

Antibiothérapie chez la femme enceinte et allaitante

P. Jeanmougin, J. Le Bel

L'utilisation d'antibiotiques en cours de grossesse ou d'allaitement pose toujours question au prescripteur. Dans ces contextes, la juste prescription est indispensable afin de ne pas nuire à la mère et à l'enfant. En cours de grossesse, la pharmacocinétique des médicaments est modifiée en raison de conditions particulières d'absorption, de métabolisme et de diffusion. Les données de tératogénicité sont peu nombreuses et issues soit de données sur l'animal, soit de données de pharmacovigilance. En pratique, peu d'antibiotiques sont totalement contre-indiqués en cas de grossesse ou d'allaitement. Certains le sont uniquement à certaines périodes de la grossesse, ou nécessitent quelques précautions pendant l'allaitement. Afin d'aider au mieux le prescripteur, cet article recense tous les antibiotiques par famille, en dénomination commune internationale, et propose un tableau de synthèse de lecture simple pour chaque molécule dans les situations de grossesse et d'allaitement, issu principalement des données du Centre de référence sur les agents tératogènes (Crat). La constatation d'effets indésirables graves d'un antibiotique en situation de grossesse et d'allaitement nécessite impérativement une déclaration de pharmacovigilance, afin d'enrichir les données de tératogénicité et d'innocuité. Enfin, une prescription adaptée à la grossesse ou à l'allaitement ne doit pas faire oublier les bonnes pratiques en antibiothérapie dans un contexte d'antibiorésistance élevée.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots-clés : Antibiotiques ; Grossesse ; Allaitement ; Tératogénicité ; Pharmacovigilance ; Antibiorésistance

Plan

■ Introduction	1
■ Pharmacocinétique et pharmacodynamique des antibiotiques au cours de la grossesse et de l'allaitement	2
Au cours de la grossesse	2
Au cours de l'allaitement	2
■ Données de tératogénicité	2
■ Antibiotiques et grossesse	2
Bêtalactamines	2
Aminosides	4
Cyclines	4
Macrolides	4
Kétolides	4
Lincosamides	4
Synergistine	4
Quinolones	4
Sulfamides	4
Antituberculeux	4
Autres antibiotiques	5
■ Antibiotiques et allaitement	6
Quelques précisions	6
■ Conclusion	6

■ Introduction

L'utilisation d'antibiotiques chez la femme enceinte ou allaitante doit prendre en compte deux paramètres : la mère et l'enfant. Une antibiothérapie doit permettre un traitement optimal de la pathologie maternelle, tout en tenant compte de l'exposition du fœtus ou de l'enfant allaité.

Le choix d'une antibiothérapie dans ce contexte doit donc considérer le rapport bénéfice-risque pour la mère et l'enfant, tout en respectant les recommandations de bonne pratique, afin de limiter l'apparition de résistances.

Pour autant, il n'existe que peu de données sur l'utilisation d'antibiotiques en cours de grossesse et d'allaitement, tant sur les modifications pharmacocinétiques que sur les risques de tératogénicité. Par manque d'études réalisées sur ces populations, les données sont principalement issues des réseaux de surveillance. Mais il faut retenir qu'aucun antibiotique n'a d'effet tératogène clairement démontré chez l'homme, et que le bénéfice maternel attendu doit rester la priorité.

Cet article a pour objectif de clarifier les prises en charge antibiotiques dans ces situations particulières.

■ Pharmacocinétique et pharmacodynamique des antibiotiques au cours de la grossesse et de l'allaitement

Au cours de la grossesse

La pharmacocinétique des antibiotiques au cours de la grossesse peut être modifiée par les multiples facteurs que sont l'absorption, la distribution, le métabolisme et l'élimination^[1].

Concernant l'absorption, il est nécessaire de tenir compte des vomissements gravidiques du premier trimestre et de l'imprégnation en progestérone responsable d'un ralentissement du transit intestinal et d'un retard de la vidange gastrique. Concernant la distribution, l'augmentation du volume plasmatique extracellulaire entraîne une diminution de la concentration des protéines plasmatiques.

Concernant le métabolisme et l'élimination, ils sont augmentés en raison des modifications du métabolisme hépatique et d'une augmentation du débit cardiaque et du débit de filtration glomérulaire qui est presque doublé.

En conséquence, chez une femme enceinte, à posologie égale, les taux plasmatiques d'antibiotiques seraient inférieurs de 10 à 50 % à ceux d'une femme non enceinte (à l'exception de la tobramycine, dont l'élimination rénale diminue pendant la grossesse). Pour autant, il s'agit de données théoriques, et il n'est pas indiqué d'augmenter la posologie d'un antibiotique lorsqu'il est utilisé chez une femme enceinte.

Le passage des antibiotiques à travers la barrière fœtoplacentaire varie selon le terme de la grossesse et le type d'antibiotiques^[2]. Les molécules liposolubles et de bas poids moléculaire sont celles qui passent le plus facilement de la mère au fœtus. Des pathologies maternelles telles que le diabète ou l'hypertension artérielle peuvent également augmenter ce passage transplacentaire.

Le passage transplacentaire des antibiotiques détourne un pourcentage de l'antibiotique du compartiment maternel vers le compartiment fœtal. Ce pourcentage varie selon le type d'antibiotique et, à l'exception des macrolides en fin de grossesse, tous les antibiotiques traversent très bien la barrière placentaire.

Au cours de l'allaitement

Le passage d'un antibiotique dans le lait maternel dépend de ses propriétés physicochimiques, de sa concentration plasmatique dans le sang maternel, de la qualité et de la quantité de lait ingéré, et de l'âge du nourrisson. Il n'existe que peu de données bibliographiques. Les principales informations sont, là encore, pharmacologiques et théoriques. Les substances liposolubles (comme les macrolides, la doxycycline, les fluoroquinolones) et de faible liaison protéique passent plus facilement dans le lait maternel, et la barrière intestinale des nourrissons – différente de celle des adultes par sa flore et son pH – est plus perméable^[3].

En pratique, si le traitement est de courte durée, il est préférable de suspendre l'allaitement ou d'allaiter avant la prise du traitement en cas de prise unique et de molécule à demi-vie courte. Si le traitement est de longue durée, il est préférable d'éviter l'allaitement.

■ Données de tératogénicité^[4,5]

Certains antibiotiques sont susceptibles de provoquer des effets sur le développement embryofœtal, à différents stades de la grossesse. Les effets tératogènes surviennent principalement pendant la période embryonnaire (premier trimestre de grossesse). Les effets fœtotoxiques surviennent après le premier trimestre de grossesse et correspondent à une atteinte de la croissance ou de la maturation histologique ou fonctionnelle des organes en place (la période pendant laquelle le risque est maximal débute au deuxième trimestre de la grossesse). Les effets néonataux font suite à des expositions en fin de grossesse ou lors de l'accouchement.

A priori, aucune exposition à un antibiotique ne justifie une interruption de grossesse. Le taux de base des malformations congénitales est de 2 à 3 %, dont 4 à 5 % causés par les médicaments et les toxiques chimiques. Les enquêtes européennes ainsi que les études des centres de pharmacovigilance n'ont pas décrit de malformations chez le nouveau-né par prise d'antibiotiques en début de grossesse. Ces résultats contrastent avec les études expérimentales effectuées chez l'animal.

Le risque lié à la prise d'un médicament au cours de la grossesse est évalué à partir de deux types de données : celles observées dans le cadre des études menées chez l'animal en toxicité de la reproduction avec la substance active, et les données cliniques d'observation relatives à des femmes ayant été exposées au produit au cours de leur grossesse. Ces données de pharmacovigilance évaluent le nombre de femmes exposées au premier trimestre de grossesse sans augmentation du risque malformatif, et sont classées de moins de 300 à plus de 1000 femmes exposées.

“ Point fort

Chez les femmes enceintes et allaitantes, prévenir et informer sur l'automédication régulièrement.

■ Antibiotiques et grossesse

Dans un contexte de résistance antibiotique toujours élevée en France^[6], il est indispensable de bien poser l'indication à une antibiothérapie, prescription qui n'a rien d'anodin notamment en cas de grossesse.

De nombreux antibiotiques sont utilisables pendant la grossesse, ceux qui ne le sont pas doivent être connus pour ne pas nuire ni à la mère ni au fœtus.

A priori aucun antibiotique n'est formellement contre-indiqué si son usage est nécessaire pour l'état de santé de la mère. Néanmoins, lorsqu'on a le choix entre plusieurs molécules, mieux vaut privilégier les antibiotiques les plus sûrs.

Nous avons utilisé trois sources bibliographiques : le Centre de référence sur les agents tératogènes (Crat)^[7], le rapport de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afsaps) « Livret Médicaments et grossesse »^[8] (2005), et l'ouvrage « Guide des médicaments anti-infectieux lors de la grossesse et de l'allaitement »^[3] (2003).

Lorsque les conclusions de ces trois sources étaient contradictoires, nous avons privilégié les conclusions du Crat, régulièrement mises à jour selon les données de la littérature.

Nous en avons déduit quatre niveaux possibles de prescriptions (Fig. 1) :

- prescription possible quel que soit le terme ;
- prescription déconseillée mais d'utilisation possible si nécessaire ;
- prescription à éviter, à n'utiliser que si indispensable ;
- prescription contre-indiquée.

Nous ne parlerons ici qu'en dénomination commune internationale.

Bêtalactamines

Les bêtalactamines traversent la barrière fœtoplacentaire et se retrouvent à taux élevés dans le cordon ombilical et le liquide amniotique.

Elles sont largement utilisées et n'ont pas montré d'effet toxique ou malformatif particulier.

Molécule et grossesse		1 ^{er} trimestre	2 ^e trimestre	3 ^e trimestre
Pénicillines		Possible	Possible	Possible
C1G		Possible	Possible	Possible
C2G	Cefuroxime	Possible	Possible	Possible
	Cefamandole	Déconseillée Possible si nécessaire	Déconseillée Possible si nécessaire	Déconseillée Possible si nécessaire
C3G		Possible	Possible	Possible
Imipénèm		Possible	Possible	Possible
Aztreonam		Possible	Possible	Possible
Aminosides	Amikacine, Gentamicine, Netilmicine, Spectinomycine, Tobramycine	Déconseillée Possible si nécessaire Traitement court Surveillance NN	Déconseillée Possible si nécessaire Traitement court Surveillance NN	Déconseillée Possible si nécessaire Traitement court Surveillance NN
	Kanamycine, Streptomycine	Contre-indication	Contre-indication	Contre-indication
Cyclines	Doxycycline, Minocycline, Lymécycline	Déconseillée Possible si nécessaire	Contre-indication	Contre-indication
	Tétracycline	Contre-indication	Contre-indication	Contre-indication
Macrolides		Possible	Possible	Possible
Telithromycine		À éviter, sauf indispensable	À éviter, sauf indispensable	À éviter, sauf indispensable
Lincosamides	Clindamycine	Possible	Possible	Possible
	Lincomycine	Pas de données	Pas de données	Pas de données
Pristinamycine		Possible	Possible	Possible
Quinolones 1G		À éviter, sauf indispensable	À éviter, sauf indispensable	À éviter, sauf indispensable
FQ	Cipro, Norflo	Possible	Possible	Possible
	Enoflo, Loméflo, Moxiflo, Oflo	Déconseillée Possible si nécessaire	Déconseillée Possible si nécessaire	Déconseillée Possible si nécessaire
	Péflo	À éviter, sauf indispensable	À éviter, sauf indispensable	À éviter, sauf indispensable
Sulfamides	Cotrimoxazole	Contre-indication	Possible	Possible Attention si déficit G6PD connu
	Sulfadiazine	Pas de données	Pas de données	Pas de données
Pyrazinamide		Possible	Possible	Possible
Isoniazide		Possible + B6 50mg/j	Possible + B6 50mg/j	Possible + B6 50mg/j
Rifampicine		Possible + K1 15j prépartum	Possible + K1 15j prépartum	POSSIBLE + K1 15j prépartum
Ethambutol		Possible	Possible	Possible
Nitrofurantoïne		Possible	Possible	Possible
Fosfomycine		Possible	Possible	Possible
Acide Fusidique		Possible	Possible	Possible
Glycopeptides		À éviter, sauf indispensable	À éviter, sauf indispensable	À éviter, sauf indispensable
Imidazolés	Métronidazole	Possible	Possible	Possible
	Secnidazole, Tinidazole	Pas de données	Déconseillée Possible si nécessaire	Déconseillée Possible si nécessaire
	Omidazole	Déconseillée Possible si nécessaire	Déconseillée Possible si nécessaire	Déconseillée Possible si nécessaire

Figure 1. Antibiotiques et grossesse. Prescription « Possible » quel que soit le terme ; prescription « Déconseillée » mais d'utilisation possible si nécessaire ; prescription « À éviter », n'utiliser que si indispensable ; prescription « Contre-indiqué ». NN : nouveau-né.

Pénicillines

- Amoxicilline, amoxicilline+acide clavulanique : prescription possible quel que soit le terme, large recul.
- Benzylpénicilline : prescription possible quel que soit le terme.
- Ticarcilline, oxacilline, cloxacilline, pipéracilline : prescription déconseillée mais d'utilisation possible si la prescription est nécessaire.

Céphalosporines

- 1^{re} génération (céfradoxil, céfalexine, céfazoline) : prescription possible quel que soit le terme.
- 2^e génération : la céfuroxime est de prescription possible quel que soit le terme, le céfamandole est déconseillé mais d'utilisation possible si la prescription est nécessaire.

- 3^e génération (céfépime, céfixime, céfotaxime, céfotiam, cefpodoxime, ceftriaxone) : prescription possible quel que soit le terme.

Carbapénèmes

Imipénème : prescription possible quel que soit le terme.

Ces antibiotiques sont de spectre exceptionnellement large, leur utilisation doit être restreinte aux infections nosocomiales multi-résistantes, en milieu spécialisé.

Monobactames

Aztréonam : prescription possible quel que soit le terme.

Cet antibiotique est réservé aux infections sévères documentées à bacilles à Gram négatif (BGN).

Aminosides

Les aminosides présentent des effets indésirables à type de néphrotoxicité et de toxicité vestibulocochléaire variables en fonction des molécules, des posologies et des durées de traitement. Leur prescription doit être courte et surveillée, notamment au plan rénal.

- Amikacine, gentamicine, nétilmicine, spectinomycine, tobramycine : prescription déconseillée mais d'utilisation possible si elle est nécessaire, pour des infections maternelles sévères, en l'absence de contre-indication et pour des traitements courts (<5 jours). Une évaluation rénale et auditive par otoémissions acoustiques devra être réalisée chez le nouveau-né.
- Kanamycine, streptomycine : prescription contre-indiquée de ces antibiotiques en cas de grossesse, en raison de cas de surdité apparus chez des nouveau-nés traités in utero.

Cyclines

Les cyclines présentent un risque de développer chez les fœtus exposés in utero des dyschromies dentaires (pour les dents de lait uniquement, pas d'atteinte des dents définitives car leur calcification ne débute qu'après la naissance).

Il a été décrit de rares complications hépatiques graves avec la tétracycline par voie intraveineuse à forte dose.

- Doxycycline, minocycline, lymécycline : prescription déconseillée mais d'utilisation possible si la prescription est nécessaire au premier trimestre, mais prescription contre-indiquée aux deuxième et troisième trimestres.
- Tétracycline : prescription contre-indiquée quel que soit le terme en raison du faible nombre de données et de possibles effets tératogènes (surtout en voie intraveineuse à fortes doses).

Macrolides

Érythromycine, azithromycine, spiramycine, clarithromycine, roxithromycine, josamycine, midécamycine : prescription possible quel que soit le terme.

Les molécules les mieux connues et évaluées pendant la grossesse sont l'érythromycine en premier lieu, puis l'azithromycine et la spiramycine. Il convient de privilégier ces molécules, même si les autres macrolides sont d'utilisation possible à tous les trimestres.

Kétolides

Télithromycine : prescription à éviter.

Il n'existe pas de données publiées à propos de la télithromycine, antibiotique apparenté aux macrolides. Le Crat^[7] considère possible son utilisation pendant la grossesse. Néanmoins, devant des effets indésirables fréquents et graves (torsades de pointes, troubles visuels), mieux vaut ne pas prescrire cet antibiotique^[9].

Lincosamides

- Clindamycine : prescription possible quel que soit le terme.

- Lincomycine : prescription à éviter, peu de données publiées, préférer la clindamycine.

Synergistine

Pristinamycine : prescription possible quel que soit le terme.

Malgré l'absence de données publiées, le recul clinique sur cette molécule est très important et permet son utilisation.

Quinolones

Des anomalies de développement du cartilage articulaire ont été décrites chez l'animal mais n'ont pas été retrouvées chez l'homme. Certaines molécules ont été assez bien évaluées pendant la grossesse, et sont à préférer si elles sont nécessaires.

Quinolones de première génération

Acide nalidixique, acide pipémidique, fluméquine : prescription à éviter sauf si indispensable. Il existe une altération du cartilage chez les jeunes enfants traités en postnatal, mais aucune donnée de tératogénicité n'est établie.

Fluoroquinolones

Devant le taux élevé de résistances d'*Escherichia coli* aux fluoroquinolones^[10] dans les infections urinaires multisensibles, préférer une autre famille d'antibiotiques si possible.

- Ciprofloxacine, norfloxacine : prescription possible quel que soit le terme, ces fluoroquinolones sont les mieux évaluées pendant la grossesse.
- Enofloxacine, loméfloxacine, moxifloxacine, ofloxacine : prescription déconseillée mais d'utilisation possible si la prescription est nécessaire quel que soit le terme. Ces molécules sont moins connues mais il n'existe pas d'effet grave retenu, mieux vaut préférer les molécules ci-dessus, mieux évaluées.
- Péfloxacine : prescription à éviter. Le risque de tendinopathie chez l'adulte est très élevé avec cette molécule, mais elle est peu évaluée au cours de la grossesse. Son utilisation est possible si aucune autre option thérapeutique n'existe.

Sulfamides

- Cotrimoxazole : prescription contre-indiquée au premier trimestre mais possible aux deuxième et troisième trimestres, sauf si déficit en glucose 6-phosphate déshydrogénase (G6PD) suspecté. Des cardiopathies et des anomalies de fermeture du tube neural sont rapportées pour une utilisation pendant le premier trimestre, probablement en rapport avec une activité antifolique. De plus, il existe un risque d'hémolyse chez le nouveau-né atteint d'un déficit congénital en G6PD en cas d'administration de cotrimoxazole en fin de grossesse.
- Sulfadiazine : aucune donnée disponible pour le Crat, même si son utilisation est probablement soumise aux mêmes règles que le cotrimoxazole, il est préférable de s'abstenir.

Antituberculeux

Le traitement d'une tuberculose active est toujours une priorité.

Malgré tout, les avis divergent : pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS) la quadrithérapie identique au schéma classique est possible chez la femme enceinte, alors qu'en France le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) préconise plutôt une trithérapie^[11] évitant le pyrazinamide (ce qui allonge le traitement à neuf mois au total). Pourtant, le Crat autorise cette molécule en cas de grossesse, car le recul sur son utilisation est important.

- Pyrazinamide : prescription possible quel que soit le terme de la grossesse.
- Isoniazide : prescription possible quel que soit le terme, avec une supplémentation obligatoire en vitamine B6 à 50 mg/j sur toute la durée du traitement.
- Rifampicine : prescription possible quel que soit le terme de la grossesse. Compte tenu d'un possible risque hémorragique du nouveau-né si la mère est traitée par rifampicine

Molécule et allaitement		Autorisé	Autorisé avec réserve	Contre-indiqué
Pénicillines		Oui		
C1G		Oui		
C2G		Oui		
C3G		Oui		
Imipénèm		Oui		
Aztreonam		Oui		
Aminoside	Gentamicine, Tobramycine		Oui Sauf prématurité ou altération fonction rénale du NN	
	Amikacine, Netilmicine		Si nécessaire Sauf prématurité ou altération fonction rénale du NN	
	Spectinomycine, Kanamycine, Streptomycine			Pas de données suffisantes
Cyclines	Doxycycline,		Oui si traitement court (5–7 j)	
	Minocycline, Lymécycline, Tetracycline			Pas de données suffisantes
Macrolides	Spiramycine	Oui		
	Erythro, Azithro, Clarithro, Roxythro, Josamycine		Oui Sauf NN traité par Cisapride (Prépuksid®)	
	Midécamycine			Pas de données suffisantes
Telithromycine				Pas de données suffisantes
Clindamycine, lyncomycine				Contre-indiqué
Pristinamycine		Oui		
Quinolones 1G				Pas de données
FQ	Cipro, Oflo	Oui		
	Noroxine		Oui si traitement court (3–5 j)	
	Enoxacine, Loméfloxacine, Moxiflo, Péflo			Contre-indiqués
Sulfamides	Cotrimoxazole		Oui Sauf déficit en G6PD	
	Sulfadiazine			Pas de données
Pyrazinamide				Peu de données, possible au cas par cas ?
Isoniazide			Oui mais peu de données	
Rifampicine			Oui mais peu de données	
Ethambutol				Peu de données, possible au cas par cas ?
Nitrofurantoïne		Oui		
Fosfomycine		Oui		
Acide fusidique				Contre-indiqués
Glycopeptides				Contre-indiqués
Imidazolés	Métronidazole	Oui si voie vaginale	Oui si voie orale et i.v. et si traitement court	
	Secnidazole, Tinidazole Ornidazole			Contre-indiqués

Figure 2. Antibiotiques et allaitement. NN : nouveau-né.

jusqu'à l'accouchement, il est nécessaire d'associer de la vitamine K1 par voie orale (10 mg/j) les 15 derniers jours de grossesse (et de supplémenter le nouveau-né à la naissance en vitamine K1).

- Éthambutol : prescription possible quel que soit le terme.

Autres antibiotiques

Nitrofurantoïne

Prescription possible quel que soit le terme de grossesse, pour des cures courtes et ponctuelles^[12].

Fosfomycine

Prescription possible quel que soit le terme, mais ce n'est pas un traitement de première intention dans la cystite de la femme enceinte^[13].

Imidazolés

- Métronidazole : prescription possible quel que soit le terme.
- Secnidazole, tinidazole : prescription déconseillée mais d'utilisation possible si nécessaire. Molécules peu évaluées, préférer le métronidazole.
- Ornidazole : prescription déconseillée mais d'utilisation possible si nécessaire. Molécule peu évaluée, préférer le métronidazole.

Acide fusidique

- Voie cutanée : prescription possible quel que soit le terme.
- Voie orale : prescription déconseillée mais d'utilisation possible si aucun autre antibiotique antistaphylococcique n'est disponible.
- Voie intraveineuse : prescription à éviter, néanmoins il faut être vigilant à une possible hyperbilirubinémie chez le nouveau-né en cas de traitement en prépartum.

Glycopeptide

Vancomycine, teicoplanine : prescription à éviter, il existe très peu de données disponibles et un risque possible de néphrotoxicité et d'ototoxicité, à utiliser si c'est le seul traitement disponible.

“ Point fort

Toute prescription antibiotique chez une femme enceinte ou allaitante nécessite une vérification de son innocuité sur le site du Crat.

■ Antibiotiques et allaitement

Il existe peu de données bibliographiques sur le passage des médicaments dans le lait maternel, et peu de données issues d'essai clinique.

Le taux de médicament qui passe dans le lait dépend de nombreux facteurs : maternel (capacité d'élimination rénale, posologie, voie d'administration, etc.), le lait lui-même (qualité du lait et perméabilité capillaire variant en fonction du temps), le médicament (demi-vie, pharmacocinétique, etc.), et le nourrisson (maturité, comorbidité, etc.).

La prévention auprès des mères allaitantes est indispensable afin d'éviter, ou de limiter, l'automédication.

À partir du Crat^[7] et du « Guide des médicaments anti-infectieux lors de la grossesse et de l'allaitement »^[3], nous proposons trois niveaux possibles de prescriptions (Fig. 2) :

- allaitement autorisé ;
- allaitement autorisé avec réserve (réserves qui seront précisées) ;
- allaitement contre-indiqué, soit à cause d'effets néfastes, soit à cause d'une absence de données.

Quelques précisions

- Doxycycline : molécule à demi-vie longue, il existe un risque d'accumulation chez le nouveau-né, raison pour laquelle un traitement chez une femme qui allaite ne doit pas dépasser sept

jours. Ce qui sous-entend, par exemple, qu'une prophylaxie antipaludisme ne peut utiliser ce médicament.

- Macrolides : certains macrolides ne doivent pas être associés à l'allaitement si le nouveau-né est traité par cisapride, à cause d'un risque de torsades de pointes.
- Antituberculeux : le traitement d'une tuberculose active est toujours la priorité, ainsi que la recherche des cas contacts (penser au nouveau-né). Il n'existe que très peu de données sur allaitement et traitement antituberculeux, raison pour laquelle un avis spécialisé au cas par cas doit être demandé. Il pourra parfois être nécessaire de suspendre l'allaitement.

“ Point fort

Toute prescription antibiotique doit respecter les bonnes pratiques en antibiothérapie, afin de limiter l'émergence de résistance.

■ Conclusion

Un grand nombre d'antibiotiques peuvent être prescrits en situation de grossesse et d'allaitement, encore faut-il disposer d'une information claire et récente pour une prescription sécurisée.

La base de données du Crat est régulièrement mise à jour et concerne de nombreux médicaments, anti-infectieux ou autres. C'est la référence française concernant la tératogénicité. Au plan international, des données sont disponibles sur les réseaux Mother Risk et Reprotox.

De manière générale, face à une infection, il est nécessaire de bien peser l'indication à une antibiothérapie, afin de préserver l'efficacité des antibiotiques et de limiter l'émergence de résistances. Antibioclic, un site élaboré par l'université Paris Diderot, regroupe toutes les infections bactériennes couramment rencontrées en soins primaires, et permet rapidement d'accéder au traitement antibiotique adéquat aux recommandations en vigueur, y compris dans les situations de grossesse et d'allaitement.

Lorsqu'un professionnel de santé est confronté à un effet indésirable grave ou inattendu d'un médicament, il convient de le déclarer au centre de pharmacovigilance de sa région^[14] (liste disponible sur le site de l'AFSSAPS), au moyen d'un formulaire Cerfa n° 10011*03.

C'est par la déclaration de données cliniques de femmes exposées à des médicaments que nous pouvons, en tant que praticiens, enrichir les données de tératogénicité et d'innocuité, afin de mettre à disposition des femmes enceintes et allaitantes un panel de traitements variés si cela est nécessaire.



■ Références

- [1] Reali A, Ximenes A, Cuzzolin L, Fanos V. Antibiotic therapy in pregnancy and lactation. *J Chemother* 2005;17:123–30.
- [2] Delotte J, Isnard V, Bongain A. Antibiothérapie chez la femme enceinte et allaitante. *EMC* (Elsevier Masson SAS, Paris), Traité de médecine AKOS. 5-0190, 2007 : 5 p.
- [3] Berrebi A, Damase-Michel C, Elefant E. *Guide des médicaments anti-infectieux lors de la grossesse et de l'allaitement*. Paris: Doin; 2003.
- [4] Chow AW, Jewesson PJ. Pharmacokinetics and safety of antimicrobial agents during pregnancy. *Rev Infect Dis* 1985;7:287–313.
- [5] Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Dossier Thématique: « Médicaments et grossesse » [Internet]. 2013. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/Dossiers-thematiques/Medicaments-et-grossesse/Groupe-de-Travail-Reproduction-Grossesse-et-Allaitement/%28offset%29/3>.

- [6] AFSSAPS. Dix ans d'évolution des consommations d'antibiotiques en France [Internet]. 2011. Disponible sur : <http://ansm.sante.fr/content/download/34203/447730/version/5/file/Rapport-Consommation-Antibiotiques-1999-2009.pdf>.
- [7] Centre de Référence sur les Agents Tératogènes - CRAT [Internet]. Disponible sur : <http://www.lecrat.org>.
- [8] Livret Médicaments et Grossesse - Infectiologie [Internet]. 2005. Disponible sur : http://www.infectiologie.com/site/medias/_documents/consensus/atb-grossesse.pdf.
- [9] Télithromycine : trop de risques graves, mais des agences frileuses. *Rev Prescrire* 2007;**27**(283):355.
- [10] Institut de Veille Sanitaire. Dossier thématique – Résistance aux anti Infectieux – Données par pathogène [Internet]. 2006. Disponible sur : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Resistance-aux-anti-infectieux/Donnees-par-pathogene>.
- [11] Institut de Veille Sanitaire. Prévention et prise en charge de la tuberculose en France Synthèse et recommandations du groupe de travail du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, 2002-2003.
- [12] Nitrofurantoïne - Restriction d'utilisation en raison d'un risque de survenue d'effets indésirables graves hépatiques et pulmonaires - Lettre aux professionnels de santé. AFSSAPS; 2012.
- [13] Diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes communautaires chez l'adulte [Internet]. AFSSAPS; 2005. Disponible sur : http://www.infectiologie.com/site/medias/_documents/consensus/afssaps-inf-urinaires-adulte-argumentaire.pdf.
- [14] Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Dossier Thématique : « Pharmacovigilance » [Internet]. 2013. Disponible sur : [http://ansm.sante.fr/Activites/Pharmacovigilance/Centres-regionaux-de-pharmacovigilance/\(offset\)/5](http://ansm.sante.fr/Activites/Pharmacovigilance/Centres-regionaux-de-pharmacovigilance/(offset)/5).

Pour en savoir plus

Centre de référence sur les agents tératogènes (Crat) : www.lecrat.org.
Antibiocliv : www.antibiocliv.com.

P. Jeanmougin (pauline.jmg@gmail.com).

J. Le Bel.

Département de médecine générale, Université Paris Diderot, Sorbonne Paris Cité, 75018 Paris, France.

Toute référence à cet article doit porter la mention : Jeanmougin P, Le Bel J. Antibiothérapie chez la femme enceinte et allaitante. EMC - Traité de Médecine Akos 2014;9(1):1-7 [Article 5-0190].

Disponibles sur www.em-consulte.com



Arbres
décisionnels



Iconographies
supplémentaires



Vidéos/
Animations



Documents
légaux



Information
au patient



Informations
supplémentaires



Auto-
évaluations



Cas
clinique