



Le coin du prescripteur



Antidépresseurs tricycliques

Beaucoup de femmes expérimenteront un « baby blues », qui disparaîtra généralement rapidement. Mais certaines mères présenteront une dépression du post-partum qui nécessitera un traitement médicamenteux ; d'autres pourront être traitées pour dépression au long cours (traitement modifié ou non pendant leur grossesse). Déconseiller l'allaitement à ces mères, ou leur recommander de sevrer leur enfant pour un traitement débuté après la naissance, ne résoudra pas le problème et pourra même l'aggraver. Des études ont constaté une prévalence plus élevée de dépression chez les mères qui n'allaitaient pas. Afin de pouvoir allaiter, certaines mères pourront décider d'arrêter leur traitement, ou d'abaisser la posologie à un niveau qui rend le traitement inefficace, ce qui pourra présenter un risque pour leur santé et pour la relation mère-enfant.

À peu près tous les antidépresseurs passent dans le lait, de façon variable. Il n'existe pas de protocole largement accepté pour le choix d'un antidépresseur pour le traitement de la dépression chez la mère allaitante. Nombre d'entre eux peuvent être utilisés pendant l'allaitement, mais une analyse individualisée des risques et des bénéfices sera effectuée dans chaque cas (tout particulièrement si le bébé est prématuré ou malade), qui prendra en compte les antécédents cliniques de la mère, le succès d'un traitement antérieur, les risques d'une dépression non traitée, les risques et bénéfices de l'allaitement pour la santé de l'enfant et pour son développement neurologique, les risques connus et inconnus du traitement pour l'enfant, et les souhaits de la mère. Si la mère prenait déjà un antidépresseur avant la naissance, le produit utilisé devrait être considéré comme le traitement de première intention pendant l'allaitement en l'absence de contre-indication. L'enfant sera régulièrement suivi non seulement pendant la durée du traitement maternel, mais pendant toute la petite enfance. Il sera également indispensable d'aborder avec la mère et avec son entourage les risques liés à un surdosage par automédication, ainsi que le risque d'absorption dans un but suicidaire.

Les tricycliques sont des produits anciens et bien connus. Ils sont actuellement moins utilisés en dépit de leur efficacité, essentiellement en raison de leurs effets secondaires de type atropinique. Ils sont fortement liposolubles ; ils diffusent passivement dans le lait et se fixent sur les lipides lactés. La plupart d'entre eux ont des métabolites actifs, dont le taux sérique peut être supérieur à celui de la molécule d'origine. L'impact éventuel sur l'enfant allaité reste mal connu. Toutefois, les études qui ont suivi des enfants nés à terme et allaités par une mère traitée par imipraminique n'ont retrouvé aucun impact du traitement sur le développement neurologique et cognitif des enfants (*Misri, Nulman, Weissman, Yoshida 1997 et 1999*), et très peu d'effets secondaires ont été rapportés chez les enfants allaités. Ils sont

donc, dans l'ensemble, considérés comme compatibles avec l'allaitement. À noter que les tricycliques ont pour effet secondaire d'augmenter le taux de prolactine, l'impact éventuel sur la lactation n'ayant pas été étudié (*Anand, Coker, Egberts, Fowlie, Turkington*).

Amitriptyline (Elavil[®], Laroxyl[®])

Elle est métabolisée en nortriptyline, dont l'activité est égale à celle de l'amitriptyline. Chez une mère qui en prenait 100 mg/jour, les taux lactés d'amitriptyline et de nortriptyline étaient respectivement de 151 et 59 µg/l 16 heures après une prise. Dans un autre échantillon de lait exprimé 11 jours plus tard, ces taux étaient de 135 et 52 µg/l 14 heures après une prise (*Bader*). L'enfant recevait environ 1,8% de la dose maternelle ajustée pour le poids. Chez une mère qui en prenait 75 mg/jour, le taux d'amitriptyline était respectivement de 104 et 73 µg/l 2 et 10 semaines après le début du traitement, le taux de nortriptyline étant de 75 et 63 µg/l (*Brixen-Rasmussen*). Après 19 semaines de traitement, et une posologie de 25 mg/l, le taux d'amitriptyline était de 30 µg/l, la nortriptyline étant < 30 µg/l. Chez une autre mère qui en prenait 175 mg/jour, le taux lacté d'amitriptyline entre 2 et 26 jours de traitement allait de 24 à 38 µg/l ; au 26^{ème} jour de traitement, le taux lacté de nortriptyline était d'environ 64 µg/l (*Breyer-Pfaff*).

Des auteurs ont suivi 2 mères, qui prenaient respectivement 100 et 175 mg/jour d'amitriptyline (*Yoshida*). Des échantillons de lait ont été recueillis 12 à 15 heures après une prise. Le taux lacté d'amitriptyline était de 30 µg/l dans le lait de début de tétée et de 113 µg/l dans le lait de fin de tétée chez la mère qui en prenait 100 mg/jour. Chez la mère qui en prenait 175 mg/jour, le taux dans le lait de fin de tétée était de 197 µg/l. Les auteurs estimaient qu'un bébé exclusivement allaité recevrait au maximum 1% de la dose maternelle ajustée pour le poids. Une étude a suivi la mère d'un prématuré, qui a commencé à prendre 100 mg/jour d'amitriptyline à 2 semaines post-partum. Des échantillons de lait ont été analysés après 4 jours de traitement (*Pittard*). Le taux d'amitriptyline était le plus élevé 1,5 et 6 heures après la prise (respectivement 103 et 100 µg/l), et il tombait à 29 µg/l 24 heures après la prise. Le taux de nortriptyline était le plus élevé 18 heures après la prise (58 µg/l). Les auteurs estimaient que l'enfant allaité recevait au maximum 0,9% de la dose maternelle ajustée pour le poids.

Globalement, le rapport lait/plasma pour l'amitriptyline et ses métabolites allait de 0,6 à 1,5, et son taux lacté était faible chez des mères qui en prenaient 100 à 175 mg/jour. L'enfant recevait au maximum 1,8% de la dose maternelle ajustée pour le poids, et ces molécules étaient indétectables dans le sérum des enfants, sauf dans une étude, qui a re-

trouvé un taux sérique infantile de 7,5 µg/l d'amitriptyline chez un enfant dont la mère en prenait 100 mg/jour (*Yoshida*). Aucun effet secondaire n'a été rapporté chez les enfants. L'amitriptyline est utilisable pendant l'allaitement, mais l'impact sur l'enfant de posologies plus élevées que celles prises dans ces études pourrait être différent.

Amoxapine (Défanyl®)

Son excrétion lactée a été évaluée chez une femme qui n'allaitait pas, mais qui a développé une galactorrhée alors qu'elle prenait 250 mg/jour d'amoxapine. Le taux lacté d'amoxapine 45 min et 11,5 heures après une prise était < 20 µg/l, tandis que celui de son métabolite actif était de respectivement 113 et 168 µg/l (*Gelenberg*). D'après ces chiffres, on pouvait estimer que le nourrisson recevrait environ 0,6% de la dose maternelle ajustée pour le poids. Toutefois, aucune étude n'a été effectuée chez une mère allaitante. L'amoxapine est utilisable pendant l'allaitement, mais il reste préférable d'utiliser un autre produit si un traitement doit être débuté chez une mère allaitante.

Clomipramine (Anafranil®)

Une étude a suivi une femme, qui en prenait 125 mg/jour pendant sa grossesse et pendant les 7 premiers jours post-partum, la posologie ayant ensuite été augmentée à 150 mg/jour (*Schimmell*). Des échantillons de lait ont été prélevés à J4 et J6, 10 à 14 heures après la prise, et le taux lacté de clomipramine était respectivement de 343 et 216 µg/l. Dans des échantillons de lait recueillis 10 à 14 heures après la prise à J10, J14 et J35, ces taux étaient de 270, 305 et 624 µg/l. Les auteurs estimaient qu'un bébé exclusivement allaité recevait 2,2% de la dose maternelle ajustée pour le poids. Le taux sérique infantile de clomipramine était de 267 µg/l à la naissance, suite au passage placentaire ; il a été recherché à nouveau à J10, J14 et J35, et il était respectivement de 45, 24 et 10 µg/l.

Une étude a suivi 2 mères, chez qui le taux lacté de clomipramine a été mesuré 12 à 15 heures après la prise (*Yoshida 1997*). La première en prenait 100 mg/jour ; le taux de clomipramine était de 60 µg/l dans le lait de début de tétée, et de 226 µg/l dans le lait de fin de tétée. La seconde en prenait 75, puis 125 mg/jour. Dans les 3 échantillons de lait analysés, le taux dans le lait de début de tétée suite à la prise de 125 mg/jour était en moyenne de 148 µg/l, et de 202 µg/l dans le lait de fin de tétée. Les auteurs estimaient qu'un bébé exclusivement allaité recevait environ 1,3% de la dose maternelle ajustée pour le poids. Le taux de clomipramine et de ses métabolites actifs a été recherché chez les bébés (âge non spécifié). Aucune molécule active n'était détectable (< 0,1 µg/l) chez le bébé dont la mère prenait 100 mg/jour de clomipramine. Chez l'enfant de l'autre mère, un taux sérique de 3,2 µg/l (mère prenant 75 mg/jour) et de 5,5 µg/l (mère prenant 125 mg/jour) de produits actifs a été retrouvé lors d'un dosage, ce taux étant indétectable à l'occasion de 3 autres dosages (mère prenant 100 à 125 mg/jour).

Une autre étude a suivi une femme traitée par 25 mg/jour pendant la grossesse et l'allaitement (*Khachman*). Dans un échantillon de lait prélevé à J33, 12 à 15 heures après une

prise, le taux de clomipramine était de 55,1 µg/l. Le desméthylclomipramine, son métabolite actif, était indétectable (< 50 µg/l). Il en allait de même dans le sang prélevé chez l'enfant 12 à 15 heures après la prise maternelle. L'enfant, exclusivement allaité depuis la naissance, avait présenté en post-partum précoce un syndrome de sevrage ayant nécessité la mise sous pression positive continue et naloxone, mais n'a plus présenté par la suite d'effet secondaire lié au traitement maternel.

Le taux sérique de clomipramine et de ses 3 principaux métabolites actifs a également été recherché chez 4 enfants allaités âgés de 2 à 19 semaines (l'un des enfants étant exclusivement allaité), dont la mère prenait 75 à 125 mg/jour de clomipramine (*Wisner*). 10 à 12 heures après la prise maternelle, le taux de toutes les molécules recherchées était indétectable dans tous les échantillons (< 10 µg/l). Une étude de cas a suivi 10 enfants dont les mères avaient été traitées par clomipramine (37,5 à 125 mg/jour) pendant la grossesse (*Ter Horst*). Tous les enfants ont présenté un syndrome de sevrage après la naissance, qui a été similaire chez les 5 enfants allaités et les 5 autres enfants nourris avec une formule lactée commerciale. La demi-vie d'élimination de la clomipramine chez les nourrissons n'était pas corrélée au mode d'alimentation, fait attribué par les auteurs au faible taux lacté de clomipramine.

Le rapport lait/plasma varie entre 0,8 et 1,62, l'enfant recevant au maximum par jour 0,16 mg/kg de clomipramine via le lait maternel, ce qui représente environ 2,8% de la dose maternelle ajustée pour le poids. L'enfant n'a présenté aucun symptôme. La clomipramine est compatible avec l'allaitement.

Dosulépine (Prothiaden®)

Elle a 3 métabolites actifs, dont l'activité représente environ 50% de celle de la dosulépine (dothiepin en anglais). Son excrétion lactée a été étudiée chez une femme qui en prenait 25 mg 3 fois par jour, dans un échantillon de lait exprimé 3 heures après la seconde prise de la journée (*Rees*). Le taux lacté de dosulépine était de 11 µg/l, et l'enfant allaité en recevait environ 1,7 µg/kg/jour. Les auteurs ont également suivi une femme qui a pris au total 300 mg de dosulépine en 6 jours, le taux lacté (moment du recueil du lait non précisé) était de 10 µg/l. Une autre étude a suivi 8 femmes qui en ont pris 25 à 225 mg/jour, pendant une durée allant de 2 jours à plus de 5 ans. Elles ont donné des échantillons de lait exprimés juste avant et après une tétée, et on y a recherché la dosulépine et ses 3 métabolites actifs (*Ilett*). À partir des taux retrouvés, les auteurs estimaient que l'enfant recevait respectivement 0,58%, 0,23%, 2,47% et 1,17% de la dose maternelle ajustée pour le poids pour la dosulépine, le northiaden, la dosulépine-S-oxyde et le northiaden-S-oxyde. Des échantillons de sang ont été prélevés chez 5 enfants, et les taux sériques de dosulépine et de ses métabolites étaient inférieurs à la limite de détection (10 µg/l). Aucun enfant n'a présenté d'effet secondaire.

38 échantillons de lait ont été donnés 10 à 14 heures après une prise par 20 femmes qui en prenaient 75 à 225 mg/jour depuis au moins 12 jours (*Buist 1993*). Le taux lacté de dosulépine allait de indétectable (10 µg/l) à en moyenne

95 µg/l, et celui de northiaden allait de indétectable à en moyenne 40 µg/l. Ces taux étaient similaires dans le lait de début et de fin de tétée. Le taux sérique et urinaire de dosulépine et de northiaden a été recherché chez 2 enfants (posologie maternelle non précisée) ; ces taux étaient indétectables chez un enfant ; ils étaient respectivement de 34 et 22 µg/l (plasma) et 19 et 15 µg/l (urine) chez l'autre enfant. Ces auteurs ont également comparé le développement de 15 enfants allaités par une mère traitée par dosulépine, 15 enfants allaités par une mère déprimée non traitée, et 36 enfants allaités par une mère non déprimée. Les mères traitées ont pris 150 à 225 mg/jour de dosulépine pendant 4 à 134 semaines. Entre 3 et 5 ans, le développement neurologique des enfants était similaire dans les 3 groupes (*Buist 1995*).

Des échantillons de lait ont été donnés 12 à 15 heures après la prise quotidienne par 2 mères (*Yoshida*). La première en prenait 225 mg/l, et le taux de dosulépine était respectivement de 988 et 1250 µg/l dans le lait de début et de fin de tétée. La seconde mère en prenait 50 mg/j, et le taux lacté était respectivement de 54 et 198 µg/l ; lorsque sa posologie a été portée à 100 mg/jour, ces taux étaient respectivement de 74 et 121 µg/l 15 heures après une prise maternelle. Le taux urinaire de dosulépine était d'environ 70 ng/l chez les 2 enfants ; le taux sérique était de 4,1 µg/l chez l'enfant dont la mère en prenait 225 mg/jour. Cette dernière a allaité pendant 25 semaines. Aucun effet secondaire n'a été constaté chez les enfants (suivis jusqu'à 30 mois). Au vu des données existantes, on peut estimer que l'enfant allaité reçoit 0,8 à 2,2% de la dose maternelle ajustée pour le poids. La dosulépine est utilisable chez la mère allaitante.

Doxépine (Quitaxon®)

La doxépine est métabolisée en N-desméthylloxépine, dont l'activité est similaire à celle de la doxépine. Son taux lacté a été mesuré chez une femme qui en prenait 150 mg/jour, avant et après une tétée, à 8 reprises sur une période de 92 jours, l'échantillon de lait étant exprimé environ 18 heures après la prise (*Kemp*). Le taux lacté de doxépine + N-desméthylloxépine était en moyenne de 141 µg/l avant la tétée, et de 214 µg/l après la tétée. Les auteurs estimaient que l'enfant recevait environ 2,2% de la dose maternelle ajustée pour le poids. Après 43 jours de traitement, son taux sérique de doxépine était < 5 µg/l, et celui de N-desméthylloxépine était de 15 µg/l. L'enfant n'a présenté aucun effet secondaire.

Une étude a suivi une femme qui en prenait 10, puis 25 mg 3 fois par jour (*Matheson*). Son taux lacté allait de 7 à 29 µg/l suivant le délai depuis la prise, le pic lacté survenant 4 à 5 heures après cette prise. Le taux lacté de N-desméthylloxépine allait de traces à 11 µg/l. À 8 semaines, le taux sérique de doxépine chez son enfant exclusivement allaité, recherché à 2 reprises, était de 3 µg/l, mais le taux de N-desméthylloxépine était de 58 et 66 µg/l, soit presque aussi élevé que le taux sérique maternel ; la mère prenait alors 75 mg/jour de doxépine depuis 4 jours. L'enfant était pâle, hypotonique et somnolent, et l'allaitement a été arrêté ; son état clinique est revenu à la normale au bout de 24 heures. Chez une autre femme qui en prenait 35 mg/jour (*Frey*), le taux lacté de doxépine + N-desméthylloxépine a été recherché à 3 reprises entre J11 et J13, 13 à 15 heures après la prise ma-

ternelle ; il était respectivement de 60, 100 et 100 µg/l. À J9, le bébé présentait une succion faible, une hypotonie, des vomissements et une perte de poids. Son taux sérique de doxépine était d'environ 10 µg/l 2 heures après une tétée, la N-desméthylloxépine étant indétectable. On a estimé qu'il recevait environ 2,5% de la dose maternelle ajustée pour le poids. Toutefois, les troubles présentés par l'enfant ont disparu dans les 48 heures qui ont suivi l'arrêt de l'allaitement.

Il est préférable d'éviter cette molécule pendant l'allaitement en raison des effets secondaires rapportés chez des enfants allaités. Si la mère doit commencer le traitement alors qu'elle allaite un enfant plus âgé, la doxépine pourra être utilisée moyennant un suivi régulier de l'enfant.

Imipramine (Tofranil®)

C'est le chef de file de cette classe d'antidépresseur. Elle est métabolisée en désipramine, dont l'activité est égale à celle de l'imipramine ; la désipramine est elle-même métabolisée en 2-hydroxydésipramine, qui a également un impact antidépresseur. Chez 2 femmes qui prenaient 50 mg/jour d'imipramine, le taux lacté d'imipramine et de désipramine a été recherché à 1 mois post-partum (délai entre la prise et l'expression de l'échantillon non précisé – *Ware*). Ces taux étaient de 81 et 185 µg/l chez l'une, et seules des traces étaient présentes chez l'autre. Une mère a commencé à en prendre à 1 mois post-partum. Au bout de 16 jours de traitement par 200 mg/jour, le taux lacté d'imipramine + désipramine a été recherché 1, 9, 10 et 23 heures après la prise ; il allait de 21 à 59 µg/l (*Sovner*). Le rapport lait/plasma allait de 1 à 1,4, et les auteurs estimaient que l'enfant recevait au maximum 0,65% de la dose maternelle ajustée pour le poids. Ces molécules étaient indétectables dans le sérum de cet enfant après 7 et 14 jours de traitement, et il n'a présenté aucun effet secondaire.

Chez 4 mères qui prenaient 75 à 150 mg/jour d'imipramine, des échantillons de lait ont été exprimés 12 à 15 heures après la prise. Le taux lacté d'imipramine + désipramine allait de 34 à 408 µg/l dans le lait de début de tétée, et de 48 à 622 µg/l dans le lait de fin de tétée (*Yoshida*). En se fondant sur le taux dans le lait de fin de tétée, un bébé exclusivement allaité recevrait au maximum 2,9% de la dose maternelle ajustée pour le poids. Des échantillons de sang ont été analysés chez 2 enfants. La mère du premier prenait 75 mg/jour d'imipramine, et à 7 semaines l'enfant avait un taux sérique d'imipramine + désipramine de 0,6 µg/l. L'autre enfant était allaité depuis 17 semaines par une mère prenant 100 mg/jour d'imipramine, puis 75 mg/jour ; le taux sérique dans les 3 échantillons analysés allait de 2,2 à 7,4 µg/l. Aucun effet secondaire n'a été constaté chez les enfants, suivis jusqu'à 30 mois.

Une étude a suivi 2 enfants, dont la mère prenait respectivement 75 et 150 mg/jour d'imipramine (*Birnbaum*). L'imipramine et la désipramine étaient indétectables dans le sérum du premier enfant à 6 semaines. Il en était de même chez l'autre enfant à 17 semaines. Globalement, le taux lacté d'imipramine et de son métabolite est bas, et certains spécialistes estiment qu'elle est un bon choix pendant l'allaitement, tout au moins aux posologies utilisées dans les études ci-dessus (*di Scalea*).

Maprotiline (Ludiomil®)

Après une prise unique de 100 mg, le pic lacté était de 110 µg/l, et survenait environ 8 heures après la prise (Lloyd). Suite à un traitement par 50 mg de maprotiline 3 fois/jour, le taux lacté allait de 180 à 260 µg/l (Riess). Toutefois, ces 2 études ne fournissent aucun détail. Si la maprotiline semble utilisable pendant l'allaitement, il est toutefois préférable de privilégier une autre molécule, surtout si l'enfant est un prématuré ou un nouveau-né.

Trimipramine (Surmontil®)

Il n'existe aucune donnée sur son excrétion lactée. Cela n'implique pas qu'elle ne doit pas être utilisée chez une mère allaitante, mais il reste préférable d'utiliser une autre molécule, surtout si l'enfant est un prématuré ou un nouveau-né.

Références

- Academy of Breastfeeding Medicine. Utilisation des antidépresseurs chez les mères allaitantes. Clinical Protocol Number 18 – Use of antidepressants in nursing mothers. Breastfeed Med 2008; 3(1); 44-52. Version française téléchargeable à : <http://www.llf.france.org/Textes-de-l-Academy-of-Breastfeeding-Medicine>
- Briggs GG, Freeman RK, Yaffe SJ. Drugs in pregnancy and lactation. Baltimore : Lippincott, Williams & Wilkins, 2005.
- Chad L et al. Update on antidepressant use during breastfeeding. Can Fam Physician 2013, 59(6) : 633-4.
- de Schuiteneer B, de Coninck B (Centre antipoison de Bruxelles).. Médicaments et allaitement. Paris: Arnette Blackwell, 1996.
- Erickson SH et al. Tricyclics and breast feeding. Am J Psychiatry 1979 ; 136 : 1483.
- Hale TW. Medications and Mothers' Milk. Amarillo: Hale Publishing, 2012.
- Weissman AM et al. Pooled analysis of antidepressant levels in lactating mothers, breast milk, and nursing infants. Am J Psychiatry 2004 ; 161(6) : 1066-78.
- Wisner KL et al. Antidepressant treatment during breast-feeding. Am J Psychiatry 1996 ; 153(9) : 1132-7.
- Yoshida K et al. Psychotropic drugs in mothers' milk : a comprehensive review of assay methods, pharmacokinetics and safety of breast-feeding. J Psychopharmacol 1999 ; 13 : 64-80.

Ainsi que :

- Anand VS. Clomipramine-induced galactorrhoea and amenorrhoea. Br J Psychiatry 1985 ; 147 : 87-8.
- Bader TF, Newman K. Amitriptyline in human breast milk and the nursing infant's serum. Am J Psychiatry 1980 ; 137 : 855-6.
- Birnbaum CS et al. Serum concentrations of antidepressants and benzodiazepines in nursing infants : a case series. Pediatrics 1999 ; 104 : e11.
- Breyer-Pfaff U et al. Secretion of amitriptyline and metabolites into breast milk. Am J Psychiatry 1995 ; 152 : 812-3.
- Brixen-Rasmussen L et al. Amitriptyline and nortriptyline excretion in human breast milk. Psychopharmacology 1982 ; 76 : 94-5.
- Buist A, Janson H. Effect of exposure to dothiepin and northiaden in breast milk on child development. Br J Psychiatry 1995 ; 167 : 370-3.
- Buist A et al. Plasma and breast milk concentrations of dothiepin and northiaden in lactating women. Hum Psychopharmacol 1993 ; 8 : 29-33.
- Coker F, Taylor D. Antidepressant-induced hyperprolactinaemia : incidence, mechanisms and management. CNS Drugs 2010 ; 24 : 563-74.
- di Scalea TL, Wisner KL. Pharmacotherapy of postpartum depression. Expert Opin Pharmacother 2009 ; 10 : 2593-607.
- Egberts AC et al. Non-puerperal lactation associated with antidepressant drug use. Br J Clin Pharmacol 1997 ; 44 : 277-81.
- Fowlie S, Burton J. Hyperprolactinaemia and nonpuerperal lactation associated with clomipramine. Scott Med J 1987 ; 32 : 52.
- Frey OR et al. Adverse effects in a newborn infant breast-fed by a mother treated with doxepin. Ann Pharmacother 1999 ; 33 : 690-3.

- Gelenberg AJ. Amoxapine, a new antidepressant, appears in human milk. J Nerv Ment Dis 1979 ; 167 : 635-6.
- Ilett KF et al. The excretion of dothiepin and its primary metabolites in breast milk. Br J Clin Pharmacol 1992 ; 33 : 635-9.
- Kemp J et al. Excretion of doxepin and N-desmethyldoxepin in human milk. Br J Clin Pharmacol 1985 ; 20 : 497-9.
- Khachman D et al. Clomipramine dans le lait maternel : à propos d'un cas. J Pharm Clin 2009 ; 28 : 33-8.
- Lloyd AH. Practical considerations in the use of maprotiline (Ludiomil) in general practice. J Int Med Res 1977 ; 5 (Suppl 4) : 122-38.
- Matheson I et al. Respiratory depression caused by N-desmethyldoxepin in breast milk. Lancet 1985 ; 326 : 1124.
- Misri S, Sivertz K. Tricyclic drugs in pregnancy and lactation : a preliminary report. Int J Psychiatry Med 1991 ; 21 : 157-71.
- Nulman I et al. Child development following exposure to tricyclic antidepressants or fluoxetine throughout fetal life : a prospective, controlled study. Am J Psychiatry 2002 ; 159 : 1889-95.
- Pittard WB III, O'Neal W Jr. Amitriptyline excretion in human milk. J Clin Psychopharmacol 1986 ; 6 : 383-4.
- Rees JA, et al. Serum and breast milk concentration of dothiepin. Practitioner 1976 ; 217 : 686.
- Riess W. The relevance of blood level determinations during the evaluation of maprotiline in man. In : Murphy JE, ed. Research and clinical investigation in depression. Northampton : Cambridge Medical Publications Limited, 1975 : 19-38.
- Schimmell MS et al. Toxic neonatal effects following maternal clomipramine therapy. Clin Toxicol 1991 ; 29 : 479-84.
- Sovner R, Orsulak PJ. Excretion of imipramine and desipramine in human breast milk. Am J Psychiatry 1979 ; 136 : 451-2.
- Ter Horst PG et al. Clomipramine concentration and withdrawal symptoms in 10 neonates. Br J Clin Pharmacol 2012 ; 73 : 295-302.
- Turkington RW. Prolactin secretion in patients treated with various drugs : phenothiazines, tricyclic antidepressants, reserpine, and methyl-dopa. Arch Intern Med 1972 ; 130 : 349-54.
- Ware MR, DeVane CL. Imipramine treatment of panic disorder during pregnancy. J Clin Psychiatry 1990 ; 51 : 482-4.
- Wisner KL et al. Serum clomipramine and metabolite levels in four nursing mother-infant pairs. J Clin Psychiatry 1995 ; 56 : 17-20.
- Yoshida K et al. Investigation of pharmacokinetics and possible adverse effects in infants exposed to tricyclic antidepressants in breast-milk. J Affect Disord 1997 ; 43 : 225-37.

Sur notre boutique en ligne

D.A.L.* temporaire « fait maison »
 « D.A.L. temporaire » fait à la lactation

Atte de réaliser le montage de dispositifs de matériel et de matériaux suivant les protocoles, réalisés à l'aveugle, scellés avec une seringue propre.

Matériel nécessaire :
 - une sonde à nutrition gastrique, antiréflux au nom de l'enfant
 - Vigon charnières 8, référence 312 05 - Code ACS 723 7700 (pour le set complet)
 - Vigon charnières 8, référence 312 06 - Code ACS 628 1300 (pour le set antireflux)
 - un petit biberon propre,
 - une seringue sans aiguille,
 - une petite boîte propre avec un couvercle pour ranger le matériel.

Montage du dispositif :
 Dévisser le biberon.
 Agréger les trois de la tétine avec des ciseaux propres.
 Couper le bouchon de l'embout en plastique à l'extrémité de la sonde avec des ciseaux propres.
 Insérer la tétine sur l'intérieur de la tétine et la faire ressortir.
 L'embout en plastique doit toucher le fond du biberon.
 Sécher à l'air.
 Pour avoir certains renseignements de détail plus fins, vous pouvez contacter le fabricant de la vision (l'intérieur du biberon).

Fabriquer un DAL « maison »
 Feuillet recto-verso.
 À distribuer aux mères qui souhaitent ou doivent donner des compléments en limitant leur impact sur l'allaitement

Blocs de 50 feuillets : 10 € (plus port)

Pour le suivi de la croissance :
 courbes de poids de l'OMS (percentiles).
 Existe en version garçon et en version fille.

