

Zeitschrift: Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 109 (2011)

Heft: 11

Artikel: Options thérapeutiques face aux nausées de grossesse

Autor: Arnet, Isabelle / Hersberger, Kurt / Mandach-Schroeder, Ursula von

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-949960>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 12.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Editorial

Entre pharmacologie, ostéopathie, pédiatrie et obstétrique, voilà un numéro qui ne manquera pas de faire diversion!



On navigue entre deux eaux, un besoin évident d'avoir des réponses et celui tout aussi évident de donner des explications.

Certes, l'explication des phénomènes tient – heureusement – sa place dans le milieu médical, une évolution toujours nécessaire. Nous sommes loin de refuser l'évolution. Enfin, peut-on admettre que toutes les femmes enceintes qui souffrent de nausées et vomissements incoercibles de la grossesse ne sont plus étiquetées de névrosées. Une pathologie qui est loin d'être orpheline aujourd'hui! Surtout que ce n'est plus les nausées et vomissements qui poussent les femmes à faire un test de grossesse mais plutôt l'inverse. Les changements hormonaux et les modifications physiologiques mènent en bateau, et parfois au mal de mer, tout ça nous est écrit et nous permet de ne presque plus douter.

Comment une femme enceinte peut-elle trouver ses repères alors que tout chavire dans un pareil moment de vie? Comment la sage-femme peut-elle garder sa consistance? Quand même, c'est assez troublant! Le Dr Hugues Reynes, gynécologue, évoque dans son livre «Nouveaux parents, Nouveaux enfants», tous ses symptômes de la grossesse (émotivité, maux de dos, rythme, digestion, envies, fatigue) comme des signes qui s'ouvrent au temps de retournement vers soi. Un temps pour les écouter, les déculpabiliser et les aider, malgré tout, à s'intérioriser. Peut-être ici que le terme «écoeurants» devrait être banni du vocabulaire de la consultation puisque celui-ci, lié au «mal de cœur», se lie volontiers au psychisme.

L'hospitalisation pour les cas graves nécessite les soins de perfusion, équilibre électrolytique et parfois gavage. Tout est susceptible de rentrer dans l'ordre, déjà après un jour, vers une amélioration. La patiente est accrochée à sa couverture comme si cela l'empêchait de tangier, jusqu'au moment où la sage-femme entre dans la chambre s'approche et laisse alors planer au-dessus du lit l'odeur de son parfum «Flowers by Kenzo»... Trop tard: le bassin est caché dans la table de nuit...

Faut-il reconnaître la nature et le problème? De quoi rester sur sa faim!

Josée Bernard Delorme

Options thérapeutiques

Jusque 85% des femmes enceintes souffrent de nausées en début de grossesse^[1] et 25 autres % – en plus – de vomissements. Chez la plupart des femmes, les premiers signes de nausées de grossesse se manifestent dans les quatre premières semaines qui suivent la dernière menstruation et atteignent leur apogée à la 9^{ème} semaine environ. Dans 60% des cas, tous les symptômes disparaissent après le premier trimestre; dans 91% des cas après la 20^{ème} semaine de grossesse^[1].

Jusqu'à présent, la cause des nausées et vomissements de grossesse (Nausea and Vomiting in Pregnancy, NVP) reste inconnue. Le tableau clinique des NVP est étroitement corrélé à la montée de la choriogonadotropine humaine (hCG)^[1]. On pense que la hCG stimule la production d'œstrogène des ovaires ou du placenta. L'œstrogène renforce le risque de nausées et de vomissements. Une grossesse multiple est associée à des taux plus élevés de hCG et à un risque accru de souffrir de NVP.

En revanche, les nausées et vomissements de grossesse sont moins fréquents chez les femmes plus âgées, chez les multipares ainsi que chez les femmes qui continuent à fumer durant leur grossesse. Cette observation pourrait être liée à un volume plus petit du placenta chez ces femmes. Dans une petite étude de cas-contrôles, il a été mis en outre en évidence un risque accru d'infection par *Helicobacter pylori* (évidence C)^[2]. Comme autre

facteur de risque, il faut aussi considérer le manque de vitamine B, ce qui peut être compensé par des vitamines du complexe B^[3]. Bien que les NVP puissent être soignés en partie avec succès grâce à l'hypnose, l'hypothèse d'un rôle des facteurs psychosociaux comme cause des NVP n'est cependant pas encore confirmée^[3].

Vomissements incoercibles de grossesse (Hyperemesis gravidarum, HG)

Les vomissements incoercibles de grossesse sont caractérisés par des vomissements persistants (5 à 10 fois par jour) et concernent environ un pour-cent de toutes les femmes enceintes. Les conséquences immédiates de l'HG sont la perte de poids supérieure à 5%, des troubles électrolytiques et métaboliques (hypokaliémie, cétonurie) et une déshydratation^[4]. En conséquence, l'HG doit être traité par apport d'électrolytes et de liqui-



Dr Isabelle Arnet*
(membre SAPP)



Pr D' Kurt Hersberger*



Pr D' pharm. Ursula von Mandach-Schroeder**
(Présidente SAPP)

* Pharmaceutical Care Research Group, Département de science pharmaceutique, Université de Bâle
** Obstétrique, pharmacologie périnatale, Hôpital universitaire de Zurich

www.sapinfo.ch (Le site de l'Association suisse de pharmacologie périnatale ASSP n'est disponible qu'en allemand et en anglais).

face aux nausées de grossesse

de ainsi que par une nutrition parentérale. En l'absence de traitement se développent chez la mère des neuropathies périphériques (manque de vitamines B6 et B12) et une encéphalopathie de Wernicke² (manque de vitamine B1). Dans la littérature, 20 cas de grossesses avec HG ont jusqu'à présent été décrits – dont la moitié avec un enfant sain à la naissance^[5]. Avec traitement, l'HG n'a eu aucun dommage – ni pour la mère ni pour l'enfant^[6]. L'HG doit être distingué d'autres pathologies associées à des vomissements incoercibles, comme par exemple l'appendicite, l'hépatite, la pancréatite ou la pyélonéphrite. La fièvre, des maux de ventre ou de tête sont atypiques en cas d'hyperemesis chez la femme enceinte. Le diagnostic sera finalement posé par un médecin grâce des analyses de laboratoire.

Traitements et faits probants

Le traitement des NVP est symptomatique. Certaines odeurs, certains aliments ou additifs alimentaires (par exemple, des repas riches en graisse ou trop épices, des suppléments de fer) qui peuvent provoquer des nausées, sont à éviter. La tradition recommande aux femmes enceintes de fractionner leurs prises de repas en de petites portions plus fréquentes durant la journée, de boire davantage et de manger une biscotte avant de se lever afin d'éviter d'avoir l'estomac vide. Il n'existe toutefois aucune donnée confirmée au sujet d'un régime à privilégier en cas de vomissements de grossesse. Seule une étude avec 14 femmes enceintes souffrant de nausées a pu montrer qu'une alimentation riche en protéines permettait de réduire davantage les nausées qu'une alimentation équivalente en calories mais composée de glucides et de graisses^[7].

Environ 10% des femmes enceintes souffrant de NVP ont besoin d'un traitement pharmaceutique. Le plus souvent, il s'agit d'antiémétiques, tels que la méclozine, la vitamine B6, le métoclopramide, la chlorpromazine, l'extrait de gingembre ainsi que, dans les cas extrêmes, l'odansétron, la dompéridone et les corticostéroïdes^[6]. Les antiémétiques agissent comme placebo^[8]. Le choix entre les préparations approuvées en Suisse pour l'indication « vomissements de grossesse » se limite à: Itinerol® B6 (méclozine), Benadon® et la vitamine B6 Streuli. La méclozine, un antagoniste des récepteurs H1,

Tableau 1: Options médicamenteuses en cas de nausées et vomissements de grossesse^[6,13]

Substances actives (produit)	Doses	Préférence
Pyridoxine (Vitamine B6)	10–25 mg toutes les 8 h.	1 ^{er} choix
Méclozine (Itinerol®)	20 mg max. 4x/j	1 ^{er} choix
Extrait de gingembre (Zintona®)	200–500 mg 3x/j	2 ^{ème} choix*
Métoclopramide (Paspertin® Primperan®)	10–30 mg max. 4x/j	2 ^{ème} choix
Chlorpromazine (Chlorazin® Gtts)	6.25 mg 1–4x/j	2 ^{ème} choix
Ondansétron (Zofran®)	4–8 mg 2–3x/j	3 ^{ème} choix, réserve
Dompéridone (Motilium®)	10–20 mg 3x/j	Réserve

* ou 1^{er} choix selon^[6]

est un médicament de premier choix. En effet, on a observé une embryotoxicité dans les recherches sur les animaux, mais celles-ci n'étant pas réalisables chez les humains, l'administration américaine s'occupant des denrées alimentaires et des médicaments (Food and Drug Administration – FDA) l'a autorisée en 1979 pour les cas de grossesse^[8]. Entre-temps, plusieurs études épidémiologiques englobant plusieurs milliers de cas de grossesse – entre autres venant du registre suédois des naissances^[9] – n'ont révélé aucun risque tératogène.

Une étude récente Cochrane Review^[10] a repris et analysé 27 recherches randomisées et contrôlées avec 4041 femmes enceintes qui avaient été traitées contre les nausées et les vomissements en début de grossesse avec la vitamine B6, un antiémétique, un prokinétique, du gingembre ou sans médicament (acupressure, acustimulation, acupuncture). Les auteurs concluent à une faible évidence pour toutes les interventions en raison d'un manque d'homogénéité des études.

Le gingembre (9 études) a été comparé à un placebo (4 études, N= 283), à la vitamine B6 (4 études, N= 624), à la dimenhydrinate (1 étude, N=170). Il semble que, comparé au placebo, le gingembre réduise l'intensité des épisodes de nausée/vomissements après 6 à 9 jours, la vitamine B6 après 3 jours^[10]. En raison de données trop restreintes, la comparaison avec le dimenhydrinate n'a pas pu être établie. Jusqu'à présent, aucun effet tératogène n'a été démontré pour le gingembre^[6]. Selon un texte du Compendium 1998, le seul produit délivré en Suisse (Zintona®) doit être utilisé avec précaution durant la grossesse^[11].

Les données à disposition sont néanmoins trop restreintes.

L'efficacité de la vitamine B6 (pyridoxine) pour le traitement des nausées – mais pas pour celui des vomissements – a été établie lors de deux essais contrôlés cas-placebo avec 416 femmes^[10]. La vitamine B6 est recommandée par l'American College of Obstetrics and Gynecology (ACOG)^[6,12] comme traitement de premier choix.

L'antiémétique le plus utilisé est le métoclopramide, de la classe des antagonistes de la dopamine. Il est considéré comme sûr en cas de grossesse^[8].

La chlorpromazine est utilisée avec succès en cas d'hyperemesis gravidum. Durant plusieurs années d'utilisation, aucun effet tératogène n'a été constaté^[6]. Toutefois, le potentiel tératogène n'est pas clairement fixé dans les études et l'évidence est modérée^[10].

Ce qu'il faut retenir

La cause des nausées de grossesse n'est pas clairement établie, mais elle est vraisemblablement liée à un fort taux de hCG (choriogonadotropine humaine). Elle concerne jusqu'à 85% des femmes enceintes et durent très rarement au-delà de la 14 semaine de grossesse. La forme grave des nausées de grossesse (Hyperemesis gravidarum) ne concerne qu'un

¹ La choriogonadotropine humaine (en abrégé: hCG) est une peptihormone (plus exactement une gonadotropine) qui est produite durant une grossesse par le placenta humain (sous l'influence des choriions), et est responsable du maintien de la grossesse.

² L'encéphalopathie de Wernicke (du nom de Carl Wernicke, 1848–1905) est une maladie dégénérative du cerveau à l'âge adulte. Elle est causée avant tout par un déficit de vitamines (syndrome de malabsorption).

Formation FSSF

Sages-femmes et médicaments

Pour rappel, un cours est organisé à deux reprises, en avril 2012 et en mai 2013, avec le Dr Christian Repond, pharmacien FPH, Bulle. Ce cours a pour objectif d'approfondir le savoir sur les médicaments utilisés dans le cadre de l'activité de la sage-femme.

pour-cent de toutes les femmes enceintes et nécessite souvent une hospitalisation. Le traitement des nausées de grossesse est symptomatique. Il comprend, selon le degré de gravité, des mesures diététiques et médicamenteuses.

En automédication, les traitements de premier choix sont les suivants: Vitamine B6 (10–25 mg p.o. 3–4x/j) ou méclozine (20–25mg max. 4x/j combinée avec la vitamine B6 comme Itinerol B6®).

Sans aucune amélioration, on conseille surtout chez la femme enceinte (6): Extrait de gingembre (200–500 mg p.o. 3x/j, 2^{ème} choix). Metoclopramide (10–30 mg p.o. 4x/j) et/ou chlorpromazine (6.25 mg p.o. 1–4x/j).

Traduction: Josianne Bodart Senn

Références

- [1] Gadsby R., Barnie-Adshead A., Jagger C. (1993). A prospective study of nausea and vomiting during pregnancy. *Br J Gen Pract*, 43, 245–248.
- [2] Golberg D., Szilagyi A., Graves L. (2007). Hyperemesis Gravidarum and Helicobacter pylori Infection: A systematic review. *Obstet Gynecol*, 110, 695–703.
- [3] Niebyl JR. (2010). Nausea and Vomiting in Pregnancy. *N Engl J Med*, 363, 1544–1550.
- [4] Goodwin TM. (1998). Hyperemesis Gravidarum. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 41, 597–605.
- [5] Gárdián G., Vörös E., Járdánházy T., Ungureán A., Vécsei L. (1999). Wernicke's encephalopathy induced by hyperemesis gravidarum. *Acta Neurologica Scandinavica*, 99, 196–198.
- [6] Bürki N., Meier R. (2010). Nausea, Emesis und Hyperemesis gravidarum. *Schweiz Med Forum*, 10, 242–246.
- [7] Jednak MA., Shadigan EM., Kim MS., et al. (1999). Protein meals reduce nausea and gastric slow wave dysrhythmic activity in first trimester pregnancy. *American Journal of Physiology – Gastrointestinal and Liver Physiology*, 277, G855–G861.
- [8] Magee LA., Mazzotta P., Koren G. (2002). Evidence-based view of safety and effectiveness of pharmacologic therapy for nausea and vomiting of pregnancy (NVP). *Am J Obstet Gynecol* 2002, 186, S256–261.
- [9] Asker C., Norstedt Wikner B., Källén B. (2005). Use of antiemetic drugs during pregnancy in Sweden. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 61, 899–906.
- [10] Matthews A., Dowswell T., Haas D., Doyle M., O'Mathúna D. (2010). Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy (Review). *Cochrane Database Syst Rev*.
- [11] Persönliche Mitteilung der Firma Chrisana (23.12.2010).
- [12] American College of Obstetricians and Gynecologists. (2005). ACOG Practice Bulletin: Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists, Number 69, December 2005 (replaces Practice Bulletin Number 25, March 2001). *Emergency contraception*. *Obstet Gynecol*, 106, 1443–1452.
- [13] Anonymous. Arzneimittelkompendium der Schweiz 2011. Basel: Documed AG, www.kompendium.ch.

Dominique Bayot et Gilles Faron

Pharmacologie pour les sages-femmes

De Boeck, Bruxelles, 2011,
182 p., ISBN = 2-8041-6328-0

Les deux médecins belges qui ont rédigé cet abrégé de pharmacologie rappellent en introduction les progrès considérables de la médecine du XX^e siècle et ils ajoutent (p. 11) que: «Malheureusement, cette évolution s'est parfois accompagnée d'une certaine déshumanisation, déroutant les parturientes qui avaient du mal à percevoir la véritable sécurité dont elles bénéficiaient. On a alors vu naître des mouvements pseudo-écologiques qui, plaidant pour un «retour à la nature» s'inspirait plus de la théorie du «bon sauvage» de Jean-Jacques Rousseau que d'une médecine rationnelle, ont développé des comportements à risques inacceptables. Les médecins, dans leur orgueilleuse fierté, ont mal communiqué et portent une part de responsabilité dans ces déviations. Celles-ci se sont surtout développées dans certains

milieux de paramédicaux qui avaient tendance à apporter une mauvaise réponse à une bonne question».

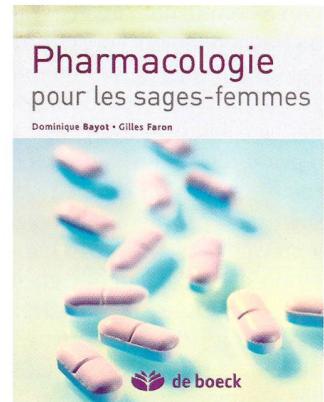
C'est ainsi que les auteurs veulent corriger le tir et initier consciencieusement les sages-femmes (en formation initiale – le Dr Dominique Bayot enseigne lui-même la pharmacologie aux sages-femmes à Bruxelles – ou en formation continue) pour apporter une meilleure réponse à cette bonne question de la déshumanisation de l'obstétrique.

Le titre pourrait faire penser que l'ouvrage ne traite que des prescriptions que les sages-femmes sont autorisées à faire. Il n'en est rien. Ces autorisations varient d'ailleurs d'un pays à l'autre. Il s'agit plutôt de considérer qu'au moment de la conception de l'enfant (qui se fait toujours plus tard dans nos pays européens: en Suisse, la moyenne d'âge des primipares a passé récemment le cap des trente ans), les femmes sont déjà traî-

tées pour toutes sortes d'affections de plus en plus courantes: hypertension, diabète, asthme, migraine, etc. Il faut souvent adapter leur traitement médicamenteux à leur nouvelle situation et leur expliquer ce qu'il en est.

Dans une perspective d'un «nouveau» concept de collaboration, les gynécologues et les sages-femmes qui assurent désormais de manière plus autonome un suivi de grossesse doivent alors pouvoir convaincre et faire comprendre les dangers de certains médicaments ou rassurer sur les bénéfices des prescriptions alternatives.

En 13 chapitres et moins de 200 pages, les auteurs expliquent comment agissent l'ensemble des médicaments à notre disposition à ce jour. Ils partent chaque fois d'un système physiologique (cardio-vasculaire, gastro-intestinal, uro-génital, respiratoire, etc.), rappellent dans un encadré son fonctionnement, listent les médicaments dési-



gnés sous leur dénomination commune internationale (DCI), détaillent leur mode de fonctionnement et soulignent leur impact possible sur la grossesse, l'accouchement et l'allaitement. Cet ouvrage de référence a été salué par les sages-femmes belges (dans le bulletin «Sage-femme à l'écoute» de juillet 2011) et françaises (dans la revue «Profession Sage-femme» de juin 2011).

Josianne Bodart Senn