

Hyperémèse gravidique : Sévérité et impact sur la qualité de vie

Hyperemesis Gravidarum : Severity and impact on quality of life

Lankoandé M¹, Bonkougou P², Djiguimé N³, Simporé A⁴, Kaboré RAF⁵, Ouédraogo N⁶

1. Médecin Anesthésiste Réanimateur, Hôpital Régional de Koudougou, Burkina Faso
2. Anesthésiste Réanimateur, Hôpital Universitaire Yalgado Ouédraogo, Burkina Faso
3. Gynécologue Obstétricien, Hôpital Régional de Koudougou, Burkina Faso
4. Anesthésiste Réanimateur, Hôpital Universitaire Yalgado Ouédraogo, Burkina Faso
5. Anesthésiste Réanimateur, Hôpital Universitaire Tengandogo, Burkina Faso
6. Anesthésiste Réanimateur, Hôpital Universitaire Yalgado Ouédraogo, Burkina Faso

Auteur correspondant : Lankoandé Martin, E-mail : m.hamtaani@gmail.com. 15 BP 106 Ouaga 15

Résumé

Introduction : L'hyperémèse gravidique (HG) est la forme sévère de nausées vomissements gravidiques (NVG). Il constitue un motif relativement fréquent d'hospitalisation avec des morbidités significatives.

Objectif : déterminer la prévalence et l'impact de l'hyperémèse gravidique sur la qualité de vie des femmes enceintes.

Méthodes : Etude prospective sur six mois dans le service de gynéco-obstétrique du Centre Hospitalier Régional (CHR) de Koudougou. Les femmes hospitalisées pour des NVG étaient concernées et celles ayant une HG étaient incluses. Le questionnaire Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and Nausea Modifié (PUGE-12) a été utilisé.

Résultats : Sur 2830 femmes hospitalisées 51 (1,8%) avaient une HG. L'âge moyen était de $24,2 \pm 5,3$ ans. Elles étaient en majorité ménagères (62,7%) et vivaient en couple (76,5%). Le nombre moyen de gestité et parité était respectivement $2,8 \pm 1,8$ et $1,5 \pm 1,5$. L'âge médian des grossesses était 11,1 semaines d'aménorrhée. L'HG est survenu au premier trimestre (86,3%) avec une intensité moyenne $10,7 \pm 2,3$. Des troubles du sommeil (43,1%) et une asthénie (41,2%) étaient observés. L'HG a eu un impact sur les activités ménagères (92,2%) et le travail (94,1%). Le handicap portait sur la relation avec le partenaire dans 60,8%, et les enfants dans 51%. Des symptômes dépressifs étaient observés dans 47,1%. La majorité des femmes ont conservé le désir de grossesse. La durée moyenne du séjour hospitalier était de $3,8 \pm 1,2$ jours. Aucun décès maternel ni avortement n'ont été observés.

Conclusion : L'HG constitue une cause peu fréquente d'hospitalisation. Elle est à l'origine de morbidité et d'une altération de la qualité de vie des femmes.

Mots clés : Hyperémèse gravidique, nausées, vomissements, femme enceinte

Summary

Introduction: Hyperemesis gravidarum (HG) is the severe form of nausea and vomiting related pregnancy (NVP). It is a frequent reason for hospitalization with significant morbidities.

Objectif: to determine the prevalence and impact on the quality of life of pregnant women.

Methods: Six-month prospective study carried out in the Obstetrics Department of the Regional Hospital Center (RHC) of Koudougou. Women hospitalized for NVP were included. The Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and Modified Nausea (PUGE-12) questionnaire was used.

Results: Of 2830 hospitalized women 51 (1.8%) had HG. The mean age was 24.2 ± 5.3 . It was housewife (62.7%) living in a couple (76.5%). The mean number of gestures and parity was 2.8 ± 1.8 and 1.5 ± 1.5 , respectively. The median age of pregnancies was 11.1 weeks of amenorrhea. HG occurred in the first trimester (86.3%) with an average score of 10.7 ± 2.3 . Sleep disorders (43.1%), asthenia (41.2%) were observed. The HG had an impact on household activities (92.2%) and work (94.1%). The disability was minor on the relationship with the partner (60.8%) or the children (51%). Depressive symptoms were observed in 47.1%. The majority of women have retained the desire for pregnancy. The average length of hospital stay was 3.8 ± 1.2 . No maternal deaths or abortions were observed.

Conclusion: HG is an infrequent cause of hospitalization. It is the cause of morbidity and an alteration of the quality of life of women.

Key words: Hyperemesis gravidarum, nausea, vomiting, pregnant woman

Introduction

La connaissance des NVG date de 2000 avant Jésus Christ. Les vomissements et nausées sont propres à l'espèce humaine. Ces NVG peuvent avoir des effets néfastes sur la santé de la femme, sa qualité de vie, sur l'économie et le nouveau-né [1,2]. Les NVG affectent 50 à 90% des femmes au premier trimestre de la grossesse et 15 à 20% vomissent après 14 semaines d'aménorrhée [3]. La forme grave des NVG ou HG touche 0,3 à 2,3% femmes enceintes [1,4]. Une revue de la littérature montre que la prise en charge de l'HG aux USA coûte au total \$ 1, 778, 473,782 dont \$1, 062, 847,276 (60%) en coût direct et \$715, 626,506 (40%) en coût indirect [5]. L'HG peut impacter négativement la qualité de vie des femmes et leur désir de grossesse [1]. Elle est à l'origine de symptômes dépressifs, d'un handicap sur les activités domestiques et professionnelles, la vie sociale, la relation avec le partenaire, les enfants [6]. L'impact socio-professionnel significatif de ces « petits maux » justifie une prise en charge adéquate. Les données sur l'HG en Afrique subsaharienne sont rares même si la race noire est plus en risque [7,8]. Cependant les statistiques du CHR de Koudougou rapportent une croissance des hospitalisations pour NVG. Le but de ce travail était de décrire la fréquence de l'HG et son impact sur la qualité de vie des femmes.

Patients et méthodes

Il s'est agi d'une étude prospective sur une période de sept mois (1^{er} juillet 2017 au 31 Janvier 2017). L'étude a été menée dans le service de Gynécologie - obstétrique du CHR de Koudougou au Burkina Faso. Le CHR de Koudougou, est un hôpital de niveau 2, centre de référence de la région sanitaire du Centre-Ouest. Il a une capacité d'accueil de 190 lits et le service de Gynécologie-obstétrique dispose de deux gynécologues et d'une capacité de 44 lits. Le service

reçoit environ 4 000 patientes hospitalisées par an. Les femmes enceintes hospitalisées pour des NVG sans autre causes organiques associées ont été incluses dans cette étude. Les caractéristiques cliniques, la fréquence, la sévérité et le retentissement de l'HG étaient étudiés. Les femmes ont été évaluées 24 heures après leur admission et avaient déjà reçus les soins. La sévérité des NVG a été évaluée avec le questionnaire Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and Nausea Modifié (PUGE-12) [9,10]. Ce questionnaire évalue la gravité des NVG en fonction de trois symptômes que sont les nausées, les vomissements et les haut-le-cœur survenus au cours des 12 heures précédentes. Les NVG sont dits légers (score PUGE-24 ≤ 6), modérés (7 à 12) ou élevé (score PUGE-24 13 à 15). L'impact des symptômes sur la qualité de vie, les relations avec les proches ont été évalués. Les femmes étaient interrogées par l'investigateur. La validité du questionnaire a été prouvée (Cronbach's alpha = 0,86 et 0,89 aux deux temps respectifs, index de variabilité = 0,83 [9]) ainsi que la version française modifiée étendue à 24 heures [10]. Les données ont été analysées l'aide du logiciel Epi Info 7.5.1

Résultats

Durant la période de l'étude, 2830 femmes ont été hospitalisées dans le service de Gynécologie-Obstétrique. Au total 123 femmes avaient des NV sur grossesse dont 46 cas liés à une cause organique qui ont été exclus. Sur les 78 cas de NVG 51 (1,8%) étaient des cas HG. L'âge moyen des femmes était de $24,2 \pm 5,3$ ans. La majorité (54,9%) des femmes résidait dans la ville de Koudougou, était ménagère (62,7%) et vivait en couple (76,5%). Le tableau I décrit les caractéristiques sociodémographiques des patientes incluses

Tableau I : Caractéristiques démographiques des femmes hospitalisées pour HG (n= 51)

Caractéristiques		Effectif (n)	Pourcentage (%)
Résidence	Ville de Koudougou	28	54,9
	Hors de Koudougou	23	45,1
Statut marital	En couple	39	76,5
	Mariée	8	15,7
	Célibataire	4	7,8
Niveau d'éducation	Primaire	18	35,3
	Secondaire	17	33,4
	Illettré	13	25,5
	Universitaire	3	5,8
Profession	Ménagère	32	62,8
	Fonctionnaire	10	19,6
	Commerçante	6	11,8
	Etudiante	3	5,8

Aucune femme ne fumait le tabac et n'avait un antécédent significatif. Le nombre médian de geste était 2,8 et la parité médiane de 1,5. Les antécédents obstétricaux des femmes sont décrits dans le tableau II.

L'âge moyen des grossesses était $11,1 \pm 4,0$ semaines d'aménorrhée [IC 95% ; 3 -22 SA]. Les NVG sont survenus au premier trimestre (86,3 %) ou deuxième trimestre (13,7%). La distribution selon le mois de survenue des NVG est décrite à la **figure 1**

Tableau II : Antécédents obstétricaux des patientes présentant un HG ($n = 51$)

Caractéristiques		Effectif <i>n</i>	Pourcentage %
Geste	<i>Pauci geste</i>	16	31,4
	<i>Multi geste</i>	35	68,6
Parité	<i>Nullipare</i>	29	56,8
	<i>Multipare</i>	22	43,2
NVG antérieur	<i>Oui</i>	38	74,5
	<i>Non</i>	13	25,5

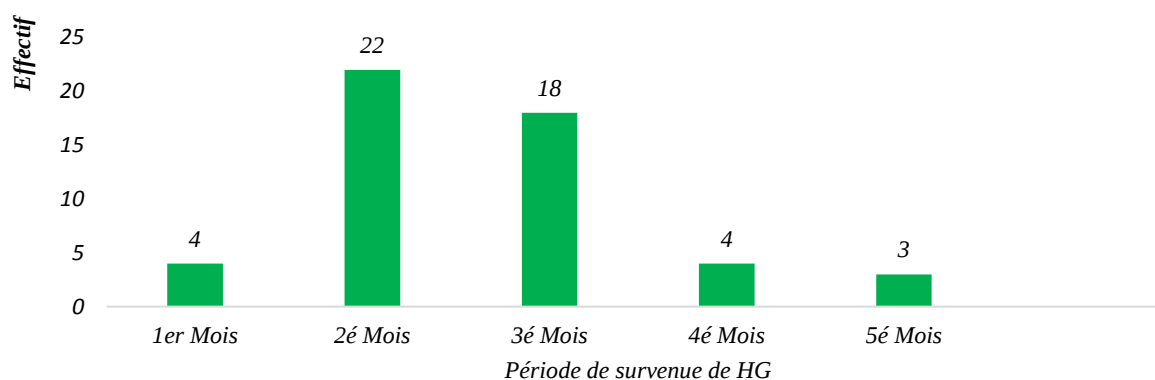


Figure 1 : Période de survenue de l'HG ($n = 51$)

L'intensité moyenne de l'HG était de $10,7 \pm 2,3$ [IC 95% ; 6-15]. Durant l'interrogatoire 88,2% des femmes ont déclaré être au pic. La majorité des femmes hospitalisées avaient une intensité modérée (**figure 2**).

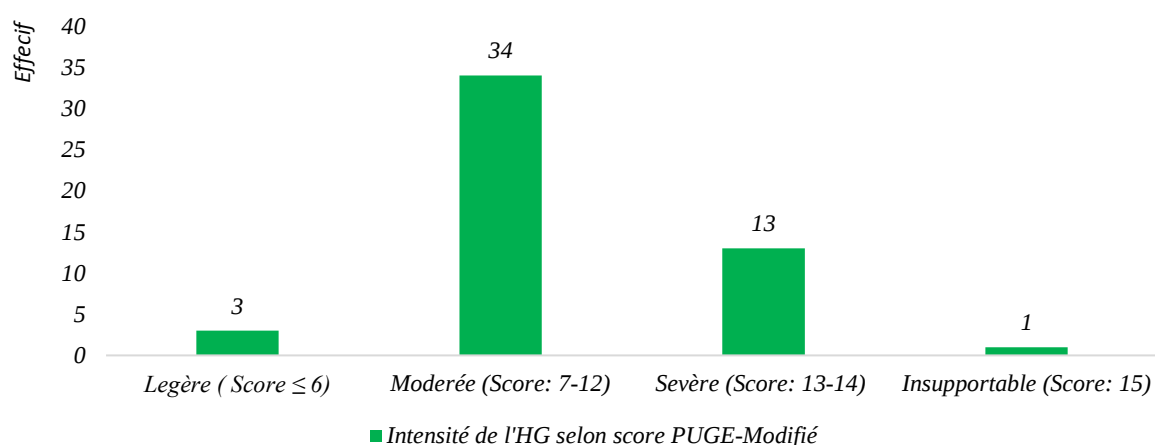


Figure 2 : Intensité de l'HG au moment de l'évaluation ($n = 51$)

L'HG était associé à des morbidités de sévérité variable. Les troubles de sommeil (43,1%), l'asthénie (41,2%) étaient les principales morbidités observées (**tableau III**).

Tableau III : Fréquence des morbidités chez les femmes hospitalisées pour HG (n = 51)

Caractéristiques	Effectif n	Pourcentage %
Constipation	3	5,8
Céphalées	11	21,5
Trouble sommeil	22	43,1
Hypoglycémie	4	7,8
Prostration	21	41,2
Déshydrations	5	9,8
Trouble ionique	10	19,6
Notion de perte pondérale	12	23,5
Aucun symptôme	12	23,5

NB : certaines femmes ont présenté plusieurs symptômes

L'HG a impacté les activités ménagères (92,2%), la capacité de travail (94,1%). Le handicap sur la relation avec son conjoint était jugé mineur par 60,8% des patientes. La

relation mère enfant était peu affectée dans 51%. L'HG était à l'origine de troubles dépressifs dans 47,1% (**tableau IV**)

Tableau IV : Impact de l'HG sur la qualité de vie des femmes (n = 51)

Domaines perturbés	Degré du handicap	Effectif n	Pourcentage %
Activités ménagères	Handicap majeur	47	92,2
	Handicap mineur	4	17,8
	Sans impact	0	0
Relation avec partenaire	Handicap majeur	4	9,8
	Handicap mineur	31	60,8
	Sans impact	15	29,4
Relation mère -enfant	Handicap mineur	26	51
	Sans impact	17	33,3
	Pas d'enfant	8	15,7
Capacité de travail	Handicap majeur	48	94,1
	Handicap mineur	3	5,9
	Sans handicap	0	0
Signes dépressifs	Rarement	27	52,9
	Parfois	15	29,4
	Jamais	5	9,8
	Souvent	4	7,8

La majorité des femmes ont gardé leur désir de grossesse et prévoit en avoir (**figure 3**).

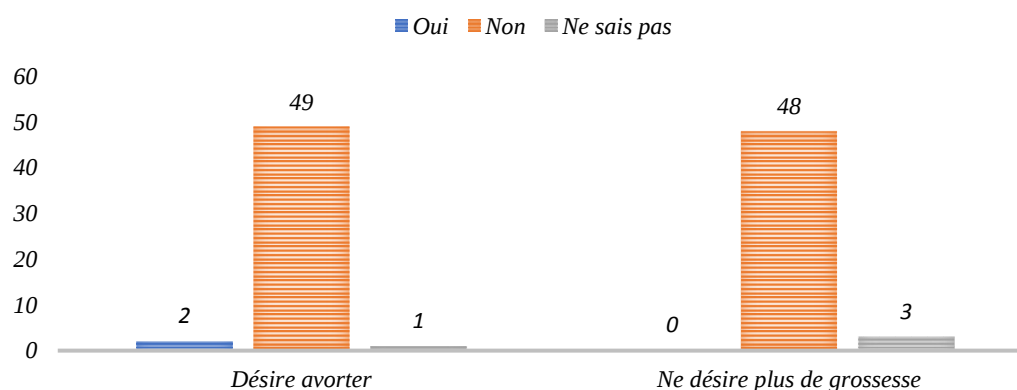


Figure 3 : Impact de l'HG sur le désir d'enfant et ou de grossesse (n = 51)

Aucun décès maternel ni avortement n'ont été observés. La durée moyenne d'hospitalisation était $3,8 \pm 1,2$ jours. Il n'y avait pas de protocole de prise en charge de l'HG dans le service. La prise en charge était une réhydratation hydro électrolytique. Les vomissements étaient traités avec du métopimazine.

Discussion

Les NVG sont des symptômes propres à l'espèce humaine, fréquents chez 90% des femmes enceintes [11]. L'HG, forme grave de NVG constitue 1,8% des motifs d'hospitalisation dans cette étude. Cette prévalence n'est pas négligeable aux vues des conséquences majeures induites. Elle est comparable aux données de la littérature qui rapporte 0,3 à 3% d'HG [1,2,12]. Certains auteurs ont rapporté une incidence plus élevée : 4,8% [13] à 8,1% en Ethiopie [10,11]. L'incidence de l'HG varie d'une région à l'autre, selon la race et l'ethnie [15,8,7].

La majorité des patientes (74,5%) a eu des NVG au cours de leur grossesse antérieure. La sévérité dépend des plusieurs facteurs. Les NV sont des signes triviaux de grossesse, rangés traditionnellement dans le cadre des signes neuro- sympathiques alors que l'HG est une complication de ces NVG [16]. Les antécédents d'HG constituent des facteurs de risque pour les grossesses ultérieures [17,18].

Dans cette série l'HG est survenu en moyenne à 11 semaines d'aménorrhée. Il est survenu au 1^{er} trimestre dans 86,3% ou au 2^e trimestre (13,7%). En Ethiopie Kejela et al [19] ont rapporté que l'HG est survenu au 1^{er} trimestre dans 80% et 20% au 2^e trimestre. Nos résultats sont comparables à d'autres études qui rapportent 90% au 1^{er} trimestre et 5% après 22 semaines d'aménorrhée [20]. L'HG survient au 1^{er} trimestre de la grossesse [15,17,21].

Durant l'interrogatoire 88,2% des femmes ont déclaré être au pic de leurs symptômes. La majorité des femmes hospitalisées avait des NV d'intensité modérée. Les troubles de sommeil, l'asthénie sont des morbidités observées dans cette étude. Il est décrit que l'HG survenant au 1^{er} trimestre a plus de retentissement qu'au second trimestre [22,23]. Dans cette série, les femmes ont été vues après les premiers traitements. L'évaluation de la sévérité des NV a été faite à 24 heures après admission. Cette prise en charge a pu réduire la sévérité de l'HG et explique la présence d'un score léger à modéré dans notre série. La sévérité et la nature des symptômes varient [14,17,23].

La majorité des études ont conclu que l'HG n'a que des effets néfastes sur la santé et la qualité de vie des

femmes [1]. L'HG a eu un impact négatif sur les activités des femmes. Le handicap était mineur sur la relation avec son partenaire ou ses enfants dans notre étude. L'HG était source de symptômes dépressifs. Il bouleverse l'environnement familial, social et impacte négativement la qualité de vie des femmes [6]. La littérature rapporte une altération de l'aptitude physique au travail [6,24]. L'HG cause des déshydrations, des troubles dépressifs, un accouchement prématuré et des hypotrophies [2,14,17,24]. Il provoque une dénutrition des mères, des dysfonctions d'organes et à long terme des affections psychiatriques [1,20,25] voir des risques de cancer [26].

Aucun décès maternel ni avortement n'ont été observés dans cette étude. La majorité des femmes voulait garder leur grossesse et prévoyait avoir d'autres. Seules deux primigestes ont souhaité l'arrêt de la grossesse du fait des symptômes dans notre étude. Une enquête transversale menée aux Etats Unies en 2007 auprès d'une large cohorte de femmes a montré que 15,2% des femmes enquêtées ont déjà fait au moins un avortement du fait de l'HG et que 6,1% ont eu plusieurs avortements [27]. Les causes de l'avortement sont le manque d'espoir d'amélioration des symptômes (87%) et des troubles émotionnels (60%) [27]. Malgré la sévérité des symptômes, l'HG n'engage pas le pronostic vital comme l'ont observé d'autres auteurs [17,20].

Notre étude présente des limites dans la mesure où elle n'a pas évalué le pronostic à long terme des mères et leur enfant. Aussi la sévérité des symptômes a été évalué après traitement ce qui a pu modifier les scores de gravité. L'impact sur la qualité de vie des femmes n'a pas été évalué avec un outil validé. Les déterminants de l'HG n'ont pas été étudié ce qui aurait permis d'identifier des facteurs de risque pour des mesures de prévention.

Conclusion

L'HG est relativement fréquent et survient au 1^{er} trimestre de la grossesse. Les caractéristiques cliniques sont similaires aux données de la littérature. Les troubles du sommeil et digestifs sont les principales conséquences. Elle perturbe la qualité de vie des femmes et de leurs proches mais n'engage pas de pronostic vital maternel ou fœtal. Une étude prospective de son impact à long terme permettrait d'évaluer le pronostic fonctionnel et le développement psychomoteur des enfants nés au décours d'une grossesse compliquée d'HG

Références

1. **B. Adshead**, "Reviewing the effect of hyperemesis gravidarum on women's lives and mental health," vol. 26, no. 2, pp. 109–119, 2018.
2. **F. P. McCarthy, J. E. Lutomski, and R. A. Greene**, "Hyperemesis gravidarum: Current perspectives," *Int. J. Womens. Health*, vol. 6, no. 1, pp. 719–725, 2014.
3. **A. Matthews, D. Haas, D. Mathuna, and T. Dowswell**, "Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy (Review)," *Cochrane Libr.*, no. 9, pp. 1–36, 2015.
4. **a R. C. Trial**, "Metoclopramide for Hyperemesis," *Obstet. Gynecol.*, vol. 115, no. 5, pp. 975–981, 2010.
5. **C. Piwko, G. Koren, V. Babashov, C. Vicente, and T. R. Einarson**, "Economic Burden of Nausea and Vomiting of Pregnancy in the Usa," *J Popul Ther Clin Pharmacol*, vol. 20, no. 2, pp. 149–160, 2013.
6. **K. Heitmann, H. Nordeng, G. C. Havnen, A. Solheimsnes, and L. Holst**, "The burden of nausea and vomiting during pregnancy: severe impacts on quality of life, daily life functioning and willingness to become pregnant again - results from a cross-sectional study," *BMC Pregnancy Childbirth*, vol. 17, no. 1, p. 75, 2017.
7. **K. F. Vandraas, Å. V. Vikanes, S. Vangen, P. Magnus, N. C. Støer, and A. M. Grjibovski**, "Hyperemesis gravidarum and birth outcomes - A population-based cohort study of 2.2 million births in the Norwegian Birth Registry," *BJOG An Int. J. Obstet. Gynaecol.*, vol. 120, no. 13, pp. 1654–1660, 2013.
8. **A. Vikanes, A. M. Grjibovski, P. Magnus, and S. Vangen**, "Variations in prevalence of hyperemesis gravidarum by country of birth: A study of 900,074 pregnancies in Norway, 1967–2005," *Scand. J. Public Health*, vol. 36, no. 2, pp. 135–142, 2008.
9. **N. Ebrahimi, C. Maltepe, F. G. Bournissen, and G. Koren**, "Nausea and Vomiting of Pregnancy: Using the 24-hour Pregnancy-Unique Quantification of Emesis (PUQE-24) Scale," *J. Obstet. Gynaecol. Canada*, vol. 31, no. 9, pp. 803–807, 2009.
10. **D. G. Aurélie**, "Nausées et vomissements du premier trimestre de la grossesse Les « petits maux de la grossesse » vus par les patientes et leurs médecins," *Univ. NANTES Fac. Med.*, pp. 1–69, 2013.
11. **C. Bader, A. Glanard, and C. Vignand-courtin**, "Prise en charge des nausées et vomissements gravidiques chez la femme enceinte Management of nausea and vomiting during pregnancy," vol. 31, no. 3, pp. 135–139, 2012.
12. **O. Kuru et al.**, "Outcomes of pregnancies complicated by hyperemesis gravidarum," *Arch. Gynecol. Obstet.*, vol. 285, no. 6, pp. 1517–1521, 2012.
13. **Hailemariam Segni et al.**, "Prevalence of Hyperemesis Gravidarum and Associated Factors Among Pregnant Women at Jimma University Medical Center, South West Ethiopia: A Cross-Sectional Study," *EC Gynaecol.*, vol. 5, pp. 376–387, 2016.
14. **M. S. Fejzo et al.**, "NIH Public Access," vol. 141, no. 1, pp. 13–17, 2009.
15. **V. London, S. Grube, D. M. Sherer, and O. Abulafia**, "Hyperemesis gravidarum: A review of recent literature," *Pharmacology*, vol. 100, no. 3–4, pp. 161–171, 2017.
16. **A. Fournié**, "Les vomissements gravidiques," 2005.
17. **A. Lacasse, E. Rey, E. Ferreira, C. Morin, and A. Bérard**, "Epidemiology of nausea and vomiting of pregnancy: Prevalence, severity, determinants, and the importance of race/ethnicity," *BMC Pregnancy Childbirth*, vol. 9, pp. 1–9, 2009.
18. **N. S. Silverman**, "Clinical Management Guidelines for Obstetrician – Gynecologists Inherited Thrombophilias in Pregnancy," vol. 132, no. 138, pp. 18–34, 2018.
19. **M. G. Hospital, G. G. Zone, G. Kejela, S. Getu, T. Gebretsдик, and T. Wendimagegn**, "Prevalence of Hyperemesis Gravidarum and Associated Factors in Arba Clinics in Mother and Child Health," vol. 15, no. 1, pp. 1–5, 2018.
20. **M. S. Fejzo et al.**, "Symptoms and Pregnancy Outcomes Associated with Extreme Weight Loss among Women with Hyperemesis Gravidarum," *J. Women's Heal.*, vol. 18, no. 12, pp. 1981–1987, 2009.
21. **A. Cisek and M. Bucholc**, "Assessment of the severity of nausea and vomiting among women during pregnancy vs. selected risk factors," *Polish J. Public Heal.*, vol. 125, no. 4, pp. 197–200, 2015.
22. **P. J. Coronado, M. Fasero, Á. Álvarez-Sánchez, and E. Rey**, "Prevalence and persistence of nausea and vomiting along the pregnancy," *Rev. Esp. Enfermedades Dig.*, vol. 106, no. 5, pp. 318–324, 2014.

23. **A. Hastoy, P. Lien Tran, O. Lakestani, G. Barau, P. Gérardin, and M. Boukerrou,** "L'hyperémèse gravidique: quelles conséquences sur la grossesse?," *J. Gynecol. Obstet. Biol. la Reprod.*, vol. 44, no. 2, pp. 154–163, 2015.
24. **A. Tan, S. Lowe, and A. Henry,** "Nausea and vomiting of pregnancy: Effects on quality of life and day-to-day function," *Aust. New Zeal. J. Obstet. Gynaecol.*, pp. 1–13, 2017.
25. **Å. V. Vikanes, N. C. Støer, P. Magnus, and A. M. Grjibovski,** "Hyperemesis gravidarum and pregnancy outcomes in the Norwegian mother and child cohort - a cohort study," *BMC Pregnancy Childbirth*, vol. 13, no. 1, p. 1, 2013.
26. **K. F. Vandraas et al.,** "Hyperemesis gravidarum and maternal cancer risk, a scandinavian nested case-control study," *Int. J. Cancer*, vol. 137, no. 5, pp. 1209–1216, 2015.
27. **B. Poursharif, L. M. Korst, K. W. MacGibbon, M. S. Fejzo, R. Romero, and T. M. Goodwin,** "Elective pregnancy termination in a large cohort of women with hyperemesis gravidarum," *Contraception*, vol. 76, no. 6, pp. 451–455, 2007.