

# Vomissements et RGO gravidiques

SMMAD – FMC

Tanger 2019

# RGO et grossesse

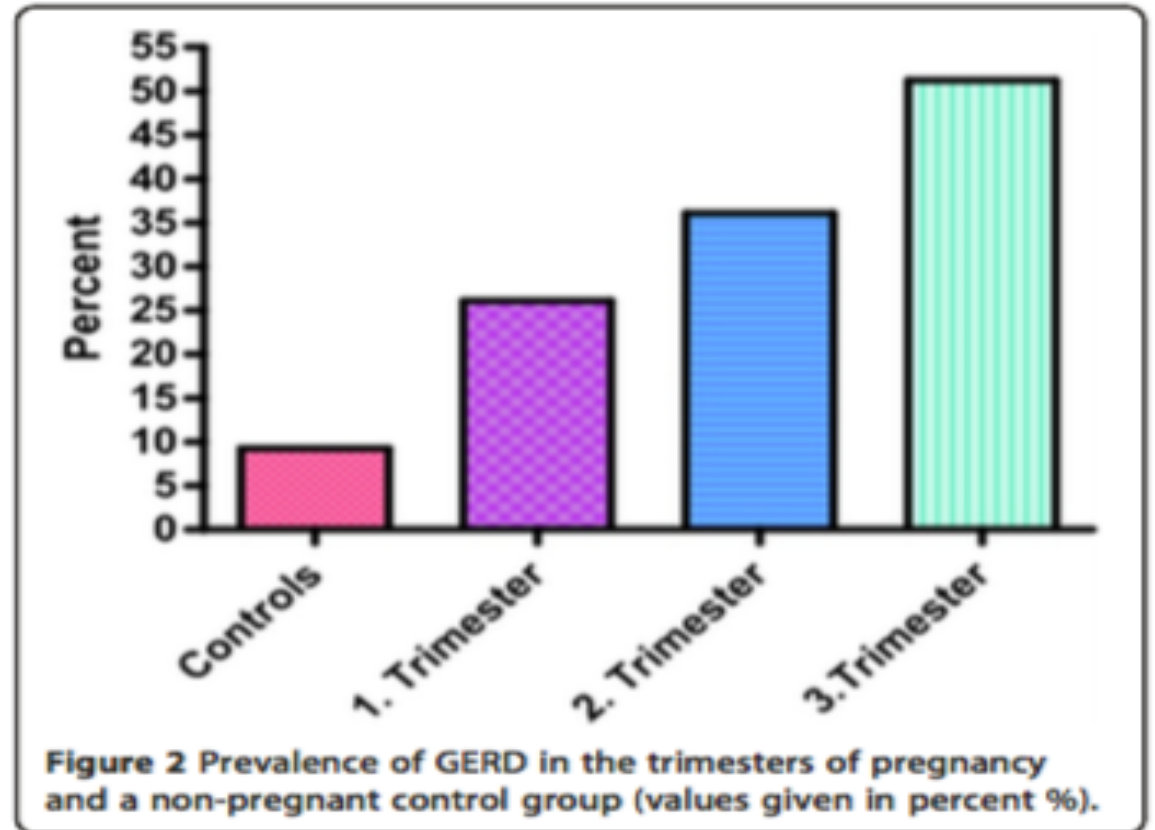
- **Introduction**

- Chez les femmes enceintes, le Reflux-Gastro-Œsophagien (RGO) est très fréquent : 30 à 50%
- Les symptômes débutent le plus souvent dès le premier trimestre et s'intensifient jusqu'à la fin de la grossesse.
- Le RGO est dû à une diminution du tonus du sphincter inférieur de l'œsophage sous l'effet des œstrogènes et de la progestérone, associée aux changements anatomiques qui augmentent la pression intra-abdominale.

# Prévalence RGO

Prévalence:

- T1: 22%
- T2: 39%
- T3: 72%



# Les facteurs prédisposant au RGO chez la femme enceinte

- Antécédent de pyrosis avant la gestation
- Age de la grossesse
- Le gain pondéral durant la grossesse

# Clinique

- Tableau typique: pyrosis +/- régurgitation
  - Postprandial; au coucher
- Débute le plus souvent à la fin du T1 et au T2
- Plus fréquent et plus important au cours de T3
- Rarement sévère ou compliqué
  
- Parfois, manifestations atypiques

# Diagnostic

- Repose sur la clinique
- Tableau souvent typique
- Signes d'alarme: hémorragie digestive, vomissements incoercibles, dysphagie, amaigrissement
- Plus rarement: RGO atypique ou sévère
- Exploration endoscopique / fonctionnelle
- Monitoring materno-foetal

# Evolution

- Le reflux disparaît en général après l'accouchement
- Retour aux pressions antérieures du SIO
- Les complications sont rares

# Traitement

- Souvent, les mesures non médicamenteuses suffisent à soulager les symptômes.
- En cas d'échec, utilisation des médicaments:
  - Anti-acides, prokinétiques, IPP
- Innocuité pour la patiente et son fœtus



# Classification médicaments FDA au cours de la grossesse

FDA classification	Definition
Category A	Well controlled studies in humans show no fetal risk
Category B	Animal studies show no risks, but human studies inadequate or animal studies show some risk not supported by human studies
Category C	Animal studies show risk but human studies are inadequate or lacking or no studies in humans or animals
Category D	Definite fetal abnormalities in human studies but potential benefits may outweigh the risks
Category X	Contraindicated in pregnancy, fetal abnormalities in animals or humans. Risks outweigh benefits

## Changes in descriptors for compatibility of pharmacological therapies in pregnancy

### *Pregnancy Lactation and Labor Rule (PLLR)*

#### OLD CLASSIFICATION

PREGNANCY

LABOR & DELIVERY

NURSING MOTHERS

CATEGORIES: A,B,C,D,X

#### NEW CLASSIFICATION

PREGNANCY and  
LABOR & DELIVERY

LACTATION

FEMALES/MALES OF  
REPRODUCTIVE  
POTENTIAL

NO CATEGORIES

# Objectifs du traitement

- Rassurer et expliquer
- Soulager les symptômes: qualité de vie
- Mener à bien la grossesse
- Prévenir la récurrence et les complications

# Moyens thérapeutiques

- Mesures hygiéno-diététiques
- Alginates et anti-acides:
  - souvent en automédication
  - en première intention si règles HD insuffisantes
  - Éviter fortes doses de magnésium et les bicarbonates de sodium
- Anti-sécrétoires: IPP
  - Avec précaution: Omeprazole catégorie B

# Inhibiteurs de la pompe à proton (IPP)

- Réservés en cas de non réponse aux antiacides et aux formes compliquées
- En cas de besoin, le recours aux IPP est possible.
- Le mieux étudié est l'oméprazole (catégorie B)

Treatment option	Details
Dietary and lifestyle modifications	Frequent (every 3 h), small meals Last oral intake 3 h before bedtime Elevate head of bed
↓	
Antacids or sucralfate	Avoid long-term use or high doses of magnesium trisilicate Avoid sodium bicarbonate
↓	
H <sub>2</sub> -receptor antagonists	Use ranitidine: FDA category B Limited data are available for other H <sub>2</sub> -receptor antagonists, but they are probably also safe
↓	
PPIs	Use omeprazole: FDA category B Limited data are available for other PPIs, but they are probably also safe

# Gastrointestinal symptoms in pregnancy

## Nausea and vomiting

- Nausées/ Vomissements: plaintes intestinales les plus fréquentes chez la femme enceinte
- Prévalence: 50-80% (nausées) et 50% (vomissements)
- Début des symptômes: 4 à 6 semaines d'aménorrhée, pic entre 9 et 16 SA, avec tendance à céder durant le deuxième trimestre.
- Bien que décrits souvent le matin "morning sickness," 80 % des femmes enceintes reportent des symptômes pareils tout au long de la journée
- Parfois, altération significative de la qualité de vie

# Hyperemesis gravidarum

- Les vomissements gravidiques, symptôme physiologique du premier trimestre, sont un motif fréquent de consultation ainsi que d'hospitalisation dans les formes incoercibles (*hyperemesis gravidarum*).
- Ils compliquent 0,3 à 4 % des grossesses et représentent la première cause d'hospitalisation au 1er trimestre de la grossesse. Ils peuvent être responsables d'une perte de poids, d'une déshydratation ou de troubles hydro-électrolytiques comme une hypokaliémie.
- Il convient toujours d'éliminer une pathologie organique et une hospitalisation peut être nécessaire en cas de vomissements incoercibles afin de traiter efficacement les vomissements et de corriger d'éventuels troubles ioniques.

# Pathogénie

- La pathogénie exacte est inconnue
- Implication de plusieurs facteurs: hormonal, génétique
- Le niveau de bHCG, œstrogène et progestérone changent de façon considérable au cours du T1.
- Œstrogène stimule la production du nitric oxide qui relâche les fibres musculaires et ralentit la vidange gastrique
- Progestérone diminue également la motilité gastrique → contribue au N/V



# Diagnostic

- Diagnostic clinique +++
- Éliminer les diagnostics différentiels potentiels d'autant plus si les signes cliniques apparaissent au delà de la 9<sup>ème</sup> SA
- Identifier les complications: déshydratation, perte de poids, dénutrition

# Diagnostics différentiels :

- Gastro - intestinaux : gastrite, ulcère GD, hépatite, pancréatite, appendicite...
- Neurologiques : migraines,...
- Infection urinaire
- ORL : toute cause de vertiges
- Médicamenteux : opioïdes, fer...
- Métaboliques et endocriniens : hypercalcémie, maladie d'Addison, thyrotoxicose...
- Psychiatriques : surtout les troubles du comportement alimentaire
- Pathologie gravidique sous - jacente : grossesse molaire, prééclampsie.

# Traitement

- Alimentation pauvre en gras et fibres
- Hydratation adéquate
- Traitement utilisé avec précautions: tératogénicité surtout T1

Symptom	Non-pharmacologic options	Pharmacotherapy
Nausea and vomiting	Small, frequent meals: consider low fat, low fiber, high protein Rest, hydration Avoidance of triggers Ginger Acupressure	Doxylamine/vitamin B6 Other antihistamines Metoclopramide Ondansetron Phenothiazines Steroids

# Conclusion

- Pathologie fréquente
- Les signes cliniques du RGO de la femme enceinte sont ceux de la population générale
- Souvent non compliqués et régressent après l'accouchement
- Traitement avec précautions (innocuité materno-fœtale)
- Les N-V 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.