



*OTIS Organization of Teratology Information Specialists
Traduction française pour le centre IMAGE (Info-Médicaments en Allaitement et
Grossesse), avec la permission d'OTIS*

*Pour obtenir de plus amples informations sur OTIS ou sur un service d'information sur
la tératologie de votre région, téléphonez à OTIS au (866) 626-6847 (service en
anglais), ou consultez le site www.OTISpregnancy.org*

Le glucophage (metformine) et la grossesse

Les renseignements fournis ici vous aideront à déterminer si l'exposition à la metformine durant la grossesse comporte des risques pour le fœtus. Toute femme enceinte court un risque de 3 à 5 pour cent de donner naissance à un bébé présentant une anomalie congénitale. **Les informations contenues dans ce bulletin ne doivent pas remplacer les avis et conseils donnés par les professionnels de la santé.**

Qu'est-ce que la metformine ?

La metformine est un médicament administré par voie orale servant à abaisser la glycémie (le taux de glucose dans le sang). On l'utilise pour le traitement du diabète de type II (le diabète non insulino-dépendant) et de l'insulino-résistance, laquelle est courante dans le syndrome des ovaires polykystiques (SOPK). Ce médicament est connu sous les noms de Glucophage, de Diformin et de Glycon. On retrouve également la metformine en association avec d'autres médicaments utilisés pour abaisser la glycémie.

J'utilise la metformine pour le traitement du diabète de type II. Que devrais-je faire durant la grossesse ?

La metformine est parfois prescrite aux femmes enceintes atteintes du diabète de type II. Cependant, chez certaines d'entre elles, les médicaments administrés par voie orale ne permettent pas de maîtriser la glycémie aussi bien qu'il le faudrait. L'insuline devient alors le médicament de choix. Votre médecin vous indiquera le médicament qui convient le mieux à votre cas.

Je prends de la metformine pour traiter le syndrome des ovaires polykystiques. Est-ce que je devrais cesser de prendre ce médicament avant de devenir enceinte ou après l'être devenue ?

Des études menées récemment semblent indiquer que les femmes présentant un syndrome des

ovaires polykystiques et traitées par la metformine ont plus de chance de devenir enceintes. D'autres études donnent à penser que les femmes enceintes atteintes du syndrome des ovaires polykystiques qui continuent de prendre de la metformine courent moins de risque de faire une fausse couche durant le premier trimestre que celles qui ne prennent pas ce médicament. Une femme atteinte du SOPK qui planifie une grossesse ou qui devient enceinte ne devrait pas cesser de prendre la metformine, à moins que son médecin ne le lui suggère.

Est-ce que la metformine peut causer des anomalies congénitales ?

Quelques petites études se sont penchées sur l'évaluation de la metformine durant la grossesse. Celle-ci ne semble pas augmenter le risque d'anomalies congénitales. Ces études sont rassurantes, mais il faut pousser les recherches plus loin afin de confirmer que la metformine ne cause pas une petite augmentation du risque d'anomalies congénitales.

Si je prends de la metformine pendant toute la durée de ma grossesse, est-ce que cela risque d'affecter mon bébé ?

Dans une étude, on a signalé que l'administration de la metformine aux femmes diabétiques enceintes était associée à une augmentation du risque d'apparition de complications graves, entre autres la prééclampsie (qui comprend une élévation dangereuse de la tension artérielle) et la mise au monde d'un enfant mort-né. Il faut mener d'autres études pour établir s'il existe une

relation de cause à effet entre la metformine et ces manifestations. Cette même étude n'a pas permis de constater de risque accru d'autres complications, comme l'hypertension induite par la grossesse, le retard de croissance du fœtus, le décollement prématuré du placenta et la césarienne.

Chez certains nouveau-nés, on a signalé une jaunisse attribuable à une exposition à la prise de la metformine par la mère durant la grossesse. De plus, les nouveau-nés exposés en fin de grossesse aux hypoglycémiantes administrés par voie orale, comme la metformine, risquent de présenter une glycémie faible en début de vie. Certains auteurs émettent l'hypothèse selon laquelle cette complication pourrait être évitée en administrant de l'insuline durant les 24 heures précédant un accouchement planifié. Avant d'apporter quelque modification que ce soit à votre médication, consultez votre médecin.

Une étude s'est intéressée aux conséquences sur la grossesse du traitement du syndrome des ovaires polykystiques par la metformine. On a constaté que les bébés nés à la suite de ces grossesses étaient de poids et de taille normale. De plus, à l'âge de six mois, les nourrissons étaient normaux quant au poids, à la taille et au développement social et moteur.

Par ailleurs, la raison à l'origine de la prescription de la metformine à une femme enceinte peut être liée à des risques pour la grossesse, risques non associés à ce médicament.

Le père du bébé prend de la metformine pour traiter son diabète. Est-ce que cela risque d'être dommageable pour le bébé ?

Aucune étude sur la reproduction ne s'est penchée sur l'utilisation de la metformine par les hommes. En règle générale, la prise de médicaments par le père n'augmente pas le risque d'anomalies congénitales ou d'autres problèmes liés à la grossesse.

Je prends de la metformine. Est-ce que je peux allaiter ?

La metformine est excrétée dans le lait maternel. Cependant, on la retrouve à des concentrations

moindres que dans le sang de la mère. Même si le nourrisson risque d'ingérer de petites quantités de metformine avec le lait, les acides contenus dans l'estomac du bébé en dégradent la majeure partie avant que son organisme ne puisse l'absorber. Deux études menées récemment n'ont pas révélé d'effets indésirables chez les bébés. Le pédiatre doit être informé de tous les médicaments pris par la mère durant l'allaitement.

Août 2005. © OTIS. Reproduit avec la permission de l'auteur.

RÉFÉRENCES :

Briggs GG, Ambrose PJ, Nageotte MP, Padilla G, Wan S (2005) Excretion of metformin into breastmilk and the effect on nursing infants. *Obstet Gynecol*, vol. 105(6), p. 1437-1441.

Coetzee EJ, Jackson WP (1980) Pregnancy in established non-insulin-dependent diabetics. A five and a half year study at Groote Schuur Hospital. *S Afr Med J*, vol. 58, p. 795-802.

Coetzee EJ, Jackson WP (1984) Oral hypoglycaemics in the first trimester and fetal outcome. *S Afr Med J*, vol. 65, p. 635-637.

Coetzee EJ, Jackson WP (1986) The management of non-insulin-dependent diabetes during pregnancy. *Diabetes Res Clin Pract*, vol. 1, p. 281-287.

De Leo V, la Marca A, Ditto A, Morgante G, Cianci A (1999) Effects of metformin on gonadotropin-induced ovulation in women with polycystic ovary syndrome. *Fertil Steril*, vol. 72, p. 282-285.

Glueck CJ, Phillips H, Cameron D, Sieve-Smith L, Wang P (2001) Continuing metformin throughout pregnancy in women with polycystic ovary syndrome appears to safely reduce first trimester spontaneous abortion: a pilot study. *Fertil Steril*, vol. 75, p. 46-52.

Glueck CJ, Wang P, Goldberg N, Sieve-Smith L (2002) Pregnancy outcomes among women with polycystic ovary syndrome treated with metformin. *Hum Reprod*, vol. 17, p. 2858-2864.

Hale TW, Kristensen JH, Hackett LP, Kohan R, Ilett KF (2002) Transfer of metformin into human milk. *Diabetologia*, vol. 45(11), p. 1509-1514.

Hellmuth E, Damm P, Molsted-Pedersen L (2000) Oral hypoglycaemic agents in 118 diabetic pregnancies. *Diabet Med*, vol. 17, p. 507-511.

Langer O, Conway D, Berkus M, Xenakis EM (1999) There is no association between oral hypoglycemic use and fetal anomalies. *Am J Obstet Gynecol*, vol. 180, p. 38 (résumé).

McCarthy EA, Walker SP, McLachlan K, Boyle J, Permezel M (2004) Metformin in Obstetric and Gynecologic Practice: A Review. *Obstet Gynecol Surv*, vol. 59(2), p. 118-127.

Taylor, AE (2000) Insulin-lowering medications in polycystic ovary syndrome. *Obstet Gynecol Clin North Am*, vol. 27, p. 583-595.

Velázquez E, Acosta A, Mendoza SG (1997) Menstrual cyclicity after metformin therapy in polycystic ovary syndrome. *Obstetrics & Gynecology*, vol. 90, p. 392-395.