

# Anticonvulsivants et grossesse

Ginette Moores MD, Rohan D'Souza MD PhD, Esther Bui MD

■ Citation : *CMAJ* 2021 August 16;193:E1253. doi : 10.1503/cmaj.210065-f

Voir la version anglaise de l'article ici : [www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.210065](http://www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.210065)

## 1 Les anticonvulsivants sont associés à un risque accru de malformations congénitales majeures

L'utilisation d'anticonvulsivants s'est répandue; en effet, 90 % des patientes en prennent pour traiter une maladie psychiatrique ou des douleurs<sup>1</sup>. L'exposition in utero à ces agents est associée à un risque de malformations congénitales majeures de 2 à 5 fois plus grand qui varie d'un médicament à l'autre. Le risque est moindre (2 %–3 %) avec la lamotrigine, le lévétiracétam et l'oxcarbazépine et plus élevé avec le valproate (5 %–15 %), surtout lorsqu'il est pris avec d'autres anticonvulsivants<sup>2</sup>.

## 2 Le recours à la plus faible dose efficace est un important élément de la planification de la grossesse

Avec nombre d'agents, le risque de tératogénicité est proportionnel à la dose<sup>2</sup>. Le risque de malformations congénitales majeures est plus grand au cours du premier trimestre de la gestation, surtout durant l'organogenèse (3–8 semaines). S'il est impossible de cesser les anticonvulsivants sans danger, une consultation préconceptionnelle avec un spécialiste pourrait aider à déterminer la plus faible dose efficace pour le plus petit nombre d'anticonvulsivants ayant le plus faible potentiel tératogène<sup>2</sup>.

## 3 On recommande la prise d'acide folique chez les personnes qui prennent des anticonvulsivants

Les personnes enceintes qui prennent des anticonvulsivants exposent leur bébé à un risque accru d'anomalies du tube neural, mais la prise d'acide folique avant la grossesse atténue ce risque (risque relatif 0,28; intervalle de confiance à 95 % 0,12–0,71)<sup>3</sup>. Toute personne traitée par anticonvulsivants qui pourrait potentiellement tomber enceinte devrait aussi prendre 1 mg d'acide folique par jour, voire jusqu'à 4–5 mg par jour en présence d'un risque accru d'anomalie du tube neural<sup>2</sup>.

## 4 Les changements physiologiques amenés par la grossesse modifient les taux sériques des médicaments

Étant donné que la grossesse est associée à une élimination accrue de certains anticonvulsivants (p. ex., lévétiracétam, lamotrigine et oxcarbazépine) et qu'une baisse de 35 % ou plus des taux sanguins de ces agents peut nuire à leur efficacité contre les épisodes convulsifs en cours de grossesse<sup>4</sup>, il faut en contrôler les taux sériques au moins 1 fois par trimestre, ou plus souvent selon l'indication clinique (p. ex., si la fréquence des épisodes convulsifs change ou en cas d'effets indésirables).

## 5 La prise d'anticonvulsivants pendant l'allaitement est sûre

Même s'il existe un risque théorique d'exposition aux anticonvulsivants lors de l'allaitement, aucun effet indésirable n'a été observé dans ce contexte<sup>2</sup>. Une étude menée auprès de 181 nourrissons a plutôt révélé que les enfants exposés durant l'allaitement présentaient à l'âge de 6 ans une intelligence supérieure et une meilleure aptitude pour les langues<sup>5</sup>.

## Références

1. Leong C, Mamdani MM, Gomes T, et al. Antiepileptic use for epilepsy and non-epilepsy disorders: a population-based study (1998-2013). *Neurology* 2016;86:939-46.
2. Tomson T, Battino D, Bromley R, et al. Management of epilepsy in pregnancy: a report from the International League Against Epilepsy Task Force on Women and Pregnancy. *Epileptic Disord* 2019;21:497-517.
3. Vitamin Study Research Group. Prevention of neural tube defects: results of the Medical Research Council Vitamin Study. *Lancet* 1991;338:131-7.
4. Voinescu PE, Park S, Chen LQ, et al. Antiepileptic drug clearances during pregnancy and clinical implications for women with epilepsy. *Neurology* 2018;91:e1228-36.
5. Meador KJ, Baker GA, Browning N, et al. Breastfeeding in children of women taking antiepileptic drugs: cognitive outcomes at age 6 years. *JAMA Pediatr* 2014;168:729-36.

**Intérêts concurrents :** Aucun déclaré.

Cet article a été révisé par des pairs.

**Affiliations :** Division de neurologie, Département de médecine (Moore, Bui), Université de Toronto; Division de médecine maternelle et foetale, Département d'obstétrique et de gynécologie (D'Souza), Hôpital Mount Sinai, Université de Toronto, Toronto, Ont.

**Propriété intellectuelle du contenu :** Il s'agit d'un article en libre accès distribué conformément aux modalités de la licence Creative Commons Attributions (CC BY-NC-ND 4.0), qui permet l'utilisation, la diffusion et la reproduction dans tout médium à la condition que la publication originale soit adéquatement citée, que l'utilisation se fasse à des fins non commerciales (c.-à-d., recherche ou éducation) et qu'aucune modification ni adaptation n'y soit apportée. Voir : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>.

**Correspondance :** Esther Bui, [esther.bui@uhn.ca](mailto:esther.bui@uhn.ca)