

## NOTRE KALEIDOSCOPE

L'ALLAITEMENT ARTIFICIEL :  
les médicaments homéopathiques  
au secours des patientes...et des soignants

Docteur Christelle CHARVET, gynéco-obstétricienne homéopathe, (Lyon)

25 Juillet 2013 : communiqué de l'ANSM (Agence Nationale de sécurité du Médicament) <sup>(1)</sup>

**Bromocriptine (Parlodel® et Bromocriptine Zentiva®) : le rapport bénéfice/risque n'est plus favorable dans l'inhibition de la lactation – Point d'information**

Les médicaments à base de bromocriptine (Parlodel® et Bromocriptine Zentiva®), utilisés à la dose de 2,5mg afin d'inhiber ou de prévenir la lactation après un accouchement ou une interruption de grossesse, ont fait l'objet d'une réévaluation de leur rapport bénéfice-risque par l'ANSM. Cette réévaluation a été initiée à la suite de signalements d'effets indésirables graves cardiovasculaires et neuropsychiatriques.

Compte tenu de l'ensemble des données disponibles, l'ANSM souhaite porter ce dossier au niveau européen car elle estime que le rapport bénéfice/risque de ces médicaments n'est plus favorable dans la prévention ou l'inhibition de la lactation physiologique. Dans cette indication des alternatives thérapeutiques sont disponibles. Cette évaluation ne remet pas en cause les autres indications thérapeutiques de la bromocriptine.

Cette communication est faite en coopération avec le Collège National des Gynécologues Obstétriciens (CNGOF) et le Collège National des Sages-femmes de France (CNSF).

Il est donc probable et souhaitable que les patientes qui ne désirent pas allaiter ne se voient plus prescrire de bromocriptine (Parlodel®) ; comme le suggère le communiqué, les soignants devront se contenter d'alternatives thérapeutiques (sans précision) ; certains médicaments homéopathiques peuvent-ils être prescrits dans cette indication ?

### La lactation et son inhibition

La montée laiteuse est un phénomène physiologique : pendant la grossesse, la glande mammaire va subir dès le 4<sup>e</sup> mois de la grossesse une transformation appelée **mammogénèse**, portant sur le développement du tissu glandulaire, du tissu capillaire et la multiplication de cellules myoépithéliales capables de se contracter pour l'éjection du lait.

Un deuxième processus, la **lactogénèse** permet à la glande mammaire de sécréter du lait. Cette étape débute dès le 5<sup>ème</sup> mois de grossesse.

Après l'accouchement et l'expulsion du placenta, le taux de progestérone chute, ce qui lève l'inhibition sur la sécrétion de prolactine et permet ainsi le déclenchement de la sécrétion lactée.

Dans les jours qui suivent, apparaissent le colostrum puis au 3<sup>ème</sup> jour après l'accouchement, la vraie montée laiteuse. La production de lait est essentiellement sous le contrôle de la prolactine, hormone hypophysaire ; chaque succion déclenche un pic de prolactine qui prépare le lait pour la tétée suivante.

Au 45<sup>ème</sup> jour, le taux de prolactine chute et la production de lait s'auto-entretient.

Si une femme ne veut pas ou ne peut pas allaiter, la sécrétion lactée s'interrompt dans les deux semaines suivant l'accouchement ; la non-présentation du nouveau-né au sein est l'élément essentiel pour obtenir l'arrêt de la lactation.

Les complications de l'allaitement artificiel non pris en charge sont identiques à celles qui peuvent survenir au cours d'un allaitement maternel : montée laiteuse douloureuse, engorgement, mastites, abcès du sein.

## Historique de l'allaitement artificiel

De tous temps, les mères qui ne pouvaient pas allaiter ont confié leurs nouveau-nés à des nourrices ; le lait de chèvre, le lait de vache ont été substitués au lait maternel, mais avec des complications néo-natales sévères ; le lait artificiel a été synthétisé en 1865 ; grâce à la stérilisation, à l'arrivée du caoutchouc, les premiers biberons sont nés au XIX<sup>ème</sup> siècle ; s'en est suivie une mode de l'allaitement artificiel au XX<sup>ème</sup> siècle, synonyme de modernité, de sécurité, d'hygiène.

Depuis les années 1980, une tendance au retour à l'allaitement maternel se dessine, appuyée par les recommandations de l'OMS de 2003 <sup>(2)</sup>, prônant un allaitement maternel exclusif de 6 mois. Elles mettent en exergue les bénéfices médicaux pour l'enfant, pour la mère, mais aussi pour la relation mère-enfant et les bénéfices économiques de l'allaitement maternel.

## La saga de la bromocriptine

La bromocriptine appartient à la classe des agonistes dopaminergiques : ce sont des molécules capables de se fixer sur les récepteurs dopaminergiques et d'entraîner leur stimulation. La dopamine inhibe la sécrétion de prolactine, de même que ses agonistes.

La bromocriptine est un dérivé de l'ergot de seigle. C'est au Moyen-âge qu'ont été remarqués des cas d'agalactie suite à des intoxications à l'ergot de seigle. Notons que cette intoxication à l'ergot de seigle était aussi connue pour donner des complications neurologiques et psychiatriques.

La prescription de la bromocriptine doit se faire juste après l'accouchement pour inhiber la montée laiteuse. La posologie doit être progressive : ½ cp à 2.5mg le premier jour, 1 cp le 2<sup>ème</sup> jour et 2 cp par jour en deux prises pendant 14 jours.

### Quelques repères chronologiques

**1978** / commercialisation de la bromocriptine en France sous le nom de Parlodel<sup>®</sup>

**1983** / effets secondaires rapportés aux Etats-Unis : convulsions et accidents vasculaires cérébraux

**1993** / en France, autorisation de mise sur le marché obtenue pour le Parlodel<sup>®</sup> dans « l'inhibition de la lactation physiologique pour raison médicale dans le post-partum immédiat et tardif ».

**1994** / aux Etats Unis, la Food and Drug Administration obtient la suppression de l'indication « inhibition de la lactation » pour le Parlodel<sup>®</sup>.

**1994** / étude de pharmacovigilance française faite sur 1 160 360 femmes traitées entre 1985 et 1993 : 115 effets indésirables cardio-vasculaires et neurologiques.

**2011** / nouvelle étude de pharmacovigilance française faite entre 1993 et 2008 : 199 notifications d'effets indésirables, soit plus que dans la première étude, avec des accidents graves cardio-vasculaires, neurologiques, psychiatriques. Un mésusage est retrouvé dans 45 cas où les contre-indications et précautions d'emploi n'ont pas été respectées.

**2013** / communiqué de l'ANSM, 20 ans après la première étude de pharmacovigilance française déjà très alarmante <sup>(1)</sup>.

## Les autres thérapeutiques allopathiques

- Les agonistes dopaminergiques avec AMM (autorisation de mise sur le marché) autres que le Parlodel<sup>®</sup>.  
Le lisuride (Arolac<sup>®</sup>), sans amélioration du service médical rendu (d'après l'HAS) et plus coûteux que la bromocriptine.
- Les agonistes dopaminergiques sans AMM
  - La Quinagolide (Norprolac<sup>®</sup>), non dérivé de l'ergot de seigle semble donner plus d'effets secondaires pour une efficacité comparable à la bromocriptine.
  - La cabergoline (Dostinex<sup>®</sup>) est un agoniste dopaminergique de 2<sup>ème</sup> génération, commercialisé en 1990. Son intérêt est une prise unique de 1mg ; ses effets secondaires seraient moins nombreux qu'avec la bromocriptine, mais n'oublions pas que le médicament est plus récent.
  - La dihydroergocryptine (Vasobral<sup>®</sup>) est un agoniste des récepteurs dopaminergiques ; son indication est le traitement du déficit pathologique du sujet âgé et le traitement d'appoint du syndrome de Raynaud. Ce traitement est diffusé dans les maternités françaises sans AMM.  
L'étude de pharmacovigilance publiée en 2012 a noté des effets secondaires graves survenus après Vasobral<sup>®</sup> ; dans son communiqué du 25 Juillet 2013, l'ANSM écrit « Par ailleurs, la dihydroergocryptine (Vasobral<sup>®</sup>), utilisée hors AMM, n'est pas indiquée dans l'inhibition de la lactation et ne doit donc pas être utilisée ».
- Les anti-inflammatoires non stéroïdiens représentent un traitement de choix de la douleur de la montée laiteuse et de l'engorgement, mais n'inhibent pas la montée laiteuse.

## Les alternatives à l'allopathie

- L'acupuncture peut améliorer la douleur de la montée laiteuse et traiter l'engorgement mammaire.
- De nombreuses plantes peuvent diminuer la quantité de lait (cerfeuil, queues de cerises, chou, fraisier, lin, menthe etc...).
- En cas de douleur mammaire, des cataplasmes d'argile, des emplâtres à base de persil ou de chou sont conseillés par des sages-femmes.

## Les médicaments homéopathiques <sup>(5)</sup>

Une étude faite dans les services français en 2009 note que l'homéopathie était déjà conseillée dans 3 à 3.8% des cas (à l'époque, 90% des traitements initiés étaient le Parlodel<sup>®</sup>, puis venait la Cabergoline).

## Les objectifs d'un traitement homéopathique

Dans la mesure où l'allaitement maternel est physiologique, il est impossible d'attendre d'un médicament homéopathique qu'il inhibe une montée laiteuse; par contre, chez une patiente informée et motivée, le médecin homéopathe en prescrivant des médicaments homéopathiques adaptés peut accompagner la patiente dans son choix de ne pas allaiter.

Nous pouvons décrire trois types de médicaments :

#### - Ceux qui visent à diminuer l'inflammation ou la douleur

*Apis mellifica* : œdème rosé, piquant, soulagé par le froid

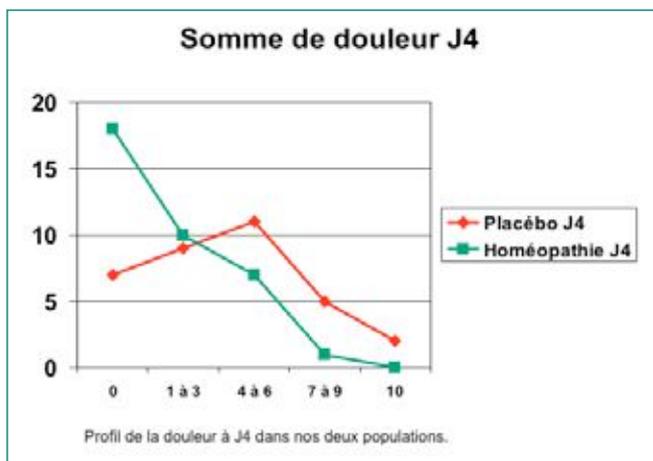
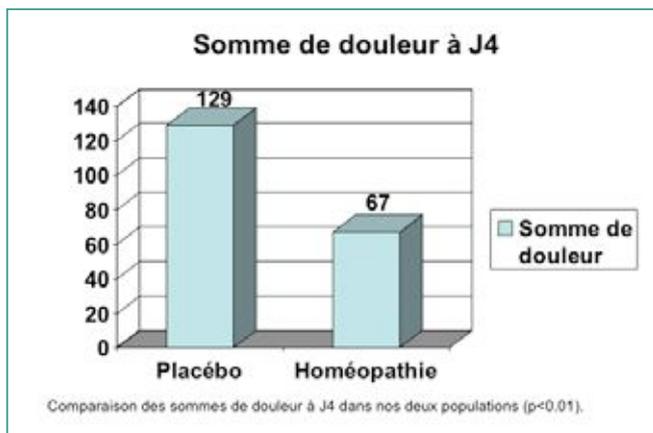
*Belladonna* : sein rouge, chaud, douleur battante, fièvre possible

*Bryonia alba* : sein dur, blanc, douleur améliorée par l'immobilisation et la pression

*Lac caninum* : seins gonflés, douleur vive à la moindre secousse, douleur alternant d'un côté et de l'autre

*Phytolacca decandra* : seins douloureux, adénopathie satellite possible, douleur mamelonnaire avec irradiation dans tout le corps

Un protocole associant *Apis mellifica* 9CH et *Bryonia* 9CH, 5 granules de chaque dès l'accouchement et pendant 10 jours a été étudié versus placebo au centre hospitalier de Toulouse (étude publiée en 2001)<sup>(8)</sup> ; il a été constaté une diminution significative de la douleur de la montée laiteuse chez les patientes suivant ce traitement par rapport au placebo à J4.



En 2002, une étude très comparable a été menée à Poitiers<sup>(4)</sup> avec des résultats identiques.

En 2008, un protocole associant *Apis mellifica* 15CH, *Bryonia* 15CH et *Lac caninum* 30CH : 5 granules de chaque trois fois par jour a donné lieu à un mémoire de sage-femme : 66.8% des patientes étaient satisfaites.

#### - Les médicaments visant à diminuer la sécrétion lactée

*Ricinus communis* 30CH est traditionnellement préconisé pour tenter de diminuer la sécrétion lactée

*Prolactinum* 30CH est censé diminuer l'effet de la prolactine ; à ma connaissance, il est peu utilisé dans l'allaitement artificiel, ce qui n'est pas en faveur d'une efficacité remarquable

*Phytolacca decandra* en très basse dilution 1DH freinerait pour certains auteurs la sécrétion lactée

En 2012 est étudié un protocole comprenant *Apis* 9CH et *Bryonia* 9CH 3 granules deux fois par jour de chaque, *Ricinus communis* 30 CH 5 granules 2 fois par jour et *Phytolacca* 1D 30 gouttes 2 fois par jour ; cette étude prospective compare l'homéopathie à l'allopathie chez 49 patientes ; les résultats sont sans appel : l'efficacité du Parlodel® est nettement plus importante que le traitement homéopathique mais présente des effets secondaires bien supérieurs. Il est aussi noté que la grande majorité des patientes n'a pas eu le choix du traitement inhibiteur de la lactation ni l'information.

#### - Les médicaments de terrain<sup>(14)</sup>

Ces médicaments ne peuvent être prescrits que par un soignant ayant une formation en homéopathie ; aucun protocole ne peut être fait ; seule l'expérience des prescripteurs pourrait être colligée. Citons parmi les médicaments les plus prescrits dans le post partum

*Calcarea carbonica* : patiente bien en chair, docile, constitution carbonique

*Pulsatilla* : timidité, manque de confiance en elle, tendance à des montées laiteuses spectaculaires, érythrocyanose, baby blues avec variabilité émotionnelle

*Sepia* : femme triste, voire dépressive, surtout après l'accouchement, accouchement facile

*Ignatia* : variabilité de l'humeur, symptômes psycho-somatiques, angoisse

Chaque soignant homéopathe est à même de choisir le médicament, et la dilution adaptée en fonction de la patiente.

## Discussion

Empêcher la lactation sans aucun risque médicamenteux relève de la quadrature du cercle : d'un côté des patientes qui ne souhaitent pas allaiter avec des facteurs de risque vasculaire de plus en plus fréquents (tabagisme, surpoids, âge maternel avancé, tension artérielle limite, prise de pilule estro-progestative), de l'autre des traitements allopathiques efficaces inhibant la montée laiteuse mais potentiellement responsables d'accidents cardiovasculaires, neurologiques, voire psychiatriques dramatiques.

La revue *Prescrire* conclut que « l'inconfort mammaire, quelle que soit son intensité, ne justifie pas les effets indésirables graves des agonistes dopaminergiques en post-partum ».



L'homéopathie est citée comme ne montrant pas d'efficacité tangible démontrée sur l'inconfort de la montée de lait.

L'ANSM énonce clairement que le bénéfice-risque n'est plus favorable pour la prescription de médicaments inhibant la lactation et parle d'alternatives thérapeutiques sans citer précisément l'homéopathie.

Il est à mon avis nécessaire :

- d'informer nos patientes de l'intérêt de l'allaitement maternel
- d'écouter leurs arguments contre l'allaitement maternel pour pouvoir en discuter

- d'éviter « la tétée d'accueil » très en vogue (mise au sein en salle d'accouchement, qui enclenche le processus de montée laiteuse) chez ces patientes qui ne veulent pas allaiter et qui n'auront pas de prescription d'agonistes dopaminergiques

- d'informer les patientes qui ne souhaitent pas allaiter de toutes les possibilités thérapeutiques avec leurs avantages et leurs inconvénients pour leur permettre un choix éclairé ; l'objectif du traitement homéopathique doit être précisé : accompagner la patiente dans son choix de ne pas allaiter.

Il paraît important de ne pas promettre l'absence de montée laiteuse, au risque d'être déceptif et de pénaliser les traitements homéopathiques.

### En conclusion

Accompagner les patientes est un devoir de tout médecin, qu'il pratique ou non l'homéopathie.

Ne pas vouloir allaiter est un choix qu'il faut respecter, sans pour autant que les patientes risquent leur vie à la suite de prescription de médicaments potentiellement dangereux ; le récent communiqué de l'ANSM rappelle que la balance bénéfice-risque doit être le premier élément du choix d'un traitement.

Avec la prescription d'un médicament homéopathique, la physiologie est respectée, le traitement pouvant diminuer la douleur de la montée laiteuse et même dans certains cas limiter cette montée laiteuse.

Gageons que l'homéopathie portée en particulier par la prescription des sages-femmes va se développer dans cette indication du post-partum. A nous d'enseigner sa bonne utilisation.

*Primum non nocere* prend une fois de plus toute sa valeur.

Dr C. CHARVET

## BIBLIO

1 ANSM 25 Juillet 2013

Bromocriptine (Parlodel®, et bromocriptine Zentiva®) : le rapport bénéfice/risque n'est plus favorable dans l'inhibition de la lactation  
Point d'information

2 ANAES recommandations

Allaitement maternel : mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant Mai 2002

3 Berrebi A, Parant O, Ferval F, Thene M, Ayoubi JM, Connan L, Belon P

Traitement de la douleur de la montée laiteuse non souhaitée par homéopathie dans le post-partum immédiat  
J Gynecol Obstet Biol Reprod 2001 ; 30 :353-357

4 Goeffert B

Inhibition de la montée laiteuse en post partum: étude prospective randomisée en double aveugle avec double placebo, évaluant l'efficacité d'un traitement homéopathique *versus* bromocriptine.

Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, Poitiers, 2002

5 Charvet C, Demonceaux A, Donner F

Thérapeutique homéopathique : Schémas et protocoles en gynécologie-obstétrique  
Editions CEDH, 2010, p 84-85