

En France, les femmes allaitent en moyenne dans 50% des cas et une majorité d'entre elles interrompent avant la fin du 3ème mois. Les cliniciens se posent alors la question de la compatibilité du médicament avec la poursuite de l'allaitement maternel.

Aidés des pharmacologues, ils peuvent proposer le médicament « optimisé » (indétectable ou retrouvé à des quantités très faibles dans le lait maternel) ayant une élimination rapide et qui ne soit pas toxique pour le nouveau-né.

Les paramètres pharmacocinétiques maternels

sont des facteurs clés pour interpréter le passage du médicament dans le lait. La concentration plasmatique maternelle dépend de la dose reçue, de la voie d'administration, des fonctions d'épuration en particulier hépatique et rénale.

La plupart des médicaments passent dans le lait maternel par simple diffusion à partir du plasma sanguin maternel. Ce passage dépend de leur fixation aux protéines

plasmatiques et de leurs caractéristiques physico-chimiques (poids moléculaire, liposolubilité, degré d'ionisation).

Les effets sur l'enfant allaité : l'incidence des effets indésirables est *faible* (10 %)

Des intoxications néonatales via le lait maternel ont été publiées lorsque la mère était traitée avec un médicament dont le passage était important et à des posologies élevées mais aussi chez des nouveau-nés prématurés dont les paramètres pharmacocinétiques sont différents du nouveau-né à terme.

Les paramètres de l'absorption digestive (vidange gastrique ralentie, transit prolongé, absorption intestinale irrégulière, faible quantité d'acides biliaires) expliquent une accumulation du médicament chez le nouveau-né.

La dose théorique reçue par l'enfant en 24 heures est la concentration du médicament dans le lait multiplié par le volume de lait par jour. Si elle dépasse 10% de la dose maternelle, il faut se poser la question du maintien de l'allaitement en fonction de la classe thérapeutique.

Rare sont les médicaments où l'enfant ingère plus de 1% de la dose reçue par la mère. Par conséquent, les troubles observés chez l'enfant allaité sont le plus souvent bénins. Une *surveillance clinique et paraclinique* systématique de l'enfant évite d'interrompre un allaitement maternel lorsque les informations sur le médicament sont incomplètes.

En conclusion, si le passage dans le lait a été étudié : il faudra déterminer la quantité maximale de médicament que l'enfant peut recevoir sinon choisir le médicament fortement lié aux protéines plasmatiques, avec une biodisponibilité orale la plus basse, la demi-vie d'élimination la plus courte, le rapport lait/plasma le plus faible, sans métabolites actifs et le moins d'effets indésirables.

Dans de très rares situations, il faudra savoir contre-indiquer l'allaitement lorsque le traitement n'est pas compatible. Le lait sera tiré et jeté pendant les cinq à sept demi-vies d'élimination avant de pouvoir reprendre l'allaitement maternel dans des conditions sûres.

Les médicaments qui doivent être pris en compte au cours de l'allaitement :

Ceux qui vont avoir un passage maximal, des métabolites actifs et une élimination longue comme les psychotropes

Ceux qui ont une fenêtre thérapeutique étroite (médicaments cardio-vasculaires ex : digoxine)

Ceux qui sont contre-indiqués chez le nouveau-né ou d'utilisation inconnue (ex : statines)

Ceux qui ont provoqué des effets indésirables (ex : lithium, aspirine)