

Bêtabloquants et grossesse :

Aucun effet malformatif en rapport avec les bêtabloquants n'a été noté, à ce jour, chez la femme enceinte, sous réserve que les données publiées chez les femmes exposées au 1^{er} trimestre sont dans l'ensemble assez peu nombreuses.

En revanche, les données dont on dispose sur les conséquences de l'exposition des femmes aux bêtabloquants, au 2^{ème} et/ou 3^{ème} trimestres, sont très variables selon les différentes molécules : ces données sont très nombreuses avec le labétalol (Trandate®), inexistantes pour le cartéolol (Mikelan®), le tertatolol (Artex®) et le nébivolol (Témérit®).

L'aténolol (Tenormine®) est à l'origine d'hypotrophie fœtale et à ce titre elle est contre-indiquée chez la femme enceinte par les recommandations ESC 2011 (IIIC).

En cas de poursuite du bêtabloquant jusqu'à **l'accouchement**, il faut informer l'équipe de la maternité pour la surveillance du nouveau-né (fréquence cardiaque et glycémie).

- **Dans l'hypertension artérielle**

- La place de choix est au **labétalol (Trandate®)** qui est le bêtabloquant le plus sûr et le plus étudié au cours de la grossesse. Il est également compatible avec l'allaitement.
- Si le labétalol (Trandate®) ne convient pas, **l'oxprénolol (Trasicor®)** pourra être proposé et il est également compatible avec l'allaitement.
- Si ces options ne sont pas adaptées, l'utilisation des bêtabloquants suivants est envisageable quel que soit le terme de la grossesse :
 - **le pindolol (Visken®)**
 - **le propranolol (Avlocardyl®)** en particulier si la patiente envisage d'allaiter
 - **le timolol (Timacor®)**
- Quant au **nébivolol (Témérit®)** et au **tertatolol (Artex®)**, ils ne disposent pas de données dans la grossesse et **le nadolol (Corgard®)** a une durée de vie très longue.

- **En rythmologie :**

- Pour le traitement des troubles de rythme supraventriculaires le choix se porte sur le **métoprolol (Lopressor®)** ou sur le **propranolol (Avlocardyl®)** (recommandations ESC 2011, IC). En cas d'échec d'une molécule choisie parmi ces deux molécules, le choix pourrait se porter sur le **sotalol (Sotalex®)**.

- Pour le traitement à long terme des TV prolongées idiopathiques, le choix se porte sur le **métoprolol (Lopressor®)** ou sur le **propranolol (Avlocardyl®)** (recommandations ESC 2011, IC).
- **Dans le rétrécissement mitral** : choisir le **métoprolol (Lopressor®)**.
- **Dans la migraine** : le métoprolol (Lopressor®) et le propranolol (Avlocardyl®) peuvent être utilisés quel que soit le terme de la grossesse. En cas d'allaitement la préférence ira à ce dernier qui est compatible avec l'allaitement.
- **Dans le glaucome et l'hypertonie intraoculaire** : le timolol (Timoptol®, Nyogel®), le bétaxolol (Betoptic®) peuvent être utilisés quel que soit le terme de la grossesse avec une préférence pour le timolol si la patiente souhaite allaiter.

- ✓ On choisira si possible une spécialité ophtalmique « gel » ou « LP » qui minimise l'exposition systémique par rapport aux collyres « simples ».
- ✓ En cas d'utilisation d'un collyre « simple », l'absorption systémique peut être réduite en comprimant l'angle interne de l'œil immédiatement après l'instillation.