Les inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine pendant la grossesse et l'issue du nourrisson

Ann L Jefferies; Société canadienne de pédiatrie, comité d'étude du fœtus et du nouveau-né

RÉSUMÉ

Il est très important de bien soigner la dépression pendant la grossesse pour la santé de la mère, du fœtus, puis du nouveau-né. Les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS) sont souvent utilisés comme antidépresseurs. D'après une étude américaine, environ 7 % des femmes enceintes se sont fait prescrire des ISRS en 2004-2005. L'utilisation d'ISRS pendant le premier trimestre, dans leur ensemble, risque peu d'accroître le risque de malformations congénitales. La paroxétine peut s'associer à une légère augmentation du risque de malformations cardiaques, mais les données probantes demeurent non concluantes. L'exposition du fœtus aux ISRS plus près du moment de l'accouchement peut entraîner des symptômes respiratoires, moteurs, gastro-intestinaux et du système nerveux central chez environ 10 % à 30 % des nouveau-nés (syndrome du comportement néonatal lié à l'exposition aux ISRS). Ces symptômes sont généralement bénins et transitoires. L'hypertension pulmonaire persistante du nouveau-né est une conséquence extrêmement rare d'exposition du fœtus aux ISRS. Il faudrait tenir compte de ces renseignements pour prendre des décisions risques-avantages individuelles lorsqu'on envisage le traitement de la dépression pendant la grossesse. Les nouveau-nés exposés aux ISRS en fin de grossesse devraient demeurer en observation à l'hôpital pendant au moins 48 heures.

RECOMMANDATIONS

D'après les données probantes accessibles, la Société canadienne de pédiatrie fait les recommandations suivantes :

- Il est très important de bien soigner la dépression pendant la grossesse, tant pour la santé et le bien-être de la mère que du bébé. Il faut prendre une décision risques-avantages individualisée au sujet de l'utilisation d'ISRS pendant la grossesse, compte tenu des points suivants :
  - Le syndrome du comportement néonatal lié à l'exposition aux ISRS est courant, mais généralement bénin et transitoire.
  - Le risque absolu d'hypertension pulmonaire persistante est négligeable.
  - Aucune donnée probante ne démontre que l'ensemble des ISRS accroît le risque de malformation congénitale.
  - Les données probantes quant à l'association entre la paroxétine et les malformations cardiaques demeurent contradictoires (catégorie de recommandation A).
- Le dispensateur de soins des femmes qui prennent de la paroxétine et sont enceintes ou songent à le devenir pourrait envisager de les faire passer à un autre antidépresseur ou d'en réduire la dose (catégorie de recommandation B).
- Les bébés exposés aux ISRS pendant le dernier trimestre de grossesse devraient demeurer en observation à l'hôpital pendant au moins 48 heures en cas d'éventuels symptômes neurocomportementaux ou respiratoires. Les familles devraient recevoir des conseils préventifs sur les effets possibles des ISRS sur leur nouveau-né, y compris la nécessité qu'ils demeurent en observation après la naissance (catégorie de recommandation A).
- L'utilisation d'un ISRS après l'accouchement n'est pas une contre-indication à l'allaitement, et les femmes qui décident d'allaiter devraient être soutenues dans leur choix (catégorie de recommandation B).

REMERCIEMENTS : La première version du présent document de principes a été rédigée par les docteurs Kim J Burrows et John C LeBlanc pour le comité de la pédiatrie psychosociale de la Société canadienne de pédiatrie (SCP), puis a été révisé et complété par le comité d'étude du fœtus et du nouveau-né de la SCP. L'Association des psychiatres du Canada, le comité de la santé mentale et des troubles du développement ainsi que le comité de la pharmacologie et des substances dangereuses de la SCP l'ont révisé.

COMITÉ D'ÉTUDE DU FŒTUS ET DU NOUVEAU-NÉ

Membres : Ann L Jefferies MD (présidente), Thierry Lacaze-Masmontheil MD, Abraham Peliowski-Davidovich MD, S Todd Sorokan MD, Richard Stanwick MD (représentant du conseil), Hilary EA Whyte MD

Représentants : Michael S Dunn MD, section de la médecine néonatale et périnatale de la SCP; madame Sandra Dunn MD, Canadian Perinatal Programs Coalition; Andrée Gagnon MD, Collège des médecins de famille du Canada; Robert Gagnon MD, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada; Juan Andrés León MD, Agence de la santé publique du Canada; Patricia A O'Flaherty M.Sc.inf, M.Éd., inf-CE, Association canadienne des infirmières et infirmiers en néonatalogie; Lu-Ann Papile MD, American Academy of Pediatrics, comité d'étude du fœtus et du nouveau-né

Conseiller : Robin K Whyte MD

Auteure principale : Ann L Jefferies MD

Les recommandations contenues dans le présent document ne sont pas indicatrices d'un seul mode de traitement ou d'intervention. Des variations peuvent convenir, compte tenu de la situation. Tous les documents de principes et les points de pratique de la Société canadienne de pédiatrie sont régulièrement révisés. Consultez la zone *Documents de principes* du site Web de la SCP (www.cps.ca) pour en obtenir la version complète à jour.

Correspondance : Société canadienne de pédiatrie, 2305, boulevard St Laurent, Ottawa (Ontario) K1G 4J8, courriel : info@cps.ca