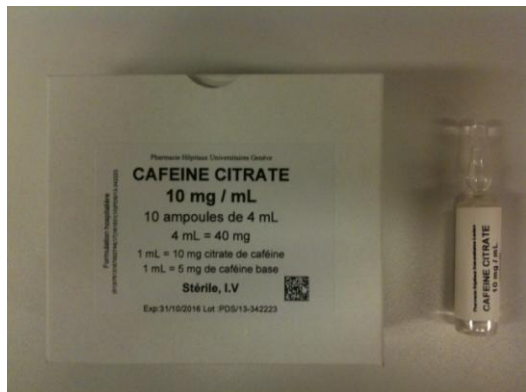


UTILISATION DE LA CAFEINE EN NEONATOLOGIE

Présentation :



Caféine citrate HUG amp (40 mg = 4 mL)

- ☀ 1 mL contient **10 mg de citrate de caféine (corresp. à 5 mg de caféine base)**
- ☀ Boite de 10 ampoules (1x10)
- ☀ Prix : env. 4.80 Frs (code article : 435858)
- ☀ Conserver à temp. ambiante (+15 à +25°C)



Caféine citrate HUG solution orale 30 ml (10 mg = 1 ml)

- ☀ 1 ml contient **10 mg de citrate de caféine (corresp. à 5 mg de caféine base)**. Excipient : parabènes (conservateur)
- ☀ Prix : env 1.10 Frs (code article : 408715)
- ☀ Conserver à temp. ambiante (+15 à +25°C).

Pratiques en Néonatalogie aux HUG

INDICATIONS POSOLOGIE	MODE D'ADMINISTRATION	PARTICULARITES
Apnée du prématuré Dose de charge IV ou PO : 20 mg/kg (caféine citrate)* <i>Puis 24h après</i> Dose entretien IV ou PO : 5 mg/kg (caféine citrate) 1 à 2x/jour (max 10 mg/kg/jour)* La dose peut être répartie en 1 à 2 prises / jour (aux 12h ou aux 24h)	IVD (dose entretien) Mini-perfusion IV sur 20 à 30 min (dose de charge) PO indépendamment des repas (avant, pendant ou après le repas, pas d'importance)	pH 2 à 3 Compatible avec G10%, G20%, lipides 20% et nutrition parentérale, dopamine, fentanyl Demi-vie: - nouveau-né: T ½ 100 h - bébé > 9 mois: T ½ 5 h (= adulte) Contient des parabènes Osmolarité 170 mOsm/L Stable 2 mois après ouverture

➔ Risques : Tachycardie, troubles digestifs, irritabilité

*ATTENTION : EQUIVALENCE CAFEINE BASE ET CITRATE DE CAFEINE (SEL):

Le sel utilisé dans la préparation des ampoules et de la solution orale est le **citrate** de caféine. Le poids moléculaire du sel de caféine par rapport à la caféine sous forme de base est différent.

2 mg de citrate de caféine = 1 mg de caféine base

➔ Risque de prescrire et d'administrer le double de la dose!

La posologie indiquée dans la plupart des références est exprimée en **citrate de caféine**. S'assurer lors de la préparation et de l'administration que la **prescription est en milligrammes de citrate de caféine** ou adapter selon l'équivalence si elle est exprimée en caféine base.

Données de la littérature

1. Indication :

- Stimulant respiratoire central (analeptique), dérivé des méthylxanthines
- Apnée idiopathique du prématuré (définie par une pause respiratoire > 20 sec avec ou sans bradycardie ou cyanose).

Autres :

- Pour accélérer l'extubation chez les bébés dépendants à une ventilation mécanique

2. Etudes cliniques, propriétés pharmacologiques et pharmacocinétiques :

La caféine fait partie des stimulants respiratoires non spécifiques agissant surtout au niveau du cortex. Le mode d'action de la caféine au niveau cellulaire n'est pas clairement établi. La plupart des effets observés sont liés à un antagonisme des récepteurs à l'adénosine. La caféine augmente la sensibilité des centres respiratoires médullaires au CO₂ (action particulièrement évidente dans l'apnée du prématuré ou en cas de respiration de Cheyne-Stokes) et améliore la contraction musculaire au niveau du diaphragme. Par conséquent, sous caféine, la respiration est stimulée à un taux de PaCO₂ plus bas et la ventilation est plus élevée à une valeur de PaCO₂ donnée. Elle augmente aussi le métabolisme de façon générale (glycogénolyse, lipolyse) et la consommation en oxygène de même que les taux de catécholamines circulants. On observe une vasodilatation périphérique favorisant l'oxygénation tissulaire et une vasoconstriction cérébrale et un léger effet diurétique (augmentation de l'excrétion urinaire de calcium).

Par comparaison, le doxapram fait partie des stimulants respiratoires électifs du glomus carotidien. Il agit avant tout par stimulation réflexe des chémorécepteurs périphériques. Les effets de la caféine et du doxapram sur la stimulation de la respiration sont additifs (mécanismes d'action différents). Le doxapram est utilisé pour le traitement des apnées du prématuré réfractaires à la caféine.

La caféine est éliminée chez le prématuré et le nouveau-né essentiellement par voie rénale (86%) sous forme inchangée. **La demi-vie est de plus de 100h (range 43 – 230h)**. Chez le bébé de > 9 mois, l'enfant et l'adulte, elle est métabolisée de manière extensive par le foie et la demi-vie est alors de 5h. La demi-vie est prolongée lors de cholestase hépatique. La clairance de la caféine est augmentée par le phénobarbital, l'intervalle de dose devant alors être réduit aux 12h. En raison de la longue demi-vie, un intervalle de 4 jours après la fin du traitement de caféine et un départ à domicile est recommandé. La biodisponibilité orale de la caféine est très bonne.

Un effet est généralement observé 4 heures après la dose de charge. En l'absence d'effet, une seconde dose de charge peut être administrée. En raison de la grande variabilité interindividuelle dans la réponse à la caféine et une faible relation entre la concentration et l'effet, un **monitoring thérapeutique de routine n'est pas recommandé à dose standard**. Un dosage **peut être effectué en l'absence d'effet** (ex. en l'absence d'effet de la seconde dose de charge) **ou lors de signes toxiques** observés. Les taux thérapeutiques visés sont de 10 à 20 mg/L (taux résiduels de caféine base, corresp. à 25 à 150 µmol/L) mais des taux supérieurs jusqu'à 35 mg/L (180 µmol/L) sont parfois nécessaires. L'élimination de la caféine peut être accélérée par le phénobarbital et la phénytoïne (taux plasmatiques plus bas) et inhibée par le fluconazole (taux plasmatiques plus élevés).

La caféine est le traitement de premier choix pour l'apnée du prématuré en raison de sa longue demi-vie conduisant à des taux plasmatiques élevés et constants. Il a été bien démontré que la caféine réduisait le nombre d'épisodes d'apnée et facilitait l'extubation des prématurés. Dans l'indication de l'extubation, la dose utilisée pour le traitement de l'apnée est habituellement suffisante. Une dose de charge plus élevée (80 mg/kg) suivie par une dose d'entretien de 20

mg/kg est préconisée dans certaines références pour les prématurés de < 30 sem mais induit généralement une tachycardie importante (170 – 190 battements/min). L'utilisation pour l'extubation n'est actuellement pas recommandée aux HUG. Il a également été démontré que la caféine réduisait l'incidence de bronchodysplasie pulmonaire chez les prématurés traités par caféine pour une apnée néonatale. La prise de poids était en revanche moindre dans le groupe traité par la caféine par rapport au groupe placebo. Certains se sont ainsi posé la question d'un effet potentiellement délétère de la caféine sur le développement neuronale et sur la croissance à long terme des prématurés. Ceci a été infirmé dans une étude récente randomisée contre placebo et à large échelle. Cette étude a montré que la caféine réduisait le risque de paralysie cérébrale et de retard cognitif et que la croissance n'était pas modifiée à 21 mois. Les prématurés avec désaturation modérée et des épisodes d'apnée limités peuvent bénéficier de la caféine. En revanche, chez les prématurés asymptomatiques, un effet prophylactique de la caféine n'a pas été démontré en termes de réduction de l'utilisation de CPAP et les effets neuroprotecteurs restent à démontrer.

3. Effets indésirables principaux et précautions:

- Tremblements, insomnie, tachycardie, vomissements.
- L'administration IV trop rapide augmenterait le risque d'arythmie. Il est recommandé d'administrer la dose de charge en mini-perfusion sur 30 min. Les références pédiatriques recommandent également d'administrer la dose d'entretien sur 10 min. Toutefois, l'expérience en néonatalogie aux HUG n'a pas montré d'effets indésirables si cette dose est administrée en IVD.
- En cas de surdosage les effets suivants peuvent survenir : tachycardie et agitation (1^{er} signes de toxicité), hyperglycémie, hypertonie, arrêt cardiorespiratoire (décrit lors de surdosage de 10x la dose), convulsions également rapportées. Les signes de surdosage n'apparaissent pas avant des taux plasmatiques > 50 mg/L de caféine base (260 µmol/L).

Une association avec la survenue de NEC a été évoquée mais jamais prouvée dans la littérature

Précautions :

- Épilepsie ou autres états convulsifs

Monitoring recommandé : fréquence cardiaque, nombre et sévérité des apnées, év. taux plasmatiques (cf *propriétés pharmacologiques et pharmacocinétiques*). Considérer un arrêt du traitement si fréquence cardiaque > 180 battements/min.

RÉFÉRENCES :

RCPCH (Royal college of paediatrics and child health). Medicines for Children, 2^e Ed, London: RCPCH Publications, 2003 / Taketomo CK et al (Ed). Pediatric and neonatal Dosage Handbook. 18e Ed, Hudson: Lexi-Comp's, 2011-2012 / Neofax 2010 / Päd-IV 3e Ed, 2009 / UCL Injectable Medicines administration guide. 3e Ed, Wiley Blackwell 2010 / Anonyme. Caffeine for apnoea of prematurity: check dose regimen before use. Drug Safety Update 2008;2:9 / Schmidt B et al. Caffeine therapy for apnea of prematurity. N Engl J Med 2006;354:2112-21 / Schmidt B et al. Long-term effects of caffeine therapy for apnea of prematurity. N Engl J Med 2007;357:1893-902 / Stevenson DK. On the caffeination of prematurity. N Engl J Med 2007;357:1967-8 / Giroud JP, Mathé G, Meyniel G et al. Pharmacologie clinique, bases de la thérapeutique. 2^e Ed, 1988 / Mutschler E et al. Arzneimittelwirkungen, Lehrbuch der Pharmakologie und Toxicologie. 8^e Ed, Stuttgart : Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2001 / Touw DJ et al. Cost-effectiveness of therapeutic drug monitoring: an update. EJHP Science 2007;13:83-91 / Soldin OP, Soldin SJ. Review: Therapeutic Drug Monitoring in Pediatrics. Therapeutic Drug Monitoring;2002;24:1-8 / Neonatal formulary 6, London: BMJ books 2011 et on-line comments www.neonatalformulary.com / Base de données Assistance Pharmaceutique HUG / NW Newborn Drug Protocol-caffeine treatment and apnoea monitoring 2001. Consulté le 25.09.14 à l'adresse <http://www.adhb.co.nz/newborn/guidelines/Respiratory/ApnoeaAndCaffeine.htm> / NW Newborn Drug Protocol-caffeine citrate 2011. Consulté le 25.09.14 à l'adresse <http://www.adhb.co.nz/newborn/DrugProtocols/CaffeineCitratePharmacology.htm> / Wickworth LC.. Does caffeine treatment for apnoea of prematurity improve neurodevelopmental outcome in later life? Arch Dis Child 2010;95:757-9 / Mitanchez D et al. Hyperglycémies des nouveau-nés très prématurés. Médecine Thérapeutique Endocrinologie & Reproduction. 2001;3:217-23