



Les nausées et vomissements font partie des symptômes les plus fréquemment rapportés en début de grossesse (débutent généralement entre la 4e et la 9e semaine). Ils sont rares après la 20e semaine de grossesse. L'augmentation des taux de certaines hormones expliquerait ces symptômes chez la femme enceinte. Ils sont plus fréquents lors d'une première grossesse, chez les adolescentes, chez les femmes ayant un indice de masse corporelle élevé ainsi que lors des grossesses multiples (augmentation de la masse placentaire).

La forme la plus sévère de nausées et vomissements persistants, appelée l'hyperemesis gravidarum, est accompagnée d'une perte de poids, de déshydratation et de perturbation du bilan sanguin. Jusqu'à 2% des femmes enceintes en souffriraient. Cet état nécessite une consultation rapide avec le médecin et constitue la principale cause d'hospitalisation lors du premier trimestre. Le pharmacien peut prendre en charge le traitement des nausées/vomissements liés à la grossesse et effectuer les prescriptions nécessaires.

RECOMMANDATIONS

On peut débuter par de simples modifications des habitudes de vie, avant d'essayer d'autres types de traitements:

- Manger légèrement avant le lever du matin (ex. : des biscottes, des craquelins ou du pain grillé);
- Sortir lentement du lit;
- Se reposer;
- Éviter de rester longtemps sans manger;
- Manger plus souvent et en plus petites quantités (plusieurs petits repas et collations);
- Manger des aliments appétissants;
- Éviter les aliments gras, épicés et les boissons froides, acides ou sucrées;
- Boire entre les repas plutôt que pendant les repas;
- Cesser temporairement la multivitamine prénatale contenant du fer et la remplacer par de l'acide folique seule.

TRAITEMENTS POSSIBLES

Acupuncture:

Point P6 à l'intérieur du poignet pourrait être bénéfique chez certaines patientes.

Hypnose/Méditation:

Pourrait être utilisé comme traitement complémentaire.

Gingembre:

Le gingembre a été prouvé efficace pour le soulagement des nausées et vomissements. Par contre, les produits naturels contenant du gingembre pouvant être contaminés, il est préférable de l'utiliser comme épice ou aromate dans l'alimentation.

Dimenhydrinate (Gravol):

Son utilisation est sécuritaire en grossesse. Cause de la somnolence et une sécheresse de la bouche. Disponible en comprimés ou suppositoires, derrière le comptoir du pharmacien. *Dosage : 50mg à 100mg aux 4h à 6h (maximum 400mg par 24h).*

Doxylamine 10mg/Pyridoxine10mg (Diclectin):

Efficace et sécuritaire pendant la grossesse. Comprimé à libération retardée, agit donc avec un délai. Doit être pris de façon régulière. Une fois le soulagement atteint, réduire les doses graduellement. Associé à de la somnolence/bouche sèche.

Dose de départ : 1 comprimé le matin, 1 comprimé l'après-midi et 2 comprimés au coucher (dose peut être augmentée à 8 comprimés par jour au besoin)



Le reflux est fréquent pendant la grossesse (jusqu'à 80% des femmes enceintes) et peut se produire à tous les trimestres. Les symptômes les plus souvent rencontrés sont les brûlures d'estomac, la régurgitation, l'indigestion et les nausées. Ces derniers se résolvent après l'accouchement.

Bien que les manifestations du reflux aient un impact défavorable sur la qualité de vie de la future maman, elles ne sont généralement pas dangereuses, autant pour la mère que pour le fœtus.

Le reflux serait plus fréquemment rencontré chez les femmes ayant un historique de brûlures d'estomac pré-grossesse et chez les multipares. Un âge maternel avancé serait par contre un facteur protecteur.

RECOMMANDATIONS

Une approche par étape est suggérée pour le traitement du reflux chez la femme enceinte. Une modification de certaines habitudes de vie serait à privilégier avant l'instauration d'un traitement pharmacologique (souvent suffisant chez celles ayant des symptômes légers).

- Éviter de boire ou de manger avant de se coucher;
- Surélever la tête de lit de 4 à 6 pouces;
- Porter des vêtements amples;
- Manger en position assise;
- Manger plus souvent et en plus petites quantités (petits repas et collations);
- Manger des aliments protéinés à chaque repas;
- Diminuer la consommation de certains aliments (riches en gras, épicés, menthe, boissons gazeuses, caféine, alcool, chocolat, tomates);
- Boire entre les repas plutôt qu'au moment des repas;
- Mâcher de la gomme (stimulation des glandes salivaires peut aider à neutraliser l'acidité gastrique)

Les femmes ayant des symptômes persistants malgré l'utilisation de ces mesures peuvent tenter une thérapie visant la neutralisation/suppression de l'acidité gastrique.

TRAITEMENTS POSSIBLES

Antiacides à base de calcium, d'aluminium ou de magnésium (Tums, Rolaid) OU à base d'acide alginique (Gaviscon):

Agents de premier recours chez la femme enceinte. Neutralisent l'acidité gastrique. Le dosage varie selon la préparation achetée. Le calcium peut également être bénéfique pour la mère et le fœtus. S'assurer de bien mâcher les comprimés. Peut diminuer l'absorption de d'autres médicaments, valider l'utilisation avec le pharmacien.

Ranitidine (Zantac):

Deuxième recours. Suppression de l'acidité gastrique. Sécuritaire chez la femme enceinte. Disponible sans prescription. Bien toléré.

Dosage : 75mg à 150mg 2 fois par jour matin et soir

Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP). Classe de médicaments prescrits ayant comme fonction de supprimer l'acidité gastrique:

Troisième recours. Le plus étudié chez la femme enceinte est l'omeprazole (Losec). Bien toléré.

Dosage : 20mg à 40mg une fois par jour, 30 à 60 minutes avant le repas.

*Selon certains critères, le pharmacien peut prendre en charge le reflux chez la femme enceinte et effectuer les prescriptions nécessaires.



La constipation est définie comme un ralentissement du transit intestinal entraînant une diminution de la fréquence des selles et une difficulté à les évacuer.

Environ 40% des femmes enceintes souffriront de constipation au cours de leur grossesse, plus spécifiquement lors du 1er et 3e trimestre.

Plusieurs facteurs peuvent contribuer à la constipation chez la femme enceinte : compression du côlon par l'utérus; régime à faible teneur en fibres; suppléments vitaminiques (calcium et fer); pauvre apport en liquide dû aux nausées et vomissements et changements hormonaux.

RECOMMANDATIONS

Des mesures non pharmacologiques devraient être envisagés comme premier recours.

- Augmentation progressive de l'apport quotidien en fibres (céréales à grains entiers, légumineuses, fruits/légumes, noix, graines, jus de pruneaux).

L'augmentation de la consommation de fibres doit être accompagnée d'une augmentation de la consommation d'eau pour ne pas aggraver le problème de constipation;

- Augmentation de l'apport quotidien en eau (si permis par le médecin). Environ 1,5 à 2 L d'eau par jour;
- Horaire de selles régulier (30 minutes à 1h après le repas);
- Posture favorisant le mouvement des selles ;
- Exercices physiques (marche, natation).

TRAITEMENTS POSSIBLES

Docosate de sodium (Colace):

Disponible sans prescription. Efficacité peu impressionnante. Sécuritaire en grossesse. *Dosage : 100mg à 200mg 2 fois par jour.*

Suppositoires de glycérine:

Disponible sans prescription. Sécuritaire en grossesse. Efficacité rapide. *Dosage : 1 suppositoire intra rectal si besoin, maximum 2 fois par jour (garder le suppositoire environ 15 minutes si possible avant l'expulsion)*

Psyllium (Métamucil):

Fibres. Débuter graduellement pour éviter d'aggraver la constipation. Doit être utilisé chez les femmes enceintes non alitées seulement. Efficacité après 24 à 72h. Peut causer flatulences et crampes. Doit être espacé des autres médicaments car peut en diminuer l'absorption, se référer au pharmacien. *Dosage : varie selon la préparation achetée*

Sennosides (Senokot):

Disponible sans prescription. Utilisation occasionnelle seulement, lors d'échec avec les autres agents. *Dosage : 1 à 2 comprimés 1 à 2 fois par jour*

Polyéthylèneglycol (Laxaday/Restoralax):

Absorption minimale, bon choix chez femme enceinte puisque bien toléré et efficace. *Dosage : 17g dilué dans 125 ml de liquide une fois par jour. Ne change pas le goût ni la texture du liquide.*



Les hémorroïdes sont causées par une pression sur les veines anales et rectales provoquant une dilatation anormale de celles-ci. Elles peuvent être internes ou externes.

Jusqu'à 40% des femmes enceintes en seraient affectées, surtout au 2e et 3e trimestre.

Une augmentation du volume sanguin, un élargissement de l'utérus, une augmentation de la pression abdominale ainsi que la constipation sont tous des facteurs de risque de développer des hémorroïdes.

Les principaux symptômes des hémorroïdes externes sont de l'inconfort, des démangeaisons, une sensation de défécation incomplète et de légers saignements.

RECOMMANDATIONS

1. Les produits sous forme topique (crèmes/onguents) constituent un meilleur choix que les suppositoires, qui remontent trop haut dans le rectum par rapport à la région qu'on souhaite traiter.
2. La femme enceinte devra consulter son médecin si les symptômes perdurent plus de 10 jours malgré un traitement topique.
3. Le meilleur traitement des hémorroïdes consiste en leur prévention.
4. Toujours valider le choix du produit avec le pharmacien puisqu'une même marque peut se présenter sous différentes formulations avec des ingrédients distincts (ex. Préparation H crème vs Préparation H onguent vs Préparation H gel).

Des mesures non pharmacologiques devraient être envisagés comme premier recours, tel que:

- Maintenir une bonne hydratation et un apport riche en fibres;
- Éviter les aliments irritants (mets épicés, alcool, caféine);
- Faire des bains de siège à l'eau tiède pendant environ 20 minutes de 3 à 4 fois par jour (attention de ne pas utiliser des coussins en forme de beigne qui peuvent aggraver les symptômes en augmentant la congestion veineuse au niveau péri-anal);
- Éviter de retenir l'envie d'aller à la selle;
- Éviter de forcer en allant à la selle;
- Après chaque selle, nettoyer la région péri-anale avec eau et savon (et bien essuyer);
- Éviter la constipation.

TRAITEMENTS POSSIBLES

Acétaminophène (Tylenol):

Soulagement de la douleur, sécuritaire en grossesse à tous les trimestres. *Dosage : 500mg à 1000mg aux 4h à 6h au besoin, maximum 4000mg par 24h (8 comprimés de tylenol extra-fort)*

Pommade d'oxyde/sulfate de zinc (Anusol onguent):

Premier choix chez la femme enceinte. Propriétés astringentes. *Dosage : application locale jusqu'à 6 fois par jour après chaque selle*

Compresse d'hammamélis (Tucks):

Sécuritaire chez la femme enceinte. *Dosage : application locale jusqu'à 6 fois par jour après chaque selle.*

Pramoxine 1% + Sulfate de zinc 0,5% (Anusol Plus onguent):

Option de deuxième recours chez la femme enceinte. Ne pas utiliser plus de 5 à 7 jours. Efficace en quelques minutes seulement (soulagement inconfort, la pramoxine est un anesthésique topique). Légère sensation de brûlure possible lors de l'application.

Dosage : application locale deux fois par jour matin et soir et après chaque selle

*Non recommandés chez la femme enceinte: Préparations contenant du bismuth, du résorcinol ou de l'allantoïne et celles contenant de l'huile de foie de morue ou de foie de requin:

TÉMOIGNAGES DE L'ÉQUIPE



LETHICIA

PUPPP

Pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy. C'était mon pire symptôme de grossesse. Ta peau te pique tellement que tu peux te gratter au sang. Dans mon cas, c'est apparu sur mes vergetures. Post accouchement c'est disparu sur mon ventre, mais les épaules et les genoux ont pris quelques semaines à disparaître. Petit soulagement: de la glace, de l'aloès froid. Je mettais même des essuie-tout mouillés avec de l'eau froide sur mon ventre pour me soulager.

DIABÈTE DE GROSSESSE

Mon taux de sucre était si élevé que je devais prendre deux sortes d'insuline (lente et rapide). Au total, je devais m'injecter 5 fois dans la journée et me piquer 4 fois pour faire la lecture des résultats. J'ai rencontré une nutritionniste de l'hôpital où j'étais suivie en clinique G.A.R.E. J'ai trouvé cela difficile, mais je pensais très fort à mes bébés et je désirais le meilleur pour eux.

SYNDRÔME TRANSFUSEUR-TRANSFUSÉ

Ma grossesse naturelle, monochorionique diamniotique avec des triplés, était tellement rare (1 chance sur 50 000 000 - 80 000 000) que mon obstétricienne ne savait même pas à combien de semaines j'allais accoucher. Donc, elle voulait me faire rentrer à l'hôpital en prévention à 24 semaines. Finalement, j'ai été hospitalisée une semaine plus tôt à cause du syndrome transfuseur transfusé.

UN PEU DE TOUT!

J'ai eu un peu de tous les symptômes présentés ici, mais de très courtes durées ! Un « melting pot » de symptômes, histoire de me rappeler que deux petits bébés poussaient dans mon ventre !

CATHERINE

ALIONA

CAROLINE