

# Nausées et vomissements chez la femme enceinte

Dr<sup>s</sup> SAGARA WIJAYASINGHE<sup>a</sup>, ALEXANDRE BENTVELZEN<sup>a</sup>, CÉCILE GUENOT<sup>b</sup> et JETON MURTEZI<sup>a</sup>

Rev Med Suisse 2018; 14: 1397-400

**Les nausées et vomissements au premier trimestre de grossesse sont des manifestations fréquentes et donc à risque d'être banalisés par les femmes comme par les soignants. Mal contrôlés initialement, ils sont à risque d'évoluer vers une forme sévère, avec une morbidité maternelle et/ou fœtale non négligeable, et impliquer des conséquences en matière de santé publique. Les formes sévères de nausées et vomissements de grossesse (hyperémèse gravidique) sont des diagnostics cliniques avec des manifestations aspécifiques et des complications biologiques, voire métaboliques, sur la mère comme sur le fœtus. Plusieurs lignes de traitement existent, qui ont montré leur efficacité et leur innocuité. Instaurés précocement, ils préviennent l'évolution vers des formes graves.**

## Nausea and vomiting in pregnancy

*Nausea and vomiting in early pregnancy is a common condition at risk to be minimized by women or care providers. If not treated in the early stages, it can evolve to a severe condition with a morbidity risk for the mother and/or the fetus, and expose to public health consequences. Severe forms of nausea and vomiting and hyperemesis gravidarum are a clinical diagnosis with nonspecific manifestations in addition to biologic and metabolic consequences for mother and/or child. Safe and effective treatments can prevent severe consequences if used in an early stage of symptoms.*

## INTRODUCTION

Les nausées et vomissements sont fréquents au premier trimestre de grossesse, affectant environ 85% des femmes enceintes.<sup>1</sup> Ils atteignent un pic à 9 semaines de grossesse et dépassent rarement la 14<sup>e</sup> semaine.<sup>2</sup> En raison de leur fréquence, quel que soit le moment de la journée,<sup>3</sup> nausées et vomissements gravidiques (NVG) sont à risque d'être banalisés par les professionnels de santé, l'environnement familial ou les femmes enceintes elles-mêmes.<sup>4</sup> De plus, certaines patientes s'abstiennent de tout recours thérapeutique par peur des éventuels effets indésirables médicamenteux sur leur fœtus.<sup>5</sup> Or, non traités et persistants, les NVG peuvent être responsables d'une morbidité maternelle et/ou fœtale non négligeable,<sup>6</sup> alors que leurs traitements ont prouvé leur innocuité et leur efficacité. Ils préviennent par ailleurs les évolutions défavorables vers une forme sévère lorsqu'ils sont initiés à un stade précoce des symptômes. L'hyperémèse gravidique (HG) est la forme la plus sévère de NVG. Son incidence est de

0,3 à 2%. Elle reste un diagnostic clinique, caractérisé par des vomissements sévères incoercibles, une perte pondérale supérieure à 5% (poids avant la grossesse), une cétonurie, des anomalies électrolytiques et une déshydratation.<sup>7</sup>

NVG et HG constituent enfin un problème de santé publique en raison de leur impact sur la qualité de vie des femmes enceintes, les coûts de santé et l'absentéisme au travail. Ils constituent en effet la première cause d'hospitalisation durant le premier trimestre de grossesse.<sup>5</sup>

## PHYSIOPATHOLOGIE

L'étiologie exacte des NVG reste mal connue. Elle est probablement multifactorielle et combine des mécanismes d'ordre métabolique, environnemental, ethnique ou psychologique, sans qu'aucun n'ait été significativement identifié.<sup>6</sup> Sur le plan endocrinien, il existe un lien étroit entre le pic plasmatique d'hCG (*human chorionic gonadotropin*) et l'acmé des symptômes.<sup>5</sup> Les taux plasmatiques d'œstrogène semblent également jouer un rôle. L'impact des modifications endocriniennes en cours de grossesse sur la motilité gastro-intestinale et les fluctuations thyroïdiennes aurait également un effet sur la survenue des NVG.<sup>8</sup>

Parmi les facteurs de risque retenus dans la survenue de NVG et HG, une infection à *Helicobacter pylori* aurait un rôle dans la pathogenèse.<sup>9</sup> On retiendra aussi les antécédents de migraine, des antécédents familiaux génétiques ou personnels d'HG lors d'une précédente grossesse, une intolérance aux contraceptifs œstro-progestatifs, ainsi que le volume placentaire.<sup>5</sup>

Enfin, des facteurs protecteurs sont décrits, tels qu'un âge supérieur à 35 ans, le tabagisme et une grossesse avec un embryon de sexe masculin.<sup>10,11</sup>

## PRÉSENTATION CLINIQUE

Lors de formes légères à modérées de NVG, l'examen physique et biologique est habituellement normal. Les formes sévères peuvent se présenter avec des signes de déshydratation (muqueuses sèches, tachycardie, pli cutané, hypotension orthostatique, oligurie, changements psycho-comportementaux).

L'HG entraîne un déséquilibre hydrique, électrolytique et acido-basique, une carence nutritionnelle et une perte de poids.<sup>8</sup> Les anomalies biologiques peuvent comprendre une augmentation de la créatinine, l'urée, l'hématocrite et de la

<sup>a</sup> Service des urgences, CHUV, 1011 Lausanne, <sup>b</sup> Département Femme Mère Enfant, CHUV, 1011 Lausanne  
sagara.wijayasinghe@chuv.ch | alexandre.bentvelzen@chuv.ch  
cecile.guenot@chuv.ch | jeton.murtezi@chuv.ch

densité urinaire, ainsi qu'une cétonurie. Les perturbations électrolytiques impliquent une hyponatrémie, une hypokaliémie, une alcalose métabolique<sup>7</sup> et une pré-albumine abaissée.<sup>12</sup> On retrouve également fréquemment une perturbation des tests hépatiques et pancréatiques.<sup>13</sup>

Sur le plan endocrinien, une hyperthyroïdie est souvent présente en raison de l'effet stimulateur de la hCG sur la thyroïde. Les taux d'hormones thyroïdiennes se normalisent en général sans traitement, avec la baisse des bêta-hCG au cours du 2<sup>e</sup> trimestre.

### DIAGNOSTIC ET COMPLICATIONS

L'évaluation initiale de vomissements persistants comprend l'évaluation du poids, de la tension artérielle (TA) et de la fréquence cardiaque (FC). L'HG reste un diagnostic clinique, basé sur les symptômes et sur l'exclusion des autres causes possibles. Aucun test spécifique n'existe, mais il convient de rechercher un retentissement biologique des vomissements (tableau 1).

La persistance après neuf semaines de gestation de NVG doit faire rechercher un diagnostic différentiel (tableau 2) en s'appuyant avant tout sur l'anamnèse et l'examen clinique, puis sur d'éventuels examens complémentaires. Une échographie abdominale est ainsi souvent utile pour exclure une autre cause (lithiase vésiculaire, appendicite, pancréatite, etc.). L'échographie va également permettre de rechercher une gestation multiple ou une maladie trophoblastique qui peut être associée aux NVG. Si une gastropathie est suspectée, une endoscopie digestive haute est enfin envisageable.

#### Effets maternels des NVG

Les complications en termes de morbidité des NVG sévères et HG sont l'encéphalopathie de Wernicke, la rupture œsophagienne, le pneumothorax et la nécrose tubulaire aiguë.<sup>14</sup> L'encéphalopathie de Wernicke (carence en vitamine B1) peut être associée à une mortalité maternelle ou un handicap neu-

	TABLEAU 2	Diagnostiques différentiels des NVG et HG	
Pathologies gastro-intestinales		Gastroentérite Appendicite Hépatites Pancréatites Maladie ulcéreuse Maladie des voies biliaires Obstruction intestinale	
Pathologies génito-urinaires		Pyélonéphrite Calculs rénaux Torsion ovarienne Léiomyome utérin	
Troubles métaboliques		Acidocétose diabétique Maladie d'Addison Hyperthyroïdisme Hyperparathyroïdisme	
Troubles neurologiques		Migraines Lésion vestibulaire Tumeur du système nerveux central	
Pathologies obstétricales		Prééclampsie HELLP Syndrome	

rologique permanent dans ses formes graves.<sup>15</sup> Dans de rares cas enfin, certaines patientes souffrent d'une morbidité psychosociale importante, causée par des NVG et nécessitent une interruption de grossesse.

#### Effets fœtaux des NVG

Les NVG légers ou modérés ont peu d'effets fœtaux. Dans les cas sévères, des études ont montré une incidence plus élevée de faible poids et/ou taille de naissance et de prématurité.<sup>16</sup> Cependant, aucune association entre HG et mortalité périnatale ou néonatale n'a été démontrée à ce jour.<sup>17</sup>

### TRAITEMENTS

Le traitement des NVG commence par la prévention<sup>5</sup> puis par une approche pharmacologique précoce et efficace. Les traitements peuvent être classés en trois groupes (figure 1).

#### Traitements de première ligne

Ils comprennent la modification de l'hygiène de vie, en évitant l'exposition aux odeurs, aux aliments ou aux suppléments qui déclenchent les nausées<sup>18</sup> (aliments gras ou épicés, supplémentation en fer, etc.). Une alimentation et une hydratation fréquente en petites quantités sont recommandées.<sup>19</sup> La vitamine B6 (pyridoxine), le gingembre (poudre, comprimés, gélules ou sirop) ou un bracelet d'acupression, peuvent être initiés au début des symptômes.

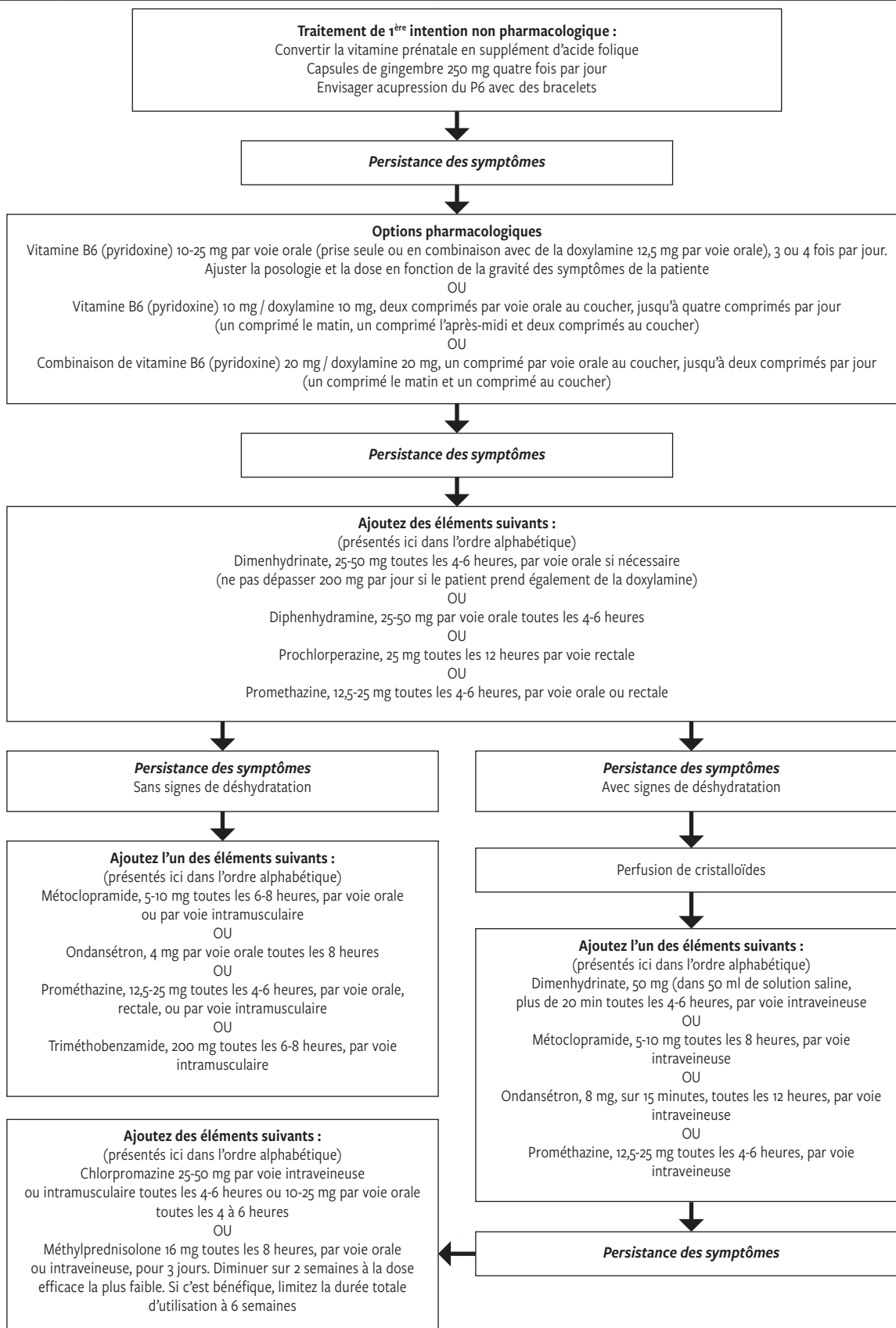
#### Traitements de deuxième ligne

Ils comprennent une gamme d'antiémétiques, tels que la combinaison vitamine B6/doxylamine, les antagonistes des récepteurs de la dopamine (métoclopramide), les antagonistes des récepteurs de la sérotonine 5-hydroxytryptamine type 3 (ondansétron). Ils améliorent efficacement les symptômes légers à modérés (niveau A, classe IIa).

	TABLEAU 1	Modifications des valeurs biologiques des NVG	
Sang		Hématocrite, hémoglobine ↑	
		Sodium ↓ potassium ↓ chlore ↓	
		Créatinine ↑, urée ↑	
		Transaminases ↑ (en général inférieures à 200 U/l), bilirubine ↑	
		Glucose sanguin ↓	
		TSH ↓, T4 ↑, T3 normale	
		Calcium ↑ (hyperparathyroïdie secondaire)	
		Protéines sériques ↓	
Urines		Corps cétoniques ↑	
		Densité urinaire ↑	
		Protéines ↑	
		Urobilinogène ↑	

**FIG 1** Algorithme de traitement des NVG<sup>1,5</sup>

NVG: nausées et vomissements gravidiques.



## Traitements de troisième ligne

Ils sont réservés aux femmes présentant des symptômes sévères et persistants, et sont initiés généralement en milieu hospitalier. Un traitement symptomatique intraveineux peut ainsi s'avérer nécessaire pour corriger la cétose, les troubles électrolytiques et la carence vitaminique.<sup>20</sup> Une alimentation entérale ou l'administration de corticostéroïdes ne sont utilisés que dans des cas exceptionnels.

## CONCLUSION

Les NVG sont une condition fréquente, mais susceptible d'affecter la santé d'une femme enceinte et de son fœtus. Ils peuvent diminuer la qualité de vie et contribuer de façon significative aux coûts des soins de santé. Les causes de ces manifestations restent globalement mal connues. Dans tous les cas, laisser les NVG s'installer rend les symptômes plus difficiles à contrôler par la suite. De fait, les NVG, bien que fréquents, ne doivent pas être banalisés, ni faire oublier la possibilité d'un diagnostic différentiel. Des traitements pré-

coces peuvent enfin prévenir les complications médico-socio-économiques et les formes graves, tout en ayant montré leur innocuité comme leur efficacité.

**Conflit d'intérêts:** Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

### IMPLICATIONS PRATIQUES

- Au-delà de leur caractère fréquent et potentiellement bénin, les nausées et vomissements de la femme enceinte au premier trimestre ne doivent pas être banalisés
- Des investigations cliniques et paracliniques sont parfois requises
- La prévention de l'évolution vers une forme plus sévère doit être précoce
- Des traitements précoces permettent de prévenir les complications médico-socio-économiques et les formes graves, tout en ayant montré leur innocuité comme leur efficacité

1 \*McParlin C, O'Donnell A, Robson SC, et al. Treatments for Hyperemesis Gravidarum and Nausea and Vomiting in Pregnancy: A Systematic Review. *JAMA* 2016;316:1392-401.  
 2 \*Bürki N, Meier R. Nausées, vomissements et hyperémèse gravidique. *Forum Med Suisse* 2010;10:242-6.  
 3 Karen G. Safety considerations surrounding use of treatment options for nausea and vomiting in pregnancy. *Expert Opin Drug Saf* 2017;16:1227-34.  
 4 Tan A, Lowe S, Henry A. Nausea and vomiting of pregnancy: Effects on quality of life and day-to-day function. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2018;58:278-90.  
 5 \*\*Nausea and Vomiting of Pregnancy. ACOG Practice Bulletin No. 189. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2018;131:e15-30.  
 6 Lee N, Saha S. Nausea and Vomiting of Pregnancy. *Gastroenterol Clin North Am* 2011;40:309-34.  
 7 Goodwin TM. Hyperemesis grava-

rum. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2008;35:401-17.

8 Verberg MF, Gillott DJ, Al-Fardan N, et al. Hyperemesis gravidarum, a literature review. *Hum Reprod Update* 2005;11:527-39.

9 Bagis T, Gumurdulu Y, Kayaselcuk F, et al. Endoscopy in hyperemesis gravidarum and *Helicobacter pylori* infection. *Int J Gynaecol Obstet* 2002;79:105-9.

10 Tan PC, Jacob R, Quek KF, et al. The fetal sex ratio and metabolic, biochemical, haematological and clinical indicators of severity of hyperemesis gravidarum. *BJOG* 2006;113:733-7.

11 Weigel MM, Weigel RM. The association of reproductive history, demographic factors, and alcohol and tobacco consumption with the risk of developing nausea and vomiting in early pregnancy. *Am J Epidemiol* 1988;127:562-70.

12 Jain SK, Shah M, Ransonet L, et al. Maternal and neonatal plasma transthyretin (prealbumin) concentrations and

birth weight of newborn infants. *Biol Neonate* 1995;68:10-4.

13 Fejzo MS, Ingles SA, Wilson M, et al. High prevalence of severe nausea and vomiting of pregnancy and hyperemesis gravidarum among relatives of affected individuals. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2008;141:13-7.

14 Di Gangi S, Gizzo S, Patrelli TS, et al. Wernicke's encephalopathy complicating hyperemesis gravidarum: from the background to the present. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2012;25:1499-504.

15 Togay-Isikay C, Yigit A, Mutluer N. Wernicke's encephalopathy due to hyperemesis gravidarum: an under-recognised condition. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2001;41:453-6.

16 Veenendaal MV, van Abeelen AF, Painter RC, et al. Consequences of hyperemesis gravidarum for offspring: a systematic review and meta-analysis. *BJOG* 2011;118:1302-13.

17 Vandraas KF, Vikanes AV, Vangen S, et

al. Hyperemesis gravidarum and birth outcomes-a population-based cohort study of 2.2 million births in the Norwegian Birth Registry. *BJOG* 2013;120:1654-60.

18 Broussard CN, Richter JE. Nausea and vomiting of pregnancy. *Gastroenterol Clin North Am* 1998;27:123-51.

19 Newman V, Fullerton JT, Anderson PO. Clinical advances in the management of severe nausea and vomiting during pregnancy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1993;22:483-90.

20 Giugale LE, Young OM, Streitman DC. Iatrogenic Wernicke encephalopathy in a patient with severe hyperemesis gravidarum. *Obstet Gynecol* 2015;125:1150-2.

\* A lire

\*\* A lire absolutement