

Durant la grossesse

NAUSÉES ET VOMISSEMENTS

Comment les traiter ?

Les obstétriciens et gynécologues canadiens et américains adoptent des directives cliniques.

PAR **MARIE JOSÉE BEAULIEU**, INF., MSN, CPNP-PC.

Les nausées et les vomissements sont des symptômes présents dans 50 % à 90 % des grossesses. De plus, près d'une femme enceinte sur 100 souffre d'une forme grave de ce trouble de grossesse. L'*hyperemesis gravidarum* se définit comme des nausées et vomissements persistants qui entraînent une perte de plus de 5 % du poids de la mère au début de sa grossesse.

Il provoque la déshydratation, un déséquilibre électrolytique et une cétonurie. Assurément, l'*hyperemesis gravidarum* nécessite des interventions médicales en raison des risques qu'il représente pour la mère et, éventuellement, pour le fœtus.

Même sous leur forme moins grave, les nausées et vomissements de la grossesse (NVG) ont d'importantes répercussions socioéconomiques pour la femme enceinte. Ils diminuent sa qualité de vie et gênent ses relations interpersonnelles. Ils nuisent au développement de son sentiment d'attachement au fœtus. Et financièrement, ils multiplient ses absences au travail et ses consultations médicales.

Malgré l'importance de leur impact, on hésite encore à traiter les NVG de façon agressive. La tragédie de la thalidomide et, plus récemment, le retrait volontaire du Bendectin (vitamine B₆ et doxylamine combinées) par crainte d'effets tératogènes, ont certainement accru la méfiance de certains professionnels et de leurs patientes par rapport à l'approche pharmacologique. Or, nombreuses sont les recherches ayant démontré l'efficacité et la sécurité de nombreuses molécules dans le traitement des NVG.



© Vitaly Valua / Pixmac

SYMPTÔMES

On ne comprend pas très bien la cause des NVG. Plusieurs facteurs pourraient être en cause, notamment le placenta. Avant d'aborder un traitement, il est prudent de bien comprendre l'étiologie des symptômes. Il faut ainsi éliminer toutes les autres causes possibles de nausées et de vomissements, par exemple les problèmes de nature gastro intestinale, génito-urinaire, métabolique, toxique, ou encore liés au système nerveux central.

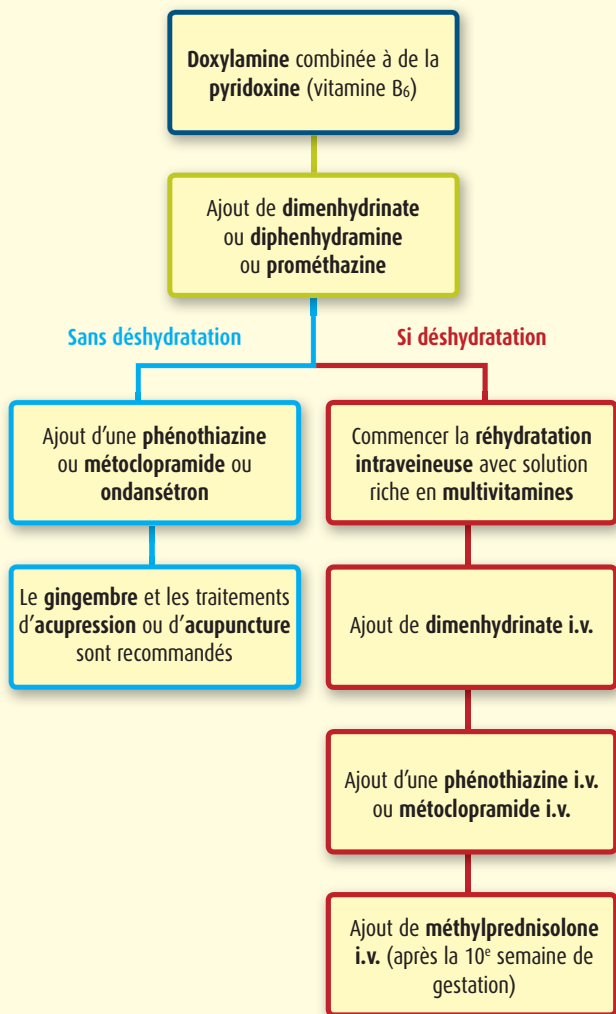
Les NVG apparaissent dans les quatre premières semaines de gestation et atteignent un pic vers la neuvième semaine de la grossesse. La majorité des futures mères voient leurs symptômes disparaître après la vingtième semaine. Des nausées et vomissements qui commencent après le deuxième mois de grossesse sont donc très rares et doivent inciter à poursuivre l'enquête étiologique.

Les NVG graves nécessitent des interventions à cause des risques qu'ils représentent pour la mère et pour le fœtus.

TRAITEMENTS

Afin de soulager les femmes souffrant de NVG et d'éviter les complications, l'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) et la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

LE TRAITEMENT



(SOGC) ont adopté des directives cliniques. Le tableau ci-dessus présente l'arbre décisionnel selon ce qui est proposé par ces experts. Le traitement doit commencer dès la pose du diagnostic afin de permettre une maîtrise rapide des symptômes. La prise de doxylamine (10-25 mg) et de pyridoxine (10-25 mg) combinées trois fois par jour, soit une dose au lever, une seconde à mi-journée et une double dose au coucher, constitue le traitement de référence étant donné son efficacité et son innocuité. S'il est inefficace, l'ajout de dimenhydrinate (50-100 mg q : 4-6 h), ou de diphenhydramine (25-50 mg q : 8 h), ou encore de prométhazine (5-25 mg q : 6 h) est alors recommandé.

Dans les cas les plus graves, il est possible que les nausées et les vomissements persistent à ce stade de traitement. Il est alors important d'évaluer s'il y a ou non présence de déshydratation, car cela modifie la suite du traitement. Ainsi, en cas de symptômes persistants sans déshydratation, la recommandation consiste à ajouter une phénothiazine telle que la prochlorpérazine (5-10 mg q : 6 h) ou la prométhazine (25 mg q : 4-6 h). Une autre option propose l'ajout du métoprolamide (10 mg q : 6 h) ou du ondansétron

(4-8 mg q : 6 h). L'avantage de tous ces médicaments est qu'ils peuvent être administrés par voie orale ou intramusculaire.

En présence de déshydratation, il est primordial d'amorcer le traitement de réhydratation le plus rapidement possible. Le remplacement liquidien intraveineux doit contenir des multivitamines afin d'éviter des complications rares, mais potentiellement sérieuses, dues à une carence en vitamines B₁, B₆ et/ou B₁₂. De plus, on recommande l'administration intraveineuse de 50 mg de dimenhydrinate aux 4 à 6 heures. Si les résultats ne sont pas optimaux, l'ajout de doses intraveineuses de prochlorpérazine (5-10 mg q : 6-8 h), ou de prométhazine (12,5-25 mg q : 4-6 h), ou encore de métoprolamide (5-10 mg q : 8 h) est alors indiqué.

Finalement, si les NVG demeurent graves même après l'administration des traitements proposés, la méthylprednisolone s'avère souvent très efficace en doses de 16 mg i.v. q : 8 h pour une période de trois jours ; cette dose sera réduite progressivement sur une période de deux semaines. Cependant, il est déconseillé d'administrer des stéroïdes avant la dixième semaine de gestation en raison du risque plus élevé de fissure labio-palatine pour le bébé.

DES OPTIONS

Dans les cas moins graves de NVG, lorsque les futures mères hésitent à entreprendre un traitement pharmacologique, certaines options peuvent être bénéfiques. Ainsi, on suggère le repos aux futures mères surtout durant le premier trimestre. Elles doivent aussi manger plus fréquemment mais en plus petites quantités et éviter les substances irritantes. Le gingembre semble avoir des propriétés antiémétiques. On recommande toutefois de s'en tenir à une dose quotidienne maximale de 1 g car l'innocuité de doses plus importantes pendant la grossesse n'a pas été établie. Finalement, des études avancent que la stimulation du point P6 (situé au niveau du poignet) par acupuncture ou acupression permet aussi de soulager les NVG.



Les NVG affectent une proportion importante de femmes enceintes. En étant mieux informées sur les options de traitements, pharmacologiques et non pharmacologiques, les infirmières pourront aider leurs patientes et évaluer leurs réponses aux interventions mises en place. ■

L'auteure est conseillère à la Direction scientifique à l'OIIQ.

Bibliographie:

- Arsenault, M-Y., C.A. Lane, C.J. MacKinnon, E. Bartellas, Y.M. Cargill, M.C. Klein *et al.* « The management of nausea and vomiting of pregnancy », *Journal of Obstetrics and Gynaecology of Canada*, vol. 24, n° 10, oct. 2002, p. 817-833.
- Niebyl, J.R. « Nausea and vomiting in pregnancy », *The New England Journal of Medicine*, vol. 363, n° 16, 14 oct. 2010, p. 1544-1550.
- Smith, C., C. Crowther, K. Wilson, N. Hotham et V. McMillian. « A randomized controlled trial of ginger to treat nausea and vomiting in pregnancy », *Obstetrics and Gynecology*, vol. 103, n° 4, avril 2004, p. 639-645.
- Steele, N.M., J. French, J. Gatherer-Boyles, S. Newman et S. Leclair. « Effect of acupressure by Sea-Bands on nausea and vomiting of pregnancy », *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, vol. 30, n° 1, janv./févr. 2001, p. 61-70.