



Bêtabloquants, grossesse et allaitement

●● M.-P. Cournot, F. Assari, C. Vauzelle, E. Elefant*

Les bêtabloquants sont utilisés principalement dans le traitement de l'hypertension artérielle. Certains d'entre eux ont également d'autres indications, comme par exemple la migraine et le glaucome (voie oculaire). Ils peuvent parfois induire des effets indésirables tels qu'une hypoglycémie, une bradycardie ou une hypotension (même en administration locale). Leurs demi-vies d'élimination plasmatique sont diverses, allant de deux heures pour le pindolol (Visken®) à vingt-quatre heures pour le nadolol (Corgard®), voire plus pour le nébivolol (Témérit®). Il est à noter que l'effet bêtabloquant persiste après l'élimination plasmatique du médicament.

EN COURS DE GROSSESSE

En ce qui concerne l'aspect malformatif, les données publiées chez des femmes exposées au premier trimestre sont, dans l'ensemble, assez peu nombreuses. Toutefois à ce jour, aucun bêtabloquant ne soulève d'inquiétude particulière de ce point de vue. Pour l'aspect fœtal et néonatal, les données sont également très variables selon les molécules. Cependant, certaines ont fait l'objet d'études aux deuxième et/ou troisième trimestres de la grossesse dans le traitement de l'hypertension artérielle, et en particulier le labétalol (Trandate®) pour lequel les données sont très nombreuses. À l'opposé, les données sont inexistantes pour le cartéolol (Mikelan®), le tertatolol (Artex®) et le nébivolol (Témérit®). Le passage placentaire est documenté pour plus de la moitié des bêtabloquants.

Des effets néonataux sont décrits avec les bêtabloquants. Une hypoglycémie, une bradycardie et une hypotension peuvent parfois survenir chez les nouveau-nés de mères traitées jusqu'à l'accouchement (quelle que soit la molécule). Ces symptômes résultent du bêtablocage induit chez le nouveau-né par le traitement maternel. Ils apparaissent le plus souvent dans les vingt-quatre premières heures de vie et peuvent durer jusqu'à trois ou quatre jours, voire plus en fonction de la demi-vie de la molécule. Très rarement, une défaillance cardiaque néonatale peut survenir. En effet, le bêtablocage entraîne une incapacité d'adaptation cardiaque à une situation de stress (accouchement difficile, souffrance fœtale aiguë...).

Ces effets néonataux sont susceptibles d'apparaître avec tous les bêtabloquants, y compris ceux pour lesquels il n'y a pas de donnée publiée et ceux que l'on utilise par voie oculaire.

Par ailleurs, un retard de croissance intra-utérin est parfois décrit, en particulier avec l'aténolol (Ténormine®), ce d'autant que le traitement est débuté tôt dans la grossesse. Le rôle de la pathologie maternelle (HTA notamment) est difficile à dissocier de celui du médicament. Cependant, la diminution

du débit cardiaque maternel entraînée par les bêtabloquants pourrait être un facteur aggravant.

En pratique

Le choix d'un bêtabloquant en cours de grossesse se fera notamment en fonction de la pathologie à traiter et du désir d'allaiter. Dans l'hypertension artérielle, on préférera le labétalol (Trandate®), bêtabloquant le mieux connu en cours de grossesse, qui, de plus, est compatible avec l'allaitement. Si celui-ci ne convient pas, l'oxprénolol (Trasicor®) pourra être utilisé en cours de grossesse. Il est également compatible avec l'allaitement. Si ces options ne sont pas adaptées, l'utilisation d'un autre bêtabloquant est envisageable quel que soit le terme de la grossesse.

Dans la migraine, il est possible d'utiliser le métoprolol (Lopressor®) et le propranolol (Avlocardyl®) à toute période de la grossesse. Ce dernier sera préféré si la patiente envisage d'allaiter, car il est compatible avec l'allaitement.

Dans le glaucome et l'hypertonie oculaire, le timolol (Timoptol®, Nyogel®), le bétaxolol (Betoptic®) et le cartéolol (Cartéol®) peuvent être utilisés tout au long de la grossesse. Si la patiente envisage d'allaiter, on préférera le timolol (Timoptol®, Nyogel®), utilisable pendant l'allaitement.

On choisira si possible une spécialité ophtalmique, "gel" ou "LP", qui minimise l'exposition systémique par rapport aux collyres "simples". En cas d'utilisation d'un collyre "simple", l'absorption systémique peut être réduite en comprimant l'angle interne de l'œil immédiatement après l'instillation.

Si le bêtabloquant, quel qu'il soit et quelle que soit sa voie d'administration (y compris oculaire), est poursuivi jusqu'à l'accouchement, il est important d'en informer les personnes prenant en charge le nouveau-né à la maternité afin d'adapter sa surveillance : fréquence cardiaque et glycémie.

ALLAITEMENT

Le propranolol (Avlocardyl®), l'oxprénolol (Trasicor®) et le labétalol (Trandate®) peuvent être utilisés pendant l'allaitement. En effet, la quantité de bêtabloquants ingérée via le lait est très faible puisque l'enfant reçoit moins de 1% de la dose maternelle (en mg/kg).

Par voie oculaire, le timolol en collyre ou en gel ophtalmique (Timoptol®, Nyogel®) peut être utilisé chez une femme qui allaite : l'enfant reçoit via le lait environ 10% de la dose oculaire maternelle (en mg/kg) pour le timolol en collyre "simple", ce qui représente une quantité très faible.

Il est préférable de ne pas utiliser les autres bêtabloquants pendant l'allaitement, en raison soit d'un passage non négligeable dans le lait, soit de l'absence de donnée sur ce passage, soit d'effets indésirables observés chez des enfants allaités (acébutolol [Sectral®], aténolol [Ténormine®]).

* CRAT : Centre de renseignements sur les agents tératogènes : hôpital Armand-Trousseau, 26, avenue du Dr Arnold-Netter, 75571 Paris Cedex 12. Tél./fax : 01 43 41 26 22. Internet : <http://www.lecrat.org>.