

# Le rhume et la grippe chez la femme enceinte ou qui allaite : une mise à jour

**Généralement passagers, les symptômes du rhume et de la grippe peuvent cependant entraver les activités quotidiennes et causer un inconfort parfois important chez la personne atteinte. On doit encourager les mesures non pharmacologiques chez les femmes enceintes ou qui allaitent. Certains médicaments peuvent aussi apporter un soulagement des symptômes, sans entraîner de risques pour le fœtus ou le nourrisson. Dans cet article, nous discuterons de l'innocuité de ces options pharmacologiques en cours de grossesse ou pendant l'allaitement. Nous aborderons également brièvement les mesures préventives de la grippe.**

## Infections respiratoires virales durant la grossesse et l'allaitement

Bien que des études rétrospectives aient suggéré un lien entre le rhume au cours du premier trimestre et un risque accru de certaines anomalies congénitales, dont les anomalies du tube neural, on présume généralement que le rhume n'est pas associé à des complications fœtales ou maternelles<sup>1,2</sup>. La grossesse peut cependant exacerber les symptômes du rhume et prédisposer à une sinusite en raison de la diminution de l'activité ciliaire et de l'occlusion des orifices sinusaux observées pendant cette période<sup>1</sup>.

Contrairement au rhume, la grippe est une infection virale dont les conséquences sont potentiellement graves chez les femmes enceintes. La vaste majorité des études, y compris les données provenant des pandémies de 1918 et de 1957, ont montré un risque élevé de complications cardiorespiratoires, de pneumonies, d'hospitalisations et de décès, en particulier chez les femmes enceintes aux deuxième et troisième trimestres de la grossesse<sup>3-5</sup>. Les femmes qui développent des complications sont plus à risque d'avortements spontanés, d'accouchements prématurés et de morts fœtales<sup>3</sup>. Le virus de l'influenza n'est pas associé à un risque tératogène. Cependant, plusieurs recherches ont suggéré que la fièvre importante au premier trimestre (38,9 °C et plus pendant plus de 24 heures) associée à l'infection peut augmenter le risque de diverses anomalies majeures<sup>6</sup>.

Le rhume ou la grippe ne sont pas des contre-indications à l'allaitement maternel<sup>7</sup>. On devrait respecter les précautions d'usage (lavage fréquent des mains, entre autres) afin de minimiser les risques de propagation du virus au nourrisson.

## Traitement pharmacologique

Le traitement du rhume et de la grippe est essentiellement axé sur le soulagement des symptômes. Dans le cadre de cet article, nous discuterons brièvement des traitements préventifs ou précoces et les mesures non pharmacologiques ne seront pas abordées. On devrait éviter les préparations contenant plusieurs principes actifs et celles qui contiennent de l'alcool pour ne pas exposer inutilement le fœtus ou le nourrisson à des médicaments non nécessaires. Le tableau I présente les médicaments de premier recours durant la grossesse et l'allaitement.

## La fièvre et les douleurs musculaires

Une patiente qui présente une fièvre de plus de 38,3 °C devrait être adressée au médecin pour une évaluation complète de l'état sous-jacent. On devrait débiter rapidement un traitement antipyrétique.

L'acétaminophène est l'analgésique et l'antipyrétique de premier recours durant la grossesse. Son innocuité a été attestée chez plus de 10 000 femmes enceintes<sup>18</sup>. Si cet

Texte rédigé par  
Brigitte Martin,  
B. Pharm., M. Sc.,  
CHU Sainte-Justine,  
et Karin Kurdy,  
étudiante  
en pharmacie.

Texte original soumis  
le 26 juillet 2005.

Texte final remis  
le 17 août 2005.

Révision : Hélène Roy,  
B. Pharm., M. Sc.,  
CHU Sainte-Justine,  
et Nicole Michon,  
MD, CSPQ,  
CHU Sainte-Justine.

### Cas clinique

Mélanie, enceinte de 10 semaines, vient vous consulter à la pharmacie. Son conjoint et leur enfant de trois ans ont souffert d'un rhume il y a quelques jours. À son tour, Mélanie présente une congestion nasale et une toux sèche qui l'empêchent de dormir depuis deux jours. Elle n'a pas de fièvre. Mélanie vous demande conseil sur l'utilisation des médicaments qui pourraient l'aider à soulager ses symptômes sans nuire à sa grossesse. Elle ne prend aucun autre médicament mis à part l'acide folique débuté avant la conception et elle n'a pas de problèmes de santé connus.



Université de Montréal  
Faculté de pharmacie

Chaire pharmaceutique  
Famille Louis Boivin  
Médicaments, grossesse et allaitement



HÔPITAL  
SAINTE-JUSTINE  
Pour l'amour des enfants

**Il est préférable d'éviter d'exposer une femme enceinte à des décongestionnants systémiques, dont la pseudoéphédrine, pendant le premier trimestre de la grossesse.**

agent s'avère insuffisant, on peut employer les anti-inflammatoires non stéroïdiens accessibles en vente libre sur une courte période aux premier et deuxième trimestres de la grossesse. En effet, on n'a pas associé l'ibuprofène et l'acide acétylsalicylique (AAS) à un risque tératogène accru<sup>1,8</sup>. Deux études ont soulevé l'hypothèse qu'une exposition aux anti-inflammatoires pendant la période péri-implantatoire ou en début de grossesse comportait un risque accru d'avortement spontané<sup>8</sup>. Les limites méthodologiques de ces études nous empêchent actuellement de conclure à un lien causal entre les avortements recensés et la prise d'anti-inflammatoires. Il est clair cependant que l'utilisation de ces agents à des doses analgésiques ou antipyrétiques est contre-indiquée à partir de la 28<sup>e</sup> semaine en raison du risque de fermeture prématurée du canal artériel fœtal et des complications néonatales importantes qui en découlent<sup>8</sup>. On réfère le lecteur à l'article paru précédemment dans cette chronique pour une présentation complète des données concernant les analgésiques en cours de grossesse<sup>9</sup>.

Chez une femme qui allaite, l'acétaminophène constitue également le médicament de premier recours<sup>8,10</sup>. L'ibuprofène et l'AAS sont très faiblement sécrétés dans le lait maternel. On estime que l'enfant allaité reçoit moins de 1 % de la dose maternelle corrigée en fonction du poids de l'enfant. Ces quantités ne comportent pas de risques connus pour le nourrisson<sup>8,10</sup>. On ne connaît pas l'effet de ces faibles quantités sur la fonction plaquettaire des enfants allaités. De même, il n'existe pas de données publiées sur le risque du syndrome de Reye et l'exposition minimale à l'AAS par l'allaitement maternel. Puisqu'on dispose d'autres options de traitement, on réservera l'AAS en dernier recours pour le soulagement des douleurs et de la fièvre chez une femme qui allaite. L'utilisation occasionnelle de cet agent entraîne probablement peu de risques réels.

## La rhinite et la congestion nasale

### Les antihistaminiques

L'efficacité des antihistaminiques pour le soulagement de la rhinite associée au rhume n'est pas bien attestée<sup>11</sup>. Les antihistaminiques sédatifs, aux propriétés anticholinergiques plus marquées, pourraient apporter un certain soulagement<sup>11</sup>. Leur innocuité durant la grossesse et l'allaitement a déjà fait l'objet d'un article paru précédemment dans cette même chronique<sup>12</sup>. Rappelons que les agents de cette classe n'ont pas été liés à un risque de malformations plus élevé que celui qu'on observe dans la population non exposée. Les agents de deuxième génération seraient peu efficaces pour la rhinite associée au rhume ou à la grippe<sup>11</sup>. On évitera d'exposer une femme enceinte ou qui allaite à des médicaments qui soulagent peu les symptômes.

### Les décongestionnants topiques

L'eau saline en vaporisation nasale constitue le traitement de premier recours pour soulager les symptômes de congestion nasale chez une femme enceinte ou qui allaite.

Utilisés aux doses recommandées, les décongestionnants topiques représentent également peu de risques durant la

grossesse et l'allaitement. Deux études épidémiologiques comprenant 250 enfants exposés à l'oxymétazoline et 461 enfants exposés à la xylométazoline au premier trimestre de la grossesse n'ont pas montré de risque tératogène<sup>13,14</sup>. De même, ces études n'ont pas associé la phényléphrine à un risque accru d'anomalies majeures<sup>13,14</sup>. Une étude épidémiologique a évoqué la possibilité d'un lien entre la prise de phényléphrine et des anomalies des yeux et des oreilles. Il s'agit cependant d'un type d'étude qui ne tient pas compte de plusieurs facteurs de confusion, dont les autres médicaments pris en concomitance et l'état de santé des sujets<sup>8</sup>. Dans ces études, la phényléphrine était utilisée par voie topique ou systémique. Enfin, il existe peu de données publiées pour appuyer l'innocuité de la naphazoline topique durant la grossesse. On préfère habituellement l'oxymétazoline et la xylométazoline aux autres agents<sup>1</sup>.

Les effets vasoconstricteurs potentiels des agents topiques sur la vasculature utérine ont fait l'objet d'une étude. Une dose unique d'oxymétazoline 0,05 % administrée à des femmes enceintes au troisième trimestre n'a pas montré d'effets significatifs sur les paramètres hémodynamiques fœto-maternels<sup>15</sup>.

Bien que le transfert de ces médicaments dans le lait maternel ne soit pas connu, leur faible absorption systémique laisse présager une exposition négligeable pour l'enfant allaité.

### Les décongestionnants systémiques

Dans une étude épidémiologique, on a associé la classe des médicaments sympathomimétiques à une augmentation du risque d'anomalies mineures, mais non des anomalies majeures<sup>8</sup>. La pseudoéphédrine est l'agent qui présente le moins d'effets indésirables systémiques et celui qui a été le plus souvent étudié en grossesse.

Des études épidémiologiques comprenant près de 2000 femmes exposées à la pseudoéphédrine au cours du premier trimestre n'ont pas montré d'augmentation du risque d'anomalies congénitales<sup>8</sup>. Plus récemment, deux études cas-témoins ont suggéré un lien entre l'exposition au premier trimestre et un risque de gastroschisis (rapports de cote = 3,2 et 1,8)<sup>16,17</sup>. Une étude effectuée par d'autres chercheurs n'a pas confirmé cette association<sup>18</sup>. Le gastroschisis est une anomalie majeure qui résulte d'un défaut de fermeture de la cavité abdominale du fœtus au cours du premier trimestre et qui s'observe chez un ou deux nouveau-nés par 10 000 naissances<sup>18</sup>. Ainsi, le risque absolu de gastroschisis lié à la prise de pseudoéphédrine pendant la grossesse demeure très faible. Une autre étude a également décelé un risque légèrement accru de certaines autres anomalies lors d'une exposition au premier trimestre à plusieurs médicaments, dont la pseudoéphédrine<sup>19</sup>. Selon les auteurs, on pourrait expliquer ces malformations habituellement attribuées à une diminution de la perfusion sanguine par les propriétés vasoconstrictrices de la pseudoéphédrine. On a proposé la contribution de l'état maternel (fièvre, infection virale) à la survenue de ces malformations, mais elle n'est pas élucidée. Même si ces risques demeurent faibles, il est préférable d'éviter d'exposer une femme enceinte à des décongestionnants systémiques,

**Tableau 1 : Médicaments de premier recours pour le soulagement des symptômes du rhume et de la grippe chez les femmes enceintes ou qui allaitent**

Symptômes	Agents de premier recours durant la grossesse	Agents de premier recours durant l'allaitement
Fièvre et douleurs musculaires <sup>1,8-10</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acétaminophène</li> <li>Aux 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> trimestres, ibuprofène ou acide acétylsalicylique sur une courte période; contre-indiqués à partir de la 28<sup>e</sup> semaine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acétaminophène</li> <li>Ibuprofène</li> </ul>
Rhinite <sup>1,11,12</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Eau saline</li> <li>Antihistaminiques de première génération (diphénhydramine, chlorphéniramine, etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Eau saline</li> <li>Antihistaminiques de première génération (diphénhydramine, chlorphéniramine, etc.)</li> </ul>
Congestion nasale <sup>1,8,10-21</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Eau saline</li> <li>Décongestionnants topiques à longue action (oxymétazoline, xylométazoline) pendant une courte période (maximum 3 à 5 jours)</li> <li>Aux 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> trimestres, pseudoéphédrine sur une courte période si décongestionnants topiques inefficaces et si pas de contre-indications; éviter si possible au premier trimestre (voir texte)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Eau saline</li> <li>Décongestionnants topiques (oxymétazoline, xylométazoline, naphazoline, phényléphrine) pendant une courte période (maximum 3 jours pour les agents à courte action et 3 à 5 jours pour les agents à longue action)</li> <li>Pseudoéphédrine sur une courte période, si pas de contre-indications</li> </ul>
Toux <sup>8-11,14,22,23</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dextrométhorphan</li> <li>Codéine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dextrométhorphan</li> <li>Codéine</li> </ul>
Irritation de la gorge <sup>1,8,11</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acétaminophène</li> <li>Eau saline en gargarisme</li> <li>Pastilles et agents topiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acétaminophène</li> <li>Eau saline en gargarisme</li> <li>Pastilles et agents topiques</li> </ul>

dont la pseudoéphédrine, pendant le premier trimestre de la grossesse.

Après le premier trimestre, la pseudoéphédrine constitue le décongestionnant systémique de premier recours. En effet, une étude effectuée chez des femmes enceintes au troisième trimestre n'a pas montré d'altération significative des paramètres hémodynamiques fœtomaternels après une dose unique de 60 mg<sup>20</sup>. L'emploi occasionnel de la pseudoéphédrine après l'embryogenèse représente donc peu de risques en l'absence des contre-indications habituelles (p. ex., hypertension). Les autres décongestionnants systémiques (phényléphrine, éphédrine) pourraient comporter plus de risques de vasoconstriction systémique et, de préférence, on devrait les éviter durant la grossesse<sup>1,11</sup>.

La pseudoéphédrine est sécrétée en faible quantité dans le lait maternel. Au cours d'une journée, l'enfant allaité reçoit moins de 5 % de la dose maternelle corrigée en fonction du poids<sup>10,21</sup>. On a parfois rapporté des cas d'irritabilité chez des nourrissons dont la mère recevait la pseudoéphédrine en association avec un antihistaminique<sup>10,12</sup>.

Une étude récente effectuée chez huit mères allaitant leur nourrisson a montré une réduction de 24 % de la production lactée après une dose unique de 60 mg de pseudoéphédrine<sup>21</sup>. L'effet observé ne s'explique pas par une diminution de prolactine ou par un effet vasoconstrictif. On devrait cesser de pseudoéphédrine si la femme qui allaite observe un tel effet.

### La toux et l'irritation de la gorge

#### Les pastilles et les médicaments en vaporisation

Les pastilles et les vaporisateurs topiques pour la gorge contiennent divers principes actifs généralement en faible quantité. Leur efficacité pour réduire l'irritation de la gorge tient surtout à la stimulation de la production de salive<sup>1</sup>. On a évalué certains médicaments contenus dans ces préparations

durant la grossesse : par exemple, l'exposition au cétylpyridium et à la benzocaïne n'a pas été associée à des risques pendant la grossesse<sup>18</sup>. D'autres agents comme le menthol, le phénol et la dyclonine sont moins connus durant la grossesse. Aux doses recommandées, il est peu probable que ces agents entraînent des risques pour l'embryon ou le fœtus. Vu leur efficacité peu fondée, il peut être préférable d'utiliser de l'acétaminophène et des gargarismes à l'eau saline si la douleur est importante.

#### Le dextrométhorphan

Si l'efficacité du dextrométhorphan demeure controversée, son innocuité chez la femme enceinte est bien établie<sup>11</sup>. Trois études de cohorte compilant près de 500 expositions au premier trimestre n'ont pas montré d'augmentation du risque de base de malformations majeures<sup>8,14,22</sup>. Deux de ces études ont aussi relevé les expositions aux deuxième et troisième trimestres sans noter d'association avec des anomalies<sup>8,22</sup>. Einarson et coll. ont également noté une absence de différence par rapport à leur groupe témoin en ce qui a trait aux avortements spontanés, aux mortinaissances, aux malformations mineures et au poids à la naissance. Enfin, une étude cas-témoin espagnole n'a pas montré d'association entre la prise de dextrométhorphan au premier trimestre et des malformations cardiaques, des anomalies du tube neural ou autres malformations<sup>23</sup>. Ainsi, les résultats de ces études et l'utilisation répandue de dextrométhorphan dans la population en font un médicament de premier recours chez la femme enceinte à tous les trimestres, lorsque la situation clinique le justifie.

On n'a pas évalué le transfert du dextrométhorphan dans le lait maternel. Toutefois, étant donné que la structure de ce médicament est similaire à celle de la codéine et qu'il présente peu d'effets indésirables aux doses usuelles, les experts dans le

## Cas clinique (suite)

En plus des mesures non pharmacologiques usuelles, on pourrait conseiller à Mélanie l'utilisation d'un sirop de dextrométhorphan au coucher pour permettre de diminuer la toux durant la nuit. L'emploi fréquent de l'eau saline en vaporisation nasale pourra aider à soulager la congestion nasale. Si celle-ci persiste et incommoder Mélanie, on pourrait lui proposer le recours occasionnel à un décongestionnant topique à longue action, comme la xylométazoline. On évitera la pseudoéphédrine compte tenu du stade de la grossesse.

domaine le considèrent sécuritaire chez la femme qui allaite lors d'une utilisation à court terme<sup>10</sup>.

### Les autres antitussifs et les expectorants

Dans un article précédent de cette chronique, nous avons discuté de l'innocuité de la codéine durant la grossesse<sup>9</sup>. De façon générale, des doses occasionnelles de codéine en cours de grossesse n'augmentent pas le risque de malformations majeures ou d'autres complications fœtales ou maternelles, y compris lors d'une exposition au premier trimestre. On retrouve la codéine en faibles quantités dans le lait maternel. Une utilisation à dose antitussive pendant quelques jours n'entraîne pas de risques connus pour le nourrisson<sup>10</sup>. Puisque le dextrométhorphan a une activité antitussive équivalente à celle de la codéine, tout en comportant moins d'effets indésirables, on devrait l'envisager en premier lieu.

On n'a retracé aucune étude concernant la sécurité du clofédanol (ou chlophédianol, Ulone<sup>MD</sup>) durant la grossesse ou l'allaitement.

Parmi les expectorants, la guaifénésine n'a pas été associée à une augmentation du risque d'anomalies majeures dans plusieurs études comprenant plus de 1500 enfants exposés *in utero*, dont près de 600 au premier trimestre<sup>8,13,14</sup>. On doit noter que l'efficacité de la guaifénésine comme expectorant est controversée et mal documentée<sup>11</sup>. Le chlorure d'ammonium n'a pas été associé à un risque tératogène accru dans une étude incluant 365 femmes exposées au premier trimestre de la grossesse. Son efficacité peu documentée comme expectorant n'en fait pas un agent de premier recours durant la grossesse<sup>8,11</sup>. Une bonne hydratation et l'humidification de l'air sont sans aucun doute préférables à ces médicaments.

## Prévention et traitement précoce du rhume et de la grippe

### L'échinacée

On trouve trois types d'échinacée (*E. purpurea*, *E. pallida* et *E. angustifolia*) dans les préparations utilisées pour prévenir ou traiter précocement le rhume. Une étude menée chez 206 femmes exposées à l'échinacée en cours de grossesse, dont 112 au premier trimestre, n'a pas décelé de risque tératogène accru par rapport à un groupe témoin, ni d'augmentation du risque d'avortements spontanés ou de prématurité<sup>24</sup>. Les données limitées en grossesse, l'absence actuelle de réglementation des produits de santé naturels au Canada et l'efficacité marginale de ces produits nous empêchent de recommander leur emploi durant la grossesse.

Le passage de ces composés dans le lait maternel n'est pas connu. Néanmoins, les experts dans le domaine sont d'avis qu'ils représentent un faible risque pour l'enfant allaité, étant

donné leur absence de toxicité<sup>10</sup>. Les femmes qui désirent utiliser ces produits pendant l'allaitement devraient cependant être mises au courant des risques inhérents à l'utilisation de produits non réglementés.

### Le vaccin antigrippal

L'immunisation annuelle constitue le moyen le plus efficace de diminuer les complications grippales. Selon les recommandations canadiennes pour la saison 2005-2006, à moins de souffrir d'un problème de santé chronique (diabète, conditions respiratoires chroniques, etc.), les femmes enceintes ne sont pas incluses dans les groupes à haut risque de complications liées à la grippe<sup>4</sup>. Le Comité consultatif national de l'immunisation reconnaît néanmoins que les femmes enceintes devraient être vaccinées si l'on prévoit qu'elles accoucheront durant la saison grippale, car elles deviendront des contacts familiaux de leur nouveau-né. Même si elles ne font pas partie des groupes prioritaires ciblés par le programme canadien, on devrait encourager les femmes enceintes à se faire vacciner.

Le comité américain (*Advisory Committee on Immunization Practices, Centers for Disease Control*) fait une analyse différente des données et inclut pour sa part la grossesse comme facteur de risque pour les complications. On y recommande donc la vaccination pour toutes les femmes enceintes pendant la saison grippale, quel que soit le trimestre<sup>5</sup>.

Les vaccins antigrippaux (Fluviral<sup>MD</sup>, Vaxigrip<sup>MD</sup>) offerts sur le marché canadien sont des vaccins inactivés dont la composition varie annuellement selon les souches virales anticipées. On a étudié leur innocuité chez plus de 2000 femmes enceintes<sup>3,5,8</sup>. Jusqu'à présent, on n'a associé aucun effet néfaste de la vaccination pour l'embryon ou le fœtus. Certains cliniciens recommandent de retarder la vaccination après le premier trimestre pour éviter l'association coïncidente avec un avortement spontané, événement qui peut survenir couramment pendant cette période<sup>8</sup>. La fièvre est un effet indésirable rare qui peut être contrôlé par l'administration d'acétaminophène. Les vaccins contiennent des quantités minimales de thimérosal qui n'ont pas été liées à des effets néfastes neurodéveloppementaux<sup>4</sup>. Enfin, la vaccination est sécuritaire et efficace pendant l'allaitement<sup>4,5,10</sup>.

### L'amantadine et les inhibiteurs de la neuraminidase (oseltamivir [Tamiflu<sup>MD</sup>] et zanamivir [Relenza<sup>MD</sup>])

L'amantadine et l'oseltamivir sont indiqués pour la prophylaxie et le traitement précoce de la grippe, et le zanamivir est indiqué pour le traitement précoce uniquement. L'amantadine n'a pas d'activité contre le virus de l'influenza de type B. La décision de débiter une prophylaxie ou un traitement avec ces agents doit tenir compte de la souche en circulation, des risques de contracter l'infection, de l'efficacité et des bienfaits escomptés du médicament ainsi que des risques potentiels du traitement<sup>4,5</sup>. Les effets du traitement précoce sur la diminution des complications de la grippe chez la femme enceinte ne sont pas connus.

L'exposition exhaustive des données d'innocuité de ces agents durant la grossesse et l'allaitement dépasse le cadre de cet article. Notons simplement qu'aucune étude épidé-



miologique sur l'usage de l'oseltamivir ou du zanamivir pendant la grossesse n'a été menée à ce jour. L'utilisation de l'amantadine est peu documentée durant la grossesse et repose essentiellement sur des observations cliniques isolées et une étude de cohorte prospective comprenant 51 enfants exposés en début de grossesse<sup>8</sup>. Compte tenu des données très limitées, on doit faire une évaluation minutieuse des risques et des bienfaits pour chaque situation clinique.

## Références

- Ely JW.** Treatment of Upper Respiratory Complaints in Pregnancy. Dans : Yankowitz J, Niebyl JR. Drug Therapy in Pregnancy. 3e éd. Philadelphie, PA : Lippincott Williams & Wilkins. 2001 : 33-46.
- Zhang J, Cai WW.** Association of the common cold in the first trimester of pregnancy with birth defects. Pediatrics 1993; 92(4) : 559-63.
- Englund JA.** Maternal immunization with inactivated influenza vaccine : rationale and experience. Vaccine 2003 ; 21 : 3460-4.
- Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI)** (Page consultée le 15 juillet 2005). Déclaration sur la vaccination antigrippale pour la saison 2005-2006. RMTc 2005 ; 31 : 1-32. [En ligne]. Adresse URL : [http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/05vol31/asc-dcc-6/index\\_f.html](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/05vol31/asc-dcc-6/index_f.html)
- Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP).** Prevention and Control of Influenza. MMWR 2005; 54 : 1-40.
- Schaefer CH.** Drugs during pregnancy and lactation. 1re éd. Amsterdam : Elsevier Science B.V. 2001 : 79.
- Lawrence RA, Lawrence RM.** Breastfeeding : a guide for the medical profession. 5e éd. St-Louis, MI : Mosby Inc., 1999 : 563-616.
- Briggs GG, Freeman RK, Yaffe SJ.** Drugs in pregnancy and lactation. 7e éd. Philadelphie : Lippincott Williams & Wilkins. 2005.
- Morin C.** Le traitement et la prophylaxie de la migraine chez la femme enceinte. Québec Pharmacie 2003; 50(8) : 589-92.
- Hale TW.** Medications and mothers' milk. 11e éd. Amarillo : Pharmasoftware Publishing L.P. 2004 : 27-8,69-70,232-3,277,423-4,431,694-5.
- Roy H.** Upper Respiratory Tract Infection. Dans : Canadian Pharmacists Association. Patient Self-Care. Helping patients to make therapeutic choices. 1re éd. Ottawa : Canadian Pharmacists Association. 2002 : 130-42.
- Gauthier L, Bouwmeester MC.** La rhinite allergique chez la femme enceinte ou qui allaite. Québec Pharmacie 2000; 47(5) : 372-5.
- Jick H, Holmes LB, Hunter JR et coll.** First-Trimester Drug Use and Congenital Disorders. JAMA 1981 ; 246(4) : 343-6.
- Aselton P, Jick H, Milunsky A et coll.** First-trimester drug use and congenital disorders. Obstet Gynecol 1985; 65(4) : 451-5.
- Rayburn WF, Anderson JC, Smith CV et coll.** Uterine and Fetal Doppler Flow Changes From a Single Dose of a Long-Acting Intranasal Decongestant. Obstet Gynecol 1990; 76 : 180-2.
- Werler MM, Mitchell AA, Shapiro S.** First trimester maternal medication use in relation to gastroschisis. Teratology 1992; 45(4) : 361-7.
- Werler MM, Sheehan JE, Mitchell AA.** Maternal medication use and risks of gastroschisis and small intestinal atresia. Am J Epidemiol 2002; 155(1) : 26-31.
- Torfs CP, Katz EA, Bateson TF et coll.** Maternal medications and environmental exposures as risk factors for gastroschisis. Teratology 1996; 54(2) : 84-92.
- Werler MM, Sheehan JE, Mitchell AA.** Association of vasoconstrictive exposures with risks of gastroschisis and small intestinal atresia. Epidemiology 2003; 14(3) : 349-54.
- Smith CV, Rayburn WF et coll.** Effect of a single dose of oral pseudoephedrine on uterine and fetal doppler blood flow. Obstet Gynecol 1990; 76 : 803-6.
- Aljazaf K, Hale TW, Ilett KF et coll.** Pseudoephedrine : effects on milk production in women and estimation of infant exposure via breastmilk. Br J Clin Pharmacol 2003 ; 56 : 18-24.
- Einarson A, Lyszkiewicz D, Koren G.** The safety of dextromethorphan in pregnancy. Results of a controlled study. Chest 2001; 119(2) : 466-9.
- Martinez-Frias ML, Rodriguez-Pinilla E.** Epidemiologic analysis of prenatal exposure to cough medicines containing dextromethorphan : no evidence of human teratogenicity. Teratology 2001; 63(1) : 38-41.
- Gallo M, Sarkar M, Au W et coll.** Pregnancy outcome following gestational exposure to echinacea. A prospective controlled study. Arch Intern Med 2000; 160 : 3141-3.

## Conclusion

Le rhume et la grippe sont des infections respiratoires fréquentes dont les symptômes peuvent incommoder les femmes enceintes ou qui allaitent. Il existe des options pharmacothérapeutiques que cette population peut utiliser sans crainte pour le fœtus ou le nourrisson. Le pharmacien est le professionnel de la santé le mieux placé pour choisir les meilleures options pour soulager les symptômes courants chez les femmes enceintes ou qui allaitent. ■



Formation  
continue

**Veillez reporter vos réponses  
dans le formulaire de la page 662**

### 7) Quel énoncé est faux ?

- Après le premier trimestre, la pseudoéphédrine est le décongestionnant systémique de premier recours chez une femme enceinte, car il affecte moins l'hémodynamie fœto-maternelle que les autres sympathomimétiques (phényléphrine, éphédrine).
- Les décongestionnants topiques peuvent être utilisés sur une courte période pendant la grossesse, même au premier trimestre, lorsque la congestion nasale est importante et que l'eau saline ne suffit pas.
- La pseudoéphédrine a été associée à un risque d'environ 3 % de gastroschisis lorsque l'exposition a lieu au cours du premier trimestre, par rapport à 1 ou 2 cas sur 10 000 (0,01 % à 0,02 %) dans la population générale.
- Le dextrométhorphan est un antitussif qui a été étudié chez les femmes enceintes. Son utilisation n'a pas été associée à une augmentation du risque de malformations majeures par rapport au risque de base.
- L'ibuprofène peut être utilisé chez une femme qui allaite, sans risque connu pour le nourrisson.

### 8) Quel énoncé est vrai ?

- Le vaccin antigrippal est associé à un risque élevé d'avortements spontanés et devrait être évité chez les femmes enceintes au premier trimestre.
- La vaccination antigrippale n'est pas recommandée chez une mère qui allaite un enfant de moins de six mois puisqu'elle n'a pas davantage de risques de complications grippales que la population générale.
- La pseudoéphédrine est sécrétée en quantités importantes dans le lait maternel; elle doit être évitée chez une mère qui allaite, car l'enfant pourrait présenter des effets indésirables graves.
- Utilisées aux doses recommandées, il est peu probable que les pastilles médicamenteuses représentent des risques pour l'embryon ou le fœtus; on préfère néanmoins les autres mesures plus efficaces pour l'irritation de la gorge (p. ex., l'acétaminophène).
- Puisque l'échinacée n'a pas été associée à un risque accru de malformations majeures dans une étude, on peut la recommander sans crainte aux femmes enceintes.