

Dr;Chouali leila Maitre Assistante Hospitalo-Universitaire Gynecologie Obstetrique

Médicaments et grossesse



Si bien que la notice du VIDAL nous laisse trop souvent dans l'incertitude

« bien que les études tératologiques effectuées sur les animaux n'aient pas mis en évidence d'effet tératogène comme pour les autres médicaments, on ne doit cependant administrer cette substance au cours de la grossesse ou pendant l'allaitement que dans le cas de réelle nécessité et sous contrôle direct du médecin »

LE MÉDICAMENT
N'EST PAS UN
PRODUIT
COMME LES AUTRES.

- *Attention a l'automédication*



Objectifs

- ❑ *Connaître le risque médicamenteux sur le fœtus*
- ❑ *Connaître les particularités de la pharmacocinétique des médicaments chez la femme enceinte.*
- ❑ *Connaître les règles de maniement du médicament chez la femme enceinte*
- ❑ *Etre capable de trouver et d'interpréter l'information nécessaire pour évaluer le risque d'un médicament chez la femme enceinte.*
- ❑ *Pour atteindre les objectifs ; il est nécessaire de connaître, comprendre et maîtriser les mots clés suivants:*

*barrière » fœto-placentaire
rapport bénéfice/risque
tératogène*

Tératogénèse médicamenteuse

On définit tératogène tout médicament, qui perturbe le développement normal de l'embryon et du fœtus.

La tératologie est donc l'étude des anomalies du développement fœtal que ce soit sur le plan structurel ou fonctionnel, avec ses manifestations typiques telles que le développement fœtal insuffisant, l'avortement ou la mort in-utéro, la carcinogénèse et les malformations.

L'évaluation du risque tératogène d'un médicament repose d'une part, sur des études expérimentales in vitro et essentiellement in-vivo chez l'animal entier et d'autre part, sur les données cliniques disponibles.

DRAMES HISTORIQUES

Thalidomide et phocomélies *(années 1960)*

Sédatif et antivomitif depuis 1955



Distilbene



- *Le distilbène est un médicament ayant été prescrit à 200 000 femmes entre les années 1950 et 1977 afin d'éviter la survenue de fausses couches*
- *Le distilbène a provoqué des effets secondaires chez les enfants qui y ont été exposés pendant la grossesse de leur mère :*
 - *troubles de fertilité*
 - *kc du vagin et du col utérin*
 - *anomalies anatomiques*
 - *accouchement prématuré et de fausses couches*
 - *troubles psychiatriques*

Thalidomide

- *Hypnotique-sédatif*
- *Utilisé de 1957 à 1962*
- *12000 cas de malformations recensés*
- *malformations des membres, anomalies cardiaques et rénales*
- *Engendrant par la suite la crainte que n'importe quel médicament pris au cours de la grossesse puisse représenter un danger*



***Modifications
physiologiques au
cours de la grossesse***

Résorption digestive aléatoires :	<ul style="list-style-type: none"> • Diminution des apports dus aux vomissements. • Diminution de la sécrétion acide gastrique de 40%. • Ralentissement de la vidange gastrique. • Ralentissement du transit intestinal de 30% à 50%.
Modification de la distribution	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation du volume sanguin. • Augmentation du volume plasmatique. • Augmentation du volume du secteur hydrique. • Augmentation des débits sanguins <u>régionaux</u>(de 50% du débit cardiaque et du débit rénal). • Modification du coefficient de liaison des protéines plastiques.
Modification des biotransformations	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation de l'activité métabolique hépatique. • Diminution des concentrations plastiques.
Diminutions des éliminations	<ul style="list-style-type: none"> • Diminution de l'excrétion biliaire. • Augmentation de la clearance rénale.
Placenta	<ul style="list-style-type: none"> • Passage placentaire bidirectionnel passif selon les partis clartés physico-chimiques des médicaments.

Spécificités pharmacologiques en cours de grossesse

- **Le placenta**
 - N'est pas une barrière
 - Épaisseur diminue et surface augmente avec le terme
 - Presque tous les médicaments passent le placenta
 - Exceptions : insuline, héparine, interféron alpha
- **Le fœtus**
 - L'élimination des médicaments se fait par la mère
- **Le nouveau-né**
 - Fonctions hépatiques et rénales immatures
 - Demi-vie d'élimination plus élevée, liaison aux protéines plasmatiques plus faible
 - ⇒ fraction libre du médicament plus élevée

*Les risques pour le fœtus
dépendent du terme de
la grossesse*

Avant l'implantation	<ul style="list-style-type: none">● Risque faible
Période embryonnaire (du 13 ^{ème} au 56 ^{ème} g)	<ul style="list-style-type: none">● Organogénèse.● Risque maximum de malformation.
Après 3 mois	<ul style="list-style-type: none">● Altérations foeto phatiques.● Anomalies fonctionnelles.● Altération des structures en place.
En période néonatale	<ul style="list-style-type: none">● Risque pour le nouveau-né.● Exacerbation des effets secondaires des TRTs.● Risque de surdosage.

La nature du risque varie avec la période de la grossesse

Préimplantation Avant J6	▶	Loi du tout ou rien : peu d'échanges materno-embryonnaires
Organogenèse 2 premiers mois	▶	Risque tératogène : mise en place de tous les organes (Valproate, AVK ...)
Période fœtale 7 derniers mois	▶	Risque fœtal : croissance et maturation histologique, enzymatique, fonctionnelle (AINS, IEC ...)
Avant accouchement	▶	Risque néonatal : effet pharmacologique direct sur le nouveau-né (bêta-bloquants, morphiniques ...)
Toute la grossesse	▶	Risque de fausse couche ou mort foetale Risque à distance : cancérogenèse (distilbène), troubles du comportement (valproate) ...

Tenir compte $T_{1/2}$ élimination du médicament

CALENDRIER DE LA TÉRATOGENÈSE

Du 13ème au 25ème jour

Système nerveux central

Du 20ème au 40ème jour

Cœur

Du 24ème au 40ème jour

Œil

Du 24ème au 36ème jour

Membres

Du 37ème au 46ème jour

Gonades

Du 45ème au 90ème jour

Voies génitales mâles

Du 50ème au 150ème jour

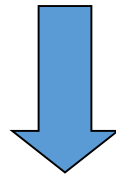
Voies génitales femelles

Souvent l'inquiétude est majorée par rapport au risque réel

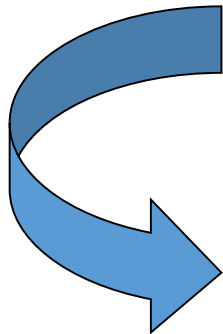


Mais ...

L'exposition pendant la grossesse à un ou plusieurs médicaments est souvent excessive



Période à risque: celle où la femme enceinte ou le médecin ignorent encore la grossesse



Raisonner en terme de femme susceptible d'être enceinte

Prescription en cours de grossesse :

4 conduites à tenir dans le dictionnaire Vidal

- **Utilisation possible ou envisageable**
 - fonction de la quantité et qualité des données humaines
 - et de la période concernée par les données
- **Utilisation à éviter par précaution**
 - données parcellaires mais pas d'élément inquiétant
- **Utilisation déconseillée**
 - suspicion (homme ou animal) à confirmer ou à infirmer
- **Utilisation contre-indiquée**
 - RISQUE PROUVÉ CHEZ L'HOMME
 - si bénéfique maternel ++ (médicament indispensable sans alternative thérapeutique) :
 - jamais contre-indiqué en cours de grossesse
 - risque connu pour le fœtus / enfant ⇒ diagnostic anténatal (anticonvulsivants, AVK ...)

Quelques classes thérapeutiques



Antibiotiques et Grossesse :

Antibiotiques	1 ^{er} trimestre	2 ^e trimestre	3 ^e trimestre
Pénicillines	Oui	Oui	Oui
Céphalosporines	Oui	Oui	Oui
Macrolides	Oui	Oui	Oui
Pristinamycine	Oui	Oui	Oui
Polypeptides	Oui	Oui	Oui
Tétracyclines	Non	Non	Non
Aminosides	Non	Non	Non
Phénicolés	Non	Non	Non
Rifampicine	Non	Oui	Oui
Sulfamides associés	Non	Non	Non
Quinolones	Non	Non	Non
Nitrofuranes	Non	Oui	Non
Imidazolés	Non	Oui	Oui



Tableau extrait du livre:

GÉN et **PI** 2005

Épilepsie et grossesse

- **Cohortes de femmes épileptiques traitées pendant la grossesse :**
 - taux global de malformations multiplié par 2 ou 3
 - l'épilepsie a peu de rôle propre dans la survenue des malformations
 - le risque malformatif est essentiellement lié au traitement
- **Prévention par acide folique :**
 - 1 mois avant la conception et jusqu'à 2 mois de grossesse, 5 mg/j
 - efficacité non démontrée ⇒ surveillance prénatale soigneuse
- **Possible diminution des concentrations plasmatiques d'anticonvulsivants en 2^{ème} partie de grossesse :**
 - surveillance, adaptation posologie et réajustement après accouchement
- **Troubles de la coagulation néonataux :**
 - diminution des facteurs vit K dépendants
 - antiépileptiques inducteurs enzymatiques : phénobarbital, phénytoïne, carbamazépine (Tégrétol®), oxcarbazépine (Trileptal®)
 - Administration vitamine K (posologie de Nné à risque hémorragique majoré)

Acide valproïque (Dépakine[®], Dépamide[®], Dépakote[®]) (1)

- **Antiépileptique et thymorégulateur**
- **Malformations : 10 à 15%, jusqu'à 30% si > 1000 mg/j**
 - le plus malformatif de tous les antiépileptiques et thymorégulateurs
 - spina bifida, cœur, membres, crâne, face, reins, OGE ...
 - prévention par acide folique inefficace
- **Diminution QI verbal**
 - augmentation soutien scolaire et orthophonie
- **Troubles envahissants du développement**
- **Anomalies néonatales transitoires**
 - plaquettes et fibrinogène (non vitamine K dépendant)
 - hypoglycémie

Acide valproïque (2)

En pratique

- **Tout faire pour envisager une alternative thérapeutique chez une jeune femme**
 - **Contraception efficace (pas d'interaction avec oestro-progestatifs)**
- **Si une grossesse est découverte sous traitement :**
 - relayer dès que possible par un autre traitement à condition de maintenir un équilibre de la pathologie
 - envisager un diagnostic prénatal adapté
 - si traitement fin de grossesse : surveillance mère/nouveau-né
 - NFS, TCK, fibrinogène, glycémie



Grossesse

Valproate :

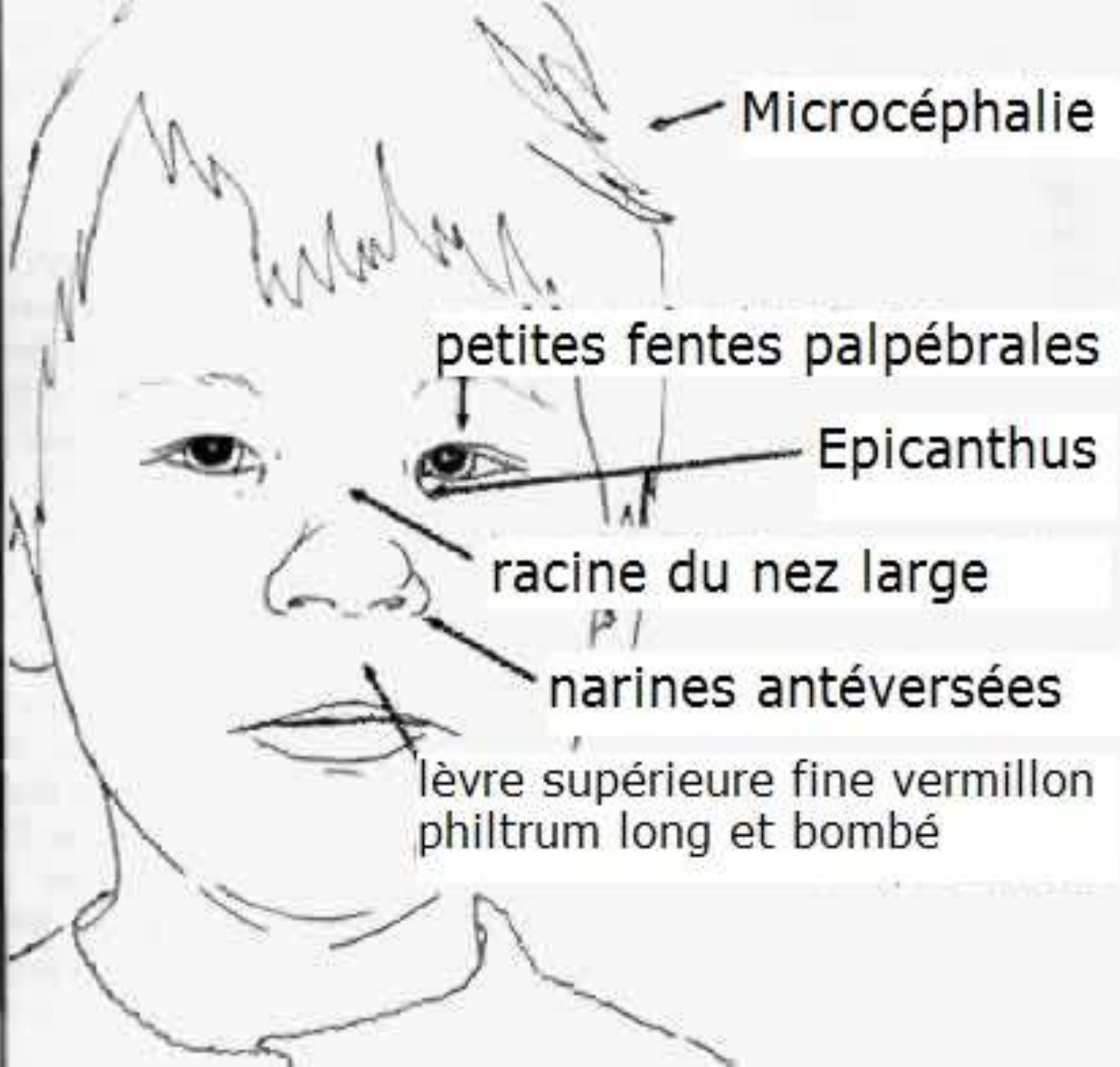
DEPAKINE®, DEPAKOTE®, DEPAMIDE®, MICROPAKINE®

Risque malformatif x2 à 5 /population générale



2% à 3% des cas
Facteur de risque : dose > 1g/j
Période critique : 4 à 6SA





Microcéphalie

petites fentes palpébrales

Epicanthus

racine du nez large

narines antéversées

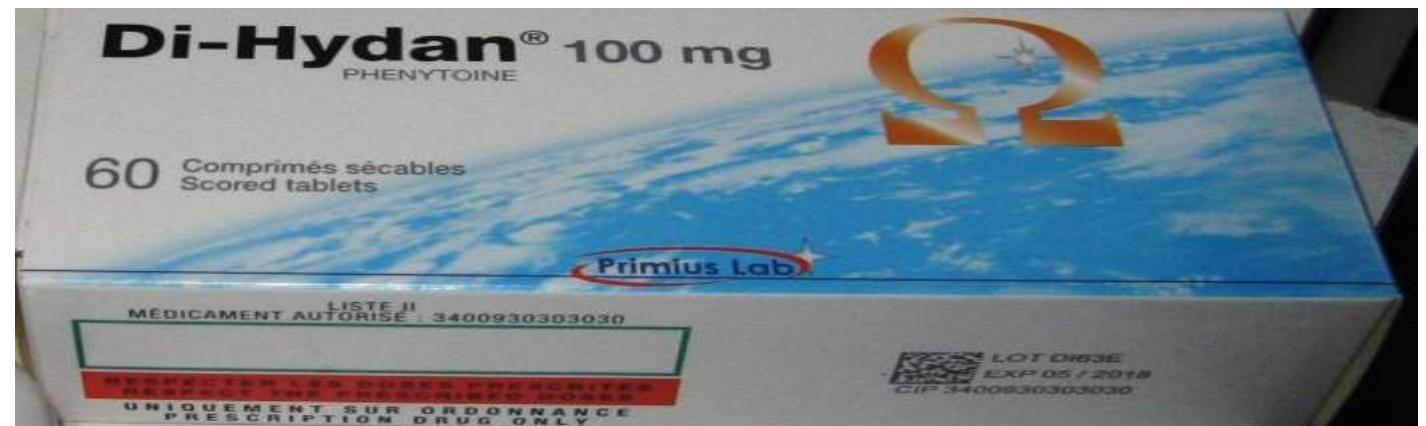
lèvre supérieure fine vermillon
philtrum long et bombé

- ***Di-Hydan (phénytoïne)***

- *RCIU :retard de croissance intra-utérin*
- *Anomalies cranio-faciales (microcéphalie, hypertélorisme, implantation basse des cheveux, oreilles mal ourlées)*
- *Retard psychomoteur*
- *Hémorragies néonatales*
- *par hypovitaminose K*



- ***CAT:***
- *supplémentation en vit K*



Anticonvulsivants sans augmentation du risque malformatif global

- **Lamotrigine (Lamictal®)**

- Données très nombreuses et rassurantes
- Risque de fentes faciales évoqué mais n'a pas été retrouvé dans études complémentaires
- Non tératogène chez l'animal
- Augmentation des posos parfois nécessaire (réajuster après l'accouchement +++)

- **Clobazam (Urbanyl®)**

- **Clonazépam (Rivotril®)**

- Données nombreuses et rassurantes pour la classe
- Recul d'usage important
- Syndromes d'imprégnation et de sevrages transitoires possibles si utilisation en fin de grossesse

Neuroleptiques

- ***HALDOL et LARGACTIL ne sont pas tératogènes***
- ***possibilité chez le nouveau-né de syndrome extra pyramidal, ou de signes atropiniques.***
- ***CAT***
 - ***surveiller la TA maternelle (risque d'hypotension)***



Benzodiazépines

- **Aspect malformatif**

- Pas d'augmentation du taux global de malformations

- **Aspect néonatal**

- Très bon passage placentaire
- Si traitement jusqu'à l'accouchement, possibilité d'effets néonataux proches de ceux observés chez l'adulte :
 - Signes d'imprégnation

- même pour des faibles doses
- réversibles
- hypotonie axiale, troubles de la succion et mauvaise prise de poids
- si doses très élevées juste avant accouchement : dépression respiratoire, apnée, hypothermie

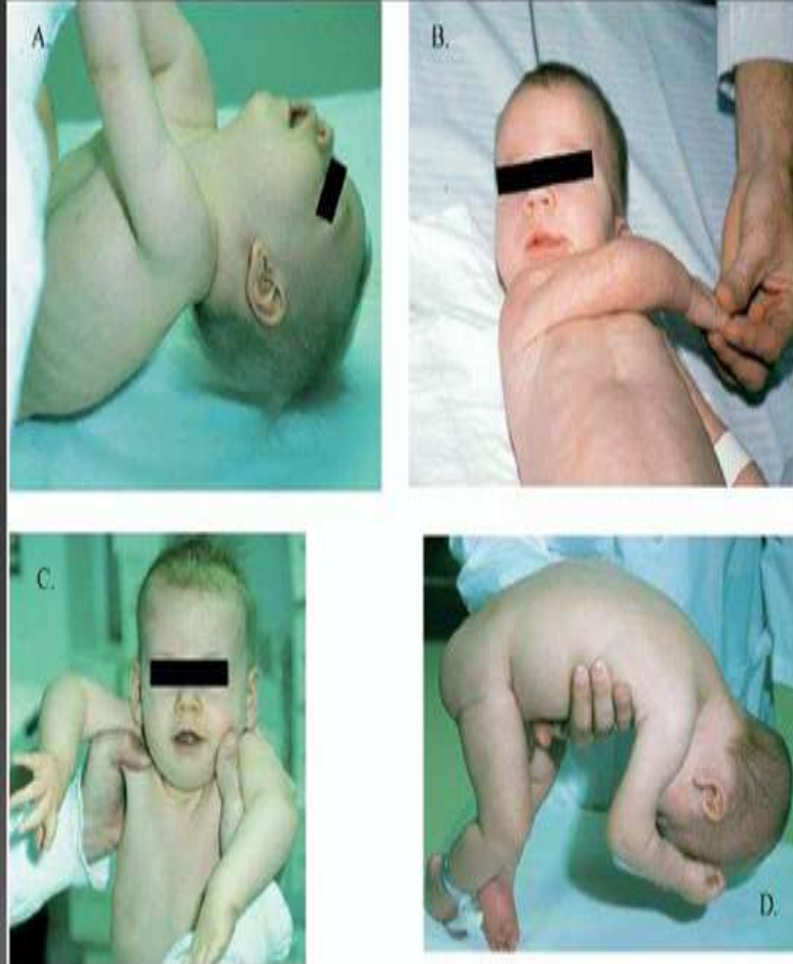
- Syndrome de sevrage lors de traitement chronique même à faibles doses

- hyperexcitabilité, agitation, trémulations

Benzodiazepines

- *Risque néonatal: pause respiratoire, hypotonie, difficultés de succion, syndrome de sevrage possible*
- *CAT:*
- *En fin de Grossesse: privilégier $1/2$ vie courte (Séresta) et diminuer la posologie mais pas d'arrêt brutal (risque de syndrome de sevrage in utero avec souffrance fœtale)*
- *Prévoir prise en charge pédiatrique*

DEFINITION CLINIQUE



Measures of hypotonia: (A) pull to sit, (B) scarf sign, (C) shoulder suspension, and (D) ventral suspension.

Bodensteiner JB. Semin Pediatr Neurol; 2008;15:10-20

Hypotonia
(decreased
muscle tone)



ADAM.

Antidépresseurs tricycliques

- **Aspect malformatif**

- Aucun élément d'inquiétude sur le plan malformatif chez les femmes exposées au 1er trimestre

- **Aspect néonatal**

- si fortes doses jusqu'à l'accouchement
- signes le plus souvent transitoires et peu sévères

- Détresse respiratoire, hyperexcitabilité, troubles du tonus, ralentissement du transit, sédation

Antidépresseurs et anxiolytiques de première intention toute la grossesse

- **Tricycliques**
 - Imipramine (Tofranil®)
 - Clomipramine (Anafranil®)
 - Amitryptiline (Laroxyl®)
- **IRSS**
 - Fluoxétine (Prozac®)
 - Sertaline (Zoloft®)
 - Citalopram (Seropram®)
 - Escitalopram (Seroplex®)
- **Anxiolytiques**
 - Oxazépam (Séresta®)
 - Hydroxyzine (Atarax®)
- **Attention à la diminution systématique des doses en fin de grossesse : risque de décompensation maternelle**

Antalgiques (hors accouchement) (1)

- **Paracétamol**

- Peut être utilisé toute la grossesse aux posologies usuelles

- Début de grossesse : données très nombreuses et rassurantes
- Aucune foetotoxicité connue aux doses thérapeutiques usuelles

- **Dextropropoxyphène et codéine**

- Peuvent être utilisés toute la grossesse

- Données rassurantes en début de grossesse
- Sd de sevrage néonatal décrit si traitement chronique à doses supratherapeutiques ou toxicomanie
- Dépression respiratoire théorique possible si fortes doses juste avant ou pendant l'accouchement

- **Tramadol (Topalgic®)**

- Palier 2 de 2^{ème} intention

- Pas de données en début de grossesse
- Sd de sevrage néonatal possible si traitement chronique à doses supratherapeutiques

- **Buprénorphine (Temgésic®)**

- Palier 2 de 2^{ème} intention

- Données nombreuses et rassurantes
- Sd de sevrage néonatal possible si traitement chronique

Antalgiques (hors accouchement) (2)

- **Morphine**

- Prescription possible toute la grossesse

- Nombreuses données rassurantes en début de grossesse
- Syndrome de sevrage néonatal décrit si traitement chronique :
 - irritabilité, trémulations, cri aigu, hypertonie
 - survenant à distance de la naissance (de quelques heures à quelques jours)
- Dépression respiratoire décrite si fortes doses juste avant ou pendant l'accouchement

- **Autres morphiniques**

- Palier 3 de 2^{ème} intention

- Peu ou pas de données
 - Pas d'élément inquiétant
 - Fin de grossesse : cf morphine
-

Corticoïdes (indication maternelle)

Les corticoïdes peuvent être utilisés toute la grossesse
quelles que soient posologies et voies d'administration

Voie générale

- Préférer prednisone, prednisolone, méthylprednisolone
 - Puissance d'action modérée
 - Métabolisme placentaire
- Si traitement fin grossesse, surveillance poids, diurèse, glycémie du nouveau-né

Voie locale : inhalée, nasale, oph ...

- Passage systémique faible
- Pas de précaution particulière chez le nouveau-né

● Début de grossesse

- Animal : effet tératogène en fonction des espèces
- Homme : pas d'augmentation du risque malformatif global
 - doute sur augmentation des fentes labiales (< 2 x) par voie générale

● Risque fœtal et néonatal

- Risque de RCIU modéré soulevé en cas de prise chronique par voie générale
- Insuffisance surrénalienne aiguë néonatale exceptionnelle par voie générale

AINS (y compris inhibiteurs COX-2 et aspirine > 500 mg/j)

- **Risque de fausse couche évoqué (x 2)**
 - **Peu de données en début de grossesse mais pas d'inquiétude sur le plan malformatif**
 - **Toxicité fœtale/néonatale cardiopulmonaire et rénale :**
 - parfois fatale (fermeture canal artériel, insuffisance rénale)
 - liée à inhibition de synthèse des prostaglandines
 - la maturation cardiaque et rénale commence pendant l'organogenèse : attention aux prises chroniques avant 24 SA
-
- **< 24 SA : éviter si possible d'utiliser un AINS**
 - **> 24 SA : contre-indication de tous les AINS**
 - même en prise ponctuelle
 - y compris ceux utilisés comme antalgiques (ibuprofène : Advil®, Nurofen®)
 - quelle que soit la voie (sauf oculaire)

Risques foetaux des médicaments anti-arythmiques

➤ *Amiodarone*

Hypothyroïdie

➤ *Béta-bloquants*

Hypoglycémie,

Bradycardie

(nouveau-né)

➤ *Quinidine*

Trombocytopénie

➤ *Vérapamil*

Mort in utero

Anticoagulant oraux

- *Au 1^{er} trimestre risque d'embriopathie 6% :dysmorphie faciale avec hypoplasie nasale, anomalie osseuse .*
- *Au 2eme et 3eme trimestre: anomalies cérébrales 2%: hydrocéphalie et microcéphalie .*
- **CAT** : *utiliser de l'héparine car elle ne franchit pas la barrière placentaire et ne pose donc pas de problème spécifique pendant la grossesse.*



Les antidiabétiques oraux

- *Biguanides*
- *Pas d'effet malformatif connu*
- *On ne dispose pas de donnée clinique*

- *Sulfamides*
- *effet malformatif possible*
- *Le risque est probablement minime avec les sulfamides actuels, à demi-vie courte*



➤ **CAT**

- *Programmer la Grossesse*
- *les risques sont liés au mauvais équilibre du diabète maternel (cardiopathies congénitales, macrosomie).*
- *Il faut exiger une Hb A1 C inférieure à 6,5 %.*
- *En cas de grossesse débutée sous ADO pas de raison d'interrompre la grossesse.*
- *Prendre le relais par l'insuline.*



Supplémentation préventive

- *Par contre d'autres médicaments sont parfois nécessaires à prendre durant la grossesse*
- *Du fer → pas de supplémentation systématique >> anémie*
- *De la vit B9 (acide folique) → risque de spina bifida*
- *Vit K → en cas de trt inducteur enzymatique*
- *Vit D → prévention d'hypocalcémie néonatale, rachitisme*

Les vaccins:

✓ *Les vaccins pouvant être administrés pendant*

la grossesse:

- *Tétanos*
- *Hépatite B*
- *Méningocoque*
- *Poliomyélite inactivée*
- *Rage*
- *grippe*





✓ **Vaccins ne pouvant être administrés pendant la grossesse:**

- *Rougeole, rubéole, diphtérie*
- *Fièvre jaune(à éviter)*
- *BCG*
- *Choléra*
- *Hépatite A*
- *Varicelle*
- *Thyphoïde*



ANTI-ACIDES et PANSEMENTS GASTRO- INTESTINAUX

- *Utilisation possible quelque soit le terme*
- *Anti-acides : préférer ceux à base de calcium ou de magnésium (ex: RENNIE®...) par rapport à l'aluminium (ex: MAALOX® MAUX D'ESTOMAC...)*
- *Anti-acides associés à des alginates: alginate de sodium/bicarbonate de sodium (ex: GAVISCON®...)*
 - *Eviter prises prolongées et à fortes doses*
- *Pansements gastro-intestinaux: utilisation envisageable car absence d'absorption: diméticone (ex POLYSILANE UPSA®...)*

ANTISECRETOIRES GASTRIQUES et ANTI- ULCEREUX

- *Anti-histaminiques H2 : ranitidine*
- *Inhibiteurs de la pompe à protons: oméprazole, ésoméprazole*

ANTIEMETIQUES

- *Anti-histaminiques H1: doxylamine (ex DONORMYL®)
hors AMM, méclozine (ex AGYRAX®) hors AMM*
 - *effets atropiniques*
- *Antagoniste de la dopamine: métoclopramide
(ex: PRIMPERAN®)*
 - *effets extrapyramidaux*



LAXATIFS

- *Laxatifs de lest: mucilage (ex: **NORMACOL®**)*
- *Laxatifs osmotiques:*
 - ✓ *Polyéthylène glycol: macrogol (ex: **FORLAX®**)*
 - ✓ *Laxatifs salins: magnésium hydroxyde (ex: **CHLORUMAGENE®**)*
 - ✓ *Sucres et polyols: lactulose (ex: **DUPHALAC®**)*



ANTI-TUSSIFS

- *Privilégier spécialité avec un seul principe actif*

ALLERGOLOGIE

- ***Cromones: acide cromoglicique (collyre ophtalmique ou en pulvérisation nasale): peut-être prescrit quelque soit le terme***
- ***Anti-histaminiques H1***

Au 1^{er} trimestre:

- Anti-histaminiques non anticholinergiques (2^{ème} génération): cétirizine (ex: ZYRTEC®), lévocétirizine, loratadine (ex: CLARYTINE®), desloratadine, fexofénadine (ex: TELFAST®)***
- ✓ ***Anti-histaminiques sédatifs et/ou anticholinergiques (1^{ère} génération): hydroxyzine (ex: ATARAX®), dexchlorphéniramine (ex: POLARAMINE®), prométhazine (ex: PHENERGAN®)***

En fin de grossesse: privilégier un anti-histaminique H1 de 2^{ème} génération

afin d'éviter les signes d'imprégnation et/ou de sevrage

Traitement en dermatologie

- *Accutanes® (isotrétinoïne) Soriatane® (acitrétine) Risques tératogènes chez l'animal et en clinique, malformations prédominantes : SNC, oreille ext, cœur*
- *Soriatane® : beaucoup moins de données chez l'animal et en clinique : quelques malformations prédominantes au niveau du squelette*

Conduite à tenir: **Grossesse : contre-indication absolue.**

- *Chez toute femme susceptible d'être enceinte, indication fermement pesée.*
- *Si le traitement est indispensable, une contraception doit être rigoureusement suivie et des mesures de prescription et de surveillance particulières doivent être prises,*
- *En cas d'exposition en début de grossesse, discussion d'interruption de grossesse justifiée.*

- À l'arrêt du traitement :

- ✕ *Roaccutane® : grossesse à éviter dans le mois suivant l'arrêt du traitement,*
- ✕ *Soriatane® : grossesse à éviter dans les 2 années suivant l'arrêt du traitement, en raison de l'accumulation tissulaire.*



retinoides





Radiations ionisantes : radio, scanner

- **La dose d'irradiation à considérer est celle qui est absorbée par l'embryon ou le fœtus et non par la mère**
- **Marge de sécurité internationale : 100 mGy (10 Rad)**
- **La plupart des examens d'imagerie « classiques » (radio ou scanner) : dose gonade largement inférieure à 50 mGy**

- **Utérus hors du faisceau (examen du thorax, crâne, membres ...)**
 - Irradiation à l'utérus négligeable (radio de thorax < 0,01 mGy)
 - Examens radiologiques possibles toute la grossesse (avec ou sans produit de contraste)
- **Utérus dans le faisceau direct**
 - Irradiation à l'utérus presque toujours < 100 mGy
 - Si examen nécessaire en cours de grossesse:
 - préférer IRM (gadolinium possible)
 - radiations ionisantes possibles avec des précautions
 - Estimation par un expert de la dose fœtale absorbée si protocole pas « standard » (scopie)

- *Garder à l'esprit que toute femme en âge de procréer est potentiellement enceinte ou pourra l'être. En effet, la période où le risque de malformation est maximal correspond souvent à une période où la femme et le médecin ignorent encore la grossesse.*
- *Informez sur la nécessité d'anticiper/planifier un projet de grossesse (d'autant plus dans le cas d'une pathologie chronique) avec la programmation d'une consultation préconceptionnelle, la mise en place d'une contraception adaptée*

Les Types de Situation

AVANT LE TRAITEMENT OU AVANT LA GROSSESSE : DÉMARCHE PRÉVENTIVE

- *Si un traitement est nécessaire, comment envisager la thérapeutique maternelle la moins nocive pour l'enfant en fonction de son terme de grossesse?*

OU :

- Poser le problème de l'interaction possible de la pathologie et de la grossesse.*
- Choisir le médicament le mieux connu au cours de la grossesse. Ne pas sous traiter les femmes enceintes.*
- Programmer les éléments de surveillance chez la mère et l'enfant.*
- *Si une modification du traitement est nécessaire, la programmer, si possible, avant le début de la grossesse et s'assurer du bon contrôle thérapeutique de la maladie. Envisager, si besoin, des mesures préventives.*

APRÈS LE DÉBUT DU TRAITEMENT : DÉMARCHE PROSPECTIVE

Une femme enceinte (et ne le sachant pas le plus souvent) a pris des médicaments

- Quels sont les risques pour l'enfant ?***
 - ▶ *La décision est un acte médical*
 - ▶ *Ne pas affoler : peu de médicaments justifient une décision d'interruption de grossesse.*

- Connaître précisément le traitement et son motif.***

Analyser les documents disponibles : pharmacologiques, embryologiques, épidémiologiques.

- Si le traitement est chronique, envisager le suivi de la grossesse dans toute sa durée***

APRÈS LA NAISSANCE : DÉMARCHE RÉTROSPECTIVE

- Une femme donne naissance (ou le diagnostic anténatal visualise) à un enfant malformé et/ou ayant une pathologie néonatale non malformative. L'anamnèse obstétricale permet de retrouver une prise médicamenteuse. Quel est le lien possible entre l'exposition et la malformation et/ou la pathologie ?*

- Rechercher une cause non médicamenteuse: génétique, etc...*

QUELLES RECOMMANDATIONS?

- *Ne pas transformer les femmes enceintes en orphelines thérapeutiques et les traiter si leur pathologie le nécessite*
- *Tenir compte du terme d'exposition*
- *Choisir les médicaments d'utilisation possible ou envisageable pendant la grossesse*
- *Eviter les médicaments récents*
- *Choisir le médicament le mieux évalué pendant la grossesse avec le meilleur rapport bénéfice/risque pour le couple mère/enfant*

QUELLES RECOMMANDATIONS?

- *Privilégier monothérapie et médicament à demi-vie courte (fin de grossesse)*
- *Anticiper la grossesse en cas de traitement chronique*
- *Ne jamais arrêter brutalement un traitement chronique*
- *Ne pas hésiter à demander un avis, travailler en équipe*
- *Interdire l'automédication (AINS...)*
- *Au cas par cas*

Conclusion

Traiter une Femme Enceinte

Confirmer l'indication

Analyse bénéfique / risque foetal et maternel

Exclure une contre-indication individuelle

Choisir le médicament le plus sûr
(souvent parmi les plus anciens)

Adapter éventuellement la posologie

Prescrire la plus petite dose efficace,
pendant la période la plus courte