

ALLAITEMENT, MÉDICAMENTS, SUBSTANCES ET SITUATIONS PARTICULIÈRES

COMMENT S'Y RETROUVER ?



Dernièrement, vous avez reçu en consultation plusieurs femmes qui allaitent. Elles vous posent des questions sur l'innocuité de médicaments, de substances et d'agents diagnostiques en lien avec l'allaitement. Quelles informations objectives pouvez-vous leur fournir pour une prise de décision éclairée ?

Aizhen Jade Lefebvre, Nathalie Gagnon et Chloé Pouliot

La plupart des médicaments et substances passent dans le lait maternel. Il ne faut toutefois pas s'arrêter à ce seul critère pour déterminer s'ils sont sûrs ou non. Avec le recul dont nous disposons et l'accumulation d'informations, nous nous fions de moins en moins aux données pharmacocinétiques et de plus en plus à l'expérience clinique. En outre, la femme qui allaite vit parfois des situations médicales particulières susceptibles de compromettre l'allaitement si elle est mal informée. Essayons d'y voir plus clair afin de fournir à ces femmes des données probantes et récentes qui les aideront à prendre une décision éclairée.

1. QUELS SONT LES RISQUES DU CANNABIS EN INHALATION DURANT L'ALLAITEMENT ?

Le principal composant psychoactif du cannabis, le tétrahydrocannabinol (THC), est excrété dans le lait maternel, à raison de 2,5% de la dose absorbée par la femme, et s'y trouve jusqu'à six semaines après la consommation¹. Le cannabidiol (CBD) peut aussi se concentrer dans le lait, mais le paramètre employé dans les études est souvent le THC. Les études évaluant les risques de la consommation de cannabis sur l'allaitement et le nourrisson sont anciennes, peu nombreuses et de faible qualité (petits échantillons, courte durée et exposition à d'autres substances souvent associées)².

Dans ses directives cliniques de 2022, la SOGC recommande aux femmes de s'abstenir de consommer du cannabis pendant l'allaitement et, si ce n'est pas possible, d'en diminuer la quantité, la fréquence et la teneur en THC ainsi que d'espacer de quelques heures la tétée de la consommation

de cannabis. Dans tous les cas, il est suggéré d'avoir une discussion avec la mère sur les risques du cannabis comparativement aux risques de ne pas allaiter. L'approche de réduction des méfaits est fortement encouragée. Tout comme avec le tabac, il est important de réduire le plus possible l'exposition de l'enfant à la fumée secondaire et tertiaire et de conserver la substance dans un endroit sûr hors de la portée des enfants.

2. QU'EN EST-IL DE L'ALCOOL PENDANT L'ALLAITEMENT ?

Contrairement au cannabis, l'alcool ne s'accumule pas dans le lait maternel. Le taux d'alcool présent dans le lait correspond à l'alcoolémie de la mère qui atteint un pic de 30 à 90 minutes suivant l'ingestion³. Après la consommation d'alcool, la production lactée peut diminuer, et le nourrisson peut éprouver des troubles du sommeil ou de l'agitation³. Toutefois, les risques du non-allaitement surpassent ceux d'une consommation d'alcool occasionnelle et modérée.

On peut réduire l'absorption d'alcool en conseillant à la mère de manger ou d'allaiter tout juste avant de commencer à boire. Si une femme désire prendre de l'alcool, on lui recommande une consommation modérée (idéalement un ou deux verres tout au plus par occasion) et d'attendre deux heures après avoir bu avant d'allaiter³. Le programme Motherisk a conçu un tableau qui permet d'estimer le temps d'élimination de l'alcool dans le lait maternel selon le nombre de consommations ingérées (www.meilleurdepart.org/resources/alcool/pdf/desk_reference_fre.pdf)⁴. Avec toutes ces informations, on peut donc conseiller à la femme d'allaiter tout juste avant de boire de l'alcool et de s'assurer de se sentir en contrôle avec un retour à la normale de ses facultés avant d'allaiter de nouveau.

3. LES ANTIBIOTIQUES SOUVENT PRESCRITS EN PREMIÈRE LIGNE SONT-ILS COMPATIBLES AVEC L'ALLAITEMENT ?

L'allaitement peut être poursuivi lors de la prise d'antibiotiques dans la grande majorité des cas. Parmi les effets indésirables répertoriés des antibiotiques, citons notamment

La D^{re} Aizhen Jade Lefebvre, médecin de famille, exerce au GMF-U La Pommeraie, à Cowansville, et est professeure adjointe au DMFMU de l'Université de Sherbrooke. M^{me} Nathalie Gagnon est pharmacienne à l'Hôpital de Gatineau et chargée d'enseignement clinique à l'Université Laval. M^{me} Chloé Pouliot, pharmacienne, pratique au GMF-U La Pommeraie et est chargée d'enseignement clinique à l'Université Laval.

des diarrhées ou des maux de ventre chez le nourrisson. Cependant, ces effets ne nécessitent pas d'intervention. En général, les céphalosporines, les pénicillines et les macrolides sont compatibles avec l'allaitement⁵.

Concernant les tétracyclines pendant l'allaitement, il existe un risque théorique de retard de croissance et de coloration des dents du nourrisson. Les tétracyclines forment toutefois un complexe avec le calcium du lait maternel qui n'est pas absorbé par le nourrisson. Par conséquent, leur utilisation à court terme (moins de trois semaines) est possible⁵.

Pour les fluoroquinolones, le risque d'arthropathie chez les enfants allaités n'a pas été montré. Tout comme les tétracyclines, elles forment un complexe avec le calcium du lait maternel, ce qui en limite l'absorption. Les fluoroquinolones sont donc compatibles avec l'allaitement. Les plus étudiées sont la ciprofloxacine, l'ofloxacine et la lévofloxacine⁵.

L'association triméthoprime-sulfaméthoxazole et la nitrofurantoïne sont aussi compatibles avec l'allaitement, à moins que l'enfant ait une déficience connue en glucose-6-phosphate déshydrogénase (G6PD)⁵. Le métronidazole à doses multiples (de 200 mg à 500 mg, trois fois par jour) l'est tout autant. Si la dose unique de 2 g est nécessaire, l'American Academy of Pediatrics recommande de suspendre l'allaitement de douze à vingt-quatre heures après la dose⁴.

4. QUELS ANTICOAGULANTS PRESCRIRE À LA FEMME QUI ALLAITE ?

La warfarine et les héparines de faible poids moléculaire (HFPM) sont de vieilles molécules dont de nombreuses études appuient l'utilisation contre les maladies thromboemboliques en première ligne chez la femme qui allaite. Le dabigatran et le rivaroxaban semblent également sûrs, mais le premier est un peu mieux^{6,7}. Des études ont même montré leur innocuité à dose thérapeutique chez les enfants. Une surveillance des signes de saignement est recommandée, surtout chez les nourrissons et les prématurés. L'apixaban est pour l'instant déconseillé. Cette notion pourrait changer après l'étude SAXOPHONE⁷. Enfin, les données sont insuffisantes pour recommander l'édoxaban.

5. ALLAITEMENT ET SANTÉ MENTALE : QUEL MÉDICAMENT CHOISIR^{6,8-12} ?

Il est indiqué de commencer une pharmacothérapie pour des symptômes de santé mentale chez la femme qui allaite lorsque les interventions non pharmacologiques s'avèrent insuffisantes ou pour des symptômes allant de modérés à graves. De plus, quand une patiente ayant des antécédents psychiatriques répondait bien avant la conception à un traitement qui a été suspendu pendant la grossesse, il est souvent conseillé de le reprendre même si la femme allaite. La prescription d'une monothérapie à dose minimale efficace réduira l'effet clinique sur l'enfant. Les prématurés et

les bébés de petit poids sont plus sensibles aux effets indésirables (sommolence excessive, troubles d'alimentation, faible prise pondérale) et nécessitent donc une surveillance plus serrée. Les mères devraient bénéficier d'un soutien accru dans l'amorce et la poursuite de l'allaitement, car elles sont plus susceptibles d'arrêter précocement. Quand vous commencez un médicament chez une femme en âge de procréer, il est avisé de s'assurer qu'il est sûr aussi pendant la grossesse.

6. ALLAITEMENT ET DÉPRESSION : QUEL ANTIDÉPRESSEUR CHOISIR ?

Les données montrent que les risques associés aux inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS) sont minimes^{5,6,8,10,12}. La sertraline et le citalopram sont les molécules de première intention. Les études révèlent également l'innocuité de la paroxétine^{6,8,10,12}. On trouve toutefois moins de données sur l'innocuité de l'escitalopram, ce qui en fait un traitement de deuxième intention¹². La fluoxétine constitue l'option de dernier recours, car elle passe davantage dans le lait maternel et possède un métabolite actif. Ainsi, les nouveau-nés sont plus susceptibles d'éprouver des effets indésirables, notamment de l'irritabilité et des troubles du sommeil⁹. Bien qu'il y ait moins d'études sur les inhibiteurs du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN) (venlafaxine, duloxétine, desvenlafaxine), ces produits constituent tout de même des solutions acceptables. Deux cas de convulsions ont été signalés chez des nouveau-nés de mères ayant pris du bupropion⁶. Par conséquent, il est adéquat de poursuivre un traitement en cours, mais il serait préférable de sélectionner une autre molécule si on devait en commencer un. En ce qui concerne les antidépresseurs tricycliques, ils sont également compatibles avec l'allaitement. La nortriptyline est considérée comme l'un des plus sûrs^{5,12}. Lorsqu'on prescrit des médicaments pouvant causer de la somnolence, comme les antidépresseurs, il est important de conseiller à la femme de ne pas partager son lit avec son enfant.

7. ALLAITEMENT ET RÉGULATEURS D'HUMEUR : QUEL MÉDICAMENT CHOISIR ?

Pour le traitement du trouble bipolaire, les antiépileptiques en monothérapie (ex. : acide valproïque, carbamazépine, lamotrigine) se sont révélés sûrs^{6,8-12}. La littérature penche légèrement pour l'acide valproïque pendant l'allaitement. La lamotrigine nécessite une surveillance accrue, surtout chez les nourrissons de moins d'un mois, car des cas de somnolence, d'hypotonie, d'absence de prise pondérale et d'apnée ont été signalés^{8,10}. On doit également surveiller l'apparition d'une éruption cutanée^{9,10}. Le lithium a longtemps été considéré comme contre-indiqué pendant l'allaitement. Cependant, selon les études, la plupart du temps, il n'y a pas d'effets cliniques à court ou à long terme⁹. La mère peut donc allaiter à condition de se soumettre à un suivi clinique et biochimique. Il faut surveiller l'apparition de léthargie, de cyanose ou d'hypotonie et également s'assurer que le nourris-



son reste bien hydraté⁸. Enfin, il est recommandé de faire des contrôles rapprochés de la lithémie, de la TSH, de l'urée et de la créatinine¹¹ à partir de 4 à 6 semaines de vie et de les répéter toutes les huit à douze semaines tant que l'enfant est allaité^{5,11}.

8. ALLAITEMENT ET ANTIPSYCHOTIQUES : QUEL MÉDICAMENT CHOISIR ?

En ce qui concerne les antipsychotiques, aucun effet indésirable n'a été signalé pour l'olanzapine et la quétiapine. La rispéridone est également un choix acceptable, bien qu'on le trouve en plus grande quantité dans le lait maternel^{6,8,10,12}. L'aripiprazole pourrait réduire le taux de prolactine sérique et, par conséquent, avoir un effet négatif sur la production lactée. Comme chez l'adulte, des cas d'agranulocytose attribuable à la clozapine ont été mentionnés chez l'enfant allaité¹⁰. De plus, une diminution des scores développementaux est connue pour l'halopéridol. C'est pourquoi ces deux molécules sont déconseillées bien qu'elles ne constituent pas une contre-indication absolue à l'allaitement.

L'usage occasionnel de benzodiazépines est compatible avec l'allaitement. Il faut privilégier les molécules à courte demi-vie, telles que le lorazépam ou l'oxazépam. Seuls l'alprazolam et le diazépam présentent un risque d'excrétion cliniquement significatif dans le lait maternel.

9. ET QU'EN EST-IL DES PSYCHOSTIMULANTS^{5,13} ?

Les études portant sur l'innocuité des psychostimulants tendent à favoriser les médicaments à base de méthylphénidate. Ceux composés d'amphétamines sont acceptables bien que leur concentration dans le lait maternel semble plus élevée. Ainsi, davantage d'irritabilité, d'insomnie, d'anorexie et de perte de poids sont signalées. Étant donné le peu de données disponibles sur l'atomoxétine et la guanfacine, une solution plus sûre est préférable^{6,13}.

10. L'ALLAITEMENT DOIT-IL ÊTRE SUSPENDU APRÈS UN EXAMEN RADIOLOGIQUE ?

Non. La femme peut allaiter en toute sécurité après avoir reçu un agent de contraste. Seule une minuscule quantité passe dans le lait de la mère.

En effet, moins de 1% de la dose de produit de contraste à base d'iode ou de gadolinium administrée à la mère est excrétée dans le lait maternel au cours des 24 premières heures. De plus, moins de 1% de cette quantité est absorbée par le tractus gastro-intestinal de l'enfant. Par conséquent, la dose que l'enfant reçoit à partir du lait maternel est inférieure à 0,01% de celle donnée par voie intraveineuse à sa mère^{14,15}.

Aucun risque de toxicité directe, de sensibilisation ou de réaction allergique pour l'enfant n'a été signalé. Il s'agit de préoccupations théoriques¹⁴. Le goût du lait peut changer légèrement, mais ce phénomène ne suscite pas d'inquiétude pour l'enfant^{14,15}.

11. QU'EN EST-IL DES RADIOPHARMACEUTIQUES ?

L'enfant allaité peut être exposé de deux manières : par le lait maternel qu'il ingère et par la proximité de sa mère. Cette dernière situation survient lorsque le radiopharmaceutique se concentre dans les tissus mammaires. C'est le cas du fluodésoxyglucose (FDG-F18), l'agent utilisé pour les tomographies par émission de positons¹⁵.

Après l'injection, les soins à l'enfant, dont l'alimentation, devraient être assumés en totalité par une tierce personne durant les quatre premières heures¹⁶, puis majoritairement durant les huit heures suivantes¹⁵. Ce délai permettra à l'organisme d'éliminer l'agent. Même s'il est concentré dans les tissus mammaires, le FDG-F18 n'est pas excrété dans le lait maternel qui peut être exprimé et donné à l'enfant¹⁵.

Les autres radiopharmaceutiques ne s'accumulent pas dans les tissus mammaires¹⁵, mais passent dans le lait maternel. Ceux à base d'iode sont utilisés en imagerie et pour les traitements de la thyroïde et sont les plus préoccupants. L'iode 131 exige un arrêt complet de l'allaitement dans les quatre semaines précédant l'injection afin de réduire la dose de radioactivité pouvant se rendre au sein et le risque de contaminer les vêtements par l'écoulement de lait¹⁵. Quant à l'iode 123, sa demi-vie radioactive est beaucoup plus courte, soit treize heures contre huit jours, respectivement. Les recommandations relatives à l'allaitement après son administration changent selon les sources, allant d'aucune interruption requise à trois semaines selon le sel utilisé pour l'injection¹⁵.

Le technétium 99m (^{99m}Tc) est une option pouvant parfois remplacer ces agents selon l'indication. Il peut être conjugué à d'autres vecteurs pour cibler l'organe désiré et limiter sa propagation dans l'organisme¹⁷. Cette conjugaison variable affecte ainsi sa demi-vie biologique. Voilà pourquoi les différentes instances parlent d'une interruption de l'allaitement pendant au plus vingt-quatre heures selon la préparation^{15,17}. Lors de son emploi en scintigraphie pulmonaire de ventilation-perfusion, la durée d'interruption recommandée est de douze heures¹⁵. C'est pour cette raison qu'il faut privilégier l'angiographie pulmonaire chez la femme qui allaite chez qui on soupçonne une embolie pulmonaire. Il faut adapter le traitement à l'allaitement, et non l'inverse.

Lorsqu'une femme suspend l'allaitement pour recevoir un agent radiopharmaceutique qui passera dans son lait, elle doit en exprimer pendant quelques jours avant l'administration afin de nourrir l'enfant jusqu'à ce qu'elle puisse recommencer à allaiter. Il faut lui recommander d'allaiter juste avant l'examen et de continuer à exprimer son lait pendant cette période d'interruption pour assurer le maintien de la production, diminuer l'inconfort et les risques d'engorgement et faciliter l'élimination biologique du radiopharmaceutique

Lactmed<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501922>**e-lactancia**<https://e-lactancia.org/>**Trash the pump and dump**<https://trashthepumpanddump.org>**Breastfeeding Network**www.breastfeedingnetwork.org.uk/drugs-factsheets**Infantrisk**www.infantrisk.com**CRAT**www.lecrat.fr**Mother to baby**<https://mothertobaby.org/fact-sheets-parent>

Encadré des auteures.

des seins et, par conséquent, la réduction potentielle de leur exposition aux rayonnements. En respectant la durée de conservation maximale du lait maternel (8 jours au réfrigérateur ou 6 mois au congélateur)¹⁸, la femme pourra le stocker et l'utiliser lorsqu'il ne sera plus radioactif, soit après de cinq à dix demi-vies du radiopharmaceutique^{15,17}. La femme peut aussi choisir de jeter le lait radioactif exprimé.

12. DOIT-ON SUSPENDRE L'ALLAITEMENT APRÈS UNE ANALGÉSIE-SÉDATION OU UNE ANESTHÉSIE ?

La femme doit être encouragée à allaiter normalement après une intervention dès qu'elle est alerte et capable de se lever et de s'alimenter, sans que son lait soit exprimé et jeté¹⁹. L'anesthésie locale ou régionale et l'intervention d'un jour devraient être privilégiées²⁰. Les médicaments servant à l'anesthésie ont souvent une courte durée d'action, sont très peu transférés dans le lait maternel et sont fréquemment mal absorbés par voie orale²⁰. Ainsi, une très faible quantité de médicament passe dans le lait maternel et une quantité encore moindre est absorbée par le tractus gastro-intestinal de l'enfant. Le diazépam ne devrait pas être employé chez la femme qui allaite puisque des solutions moins risquées existent. Néanmoins, une seule dose est acceptable^{19,20}.

Après l'intervention, l'analgésie non opioïde doit être optimisée^{19,20}. Si elle s'avérait insuffisante, les opioïdes peuvent être prescrits à la dose minimale efficace et pour la plus courte période possible²⁰. La morphine et l'hydromorphone sont les plus utilisées. La codéine, en raison du polymorphisme

génétique de l'isoenzyme CYP2D6 du cytochrome P450, et la mépéridine ne devraient pas être employées, car des options plus sûres existent²⁰. L'administration d'une seule dose d'une de ces molécules n'est cependant pas une raison de suspendre l'allaitement^{19,20}. Le tramadol et l'oxycodone, qui sont également métabolisés par l'isoenzyme CYP2D6, devraient être utilisés avec précaution^{19,20}. Peu importe l'opioïde, la somnolence excessive (tant chez la femme que le bébé) de même qu'une nouvelle difficulté d'alimentation chez ce dernier doivent être surveillées¹⁹. La femme devrait être avisée de ne pas partager son lit avec son enfant et de demander à une tierce personne d'être présente pour le surveiller et s'occuper de lui, au besoin.

CONCLUSION

Vous vous sentez maintenant mieux outillé pour conseiller et choisir les traitements optimaux pour cette clientèle lors d'un processus de prise de décision partagée. Si des doutes persistent, les pharmaciennes du centre IMAGE (Info-Médicaments en Allaitement et Grossesse, 514-345-2333) du CHU Sainte-Justine peuvent vous confirmer les données obtenues grâce aux sites facilement accessibles (encadré) ou vous apporter un complément d'information. Au moment d'instaurer un traitement médicamenteux, la meilleure intervention chez les femmes en âge de procréer est d'opter pour un traitement compatible autant avec la grossesse que l'allaitement. En outre, il faut s'assurer que la prescription est essentielle et qu'elle n'a pas besoin d'être modifiée ni reportée pour préserver l'allaitement. Nous devons mettre autant d'énergie à aider les femmes à poursuivre l'allaitement qu'à l'amorcer. //

Date de réception : le 4 août 2022

Date d'acceptation : le 28 août 2022

La D^{re} Aizhen Jade Lefebvre et M^{mes} Nathalie Gagnon et Chloé Pouliot n'ont signalé aucun conflit d'intérêts.

BIBLIOGRAPHIE

1. Drugs and Lactation Database [Lactmed] – Cannabis. [Internet] Bethesda (MD) : National Library of Medicine [US]; 2006. Site Internet : www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501587 [Date de consultation : le 17 juillet 2022].
2. Graves LE, Robert M, Allen VM et coll. Guideline No. 425b : Cannabis use throughout women's lifespans—Part 2: pregnancy, the postnatal period, and breastfeeding. *J Obstet Gynaecol Can* 2022; 44 (4) : 436-44. DOI : <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2022.01.013>.
3. Lévesque S, April N, Guyon L et coll. *Alcool (pour accompagner les parents)*. Québec : INSPQ; 2019. 3 pages.
4. Centre de ressources sur la maternité, les nouveau-nés et le développement des jeunes enfants de l'Ontario. *La consommation d'alcool pendant l'allaitement*. Toronto : Nexus Santé; 2005. 2 pages.
5. Ferreira E, Martin B, Morin C. *Grossesse et allaitement—Guide thérapeutique*. 2^e éd. Montréal : Éditions CHU Sainte-Justine; 2013. 1000 pages.
6. e-lactancia.org [en ligne]. APILAM : Association for promotion of and cultural and scientific research into breastfeeding; 2002 [modifié le 12 août 2022; cité le 17 juillet 2022].
7. Daei M, Khalili H, Heidari Z. Direct oral anticoagulant safety during breastfeeding: a narrative review. *Eur J Clin Pharmacol* 2021; 77 (10) : 1465-71. DOI : [10.1007/s00228-021-03154-5](https://doi.org/10.1007/s00228-021-03154-5).

CE QUE VOUS DEVEZ RETENIR

- ▶ Il faut adapter le médicament à l'allaitement, et non l'inverse.
- ▶ Toujours penser grossesse et allaitement au moment de prescrire un médicament à une femme en âge de procréer.
- ▶ Les risques de l'absence de traitement pour la femme, du médicament pour l'enfant et du non-allaitement pour la dyade doivent être considérés.

- Sprague J, Wisner KL, Bogen DL. Pharmacotherapy for depression and bipolar disorder during lactation: a framework to aid decision making. *Semin Perinatal* 2020; 44 (3) : 151-224. DOI : 10.1016/j.semperi.2020.151224.
- Uguz F, Sharma V. Mood stabilizers during breastfeeding: a systematic review of the recent literature. *Bipolar Disord* 2016; 18 (4) : 325-33. DOI : 10.1111/bdi.12398.
- McAllister-Williams RH, Baldwin DS, Cantwell R et coll. British Association for Psychopharmacology consensus guidance on the use of psychotropic medication preconception, in pregnancy and postpartum 2017. *J Psychopharmacol* 2017; 31 (5) : 519-52. DOI : 10.1177/026988117699361.
- Sharma V, Doobay M, Baczynski C. Bipolar postpartum depression: an update and recommendations. *J Affect Disord* 2017; 219 : 105-11. DOI : 10.1016/j.jad.2017.05.014.
- Uguz F. A new safety scoring system for the use of psychotropic drugs during lactation. *Am J Ther* 2021; 28 (1) : 126. DOI : 10.1097/MJT.0000000000000909.
- Ornoy A. Pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder during pregnancy and lactation. *Pharm Res* 2018; 35 (3) : 46. DOI : 10.1007/s11095-017-2323-z.
- Wang C, Asch D, Cavallo J et coll. *ACR Manuel on contrast media 2022* (Administration of contrast media to women who are breastfeeding). Reston : American College of Radiology; 2021. p. 98-9.
- Mitchell KB, Fleming MM, Anderson PO et coll. ABM clinical protocol #31: radiology and nuclear medicine studies in lactating women. *Breastfeed Med* 2019; 14 (5) : 290-4. DOI : 10.1089/bfm.2019.29128.kbm.
- e-lactancia.org [en ligne]. APILAM: Association for Promotion of and Cultural and Scientific research into Breastfeeding; 2002. Fluorodeoxyglucose F18, 18F-FDG [modifié le 28 mars 2014; cité le 17 juillet 2022]. Site Internet : www.e-lactancia.org/breastfeeding/fluorodeoxyglucose-f18-18f-fdg/synonym.
- Hale TW. Technecium-99m. Dans : Hale TW, rédacteurs. *Medications and mother's milk*. 19^e éd. New York : Springer Publishing Company; 2021. p. 595-6.
- Institut national de santé publique du Québec. *Manipulation du lait maternel exprimé*. Québec : INSPQ; 2022.
- Reece-Stremtan S, Campos M, Kokajko L et coll. ABM clinical protocol #15: analgesia and anesthesia for the breastfeeding mother. *Breastfeed Med* 2017; 12 (9) : 500-6. DOI : 10.1089/bfm.2017.29054.srt.
- Mitchell J, Jones W, Winkley E et coll. Guideline on anaesthesia and sedation in breastfeeding women. *Anaesthesia* 2020; 75 (11) : 1482-93. DOI : 10.1111/anae.15179.

POUR EN SAVOIR PLUS...

- ▶ Jones W. Breastfeeding and medication for long-term conditions. *Practice Nursing* 2022; 33 (12) : 1-7. DOI : <https://doi.org/10.12968/pnur.2022.33.12.495>.
- ▶ Hale's medications and mothers' milk 2023: A manual of lactational pharmacology. <https://www.halesmeds.com>.

FORMATIONS EN LIGNE

récentes et à venir
sur caducee.fmoq.org

CONFÉRENCES DU CONGRÈS L'INFECTIOLOGIE

MALADIE DE LYME

D^r Alex Carignan
Microbiologiste médical et infectiologue
CIUSSS de l'Estrie—CHUS

1 heure d'activité de formation reconnue

AUTRES MALADIES TRANSMISES PAR LES TIQUES : COMMENT LES RECONNAÎTRE, EN FAIRE LE BILAN ET LES TRAITER

D^{re} Mirabelle Kelly
Microbiologiste médicale et infectiologue
Hôpital de Granby

1 heure d'activité de formation reconnue

MESURES PROPHYLACTIQUES POST-EXPOSITION LES PLUS FRÉQUENTES

D^{re} Stéphanie Castonguay
Microbiologiste médicale et infectiologue
Hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval

1 heure d'activité de formation reconnue

INFECTIONS AU RETOUR DE VOYAGE

D^r Christian Lavallée
Microbiologiste médical et infectiologue
Hôpital Maisonneuve-Rosemont

1 heure d'activité de formation reconnue

VACCINS NON REMBOURSÉS PAR LA RAMQ : À QUI DEVRIEZ-VOUS LES RECOMMANDER ?

D^r Michaël Desjardins
Microbiologiste médical et infectiologue
CHUM

1 heure d'activité de formation reconnue

INFECTIONS GASTRO-INTESTINALES : DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

D^{re} Arpita Chakravarti
Microbiologiste médicale et infectiologue
CHUM

1 heure d'activité de formation reconnue



Caducée, le portail
de la formation en ligne
de la FMOQ

L'accès aux formations en ligne issues d'un congrès auquel vous avez assisté est gratuit et reconnu automatiquement au moment de l'inscription, après identification sur le portail Caducée.