendant la grossesse, et qui continuent ce traitement pendant l'allaitement
3. Des études prospectives à long terme sur des enfants exposés à la marijuana via le lait maternel, avec évaluation du développement des enfants, incluant les enfants exposés à la marijuana de façon contrôlée, comme dans les cas d'utilisation médicale de la marijuana.
4. Evaluation des produits de substitution de la nicotine, tels que gommes, patchs et e-cigarettes, utilisés pour le sevrage tabagique chez les femmes enceintes et allaitantes, afin de déterminer si ces produits peuvent et devraient être largement recommandés en remplacement du tabac.

Table 1. Sites Internet offrant des informations actualisées sur les médicaments pendant l'allaitement

Site Internet	URL	Langue
US National Library of Medicine, Lactnet	http://toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/lactmed.htm	Anglais
e-lactancia	http://e-lactancia.org	Anglais
Association for promotion and cultural scientific research of breastfeeding under a creative commons international license	(médicaments, phytothérapie, homéopathie et autres traitements alternatifs, interventions cosmétiques et médicales, polluants, maladies maternelles et infantiles, et autres)	Espagnol

Remerciements

Ce travail a été financé en partie par une subvention du Bureau de la Santé Maternelle et Infantile, Département de la Santé et des Services Humains

Références :

1. Results from the 2013 National Survey on Drug Use and Health: National findings. Available at www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUHresultsPDFHTML2013/Web/NSDUHresults2013.pdf (accessed February 18, 2015).
2. Goel N, Beasley D, Rajkumar V, et al. Perinatal outcome of illicit substance use in pregnancy – Comparative and contemporary socio-clinical profile in the UK. *Eur J Pediatr* 2011;170:199–205.
3. Welle-Strand GK, Skurtveit S, Jansson LM, et al. Breast-feeding reduces the need for withdrawal treatment in opioid-exposed infants. *Acta Paediatr* 2013;102:1060–1066.
4. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. American Psychiatric Association, Washington, DC, 2013.
5. D'Apolito K. Breastfeeding and substance abuse. *Obstet Clin Gynecol* 2013;56:202–211.
6. Sachs HC; American Academy of Pediatrics Committee on Drugs. The transfer of drugs and therapeutics into human breast milk: An update on selected topics. *Pediatrics* 2013;132:e796–e809.
7. Rowe H, Baker T, Hale TW. Maternal medication, drug use, and breastfeeding. *Pediatr Clin North Am* 2013;60:275–294.
8. Eidelman AI, Schanler R; Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2012; 129:e827–e841.
9. Appendix A Task Force Ratings. Guide to clinical preventive services: Report of the U.S. Preventive Services Task Force, 2nd edition. Available at www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK15430/ (accessed February 27, 2015).

10. Kaufman R, Petrucha RA, Pitts FN, et al. PCP in amniotic fluid and breast milk: Case report. *J Clin Psychiatry* 1983; 44:269–270.
11. Winecker RE, Goldberger BA, Tebbett IR, et al. Detection of cocaine and its metabolites in breast milk. *J Forensic Sci* 2001;46:1221–1223.
12. Chasnoff I, Lewis DE, Squires L. Cocaine intoxication in a breast fed infant. *Pediatrics* 1987;80:836–838.
13. Wong S, Ordean A, Kahan M, et al. Substance use in pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can* 2011;33:367–384.
14. Wojnar-Horton RE, Kristensen JH, Yapp P, et al. Methadone distribution and excretion into breast milk of clients in a methadone maintenance programme. *Br J Clin Pharmacol* 1997;44:543–547.
15. McCarthy JJ, Posey BL. Methadone levels in human milk. *J Hum Lact* 2000;16:115–120.
16. Begg EJ, Malpas TJ, Hackett LP, et al. Distribution of R- and S-methadone into human milk during multiple, medium to high oral dosing. *Br J Clin Pharmacol* 2001;52: 681–685.
17. Bogen DL, Perel JM, Helsel JC, et al. Estimated infant exposure to enantiomer-specific methadone levels in breastmilk. *Breastfeed Med* 2011;6:377–384.
18. Abdel-Latif ME, Pinner J, Clews S, et al. Effects of breast milk on the severity and outcome of NAS among infants of drug-dependent mothers. *Pediatrics* 2006;117:1163–1169.
19. Jansson LM, Choo R, Velez ML, et al. Methadone maintenance and breastfeeding in the neonatal period. *Pediatrics* 2008;121:106–114.
20. McQueen KA, Murphy-Oikonen J, Gerlach K, et al. The impact of infant feeding method on neonatal abstinence scores of methadone-exposed infants. *Adv Neonatal Care* 2011;11:282–290.
21. Logan BA, Brown MS, Hayes MJ. Neonatal abstinence syndrome: Treatment and pediatric outcomes. *Clin Obstet Gynecol* 2013;56:186–192.
22. Janson LM, Choo R, Velez ML, et al. Methadone maintenance and long-term lactation. *Breastfeed Med* 2008;3: 34–37.
23. Kocherlakota P. Neonatal abstinence syndrome. *Pediatrics* 2014;134:e547–e561.
24. Wachman EM, Byun J, Philipp BL. Breastfeeding rates among mothers of infants with neonatal abstinence syndrome. *Breastfeed Med* 2010;5:159–164.
25. Demirci JR, Bogen DL, Klionsky Y. Breastfeeding and methadone therapy: The maternal experience. *Subst Abus* 2014 April 4 [Epub ahead of print]. doi: 10.1080/08897077.2014.902417.
26. Ilett KF, Hackett LP, Gower S, et al. Estimated dose exposure of the neonate to buprenorphine and its metabolite norbuprenorphine via breastmilk during maternal buprenorphine substitution treatment. *Breastfeed Med* 2012;7: 269–274.
27. Grimm D, Pauly E, Poschl J, et al. Buprenorphine and norbuprenorphine concentrations in human breastmilk samples determined by liquid chromatography-tandem mass spectrometry. *Ther Drug Monit* 2005;27:526–530.
28. Marquet P, Chevral J, Lavignasse P, et al. Buprenorphine withdrawal syndrome in a newborn. *Clin Pharmacol Ther* 1997;62:569–571.
29. Johnson RE, Jones HE, Jasinski DR, et al. Buprenorphine treatment of pregnant opioid dependent women: Maternal and neonatal outcomes. *Drug Alcohol Depend* 2001;63: 97–103.
30. Gower S, Bartu A, Ilett KF, et al. The wellbeing of infants exposed to buprenorphine via breast milk at 4 weeks of age. *J Hum Lact* 2014;30:217–223.
31. O'Connor AB, Collett A, Alto WA, et al. Breastfeeding rates and the relationship between breastfeeding and neonatal abstinence syndrome in women maintained on buprenorphine during pregnancy. *J Midwifery Womens Health* 2013;58:383–388.
32. Patrick SW, Schumacher RE, Benneyworth BD, et al. Neonatal abstinence syndrome and associated health care expenditures. *JAMA* 2012;307:1934–1940.
33. Centers for Disease Control and Prevention. Opioid pain killers widely prescribed among reproductive age women [press release]. January 2015. Available at www.cdc.gov/media/releases/2015/p0122-pregnancy-opioids.html (accessed February 23, 2015).
34. ACOG Committee on Health Care for Underserved Women; American Society of Addiction Medicine. ACOG Committee Opinion No. 524: Opioid abuse, dependence, and addiction in pregnancy. *Obstet Gynecol* 2012;119:1070–1076.
35. World Health Organization. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. 2014. Available at www.who.int/substance_abuse/publications/pregnancy_guidelines/en/ (accessed February 18, 2015).
36. Montgomery A, Hale TW; The Academy of Breastfeeding Medicine. ABM Clinical Protocol #15: Analgesia and anesthesia for the breastfeeding mother, revised 2012. *Breastfeed Med* 2012;7:547–553.
37. Hendrickson RG, McKeown NJ. Is maternal opioid use hazardous to breast-fed infants? *J Toxicol* 2012;50:1–14.
38. Madadi P, Koren G, Cairns J, et al. Safety of codeine during breastfeeding. Fatal morphine poisoning in the breastfed neonate of a mother prescribed codeine. *Can Fam Physician* 2007;53:33–35.
39. Perez-Reyes M, Wall ME. Presence of D9-tetrahydrocannabinol in human milk. *N Engl J Med* 1982;307:819–820.
40. Hale TW, Rowe HE. Medications and Mothers' Milk, 16th ed. Hale Publishing LP, Plano, TX, 2014.
41. Astley SJ, Little RE. Maternal marijuana use during lactation and infant development at one year. *Neurotoxicol Teratol* 1990;12:161–168.
42. Tennes K, Avitable N, Blackard C, et al. Marijuana: Prenatal and postnatal exposure in the human. *NIDA Res Monogr* 1985;59:48–60.
43. Volkow ND, Baler RD, Compton WM, et al. Adverse health effects of marijuana use. *N Engl J Med* 2014;370: 2219–2227.

44. Hill M, Reed K. Pregnancy, breast-feeding, and marijuana: A review article. *Obstet Gynecol Surv* 2013;68:710–718.
45. Campolongo P, Trezza V, Palmery M, et al. Developmental exposure to cannabinoids causes subtle and enduring neurofunctional alterations. *Int Rev Neurobiol* 2009; 85:117–133.
46. Klonoff-Cohen H, Lam-Kruglick P. Maternal and paternal recreational drug use and sudden infant death syndrome. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001;155:765–770.
47. American Academy of Pediatrics. Joint Call to Action on Alcohol and Pregnancy. 2012. Available at www.aap.org/en-us/advocacy-and-policy/aap-health-initiatives/fetal-alcohol-spectrum-disorders-toolkit/Pages/Joint-Call-to-Action-on-Alcohol-and-Pregnancy.aspx (accessed February 18, 2015).
48. Carson G, Cox LV, Crane J, et al. Alcohol use and pregnancy consensus clinical guidelines. *J Obstet Gynaecol Can* 2010;32(8 Suppl 3):S1–S32.
49. Haastруп MB, Pottegard A, Damkier P. Alcohol and breastfeeding. *Basic Clin Pharmacol Toxicol* 2014;114:168–173.
50. Lactmed. Alcohol Monograph. Available at <http://toxnet.nlm.nih.gov/> (accessed February 11, 2015).
51. Koren G. Drinking alcohol while breastfeeding. Will it harm my baby? *Can Fam Physician* 2002;48:39–41.
52. Yang I, Hall L. Smoking cessation and relapse challenges reported by postpartum women. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2004;39:375–380.
53. Levitt C, Shaw E, Wong S, et al. Systematic review of the literature on postpartum care: Effectiveness of interventions for smoking relapse prevention, cessation, and reduction in postpartum women. *Birth* 2007;34:341–347.
54. Texas Tech University Health Sciences Center, Infant Risk Center. Tobacco Use. Available at www.infantrisk.com/content/tobacco-use (accessed February 20, 2015).
55. Horta BL, Victora CG, Menezes AM, et al. Environmental tobacco smoke and breastfeeding duration. *Am J Epidemiol* 1997;146:128–133.
56. Myr R. Promoting, protecting, and supporting breastfeeding in a community with a high rate of tobacco use. *J Hum Lact* 2014;20:415–416.
57. Dorea JG. Maternal smoking and infant feeding: Breast-feeding is better and safer. *Matern Child Health J* 2007;11: 287–291.
58. Heydari G, Masjedi M, Ahmady AE, et al. A comparative study on tobacco cessation methods: A quantitative systematic review. *Int J Prev Med* 2014;5:673–678.

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
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