

Prendre en charge les nouveau-nés de mères traitées par bêta bloquant	Fédération Régionale des Pédiatres Néonatalogistes Auvergne Rhône-Alpes
Recherche bibliographique : Kim Nguyen. Rédaction : Anne Brunhes & coll.	Validation FRPN le 11 octobre 2022

Objectif, domaine d'application, abréviations, sources

Objectif et domaine d'application :

Harmoniser et actualiser la prise en charge en maternité des nouveau-nés de mères traitées par bêtabloquants.

Aide à la pratique pour l'ensemble des maternités (tous types).

Abréviations :

AG : âge gestationnel

CNGOF : Collège National des Gynécologues et

Obstétriciens Français

ECG : électrocardiogramme

FC : fréquence cardiaque

FRPN : Fédération Régionale des Pédiatres

Néonatalogistes

IV : intra veineux

PN : poids de naissance

RCF : rythme cardiaque fœtal

RCIU : retard de croissance intra-utérin

SaO₂ : saturation en oxygène

PA : pression artérielle

Sources :

1. Prise en charge de la patiente avec une pré-éclampsie sévère. Recommandations Formalisées d'Experts commune SFAR-CNGOF. 04 septembre 2020

2. Centre de Référence sur les Agents Tératogènes (CRAT). Effets néonataux des traitements maternels par bêtabloquants en fin de grossesse. Labétalol-Grossesse et allaitement. Mars 2021

3. Mazkereth R, Maayan Metzger A, Leibovitch L, Schushan-Eisen I, Morag I, Straus T. Short-term Neonatal outcome among term infants after in-utero exposure to beta blockers. IMAJ Nov 2019; 21: 724-727

4. Heida KY, Zeeman GG, Van Veen TR, Hulzebos CV. Neonatal side effects of maternal labetalol treatment in severe preeclampsia. Early Hum Dev 2012; 88: 503-7

Circonstances : Indications des traitements par bêtabloquants pendant la grossesse

Les femmes enceintes peuvent être traitées par bêtabloquants :

- Au long cours : hypertension artérielle chronique pré existante à la grossesse, certains troubles du rythme cardiaque, migraines, troubles liés à une hyperthyroïdie.
- De façon temporaire : pré éclampsie sévère (traitement de première intention selon les recommandations du CNGOF¹). La molécule la plus utilisée est alors le Labétalol.

Effets néonataux secondaires, allaitement

Les nouveau-nés de mères traitées par **bêtabloquant par voie systémique** (voie orale ou IV) au moment de l'accouchement peuvent présenter des effets transitoires liés au passage transplacentaire du traitement maternel².

Ces troubles surviennent le plus souvent au cours des 24 premières heures de vie.

Ils sont rares : 2 à 5% des cas.

- **Hypoglycémies** : précoces, asymptomatiques. Le plus souvent peu profondes et rapidement corrigées par un resucrage oral (Ref. 3). Risque majoré en cas d'association à d'autres facteurs de risque (pathologie vasculaire maternelle, diabète maternel, prématurité, retard de croissance intra utérin ...).
- **Bradycardies** : épisodes isolés, asymptomatiques (Ref. 3 et 4). Épisodes de bradycardie ou d'hypotension, brefs, peu profonds ne nécessitant pas de prise en charge spécifique. Très rarement : défaillance cardiaque néonatale en cas d'imprégnation materno-fœtale sévère avec incapacité d'adaptation cardiaque à une situation de stress (anoxo-ischémie aigue...).
- L'action bêtabloquante peut persister plusieurs jours après la naissance, selon la demi-vie de la molécule utilisée (cf. Annexe 1). Exemple de molécule à demi-vie longue : Aténolol (Tenormine®).

Bêtabloquants maternels par voie ophtalmique => risques pas totalement exclus (risque de passage systémique en cas de défaut d'obturation du canal lacrymal par pression sur l'angle interne de l'œil lors de l'administration du traitement).

Allaitement : De façon générale, le traitement de la mère par bêtabloquant n'est pas une contre-indication à l'allaitement maternel. Voir annexe 1.

Prise en charge : information, surveillance, conduite à tenir

	Risque cardiovasculaire	Risque hypoglycémique	Remarques
Grossesse	Recherche de signes d'imprégnation fœtale : FC lente, variabilité atténuée.	∅	Informations des parents : - conséquences possibles du bêta bloquant - surveillance prévue H0-H24.
Travail	Évaluation du RCF : rythme de base et variabilité	∅	Prévenir pédiatre si anomalie.
Salle de naissance	Nouveau-né auprès de sa mère avec surveillance. Monitoring durant 2 heures : SpO ₂ main droite ou scope. FC de base, modulation à la stimulation. Pas de monitoring de la PA. Appel pédiatre si FC < 90 /min.	<u>Prévention</u> : alimentation précoce (mise au sein ou biberon).	Présence pédiatrique à la naissance non systématique. <u>Si difficultés d'adaptation</u> : informer le pédiatre du traitement maternel.
Suites de naissance en maternité	ECG et mesures de PA : non nécessaires.	<u>Prévention</u> : alimentation régulière /3 heures. <u>Glycémie capillaire</u> : 2 fois à 3h d'intervalle, puis toutes les 6 heures. Stop à H24 (adapter selon l'évolution).	<u>En cas d'hypoglycémie</u> : se référer au protocole du service

Annexe 1 : molécules, demi-vie et allaitement

DCI	Nom commercial	Demi-vie (en heures)	Allaitement *
Acébutolol	SECTRAL	4	L3
Aténolol	TENORMINE	9	L3
Bisoprolol	DETENSIEL	9-12	L3
Labetalol	TRANDATE	4	L2
Métoprolol	LOPRESSOR, SELOKEN	3-7	L3
Propranolol	AVLOCARDYL	3	L2
Sotalol	SOTALEX	7-18	L3
Timolol	TIMACOR	4-5	L2

*Catégorie de risque selon le « Medications and mother's milk® » (2012)

L1 : aucun risque

L3 : probablement non risqué

L5 : risqué

L2 : pas de risque

L4 : potentiellement risqué

Consulter également : <http://lecrat.fr>