



HAL
open science

Vomissements incoercibles au premier trimestre de grossesse. Étude rétrospective multicentrique sur 10 ans, à propos de 130 cas

Marion Bouteleux

► **To cite this version:**

Marion Bouteleux. Vomissements incoercibles au premier trimestre de grossesse. Étude rétrospective multicentrique sur 10 ans, à propos de 130 cas. Gynécologie et obstétrique. 2009. dumas-00669496

HAL Id: dumas-00669496

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00669496>

Submitted on 13 Feb 2012

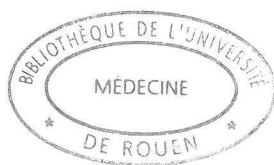
HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
DE ROUEN
DEPARTEMENT DES ETUDES DE SAGE FEMME**

**VOMISSEMENTS INCOERCIBLES AU PREMIER TRIMESTRE
DE GROSSESSE**

Etude rétrospective multicentrique sur 10 ans, à propos de 130 cas



Mémoire présenté par
Melle BOUTELEUX Marion
Née le 24 mai 1985

**DIPLOME D'ETAT DE SAGE FEMME
PROMOTION 2009**

Je remercie

Le Dr. FOURNET, d'avoir accepté
de diriger ce mémoire

Melle HEBERT pour sa patience
et son aide dans la réalisation de ce travail

Ma mère et mon frère,
pour leur soutien de chaque instant

Nicolas, pour m'avoir aimée et épaulée
durant toutes mes années d'études

Tous mes proches qui ont su m'écouter
et m'encourager

je remercie tout particulièrement
la promo 2009 pour ces 4 années
passées à vos côtés

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
REVUE DE LA LITTERATURE	2
1. DEFINITION.....	2
2. EPIDEMIOLOGIE.....	3
3. PHYSIOPATHOLOGIE.....	4
3.1. Hypothèses biologiques.....	4
3.2. Hypothèses bactériologiques.....	5
3.3. Hypothèses psychologiques.....	6
4. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL.....	7
5. TABLEAU CLINIQUE ET BIOLOGIE.....	8
5.1. Perte de poids.....	8
5.2. Déshydratation.....	8
5.3. Autres troubles.....	9
6. RETENTISSEMENTS ET COMPLICATIONS MATERNELLES.....	10
6.1. Grossesse et accouchement.....	10
6.2. Encéphalopathie de Gayet Wernicke.....	10
6.3. Syndrome de Mallory Weiss.....	11
6.4. Retentissements liés à l'hospitalisation.....	11
7. RETENTISSEMENT FCETAL.....	11
8. PRISE EN CHARGE.....	12
8.1. Mesures diététiques et hygiène de vie.....	12
8.2. Réanimation par voie veineuse.....	13
8.3. Antiémétiques.....	14
8.4. Corticoïdes.....	18
8.5. Supplémentation vitaminique.....	18
8.6. Traitement non pharmacologique.....	19
8.7. Nutrition entérale.....	20
8.8. Prise en charge psychologique.....	20
8.9. Interruption médicale de grossesse.....	20

ENQUETE 21

1. METHODOLOGIE.....	21
1.1. Hypothèses.....	21
1.2. Matériel et méthode.....	21
1.3. Sélection de la population.....	21
1.4. Recueil de données.....	23
1.5. Critères étudiés.....	23
1.6. Tests statistiques.....	26
2. RESULTATS.....	27
2.1. Profil de la patiente.....	27
2.2. Conditions socio-économiques.....	28
2.3. Grossesse actuelle.....	28
2.4. Vomissements incoercibles.....	29
2.5. Traitements avant l'hospitalisation.....	30
2.6. Traitements médicamenteux.....	31
2.7. Traitements non médicamenteux.....	34
2.8. Retentissement maternel.....	34
2.9. Accouchement.....	35
2.10. Complications fœtales et néonatales.....	36
2.11. Nouveau-nés.....	37

DISCUSSION 38

1. PROFIL DES PATIENTES.....	38
2. RETENTISSEMENTS DES VOMISSEMENTS INCOERCIBLES.....	40
3. PRISE EN CHARGE.....	42

CONCLUSION 48

BIBLIOGRAPHIE 49

INTRODUCTION

Les Nausées et les Vomissements de la Grossesse (NVG) sont la plus courante des affections touchant 50 à 90% des femmes enceintes. La physiopathologie exacte de cette maladie reste encore méconnue mais semblerait liée aux changements hormonaux.

Ces vomissements sont, le plus souvent bénins, mais peuvent devenir un immense handicap pour la femme et une entrave à son bien être. Il semble important de transmettre des informations, dès le début de grossesse, chez ces femmes afin de les aider, au mieux, à gérer ces malaises. Souvent de simples changements alimentaires et de modes de vie permettront la disparition progressive de ces symptômes.

En revanche, l'hyperémèse gravidique, qui touche beaucoup plus rarement les femmes enceintes, peut mettre en danger leur santé et celle de leur fœtus. Une hospitalisation est souvent nécessaire dans les cas de perte de poids importante ou de déshydratation. C'est d'ailleurs le motif d'hospitalisation le plus fréquent chez les femmes au premier trimestre de grossesse. L'administration d'anti émétique est souvent nécessaire pour permettre l'arrêt de ces vomissements.

Cependant, la France semble en retrait en ce qui concerne cette pathologie et la gestion optimale de ces patientes : absence de définition consensuelle, peu de documents sur la prise en charge des femmes hospitalisées.

L'objectif de ce mémoire est de mettre en exergue les retentissements des vomissements incoercibles sur les femmes et leur futur enfant pour savoir si ces grossesses sont à risque et nécessitent un suivi particulier, grâce à une enquête rétrospective bicentrique sur 130 cas.

**REVUE DE LA
LITTERATURE**

1 DEFINITION

Le vomissement est le rejet actif et involontaire par la bouche du contenu gastrique. Il se distingue de la régurgitation qui, elle, est passive.

La nausée (du grec Ναυτεία) est la sensation de mal-être et d'inconfort qui accompagne l'éventuelle approche des vomissements.

Les Nausées et Vomissements de la Grossesse (NVG), sont plus communément appelés «nausées matinales ». Dans la plupart des cas, ces NVG commencent entre la 6^{ème} et la 14^{ème} Semaine d'Aménorrhée (SA) et sont de courtes durées.

Ils peuvent être à l'origine de nombreux désagréments et deviennent une entrave au bien-être et aux activités de la femme enceinte et de sa famille. Ce type de symptômes n'a, heureusement, aucun impact sur la santé de la mère et du fœtus malgré l'anxiété que cela suscite. Ces NVG sont donc qualifiés de bénins.

En revanche, les vomissements incoercibles ou Hyperémèse Gravidique (HG), se définissent comme des vomissements persistants associés à une augmentation de la morbidité maternelle et foétale. Il n'existe pas de définition consensuelle, mais ceux-ci débutent entre la 4^{ème} et la 8^{ème} SA et se poursuivent au-delà de la 16^{ème} SA [14]. C'est un diagnostic clinique d'exclusion, qui s'établit par la présence d'au moins un des signes suivants [9]:

- vomissements incoercibles malgré un traitement symptomatique sans étiologie retrouvée
- aversion complète pour les boissons ou les aliments
- déshydratation
- perte de poids d'au moins 5% par rapport au poids initial
- troubles hydro électrolytiques
- cétonurie signant une dénutrition aiguë
- hyper salivation avec des crachements
- sens olfactif augmenté

2 EPIDEMIOLOGIE [9 ; 10 ; 11 ; 14]

Les nausées matinales sont la plus courante des affections touchant 50 à 90% des femmes enceintes. Approximativement 35% de ces femmes seront un jour absentes à leur travail à cause de ces NVG. Même si la dénomination « nausées matinales » est très répandue, seulement 17% des femmes auront ces NVG uniquement le matin.

Les vomissements incoercibles ou graves compliquent 0,3 à 2% des grossesses et représentent la première cause d'hospitalisation au premier trimestre. Aux Etats Unis, près de 500 000 femmes enceintes sont hospitalisées pour cette raison chaque année.

La morbidité maternelle et fœtale est augmentée mais aucun décès maternel dû aux vomissements incoercibles n'a été recensé depuis cette dernière décennie. Ce ne fut pas toujours le cas. En effet, au Royaume Uni, entre 1931 et 1941, la mortalité maternelle due à l'hyperémèse gravidique était de 159 mères par million de naissances. Elle n'était plus que de 37 entre 1951 et 1960 grâce à la réanimation parentérale et chute à 3 décès entre 1991 et 1993 : deux par encéphalopathie de Wernicke et le dernier pour inhalation du contenu gastrique vomi.

Il existe différentes prédispositions à l'apparition des vomissements incoercibles :

- Certaines ethnies. En effet, les femmes enceintes venant de Nouvelle-Zélande, les indiennes et pakistanaïses du Royaume Uni ou bien les noires américaines sont plus souvent atteintes que les caucasiennes.
- Les nullipares
- Un jeune âge
- Une grossesse multiple
- Un poids avant la grossesse peu élevé
- Des grossesses singletons avec un fœtus féminin
- Des antécédents de vomissements incoercibles à une autre grossesse seraient prédisposants à une récurrence
- Des antécédents de dépression ou de désordre psychologique

- Des antécédents digestifs tels qu'ulcères ou autre pathologie gastro intestinale
- Des antécédents d'asthme ou d'hyperthyroïdie

Par contre, plusieurs études démontrent que les femmes tabagiques et celles âgées de plus de 35 ans sont protégées des nausées et vomissements.

Il existe de nombreux facteurs de risque et certaines causes peuvent expliquer la physiopathologie de l'hyperémèse gravidique.

3 PHYSIOPATHOLOGIE

La physiopathologie exacte de l'hyperémèse gravidique reste encore inconnue mais il existe plusieurs pistes déjà explorées.

3.1 Hypothèses biologiques

3.1.1 Rôle de l'hormone gonadotrophine chorionique (hCG)

Ismail et Kenny [14], dans leur méta-analyse mettant en revue 15 études ont cherché la relation entre l'hCG et l'HG. Un lien entre les deux est démontré dans 11 études [10 ; 14]. De plus, il semble qu'il y ait un pic de sécrétion d'hCG concomitant à un pic d'intensité des symptômes [9]. C'est aussi pour cette raison que, lors de grossesses multiples ou molaires, l'intensité des symptômes est exacerbée car le taux d'hCG est plus important.

D'autre part, l'hCG possède des similitudes de structure avec la *Thyroid Stimulating Hormone* (TSH). Ce sont toutes les deux des glycoprotéines. Lors de forte concentration en hCG, cette hormone va se lier aux récepteurs de la TSH et stimuler ceux-ci. Cette liaison, même en faible quantité, va entraîner une exacerbation des vomissements gravidiques [9].

3.1.2 Rôle de l'œstradiol

Lagiou a étudié le rôle de l'œstradiol, de l'œstriol, de la progestérone et de la prolactine chez 262 femmes enceintes. Il a démontré la relation entre une augmentation du taux d'œstradiol et l'intensité des symptômes. De même, la prolactine est significativement diminuée chez les femmes enceintes souffrant d'HG [17].

Depue a également expliqué que le taux d'œstradiol était 26 à 37% fois plus important chez les patientes atteintes d'HG [6].

Il est utile de noter que des taux élevés d'œstradiol, en dehors de la grossesse, peuvent aussi provoquer l'apparition de nausées et vomissements [9].

3.1.3 Rôle des hormones thyroïdiennes

Boullion retrouve un taux de thyroxine ou T4 augmenté dans 73% des cas de vomissements incoercibles [4]. D'autres études, comme celles de Bober [3] ou Valbo et Jerve [26], s'appuient sur une augmentation entre 40 et 58%.

Cependant Wilson [28] en 1992, n'a pas identifié de taux élevé chez ces patientes [10].

3.2 Hypothèses bactériologiques

11 études récentes [3] ont permis de démontrer une augmentation significative d'infection à *Helicobacter pylori* chez les femmes souffrant de vomissements incoercibles. De même, Bagis [2] a établi que 95% de ces patientes étaient porteuses de l'*H. pylori*, contre seulement 50% dans la population générale [14].

Jacoby et Porter [15], en 1999, prétendent qu'après élimination de l'infection il y a une amélioration clinique des symptômes.

3.3 Hypothèses psychologiques [16]

Des facteurs de risques psychologiques ou psychiatriques sont parfois retrouvés chez les patientes [10].

3.3.1 Origine des symptômes

L'hyperémèse gravidique résulterait d'un conflit psychologique envers la famille de la patiente et son environnement, le plus souvent un conflit avec la mère. Dans ce cas, il paraît intéressant d'éloigner la patiente de son milieu familial pour améliorer son état [9 ; 10].

D'autre part, malgré l'image très positive d'une grossesse dans notre société, un certain nombre de femmes n'acceptent pas bien cet état. Il existe, chez celles-ci, un conflit psychique inconscient entre le non désir de grossesse et la difficulté à assumer ce rejet.

3.3.2 L'importance du passé obstétrical

Il y a une plus grande quantité d'antécédents de fausses couches spontanées du 1^{er} trimestre, de grossesses extra-utérines, d'interruptions médicales de grossesse ou de morts fœtales in utéro chez les femmes enceintes souffrant d'HG [9]. En effet, ces patientes ont tellement souffert lors de la grossesse précédente, qu'elles occultent la grossesse actuelle afin de se protéger et augmentent ainsi le risque de voir apparaître des vomissements.

4 DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL [9 ; 10]

Le diagnostic de vomissements incoercibles est un diagnostic d'élimination. Il faut, avant de le poser, rechercher d'autres signes afin d'éliminer une pathologie organique sous jacente:

- ✓ Grossesse molaire
- ✓ Pathologies hépatiques ou digestives
 - hépatite virale, toxique
 - pré éclampsie ou HELLP syndrome
 - ulcère gastroduodéal
 - gastroentérite
 - syndrome obstructif
 - cholécystite, appendicite
 - pancréatite
- ✓ Pathologies urogénitales
 - pyélonéphrite
 - colique néphrétique
 - torsion d'annexe
- ✓ Pathologies endocriniennes
 - acidocétose diabétique
 - hyperthyroïdie
 - insuffisance surrénalienne
 - maladie d'Addison
- ✓ Pathologies neurologiques
 - migraine
 - troubles vestibulaires
 - tumeur cérébrale
 - hypertension intracrânienne

Lorsque tous les diagnostics différentiels sont écartés, il va pouvoir être dégagé un tableau clinique et biologique des vomissements incoercibles.

5 TABLEAU CLINIQUE ET BIOLOGIQUE

Le symptôme qui domine est la perte de poids, plus ou moins importante, pouvant s'accompagner d'une déshydratation et de troubles ioniques.

5.1 Perte de poids

Une perte de poids est très souvent observée chez les femmes atteintes de vomissements incoercibles. En moyenne, cette perte de poids atteint entre 3 et 7 kg [16]. Lorsque cette perte dépasse les 5%, c'est une complication [8].

5.2 Déshydratation

5.2.1 Déshydratation Extra-Cellulaire (DEC)

Cette déshydratation se définit comme une diminution du volume du compartiment extra cellulaire aux dépens des secteurs interstitiel et vasculaire. Il y a une perte iso-osmotique d'eau et de sodium. Ces fuites étant iso-osmotiques, il n'existe pas de modification de l'hydratation intra-cellulaire.

Les signes cliniques de la déshydratation vont être principalement un pli cutané, des yeux creusés, une tachycardie et surtout une perte de poids.

5.2.2 Hypovolémie

La DEC va avoir comme principale complication l'hypovolémie. L'hypovolémie ou réduction du volume circulant vasculaire ou déplétion volémique va entraîner des hypotensions orthostatiques avec vertiges.

5.2.3 Troubles ioniques

Il va coexister une hyponatrémie, une hypokaliémie et parfois une hypochlorémie.

L'hyponatrémie va engendrer des troubles neuropsychiques de type : confusion, somnolence, désorientation ou même convulsion qui peuvent aboutir à un coma. Il peut également être observé des maux de tête, une tachycardie, des crampes musculaires.

Les symptômes de l'hypokaliémie sont une asthénie, des paresthésies au niveau de l'extrémité des doigts et sur le pourtour de la bouche et des narines ou bien des crampes musculaires.

5.3 Autres troubles

5.3.1 Bilan hépatique

Selon Morali et Braverman [21], il existe une cytolysé hépatique dans 16% des cas. Wallstedt [27] retrouve cette cytolysé chez près de 50% des femmes atteintes de vomissements incoercibles.

Les études de Larrey [18] et celle d'Orazi [23] suggèrent une association entre ictère et hyperémèse gravidique.

5.3.2 Lipase et amylase

Robertson et Miller [24] ont démontré que 24% des femmes atteintes de vomissements incoercibles présentaient des taux sanguins d'amylase augmentés alors que le taux d'amylase pancréatique était normal.

5.3.3 Hormones thyroïdiennes

Une augmentation du taux de T4 libre est retrouvée dans 60% des patientes [9 ; 10]

5.3.4 Carences vitaminiques [9 ; 14]

Ces patientes peuvent rapidement se trouver dénutries et présenter des carences vitaminiques. En particulier, il est à noter des manques en thiamine (vitamine B1), en riboflavine (vit B2), en vitamine B6 ou encore A. Ces déficits sont dépistés chez plus de 60% des femmes souffrant d'HG.

6 RETENTISSEMENTS ET COMPLICATIONS MATERNELS

Les complications maternelles sont essentiellement retrouvées chez les patientes atteintes gravement par l'hyperémèse gravidique.

6.1 Grossesse et accouchement [14]

Chez les patientes souffrant d'hyperémèse gravidique et ayant pris moins de 7kg durant la totalité de leur grossesse, il existe plus de risque de:

- diabète gestationnel
- déclenchement du travail
- césarienne

Pour ces situations le risque est multiplié par 1,4.

6.2 L'encéphalopathie de Gayet-Wernicke

Cette pathologie est causée par une carence importante en thiamine. Cette complication a été la cause de 2 morts maternels, dans les années 1990. D'après la méta-analyse de Chiossi [5] en 2006, l'encéphalopathie survient, en général après 7 semaines de vomissements et vers la 14^{ème} semaine de grossesse.

Il a montré que 46,9% des femmes peuvent présenter à la fois une confusion, des troubles occulo-moteurs et une ataxie. Mais, le plus souvent, elles ne présenteront qu'un seul des trois signes. Même après une administration adéquate des vitamines B1, il n'a été retrouvé une rémission complète que dans 14 cas sur 49 [5 ; 14].

6.3 Syndrome de Mallory-Weiss [9 ; 14]

Ce syndrome se définit comme une déchirure superficielle de la muqueuse au niveau de la jonction entre l'œsophage et l'estomac. Cette déchirure est provoquée par toutes sortes des vomissements répétés et prolongés. Cette pathologie peut déboucher sur une hémorragie digestive haute.

6.4 Retentissements liés à l'hospitalisation [9, 14]

6.4.1 Retentissements psychologiques

Les patientes souffrant d'hyperémèse gravidique sont plus souvent des femmes sensibles au stress et aux dépressions. Mais l'hospitalisation et les vomissements vont faire apparaître des troubles somatiques de type : anxiété, insomnie ou dépression.

6.4.2 Thromboses

De façon plus anecdotique, la combinaison entre grossesse, déshydratation et alitement va augmenter le risque de thromboses veineuses profondes.

7 RETENTISSEMENT FŒTAL

Il n'y a pas de retentissement fœtal lors de vomissements bénins du premier trimestre. Cependant des retentissements sont possibles lors de vomissements graves et surtout lorsque la mère a pris moins de 7 kg durant la grossesse [8].

Le risque d'avoir un enfant petit pour son terme (Small For Gestational Age : SGA) est multiplié par 1,5 [8].

Le risque d'avoir un petit poids de naissance (≤ 2500 g) est multiplié par 2,8 [8]. Tout comme la prématurité, c'est la faible prise de poids qui est en cause.

Le risque d'avoir un accouchement prématuré est multiplié par 3. D'autre part, les patientes n'ayant pas d'HG mais ayant pris moins de 7 kg ont également un risque

augmenté d'accoucher prématurément [8]. Ainsi c'est le fait de prendre peu de poids durant la grossesse qui influe le terme de naissance et non pas les vomissements en eux même et leurs complications. Il est donc crucial de bien prendre en charge ces femmes afin qu'elles prennent plus de 7kg tout au long de leur grossesse.

Le risque d'avoir un Apgar < 7 à 5 minutes est multiplié par 5 [8].

L'hyperémèse gravidique n'augmente pas le risque de malformation fœtale [9].

Le taux de FCS serait sensiblement réduit [9]. Cette protection serait due à un fort taux d'hCG plutôt qu'à un effet protecteur des vomissements.

Des morts fœtales in utéro sont exceptionnellement décrites. Elles sont retrouvées dans des cas de vomissements incoercibles très sévères [10].

8 PRISE EN CHARGE

En cas de vomissements graves, la femme est hospitalisée et il est instauré une réhydratation par voie veineuse. La patiente est donc perfusée et mise à jeun. Un suivi diététique et surtout psychologique lui est proposé.

8.1 Mesures diététiques et hygiène de vie [1]

Il n'est pas rare que les médecins conseillent à leurs patientes de modifier leurs habitudes alimentaires. Cependant aucune preuve scientifique n'a démontré l'efficacité de ces méthodes.

Au réveil, il est conseillé de manger quelques biscottes et d'attendre environ 15 minutes avant de se lever.

Dans la journée, il est conseillé de fractionner les repas. De même, il faut manger dès que l'appétit apparaît. L'élément important est de n'avoir jamais l'estomac vide ou trop plein.

Les femmes enceintes ne doivent manger que ce qui leur plaît. En revanche, il est déconseillé de manger des plats trop gras, trop épicés ou trop riches. Les fritures, le

beurre, la mayonnaise, sont donc à proscrire puisqu'ils sont plus difficiles à digérer. Ils restent plus longtemps dans l'estomac et entraînent le plus souvent des nausées.

Au niveau des boissons, ces femmes doivent s'hydrater tout au long de la journée. Lorsque les patientes ne peuvent plus digérer des aliments solides, boire devient essentiel pour ne pas être déshydratée. Elles peuvent boire de l'eau, des jus de fruits, des bouillons, etc. En revanche, il est conseillé d'éviter ou de très peu boire au cours des repas. En effet, le fait de mélanger du solide et du liquide stimule l'estomac et amplifie la sensation de trop plein. Ce phénomène va donc engendrer des nausées.

Il est préconisé aux patientes d'observer beaucoup de repos, car la fatigue aggrave les nausées et vomissements et il est conseillé des siestes au cours de la journée.

Ces femmes doivent également le plus possible éviter les endroits mal ventilés car elles sont plus sensibles à certaines odeurs (la fumée de cigarette, le parfum ou certaines odeurs de cuisson).

Lors d'une hospitalisation pour vomissements incoercibles, l'arrêt total de l'alimentation doit être effectué. Une réalimentation orale est envisagée lorsque les vomissements ont cessé, que leur chute de poids est stoppé et lorsque leur diurèse est équivalente à l'apport.

Cette réalimentation doit être lente et très progressive. Une diététicienne peut aider en donnant des conseils alimentaires avant la sortie de l'hôpital.

8.2 Réanimation par voie veineuse [29]

Lorsqu'une déshydratation est constatée et lorsque toute alimentation orale est stoppée, il est crucial d'apporter une hydratation par voie veineuse. Cette méthode doit être envisagée lorsque la patiente présente une intolérance à tout apport oral. Il est important de demander une consultation avec un anesthésiste. Celui-ci adaptera la réanimation en fonction du ionogramme sanguin. L'objectif est aussi de corriger la cétose et les carences vitaminiques. Le traitement type retrouve :

- sérum type glucosé à 5% (2 à 2,5l/24h)

- 4 à 6g de NaCl
- 1,5 à 2g de KCl
- solution polyvitaminique type Cernévit®.
- Une injection de vitamine K1 peut s'avérer nécessaire si il existe une hypokaliémie

8.3 Antiémétiques [22]

Lorsque les conseils diététiques ne suffisent plus et que les vomissements deviennent dangereux pour la mère et le fœtus, il est conseillé d'administrer des antiémétiques. Il en existe plusieurs sortes avec des actions différentes et leur innocuité, durant la grossesse, doit être prouvée.

8.3.1 Antihistaminiques H1

Les antihistaminiques sont des inhibiteurs des récepteurs de l'histamine situés sur la membrane cellulaire. Il existe deux types d'antagoniste H1 et H2 [33].

Les antihistaminiques H1 sont généralement utilisés dans le traitement des manifestations d'origine allergique. Ils ont également une action antiémétique en inhibant les afférences labyrinthiques du centre du vomissement et en bloquant les récepteurs H1 dans la zone chémoréceptrice.

Une méta analyse de 24 études entre 1960 et 1991, incluant plus de 200 000 femmes enceintes, a permis de vérifier l'innocuité de l'utilisation d'antihistaminique H1 durant le premier trimestre de la grossesse [25].

Selon Mazzotta et Magee [19], dans leur méta analyse, regroupant 11 essais cliniques, les antihistaminiques H1 démontrent leur efficacité.

8.3.1.1 Doxylamine (DONORMYL®)

La doxylamine est un antihistaminique H1 sédatif et anticholinergique, non phénothiazinique. En France, ce produit actif est disponible sans ordonnance. L'indication commune est l'insomnie occasionnelle chez l'adulte [33]. Néanmoins, ce principe actif, et plus particulièrement associé à la vitamine B6, s'est révélé être efficace dans le traitement de l'HG. Après une sortie du marché dans les années 1980 pour suspicion de malformations fœtales (anomalies des membres, hernies diaphragmatiques ou encore anomalies cardiaques), une méta analyse comportant 16

cohortes et 11 essais cliniques n'ont pas retenu de risque tératogène lors d'une utilisation durant la grossesse [20]. De même, l'efficacité de ce produit a été démontrée par 4 essais cliniques incluant plus de 800 patientes [19]. D'après le Conseil de la Société de Gynécologues et Obstétriciens du Canada [1; 35], l'association doxylamine/pyridoxine devrait constituer le traitement de première intention pour ces patientes. Les auteurs canadiens recommandent une posologie à 20mg le soir avant le coucher, auxquels peuvent s'ajouter 10mg le matin et en milieu d'après midi [22].

8.3.1.2 *Dimenhydrinate (NAUSICALM® / MERCALM®)*

Le dimenhydrinate est employé comme traitement préventif ou curatif du mal des transports. Il n'existe pas d'étude sur la tératogénicité du dimenhydrinate chez l'animal. De même, l'étude sur la femme enceinte est très faible. En effet, il n'existe qu'une cohorte de 319 femmes exposées au premier trimestre, qui ne retrouve, a priori pas d'augmentation du risque de malformations [7]. De même, plusieurs articles donneraient au dimenhydrinate un effet ocytocique et il serait la cause de troubles du rythme cardiaque fœtal lors d'une utilisation pendant l'accouchement [22].

8.3.1.3 *Hydroxyzine (ATARAX®)*

Tout comme le dimenhydrinate, l'hydroxyzine démontre une bonne efficacité et une sécurité pour la femme enceinte. L'hydroxyzine est un bon médicament pour traiter des épisodes aigus ou soudains de nausées et vomissements [22].

8.3.2 Antagonistes de la dopamine

La dopamine possède un effet émétique et inhibiteur de la motricité digestive. Ainsi les antagonistes ont des propriétés antiémétisantes et stimulantes de la motricité digestive.

8.3.2.1 *Métoclopramide (PRIMPERAN® / ANAUSIN® LP / PROKINYL® LP)*

Le métoclopramide est un antagoniste dopaminergique périphérique, c'est-à-dire qu'il agit sur le tonus du sphincter inférieur de l'œsophage et accélère la vidange gastrique. De plus, le métoclopramide agit sur des récepteurs de la sérotonine. C'est un agoniste de type 5-HT₄, responsable partiellement de l'augmentation de la motricité intestinale [33].

Ce produit actif est rapidement résorbé et atteint son pic plasmatique en environ 1 heure. Avant le coucher, c'est donc la spécialité LP qui est préférée. Deux études datant de 2000, démontrent l'absence de malformation fœtale corrélée à l'utilisation de métoclopramide au premier trimestre de la grossesse [1]. Cependant les preuves de son efficacité restent insuffisantes. En effet son efficacité n'a pas été étudiée spécifiquement chez la femme enceinte. Les résultats sont donc basés sur des extrapolations de données obtenues chez des patients en dehors de toute grossesse [19]. Néanmoins il reste largement prescrit. La posologie type est 10mg /24h en intra veineux avec un relais per os, 48h après la reprise de l'alimentation orale à 10mg trois fois par jour [9].

8.3.2.2 *Dompéridone (MOTILIUM® / PERIDYS®)*

L'indication de la dompéridone est le traitement préventif et curatif des nausées et vomissements et de certaines dyspepsies liées à un trouble de la motilité. Elle renforce et régularise la motilité oesophago-gastroduodénale, sans modifier les sécrétions digestives [33]. Selon le RCP de spécialités, il existe un effet tératogène chez une espèce animale. Il ne semble pas exister d'études cliniques, chez la femme enceinte, qui soient fiables. Dans ce contexte d'absence de données concernant l'efficacité et l'innocuité de ces principes actifs, il paraît déconseillé de les utiliser chez la femme enceinte [22].

8.3.2.3 *Phénothiazines*

Il existe différentes sortes de phénothiazines : la chlorpromazine (*LARGACTIL®*), la prométhazine (*PHENERGAN®*) et la métopimazine (*VOGALENE®*) sont les substances actives les plus employées. Ils vont bloquer les récepteurs dopaminergiques au niveau du centre du vomissement, vont augmenter le tonus du sphincter inférieur de l'œsophage et accélérer la vidange gastrique [28].

L'étude de Mazzotta et Magee comportant près de 75 000 témoins et 4000 femmes enceintes exposées, ne montre pas de risque augmenté de malformations fœtales. Il existe 3 essais cliniques qui démontrent significativement l'efficacité des phénothiazines comparés à des placebos : 21% d'échec du traitement par phénothiazine versus 68% d'échec avec un placebo.

Néanmoins le produit actif le plus utilisé est la métopimazine (*VOGALENE*®). Pour ce produit il n'existe pas d'étude avec une méthodologie correcte chez les femmes enceintes exposées au métopimazine. Ainsi, en l'absence de données fiables, il est peu recommandé d'utiliser ce principe actif dans le traitement des nausées et vomissements de la grossesse [22].

8.3.3 Antagonistes de la sérotonine : *ZOPHREN*®

Il existe plusieurs antagonistes de la sérotonine. Dans notre cas, c'est le *ZOPHREN*® qui est un antisérotoninergique des récepteurs à la 5-hydroxytryptamine qui nous intéresse. Sa principale indication est la prévention et le traitement des nausées et vomissements aigus induits par la chimiothérapie cytotoxique moyennement à hautement émétisante et la radiothérapie hautement émétisante chez l'adulte et l'enfant.

Il existe peu de données concernant l'innocuité des antagonistes 5-HT3 mais l'étude de Mazzotta et Magee [19] ne révèle aucune malformation fœtale.

Le composé actif utilisé dans l'hyperémèse gravidique est l'ondansétron ou *ZOPHREN*®.

L'essai de Mazzotta et Magee compare l'efficacité de l'ondansétron injectable versus la prométhazine et les résultats n'arrivent pas à prouver un avantage de l'ondansétron dans le traitement de l'HG [19]. Ainsi le *Zophren*® ne devrait être utilisé qu'en cas d'échec du traitement de première intention. De plus ce médicament ne possède pas l'AMM chez la femme enceinte.

8.4 Corticoïdes [1]

Les corticoïdes ont largement été utilisés chez les patients cancéreux pour traiter leurs vomissements. Ainsi son utilisation s'est portée vers les femmes souffrant

d'HG. Quelques articles montrent une certaine efficacité des corticoïdes, comme l'étude de Safari de 1999. Cependant les résultats escomptés sont faibles.

Par ailleurs de récents essais comme ceux de Mazzotta et Magee, révèlent un risque augmenté de fente labio-palatine et un effet antimitotique sur les cellules nerveuses fœtales, lors de prises de corticoïdes au premier trimestre.

Il paraît donc raisonnable de compter sur cette méthode en dernier recours, lorsque les bénéfices attendus semblent plus importants que les risques encourus. Ce traitement est exclu avant 10SA et ne doit durer que 6 semaines maximum. La dose initiale est de 48mg de méthylprednisolone durant 3 jours. S'il n'y a aucun effet, le traitement est arrêté. Dans le cas d'une amélioration des symptômes, une poursuite du traitement peut être envisagée avec une décroissance progressive des doses sur 2 semaines jusqu'à obtention du dosage minimal efficace.

8.5 Supplémentation vitaminique

8.5.1 Supplémentation en pyridoxine (vit B6)

Une étude datant de 1995 et portant sur 343 femmes enceintes donne de bons résultats quant à l'utilisation de la pyridoxine. En effet, il est démontré que l'absorption de 30 à 75mg de vitamine B6 par jour diminue significativement les nausées.

En 2004, Smith a confirmé l'efficacité de la pyridoxine pour réduire les nausées et vomissements de début de grossesse [14].

Bsat et Hoffman, dans un article datant de 2003 et portant sur 174 patientes constatent que la prise de vitamine B6 potentialise l'effet de la métoclopramide [14].

La vitamine B6 prise seule n'augmente pas le risque de malformations selon Arsenault [1]. La combinaison de doxylamine et pyridoxine n'est également pas tératogène selon le même article.

8.5.2 Supplémentation en thiamine (vit B1)

La thiamine ne possède pas d'effet sur les nausées et les vomissements mais permet de prévenir l'apparition de l'encéphalopathie de Gayet-Wernicke [14].

8.6 Traitement non pharmacologique

8.6.1 Gingembre [1]

Certains médecins vont conseiller aux patientes de consommer du gingembre afin de diminuer les nausées. Deux études de Chrubasik et Boone et Shields révèlent que l'administration de 0,5 à 1,5g de racine de gingembre pourrait être efficace pour traiter les nausées et vomissements de la grossesse. Cependant, le gingembre étant un produit alimentaire non réglementé, une grande partie des produits vendus sont de pureté et de composition incertaines [1]. D'autre part, il n'existe aucune donnée scientifique concernant la tératogénicité de ce produit ; c'est une possible méthode en complément d'un traitement par antiémétiques mais non comme traitement de référence et surtout à petites doses.

8.6.2 Acupuncture et acupression [13]

L'acupuncture est utilisée depuis des millénaires pour traiter les vomissements de différentes causes. Les points stratégiques sont le 6MC (neigan ou P6), le 12VC (zhongwan) et le 36E (zusanli). De nombreuses études démontrent une amélioration des symptômes jusqu'à 50%. L'innocuité de cette méthode est également prouvée. Les recommandations sont 4 séances, à raison de 2 séances par semaine sur deux semaines. Ces séances doivent durer environ 20 minutes. Une alternative à ces séances sont les bracelets d'acupression qui stimulent spécifiquement le point 6MC. Il est recommandé de porter ce bracelet entre 6 et 8 heures par jour.

8.7 Nutrition entérale [9]

Une nutrition par sonde nasogastrique peut être envisagée lors de vomissements incoercibles très sévères et persistants. Cette alimentation entérale est préconisée pour éviter toute carence protidique. Initialement, l'alimentation se fait par la sonde nasogastrique exclusivement pendant 3 jours. Puis les patientes reprennent peu à peu une alimentation par voie orale et lorsqu'elles atteignent 1000 Kcal par jour

l'alimentation par la sonde est arrêtée. Celle-ci n'est totalement enlevée qu'après 2 à 3 jours après une alimentation orale suffisante.

8.8 Prise en charge psychologique [1]

Le suivi psychologique doit avoir une place importante dans le traitement de ces patientes. Le but sera d'appréhender la détresse de ces femmes et les aider à comprendre les sentiments contradictoires qu'elles ressentent envers cette grossesse. Les nausées et vomissements répétés sont également susceptibles de provoquer des troubles de l'humeur. Aussi, il est important de les traiter avec des produits efficaces et ayant prouvé leur innocuité durant la grossesse. Ainsi les traitements de choix sont les inhibiteurs du recaptage de la sérotonine tel que la fluoxétine (Prozac®), la fluvoxamine, la paroxétine, la sertaline ou encore le citalopram. Ces produits sont efficaces et non cardiotoxiques (hormis le citalopram).

8.9 Interruption médicale de grossesse [14]

Dans de rares cas, lorsque tout traitement à échoué et que le pronostic vital maternel est engagé, l'interruption médicale de grossesse reste l'un des recours possible.

Maintenant que la revue de la littérature est faite, nous allons à présent voir ce qu'il en est dans la réalité.

ENQUETE

1. METHODOLOGIE

1.1 Hypothèses

Notre hypothèse était que les vomissements ont des conséquences plus ou moins importantes sur la mère, le fœtus et l'enfant à naître.

1.2 Matériel et méthode

L'étude a été rétrospective et multicentrique. Elle s'est déroulée à la clinique gynécologique et obstétricale du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Rouen, ainsi qu'à la clinique gynécologique et obstétricale du Centre Hospitalier du Belvédère à Mont-Saint-Aignan.

L'étude a porté sur les femmes ayant été hospitalisées pour vomissements incoercibles durant le premier trimestre de la grossesse et ayant accouché dans le même établissement.

Critères d'exclusion :

- Hospitalisation pour vomissements au-delà de 22^{ème} SA
- Femmes hospitalisées en début de grossesse mais ayant déjà prévu une IVG

1.3 Sélection de la population

La sélection des patientes s'est faite de manière différente entre le CHU de ROUEN et le Centre Hospitalier du Belvédère.

✓ Centre Hospitalier Universitaire de ROUEN

Grâce au codage informatique, nous avons pu retrouver les femmes hospitalisées pour hyperémèse gravidique avant le terme de 22SA. Le codage informatique, pour cette pathologie ayant débuté en 2003, notre sélection de dossiers a commencé à cette période jusqu'en septembre 2008.

Au départ, nous avons une liste de 102 patientes. Nous nous sommes rapidement rendus compte qu'une partie de ces femmes ayant été hospitalisées au CHU en début de grossesse, n'avaient pas fait suivre leur grossesse ni accouché à Rouen. Ainsi, un

premier tri par ordinateur, dans le logiciel CDP2, nous à permis d'éliminer 43 patientes. Il restait alors 59 patientes.

Le deuxième souci fut la multiplicité des dossiers. En effet, l'hospitalisation pour vomissements est inclus dans un dossier de gynécologie, alors que le suivi de grossesse, l'accouchement et le dossier du nouveau-né est référencé dans un autre dossier nommé « dossier obstétrical ». De ce fait, certains dossiers n'ont pu être inclus dans notre étude car nous n'avons retrouvé que le dossier gynécologique ou uniquement le dossier obstétrical. Un trop grand nombre d'informations étant manquantes pour effectuer notre étude sur ces cas, nous avons dû éliminer 12 dossiers. 4 dossiers n'ont pas été retrouvés. Enfin, 10 femmes avaient décidé de faire une IVG.

Au total, il est resté 34 dossiers exploitables à la clinique gynécologique et obstétricale du CHU de Rouen.

✓ Centre Hospitalier du Belvédère

Nous avons souhaité, pour l'étude réalisée au Belvédère, nous concentrer sur les mêmes tranches d'années. Ainsi notre sélection s'est échelonnée entre janvier 2003 et novembre 2008.

Entre les années 2003 et 2005, le Belvédère n'utilisait pas encore l'outil informatique et les dossiers étaient exclusivement sur papier. Sur cette période, nous avons récupéré 86 dossiers de femmes sans précision quant au terme d'hospitalisation. Il a donc fallu ouvrir tous ces dossiers pour ne retenir que les hospitalisations antérieures à 22SA. Après ce premier tri, il restait 56 dossiers. Sur ce nombre, 7 dossiers n'ont pas été inclus car ils concernaient des femmes souhaitant une IVG avant l'apparition des vomissements incoercibles. 1 dossier a été retiré pour erreur de codage et 3 par manque d'un grand nombre d'informations. Ainsi, au total nous avons récupéré 45 dossiers pour la période 2003 – 2005.

A partir de 2005, le Centre Hospitalier du Belvédère a utilisé l'outil informatique pour remplir ses dossiers, toujours en interaction avec un dossier papier. Sur cette période nous avons, au départ, 71 dossiers. Comme pour la période précédente, le terme d'hospitalisation n'étant pas indiqué il a fallu, en premier lieu, étudier manuellement les critères d'inclusion. Après cette vérification, nous avons retenu 53 dossiers. 2

dossiers ont été retirés car ces deux femmes ont souhaité une IVG. Au total, nous avons donc récupéré 51 dossiers sur cette période.

Sur le Centre Hospitalier du Belvédère, 96 dossiers sur 157 ont été exploitables.

Au final, nous avons 34 dossiers au CHU et 96 au Belvédère, soit 130 dossiers.

1.4 Recueil de données

La sélection a été effectuée par saisie informatique. Nous avons utilisé un tableau dans Microsoft Office Excel® pour le recueil de données, à partir des dossiers gynécologiques et obstétricaux.

1.5 Critères étudiés

1.5.1 Profil de la patiente

- Age : répartition par tranche d'âge
- Ethnie
- Taille
- Poids avant la grossesse
- IMC
- Gestité
- Parité
- Consommation de tabac
- Antécédents psychologiques : à type de dépression, tentative de suicide...
- Antécédents obstétricaux : IVG, FCS du premier trimestre, GEU, IMG, MFIU ou infertilité
- Récidive(s) de vomissements

1.5.2 Conditions socio économiques

- Statut marital (marié, concubinage, seul)
- Lieu d'habitation (ville ou milieu rural)
- Catégorie socio professionnelle (agriculteur, artisan commerçant, profession intermédiaire, employé, ouvrier, sans emploi)

1.5.3 Grossesse actuelle

- Grossesse mal acceptée
- Métrorragies de début de grossesse
- Type de grossesse (singleton ou gémellaire)
- Déclaration de grossesse (faite, non faite ou faite en retard)

1.5.4 Les vomissements incoercibles

- Arrêt alimentaire (total ou quasi-total)
- Fréquence (nombre de vomissements dans une journée)
- Terme de début des vomissements
- Terme de fin des vomissements
- Nombre de consultations pour vomissements
- Nombre d'hospitalisations pour vomissements
- Durée d'hospitalisation
- Perte de poids
- Perte de poids $\geq 5\%$
- Gain de poids total en fin de grossesse
- Prise de poids < 7 kg

1.5.5 Traitements avant l'hospitalisation

Présence ou absence de traitement prescrit avant l'hospitalisation

Si traitement, lequel :

- Motilium®
- Zophren®
- Primpéran®
- Vogalène®
- Anxiolytique, neuroleptique, antidépresseur
- Traitements des remontées acides

1.5.6 Traitements médicamenteux

- Réanimation par voie veineuse
- Primpéran®

- Vogalène®
- Donormyl®
- Atarax®

1.5.7 Autres traitements médicamenteux

- Zophren®
- Motilium®, Périidys®
- Largactil®
- Dogmatil®
- Xanax®
- Mopral®
- Gaviscon®
- Maalox®
- Spasfon®

1.5.8 Traitements non médicamenteux

- Acupuncture
- Suivi diététique
- Suivi psychologique
- Isolement

1.5.9 Retentissement maternel

- Perte de poids > 5% : signe de gravité des vomissements
- Déshydratation
- Déséquilibre hydro électrolytique (hyponatrémie, hypokaliémie, hypochlorémie)
- Bilan hépatique perturbé
- Diabète gestationnel
- HTA gravidique
- Encéphalopathie de Gayet-Wernicke
- Syndrome de Mallory Weiss
- Thrombose

- Retentissement psychologique
- IVG

1.5.10 Accouchement

- Poids en salle de naissance
- Hauteur utérine
- Mode de mise en travail (spontané, déclenchement, césarienne avant travail)
- Mode d'accouchement (voie basse, voie basse instrumentale, césarienne)

1.5.11 Complications fœtales et néonatales

- Retard de croissance intra-utérin
- Poids \leq 2500g
- Score d'Apgar <7
- Malformations fœtales

1.5.12 Nouveau-nés

- Sexe
- Poids de naissance en grammes
- Taille en cm
- Périmètre crânien en cm
- Score d'Apgar à 1min, 3min, 5min et 10min
- Prématurité
- A terme
- Troubles métaboliques (hypothermie, hypoglycémie, hypocalcémie)
- Hospitalisation (néonatalogie, réanimation)

1.6 Tests statistiques

Afin de réaliser les statistiques de cette étude nous avons utilisé le logiciel Stata® ainsi que le logiciel Microsoft Office Excel® principalement pour la réalisation des graphiques.

2. RESULTATS

2.1 Profil de la patiente

	Femmes (N=130)	Pourcentage (%)
Age		
<20ans	5	3,85
20-29ans	74	56,92
30-34ans	32	24,62
>35ans	19	14,62
Ethnie		
France	77	59,23
Afrique du Nord	34	26,15
Afrique	7	5,38
Autre	12	9,23
Taille		
Moyenne \pm SD [min ; max]	163,55 \pm 6,75 [148 ; 183]	
Poids avant la grossesse		
Moyenne \pm SD [min ; max]	64,76 \pm 14,93 [42 ; 124]	
Indice de Masse Corporel		
<18,5	14	12,07
18,5-25	61	52,59
26-30	25	21,55
31-35	11	9,48
36-40	2	1,72
>41	3	2,59
Gestité		
Médiane (10 ^{ème} ; 90 ^{ème} P) [min ; max]	2 (1 ; 4) [1 ; 8]	
Parité		
Médiane (10 ^{ème} ; 90 ^{ème} P) [min ; max]	2 (1 ; 3) [0 ; 5]	
Consommation de tabac		
non	118	90,77
Oui	12	9,23
ATCD psychologiques		
	25	19,23
ATCD obstétricaux		
IVG	27	20,77
FCS du 1 ^{er} trimestre	23	17,69
GEU	5	3,85
IMG	3	2,31
MFIU	2	1,54
infertilité	9	6,92
Récidive (sur 72 multipares)	32	44,44

Les patientes sont plutôt des femmes âgées entre 20 et 29 ans, d'origine française ou d'Afrique du Nord, non fumeuses.

2.2 Conditions socio économiques

	<i>Femmes</i> (N=130)	<i>Pourcentage</i> (%)
Statut marital		
Marié	70	53,85
Concubinage	50	38,46
Seul	10	7,69
Lieu d'habitation		
Ville	87	61,92
Milieu rural	42	38,08
Catégorie socio professionnelle		
Agriculteur exploitant	1	0,78
Artisan Commerçant	-	-
Profession intermédiaire	1	0,78
Employé	53	41,09
Ouvrier	7	5,43
Sans emploi	63	51,94

Les femmes de notre étude sont majoritairement mariées ou vivant en concubinage. Ce sont surtout des femmes citadines et sont pour 41% des employées.

2.3 Grossesse actuelle

	<i>Femmes</i> (N=130)	<i>Pourcentage</i> (%)
Grossesse mal acceptée		
Non	108	83,08
Oui	22	16,92
Métrorragies de début de grossesse		
Non	115	86,46
Oui	15	11,54
Type de grossesse		
Monofœtale	125	96,15
Gémellaire	5	3,85
Déclaration de grossesse		
Oui dans les temps	113	86,92
Après 15SA	9	6,92
Non	8	6,15

2.4 Vomissements incoercibles

	Femmes (N=130)	Pourcentage (%)
Arrêt alimentaire		
Oui	129	99,23
Non	1	0,77
Fréquence		
≤1jour	2	1,54
2-3jours	38	29,23
>3jours	90	69,23
Terme début de vomissements		
Médiane (10 ^{ème} ; 90 ^{ème} P) [min ; max]		7 (5; 10) [4 ; 12]
Terme fin de vomissements N=38 (1)		
Médiane (10 ^{ème} ; 90 ^{ème} P) [min ; max]		16 (10 ; 30) [9 ; 38]
Nombre de consultations pour vomissements		
Médiane (10 ^{ème} ; 90 ^{ème} P) [min ; max]		1 (1 ; 3) [1 ; 6]
Nombre d'hospitalisation pour vomissements		
Médiane (10 ^{ème} ; 90 ^{ème} P) [min ; max]		1 (1 ; 2) [0 ; 5]
Durée d'hospitalisation		
Médiane (10 ^{ème} ; 90 ^{ème} P) [min ; max]		4 (3 ; 12,5) [0 ; 23]
Perte de poids		
Moyenne ± SD [min ; max]		5 ± 2,54 [0 ; 13]
Perte de poids ≥ 5%	52	40
Gain de poids total N=118 (2)		
Médiane (10 ^{ème} ; 90 ^{ème} P) [min ; max]		10 (2 ; 19) [-3 ; 23]
Gain de poids < 7kg N=118	37	31,36

(1) Terme fin de vomissements connus chez 38 femmes seulement

(2) seulement 120 ont accouché et 2 chez qui on ne connaît pas le poids le jour de l'accouchement

2.5 Traitements avant l'hospitalisation

TTT AVT HOSPITALISATION	Femmes (N=130)	Pourcentage (%)
Prescription		
Oui	65	50
Non	65	50
Motilium®	20	30,77
Zophren®	2	3,08
Primpéran®	33	50,77
Vogalène®	15	23,08
Donormyl®	1	1,54
Anxiolytique, neuroleptique ou antidépresseur	6	9,23
TTT (1) remontées acides	5	7,69

(1) TTT : traitement

2 femmes se sont vues prescrire du Séresta®, une du Xanax®, une du Zoloft®, une autre du Laroxyl® et une dernière du Valium®.

2.6 Traitements médicamenteux

Durant l'hospitalisation, les patientes sont traitées par différents médicaments aux voies d'administration variées.

2.6.1 Réanimation par voie veineuse

G5% + ELECTROLYTES	Femmes (N=130)	Pourcentage (%)
Utilisation	108	83,08
Administration (L/24h)		
1	5	4,63
1,5	26	24,07
2	70	64,81
2,5	6	5,56
3	1	0,93
Durée du traitement		
Médiane (10 ^{ème} ; 90 ^{ème} P) [min ; max]	3 (1 ; 10) [0 ; 11]	

2.6.2 Primpéran®

PRIMPERAN®	Femmes (N=130)	Pourcentage (%)
Utilisation	115	88,46
Administration		
Intra-veineux : IV	44	38,26
IV puis per os	22	19,13
IV puis intra-rectal	29	25,22
Per os	6	5,26
Intra-rectal	14	12,28
Durée du traitement		
Médiane (10 ^{ème} ; 90 ^{ème} P) [min ; max]	4 (2 ; 9) [0 ; 14]	

Le Primpéran® est utilisé chez 88,5% des patientes hospitalisées. La posologie est la même pour les différentes administrations : 10mg, 3 fois par jour.

2.6.3 Vogalène®

VOGALENE®	Femmes (N=130)	Pourcentage (%)
Utilisation	22	16,92
Administration		
Intra-rectal	18	81,82
Per os	3	13,64
Sans précision	1	4,55
Durée du traitement		
Médiane (10 ^{ème} ; 90 ^{ème} P) [min ; max]	4 (3 ; 15) [3 ; 15]	

Le Vogalène® est utilisé dans 81,8% des cas par voie rectale. La posologie est de 5mg, 3 fois par jour, soit 3 suppositoires sur 24h.

2.6.4 Donormyl®

DONORMYL®	Femmes (N=130)	Pourcentage (%)
Utilisation	8	6,15
Administration		
15mg / 24h	7	87,50
30mg / 24h	1	12,50
Durée du traitement		
Médiane (10 ^{ème} ; 90 ^{ème} P) [min ; max]	4 (3 ; 15) [3 ; 15]	

Le Donormyl® est utilisé chez 6,2% des patientes et dans 87,5% à une posologie de 15mg par jour, soit un comprimé le soir au coucher.



2.6.5 Atarax®

ATARAX®	Femmes (N=130)	Pourcentage (%)
Utilisation	21	16,15
Administration		
25mg	20	95,24
100mg	1	4,76
Durée du traitement		
Médiane (10 ^{ème} ; 90 ^{ème} P) [min ; max]	3 (1 ; 7) [1 ; 9]	

L'Atarax® est utilisé chez 16,5% des patientes et dans 95,2% à une posologie de 25mg par jour, soit un comprimé le soir au coucher.

2.6.6 Autres traitements médicamenteux

AUTRES TRAITEMENTS	Femmes (N=130)	Pourcentage (%)
Zophren®	3	2,31
Motilium®	7	5,38
Péridys®	1	0,77
Largactil®	15	11,54
Dogmatil®	16	12,31
Haldol®	1	0,77
Xanax®	3	2,31
Mopral®	19	14,62
Gaviscon®	5	3,85
Maalox®	3	2,31
Spasfon®	13	10

Les traitements luttant contre les pyrosis et le reflux gastro-œsophagien s'utilisent dans 20,7% des cas (27/130)

2.7 Traitements non médicamenteux

En complément des traitements médicamenteux, certaines femmes ont bénéficié d'autres prises en charge.

NON MEDICAMENTEUX	Femmes (N=130)	Pourcentage (%)
<i>Acupuncture</i>	13	10
<i>Suivi diététique</i>	9	6,92
<i>Suivi psychologique</i>		
Oui	35	26,92
Non	94	72,31
Proposé mais refusé	1	0,77
<i>Isolement</i>	43	33,08

2.8 Retentissement maternel

	Femmes (N=130)	Pourcentage (%)
<i>Déshydratation</i>		
Oui	87	66,92
Non	43	33,08
<i>Déséquilibre hydro-électrolytique</i>		
Hyponatrémie	16	12,31
Hypokaliémie	11	8,46
Hypochlorémie	8	6,15
<i>Complications</i>		
Bilan hépatique perturbé	9	6,92
Diabète gestationnel	15	11,63
Hypertension gravidique	3	2,31
Encéphalopathie de Gayet-Wernicke	-	-
Syndrome de Mallory-Weiss	5	3,85
Thrombose	1	0,77
Psychique	44	33,85
<i>IVG après vomissements</i>	10	7,69

2.9 Accouchement

Seulement 120 femmes ont accouché, dans notre population car 10 femmes ont subi une IVG après les vomissements incoercibles

	Femmes (N=120)	Pourcentage (%)
Poids en salle de naissances N=117 (1)		
Médiane (10 ^{ème} ; 90 ^{ème} P) [min ; max]		75 (59 ; 94) [54 ; 121]
Hauteur utérine N=119 (2)		
Médiane (10 ^{ème} ; 90 ^{ème} P) [min ; max]		32 (30 ; 35) [27 ; 42]
Mode de mise en travail		
Spontanée	98	81,67
Déclenchement	15	12,50
Césarienne avant travail	7	5,83
Mode d'accouchement		
Voie basse	84	70
Voie basse instrumentale	12	10
Césarienne	24	20

(1) Nous n'avons retrouvé le poids en salle de naissance que chez 117 femmes

(2) Il manque 1 hauteur utérine indiqué dans un dossier

Les accouchements des femmes sont pour la majorité eutociques, avec une mise en travail spontanée pour près de 82% d'entre elles et un accouchement voie basse à 70%.

2.10 Complications fœtales et néonatales

	Fœtus (N=122) (1)	Pourcentage (%)
Retard de croissance intra utérin		
Oui	7	5,74
Non	115	94,26
Poids ≤ 2500g		
Oui	3	2,46
Non	119	97,54
Apgar < 7		
Oui	14	11,48
Non	108	88,52
pH au cordon N=34 (2)		
> 7,30	6	17,65
7,30 – 7,25	13	38,24
7,20 – 7,25	10	29,41
< 7,20	5	14,71
Malformations fœtales	1	0,77

(1) Nous avons 122 fœtus car sur les 120 accouchements il y a 2 grossesses gémellaires

(2) Les pH au cordon ne sont retrouvés qu'au CHU, soit 34 dossiers

34 enfants ont eu un pH au cordon (tous les enfants nés au CHU), soit 28,3% de la population.

Enfin, 1 enfant dans notre étude a présenté une malformation. En effet, une fente labio-palatine a été diagnostiquée à l'échographie du second trimestre.

2.11 Nouveau-nés

	Nouveau-nés (N=122)	Pourcentage (%)
Sexe		
Féminin	62	50,82
Masculin	60	49,18
Poids de naissance		
Moyenne \pm SD [min ; max]	3373 \pm 473 [1550 ; 4600]	
Taille en cm N=80		
Moyenne \pm SD [min ; max]	49,83 \pm 2,17 [37 ; 53]	
Périmètre crânien en cm N=80		
Moyenne \pm SD [min ; max]	34,79 \pm 1,19 [30 ; 37]	
Apgar à 1min		
7 - 10	106	86,89
4 - 6	12	9,83
≤ 3	4	3,28
Apgar à 3min		
7 - 10	115	94,26
4 - 6	5	4,10
≤ 3	2	1,64
Apgar à 5min		
7 - 10	120	98,36
4 - 6	-	-
≤ 3	2	1,64
Apgar à 10min		
7 - 10	120	98,36
4 - 6	-	-
≤ 3	2	1,64
Prématurité		
<30SA	1	10
30-32SA	1	10
33-34SA	3	30
35-36SA	5	50
A terme		
37-38SA	24	21,43
39-41SA	67	59,82
>41SA	21	18,75
Troubles métaboliques		
Hypothermie	4	3,33
Hypoglycémie	1	0,83
Hypocalcémie	1	0,83
Hospitalisation		
Néonatalogie	5	4,17
Réanimation	3	2,50

DISCUSSION

1 PROFIL DES PATIENTES

Dans notre population, la tranche d'âge la plus représentée est la catégorie des 20-29ans, à 57%. La tranche des moins de 20 ans représente 4% de notre population. Nous avons donc 61% des patientes atteintes d'hyperémèse gravidique qui représentent une population jeune, ce qui correspond à la littérature (64% dans l'étude de Dodds et Fell) qui indique le jeune âge comme facteur de risque de survenu de vomissements incoercibles [8 ; 10 ; 11 ; 14].

Il y aurait des populations plus touchées que d'autres, notamment, les femmes de Nouvelle Zélande, indiennes ou noires américaines [10]. En revanche les femmes caucasiennes seraient plus épargnées [14]. Or, nos résultats montrent que l'ethnie la plus représentée est l'origine française, soit des femmes caucasiennes. La comparaison est difficile car l'étude d'Eliakim [10] a été réalisée aux Etats-Unis, dans la région de New-York, où il existe une grande mixité des cultures et origines.

Selon la littérature, les femmes de faible poids avant leur grossesse ont un risque accru de développer une hyperémèse gravidique [10 ; 11]. Dans notre étude, seulement 12% des femmes présentent un indice de masse corporel trop bas et 53% des patientes ont une corpulence normale (entre 18,5 et 25). De plus, nous retrouvons 22% des femmes qui sont en surpoids et près de 14% qui présentent une obésité. Ces chiffres ne sont donc pas en accord avec la littérature puisque la classe la plus représentée devrait être celle avec un IMC inférieur à la normale. Cependant ceci peut s'expliquer par le taux de surpoids et d'obésité important en Haute Normandie. En effet, la Seine Maritime et l'Eure comptent parmi les régions les plus touchées par l'obésité en France ; l'enquête Normanut menée en Haute-Normandie en 2001 a montré que 43% des hommes et 29% des femmes sont en surpoids ; et 18% des hommes et 22% des femmes sont obèses [30]. En France, le taux d'obésité, homme – femme confondu est de 11% seulement.

Selon la littérature, les femmes les plus touchées par l'hyperémèse gravidique sont les citadines [14]. Nous retrouvons également que 62% des patientes habitent en ville.

Selon beaucoup d'auteurs, le tabac semblait protéger de l'apparition de vomissements [10 ; 14]. Fell et Dodds retrouvent des taux de non fumeuses à 76,7 et 78,6% [8 ; 11]. C'est également notre cas avec un taux de non fumeuses à 90,8%.

Lors de vomissements incoercibles, la prépondérance de naissance d'enfant de sexe féminin, entre 53 et 66% selon les études [11 ; 14]. Dans notre cas, il existe une égalité quasi parfaite entre la naissance de filles et de garçons. Notre résultat peut sûrement s'expliquer par la faiblesse de l'étude (seulement 122 nouveau-nés).

Contrairement à Ismail et Kenny, pour qui, le taux de récurrence s'élève à 15,2% lors de grossesses ultérieures, nous retrouvons 44,4% de récurrences chez nos multipares, donc un taux largement supérieur.

Des antécédents de dépression ou de troubles psychologiques seraient retrouvés chez les femmes atteintes. Selon le CREDES [38] (Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé), la prévalence des dépressions en France est de 10 à 15% chez les femmes. Dans notre population totale, le taux d'antécédent de dépression monte à 19,2%, soit quasiment le même taux que la moyenne française. Chez nos multipares, nous trouvons 14% d'antécédents psychologiques.

Les femmes atteintes de vomissements durant leur grossesse ont souvent un passé obstétrical particulier, des antécédents de FCS au premier trimestre, des antécédents d'IVG ou bien de GEU, d'IMG ou de MFIU [9 ; 10]. En France, le taux moyen d'avortements spontanés au premier trimestre est de 15% [39] ; dans notre population nous retrouvons une prévalence de plus de 17% de fausses couches spontanées, c'est-à-dire plus que la moyenne nationale, ceci conforte cette idée. Cette analyse se répète pour la prévalence des interruptions volontaires de grossesse, puisque le taux en France, selon le ministère de la santé était de 14,6% en 2004 [34] et dans notre étude nous arrivons à un taux supérieur à 20%. Le taux de GEU en France est de 2%, selon le

Collège National de Gynécologues et Obstétriciens Français [39], alors que dans notre population nous trouvons un chiffre à près de 4%. Tous ces chiffres sont en concordance avec la littérature qui suggère que les vomissements sont le rejet symbolique de la grossesse par voie digestive [9].

2. RETENTISSEMENTS DES VOMISSEMENTS INCOERCIBLES

Les vomissements incoercibles semblent commencer entre la 4^{ème} et la 8^{ème} SA. Nous retrouvons une médiane du terme de début des vomissements à 7SA, avec un minimum à 4 SA et un maximum à 12 SA. Ces chiffres confirment les études déjà réalisées sur ce sujet [14].

Quant au terme de fin des vomissements, la médiane est à 16 SA avec un 10^{ème} percentile à 10 SA et un 90^{ème} percentile à 30 SA ; nous trouvons même un maximum à 39 SA, soit le jour de l'accouchement.

Selon Karpel, la perte de poids varie entre 3 et 7 kg en moyenne [16]. Dans notre étude, la perte de poids moyenne est de 5 kg avec une déviation standard de 2,5. Nos résultats sont conformes à la littérature.

Nous n'avons pas retrouvé, de patientes atteintes d'encéphalopathie de Gayet-Wernicke. Cependant, différentes études émettent un risque non négligeable chez des patientes très carencées en vitamine B1 [5 ; 10 ; 14]. Cependant, 5 patientes ont déclaré un syndrome de Mallory-Weiss. En effet, elles ont présenté des inflammations importantes de l'œsophage. Cette complication s'est vite rétablie à l'aide de médicaments adéquats sans aller jusqu'à l'hémorragie digestive haute. Cette complication, fait en effet partie des effets secondaires de vomissements à répétition [14].

Nous avons retrouvé, des cas anecdotiques de thromboses veineuses profondes suite à l'hospitalisation [14]. Une patiente (soit 0,7%) en a présenté une du membre inférieur gauche. Elle présentait une déshydratation et un alitement

important puisque la durée de l'hospitalisation a été de 20 jours. Comme dans la littérature, la combinaison grossesse, déshydratation et alitement était présente pour favoriser la survenue de cette phlébite [14].

Le retentissement sur la grossesse et l'accouchement est plus important lorsque la patiente prenait moins de 7 kg durant la totalité de sa grossesse [8 ; 14]. Dans notre population de femmes ayant pris moins de 7 kg, soit 37 patientes, nous avons :

- 2 qui ont présenté un diabète gestationnel. Nous ne retrouvons donc pas les mêmes valeurs qu'Ismaïl et Kenny, qui démontraient un risque multiplié de 1,4 [14]. De ce fait, nous ne pouvons affirmer qu'il existe un risque augmenté de développer cette pathologie gravidique.

- 5 ont eu un déclenchement du travail (13,5%). Selon l'enquête de périnatalité datant de 1998 [33], le taux de déclenchement artificiel du travail en France est très variable d'une maternité à l'autre et représente entre 10 et 20% des naissances. Ainsi, notre population de patientes ayant pris moins de 7 kg durant leur grossesse n'a pas plus de risque d'avoir un déclenchement du travail. Ceci contredit Ismaïl et Kenny, qui démontrent un risque multiplié par 1,4 [10].

- Nos résultats montrent un taux de césarienne à 19%. En France, il s'élève à 20,2% [33]. Donc, il n'existe pas de risque augmenté de césarienne chez ces patientes.

En conclusion, les femmes atteintes d'hyperémèse gravidique de notre étude ne semblent pas appartenir à un groupe à risque en ce qui concerne le suivi de la grossesse et le déroulement de l'accouchement.

En ce qui concerne le **retentissement fœtal et néonatal**, les risques sont également augmentés et plus visibles chez les mères ayant une prise de poids inférieure à 7 kg durant la grossesse [8]. Pour ces femmes, nous avons :

- 8,1% d'accouchements prématurés, versus 7,5% dans notre population totale. Dans l'enquête de périnatalité, le taux est de 7,2% [33]. Ainsi, il existe un risque légèrement augmenté de prématurité chez les femmes ayant pris moins de 7 kg.

- Un Apgar < 7 à 5 minutes qui s'élève à 2,7%, versus 1,7% dans notre population générale. En comparant avec les chiffres retrouvés dans l'enquête de périnatalité de 2003 [33], nous avons un risque multiplié par 2,3. Par conséquent, nous arrivons aux mêmes résultats que Dodds et Fell [8]. Néanmoins notre risque est moins élevé (2,3%) que celui de la littérature, multiplié par 5 [8].

- Le poids moyen est de 3250g ± 595g versus 3373g avec une déviation standard de 473g pour notre population totale. En France, le poids moyen de naissance est de 3 231g ± 584g [33]. Ainsi, le poids des enfants est conforme à la littérature quelle que soit la prise de poids de la mère durant sa grossesse.

- La taille moyenne des enfants chez les femmes ayant pris moins de 7 kg et celle de notre population générale est comparable : 49,5cm ± 2cm. Cette taille est parfaitement semblable aux résultats de l'enquête de périnatalité de 2003 (49,2cm ± 2,6cm) [33].

- La comparaison est la même pour la mesure des périmètres crâniens (34,9cm ± 1cm). Ces chiffres sont semblables à la norme française (34,3 cm ± 1,9cm) [33].

Le morphotype du nouveau-né n'est pas modifié quelle que soit la prise de poids.

La littérature ne retrouve aucune malformation fœtale. Dans notre enquête, nous retrouvons un nouveau-né présentant une fente labio-palatine. La mère avait pris du Zophren® en tout début de grossesse, puis avait été traitée par du Primpéran® IV avec un relais par voie rectale au retour à domicile.

3. PRISE EN CHARGE

Avant l'hospitalisation, la prescription, par le médecin traitant, n'est pas systématique. En effet, seulement 50% des femmes déclarent à leur arrivée avoir déjà consommé des médicaments pour leurs vomissements. L'hospitalisation est réalisée même s'il n'existe aucun signe de déshydratation et que la perte de poids est minime.

Chez 22 femmes (34%), les médecins ont prescrit, en première intention, du Motilium® ou du Zophren®. Ces deux traitements sont déconseillés durant la grossesse ou peuvent être envisagés, pour de courtes durées, si les autres traitements n'ont pas du tout été efficaces. Selon Ducarme [9], l'ondansétron est déconseillé pendant la grossesse ou bien à utiliser en cas d'échec des autres traitements chez les femmes déshydratées [1]. Ainsi cette substance active ne devrait pas être retrouvée en traitement de première intention, prescrit en ambulatoire. Il est vrai, il n'existe aucun consensus, aucun modèle de prise en charge établi pour aider les prescripteurs à traiter de façon efficace et efficiente ces femmes.

Le traitement majoritairement prescrit en ville est le Primpéran®, à près de 51%. Selon Arsenault [1] et le CRAT (Centre de Référence sur les Agents Tératogènes) [30] les données sont rassurantes en ce qui concerne son innocuité sur la femme enceinte. Cependant les données sont insuffisantes quant à sa réelle efficacité selon Mazzotta et Magee [19]. Il s'agit plutôt d'un traitement de deuxième intention.

Le traitement de deuxième intention prescrit de façon importante par les médecins libéraux est le Vogalène®. Selon plusieurs auteurs comme Mazzotta et Magge, il n'existe pas suffisamment de données rassurantes pour le prescrire d'emblée ; il est donc plutôt recommandé en cas d'inefficacité du traitement de première intention [19 ; 22].

Le traitement de référence au Canada est la doxylamine [12 ; 20 ; 33]. Cependant, ce produit ne possède pas l'AMM, pour cette indication en France. Cette médication est pourtant sécuritaire selon McKeigue [20] et a prouvé son efficacité dans l'étude d'Orazi [23]. Toutefois, en ville ce médicament n'a été prescrit qu'à une seule femme (1,5%). La posologie recommandée au Canada est de 20 mg le soir au coucher et 10 mg le matin et 10 mg dans l'après midi, si besoin. Or, en France, la spécialité n'existe qu'en un seul dosage de 15 mg, ce qui ne facilite pas la prescription pour arriver à des posologies optimales.

Dans la littérature, les produits utilisés dans l'hyperémèse gravidique ne sont pas des anxiolytiques ou antidépresseurs mais des neuroleptiques (Largactil®, de préférence) ou bien de l'Atarax® qui est un antihistaminique [1 ; 9 ; 22 ; 35]. Or, 6 femmes au total ont été traitées par du Séresta®, du Valium® ou du Xanax® qui sont des benzodiazépines anxiolytiques, ou du Laroxyl® (antidépresseur tricyclique). Les prescripteurs ont donc su privilégier le caractère psychologique des vomissements de début de grossesse.

Lors de l'hospitalisation, le recours à la réanimation par voie veineuse est envisagé lorsque la femme présente des signes de déshydratation [9 ; 14]. Selon nos résultats, 83% des patientes ont bénéficié de cette réanimation parentérale. Or, seulement 67% des femmes hospitalisées étaient atteintes de déshydratation. Il y a donc eu plus de poses de voies veineuses que de femmes déshydratées.

Cette réanimation parentérale est préconisée chez toute femme ayant stoppé tout apport oral. Mais notre relevé d'information a surtout considéré l'arrêt de nourriture solide comme étant un arrêt total à l'alimentation. Ainsi dans ces 99%, il doit y avoir un certain nombre de patientes qui avait continué de boire. Pour celles-ci, la pose d'une voie d'abord veineuse n'est pas obligatoire car l'hydratation se fait oralement [9 ; 14].

Dans 70% des cas, la quantité de G5% administrée est conforme aux recommandations de la littérature, soit 2 à 2,5 L par 24 heures [9 ; 29].

Dans notre étude, comme dans la littérature [22], le médicament le plus largement prescrit est le Pimpéran® à 88,5%. Celui-ci est administré, en première intention, dès l'entrée en hospitalisation. Ainsi, il est en majorité administré par voie veineuse, à une posologie de 10 mg 3 fois par jour. Le relais se réalise sous forme de voie orale ou voie rectal, toujours à la même posologie de 10 mg, 3 fois par jour. La médiane d'utilisation est de 4 jours, soit égale à la médiane de durée d'hospitalisation.

Le Vogalène®, beaucoup moins recommandé chez la femme enceinte [22] est utilisé à 17%. Ce traitement est, en général prescrit, pour des épisodes aigus de vomissements. En général, le Vogalène® est administré en complément du

Primpéran[®], alors que celui-ci ne devrait être utilisé qu'en cas d'échec du Primpéran[®] [31].

Dans le cas où une association de Primpéran[®] (traitement de fond), avec un traitement de crise, il serait préférable d'utiliser de l'Atarax[®] [31]. Cependant l'Atarax[®] n'est utilisé que chez 16% de notre population. Ce médicament est pourtant un bon produit pour traiter les épisodes de vomissements aigus [19 ; 22].

Chez 2% des femmes, le Zophren[®] a été lors de l'hospitalisation. Pourtant ce traitement ne devrait être administré qu'en dernière solution, lorsque tous les autres traitements ont été un échec [1 ; 9 ; 31].

Dans la littérature, le dompéridone (Motilium[®] et Péridys[®]) est déconseillé durant la grossesse en l'absence de données fiables [22]. Pourtant, ces médicaments ont été administrés chez 6,2% de notre population soit à 8 femmes. Ces patientes n'ont été traitées que par du Primpéran[®] en complément du dompéridone.

Concernant les compléments vitaminiques. :

- Pour la vitamine B6, la posologie recommandée au Canada se situe entre 20 et 40 mg par jour en 3 prises [1 ; 22]. Cependant, le dosage disponible en France est de 250 mg par unité, donc non adapté. L'autre moyen serait d'administrer aux patientes des compléments poly-vitaminiques per os ou IV mais la vitamine B6 y est retrouvée en trop faible quantité. De ce fait, aucune femme de notre étude n'a bénéficié de vitamine B6.

- Ismail et Kenny ont également souligné que l'administration de vitamine B1 ou thiamine était recommandée lorsqu'il survenait une hypokaliémie, dans le but de prévenir une encéphalopathie de Gayet-Wernicke [14]. Dans notre étude, 8 femmes sont atteintes d'hypokaliémie, aucune n'a bénéficié de thiamine et il n'y a pas eu d'encéphalopathie de Gayet Wernicke.

Nos résultats montrent une utilisation de l'acupuncture à 10% et plus de la moitié a bénéficié des points 6MC et 12VC, comme le préconise Hye et Young [13]. En effet, l'innocuité de l'acupuncture est démontrée et, même si sa réelle efficacité ne peut être prouvée, il existe toujours un effet placebo [13]. Cette méthode n'est pas un

traitement de première intention, mais elle peut venir en complément d'antiémétiques efficaces, pour un meilleur confort de la patiente.

26,9% de notre population a bénéficié d'une **prise en charge psychologique**.

Ce suivi a été systématique chez toutes les femmes qui ont décidé d'une IVG après l'apparition des vomissements. Dans les autres cas, ce recours est plus faible mais reste majoritaire :

- 62% chez les femmes ayant des antécédents psychologiques.
- 64% chez les femmes ambivalentes sur leur désir de grossesse
- 52% des femmes ayant mal supporté l'hospitalisation (déprime, pleurs, angoisse...selon les transmissions).

Le suivi psychologique paraît avoir une place prépondérante pour les patientes, afin d'appréhender leur détresse et les aider à comprendre leurs sentiments d'ambivalence entre le désir et le refus de cette grossesse [1 ; 14]. Ce pourcentage de prise en charge semble assez positif, mais pourrait s'accroître.

La prise en charge diététique n'a concerné que 6,9% des patientes. Mais il existe un biais quant à cette donnée car des conseils diététiques peuvent être apportés aux femmes hospitalisées sans trace écrite dans les dossiers. Aucune d'entre elles ne s'est vu proposer un suivi spécifique avec une diététicienne, notamment les 3 patientes, considérées comme anorexiques.

Sur 37 patientes ayant pris moins de 7 kg, ou même ayant perdu du poids, seulement 8% ont profité d'un suivi avec une diététicienne.

En conséquence, nous remarquons que l'alimentation détient une place négligeable dans la prise en charge globale des femmes souffrantes.

Pourtant, les personnels de santé ont un grand rôle à jouer :

- Pendant une hospitalisation, les femmes devraient recevoir de bons conseils pour « réapprendre » à s'alimenter normalement et éviter que ces vomissements ne récidivent après le retour à domicile. Dans certains cas, comme des antécédents d'anorexie mentale, un suivi diététique, tout au long de la grossesse devrait être proposé.

- En ambulatoire, et dès le début de grossesse, les sages femmes libérales, de PMI et les médecins traitants ont un rôle prépondérant. Des conseils alimentaires de qualité devraient être le pilier du traitement de ces patientes en difficulté avec la nourriture. L'entretien du 4^{ème} mois pourrait donner lieu à des conseils personnalisés et à la remise d'une brochure pour éviter les nausées et vomissements :

NAUSEES ET VOMISSEMENTS DU DEBUT DE GROSSESSE :

COMMENT Y ECHAPPER ?

Comme 50 à 80% des femmes enceintes au premier trimestre vous êtes sujettes aux nausées et vomissements ?

Voici les 10 règles d'or à observer pour les éviter :

- ✓ Préférez manger en petite quantité mais fréquemment dans la journée (toutes les 2 – 3h)
- ✓ Prenez un petit encas avant de vous lever (ne jamais avoir l'estomac vide)
- ✓ Evitez de vous coucher juste après un repas
- ✓ Mangez avec plaisir et évitez tous les aliments qui vous donnent des nausées
- ✓ Evitez de manger des plats épicés, trop gras ou trop riches
- ✓ Préférez les aliments froids
- ✓ Buvez beaucoup (eau, jus de fruits, bouillon,...) tout le long de la journée (au moins 1,5 L par jour), par contre limitez les quantités durant les repas
- ✓ Prenez du repos, car la fatigue aggrave les nausées et vomissements
- ✓ Evitez les endroits mal ventilés (fumée de cigarette, odeurs de cuisson, parfum...)
- ✓ N'hésitez pas à consulter votre médecin traitant si :
 - Vos symptômes persistent
 - Vous perdez du poids
 - Vous vomissez plus de 4 fois par jour
 - Vous vomissez du sang
 - Si vous êtes angoissée

CONCLUSION

L'hyperémèse gravidique reste une pathologie peu connue, tant sur les facteurs favorisants que sur la physiopathologie. De même, les modalités de prise en charge ne sont pas sujettes à des consensus bien définis.

En premier lieu, nous avons réalisé un profil type des patientes à risque. Nous retrouvons surtout des femmes jeunes, avec un IMC normal, non fumeuses, citadines et souvent récidivistes. Ces femmes présentent fréquemment des antécédents obstétricaux de type FCS ou IVG et un passé psychologique particulier.

Nous avons mis en évidence qu'il existe une grande variété dans la prise en charge médicamenteuse. Les prescriptions ne sont pas toujours en accord avec la littérature. Les dosages des spécialités pourraient être mieux adaptés au traitement de l'hyperémèse gravidique.

Un suivi psychologique semble très important et permettrait peut être d'éviter des récives lors de grossesses ultérieures surtout chez les patientes à risque.

Les femmes correspondant au profil devraient avoir des conseils alimentaires dès le début de leur grossesse afin de prévenir l'apparition de nausées et vomissements.

Contrairement à la littérature, notre étude ne retrouve pas de conséquences réellement néfastes sur la mère, le fœtus ou le nouveau-né, à part le retentissement psychologique des hospitalisations et une très légère augmentation du risque d'accouchement prématuré.

Nos données sont donc rassurantes et nous ne devons pas, à priori, considérer ces grossesses et ces accouchements comme à risque. Cependant des études de plus grandes cohortes pourraient être réalisées pour confirmer nos résultats.

BIBLIOGRAPHIE



Articles

1. Arsenault MY., Lane CA. Prise en charge des nausées et vomissements Durant la grossesse. J Obstet Gynaecol Can 2002; 24(10): 824-31
2. Bagis T, Gumurdulu Y, Kayaselcuk F et al. Endoscopy in hyperemesis gravidarum and Helicobacter Pylori infection. Int Gynaecol Obstet 2002; 79(2): 105-109
3. Bober SA, McGill AC, Tunbridge WMG. The thyroid function in Hyperemesis gravidarum. Acta Endocrinol 1986; 111: 404-410
4. Bouillon R, Naesens M, Van Assche FA, et al. Thyroid function in patients with hyperemesis gravidarum. Am J Obstet Gynecol 1982; 143: 922-926
5. Chiossi G, Neri I, Cavazzuti M, et al. Hyperemesis gravidarum complicated by Wernicke encephalopathy : background, case report, and review of the literature. Obstet Gynecol Surv 2006; 61(4): 255-268
6. Depue RH, Bernstein L, Ross RK et al. Hyperemesis gravidarum in relation to estradiol levels, pregnancy outcome, and other maternal factors: a seroepidemiology study. Am J Obstet Gynecol 1987; 156(5): 1137-1141
7. Dimenhydrinate In : Briggs GG et coll. Drugs in pregnancy and lactation 5eme ed, Williams and Wilkins, Baltimore 1998 ; 340-341
8. Dodds L, Fell DB, Joseph KS, Allen VM, Butler B. Outcomes of pregnancies complicated by hyperemesis gravidarum. Obstet Gynecol. 2006 Feb;107(2 Pt 1): 285-92
9. Ducarme G., Châtel P., Luton D. Vomissements incoercibles de la grossesse. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Gynécologie/Obstétrique, 5-033-A-10, 2007
10. Eliakim R, Abulafia O, Sherer DM. Hyperemesis gravidarum: a current review. American journal of perinatology. 2000;17(4):207-18

11. Fell DB, Dodds L, Joseph KS, Allen VM, Butler B. Risk factors for hyperemesis gravidarum requiring hospital admission during pregnancy. Obstetrics and gynecology 2006 Feb; 107(2 Pt 1): 277-84
12. Gill SK, Einarson A. The safety of drugs for the treatment of nausea and vomiting of pregnancy. Expert opinion on drug safety 2007 Nov; 6(6): 685-94
13. Hye SS, Young AS, Sunhee S. Effect of Nei-Guan point (P6) acupressure on ketonuria levels, nausea and vomiting in women in women with Hyperemesis gravidarum.
14. Ismail SK., Kenny L. Review on hyperemesis gravidarum. Best practice & research. Clinical gastroenterology. 2007; 21(5): 755-69
15. Jacoby EB, Porter KB. Helicobacter Pylori infection and persistent Hyperemesis. American Journal of Perinatology 1999; 16: 85-88
16. Karpel L, Gmeline C. L'approche psychologique des vomissements incoercibles gravidiques. Journal de Gynecologie Obstetrique et Biologie de la Reproduction 2004 ; 33 ; 623-631
17. Lagiou P, Tamimi R, Mucci LA et al. Nausea and vomiting in pregnancy in relation to prolactin, estrogens and progesterone : a prospective study. Obstetrics and gynecology 2003; 101(4): 639-6344
18. Larrey D, Rueff B, Feldman G, Degott C, Danan G, Benhamou JP. Recurrent jaundice caused by recurrent hyperémèse gravidarum. Gut 1984; 25: 1414-1415
19. Mazzotta P, Magee LA. A risk-benefit assesment of pharmacological and non pharmacological treatments for nausea and vomiting of pregnancy. Drugs 2000; 50 (4): 781-800
20. McKeigue PM et coll. Bendectin and birth defects : A meta analysis of the epidemiologic studies. Teratology 1994; 50: 27-37

21. Morali JA, Braverman DZ. Abnormal liver enzymes and ketonuria in Hyperemesis gravidarum: a retrospective review of eighty patients. Journal Clinics of Gastroenterology 1990; 12: 303-305
22. Nausées et vomissements de la grossesse. La revue Prescrire 2001 ; 21(223) : 838-846
23. Orazi G, Dufour PH, Puech F. Jaundice induced by Hyperemesis gravidarum. Int J Gynecol Obstet 1998; 61: 181-183
24. Robertson C, Millar H. Hyperamylasemia in bulimia nervosa and hyperemesis gravidarum. Int J Eat Disorder 1999; 26; 223-227
25. Seto A et coll. Pregnancy outcome following first trimester exposure to antihistamines: meta-analysis. American Journal of Perinatology 1997; 14(3): 119-124
26. Valbo A, Jerve F. A study of thyroid hormones in women suffering from vomiting in pregnancy. Acta Eur Fertil 1987; 18: 381-383
27. Wallstedt A, Riely CA, Shaver D, et al. Prevalence and characteristics of liver dysfunction in Hyperemesis gravidarum. Clin Res 1990; 38: 970-972
28. Wilson R, McKillop JH, MacLean M, et al. Thyroid function test are rarely abnormal in patients with severe hyperemesis gravidarum. Clin Endocrinol 1992; 37: 331-334

Memoire

29. Berchon C. L'hyperemesis gravidarum. Etude retrospective d'une série de 30 patientes traitées et suivies à la maternité Pellegrin de 1998 à 2004. CHU Bordeaux 2. 2005

Sites internet

30. <http://www.drdjs-haute-normandie.jeunesse-sports.gouv.fr>
31. <http://www.lecrat.org/sommaireFR.php3>
32. <http://www.passeportsante.net>
33. <http://www.pharmacorama.com/Rubriques/Generalites.php>
34. <http://www.sante.gouv.fr/>
35. http://www.sogc.org/index_f.asp Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada
36. <http://www.vidal.fr>
37. <http://www.wikipedia.fr>

Divers

38. CREDES (Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé)
39. CNGOF (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français)