

# 17<sup>èmes</sup> journée de printemps

20 et 21 mai 2022, hôtel Oran Bay  
(Ex. Sheraton) Oran

*Epidémiologie et facteurs de risque  
des intoxications aux drogues  
récréatives des patients admis aux  
urgences de Bab El Oued*

## THEMES :

Conférences d'actualité  
Douleurs aiguës et  
Communications  
E-Posters.  
Ateliers

T.AIT MOUHEB -F.LABACI  
Service des Urgences Médico-Chirurgicales  
CHU-Liamine Debaghine

animation,

# INTRODUCTION

- Les nausées et vomissements de la grossesse (NVG) constituent une situation très fréquente, affectant jusqu'à 85 % des femmes enceintes.
- Hésitation à utiliser des médicaments en raison des risques fœtaux perçus.
- L'Hyperemesis Gravidarum la forme la plus sévère, (HG), 2 % des grossesses

# Pourquoi le tableau clinique s'aggrave et peut être fatal ?

## Comportement +++

- La banalisation/patiente/le médecin
- PEC ambulatoire
- Pathologie non étiquetée en tant qu'augmentant la morbidité et la mortalité maternelle et foetale
- Réalités de nos pratiques
- Impact psychosociale important
- Stratégie et de protocole pluridisciplinaire/Audit
- Etats de lieux : Vomissements de la grossesse et la morbimortalité maternelle et foetale

## Hyperhémèse gravidique

- Perte de poids significative
- Déshydratation, trouble électrolytique et cétonurie
- L'encéphalopathie de Wernicke
- Insuffisance rénale aiguë
- Anomalies de la fonction hépatique
- Rupture de l'œsophage
- Pneumothorax
- Symptômes de stress post-traumatique
- Risque x/ 4 d'accouchement prématuré et x/3 de retard neuro-développemental chez les enfants
- Décès dus à l'HG ont été rapportés récemment (06)

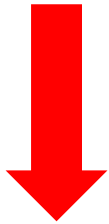
## Pour pouvoir prendre en charge nos patientes, Que faut il faire?

- A quel moment de la grossesse : - 1<sup>er</sup> T - 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> (durant toute la grossesse)
- De quoi meurent nos patientes / Déshydratation, Dénutrition, troubles hydro-électrolytiques et des troubles neurologiques ( Encéphalopathie Gayet et Wernicke)
  - **Protocol pour chaque complication**
- A quel moment les complications dépassent le cadre de nos compétences et pourquoi ?
  - **Le timing et l'anticipation ?**
  - **Sousestimation : Diabète gestationnel /HTAG et PE**
- Que faut-il faire pour y remédier ?

## La physiopathologie des NVG est inconnue. Plusieurs mécanismes semblent être intriqués ? Théories ?

### Etiologie inconnue

La théorie la plus courante : Changements hormonaux au cours du 1<sup>er</sup> de la grossesse, en particulier dans l'**hormone chorionique gonadotrophine (hCG), les œstrogènes et la progestérone**



- Grossesse Molaire
- Grossesse multiple
- Hyperthyroïdie

### RESEARCH ARTICLE

### Open Access

# The onset of nausea and vomiting of pregnancy: a prospective cohort study



Check for updates

Roger Gadsby<sup>2</sup>, Diana Ivanova<sup>1</sup>, Emma Trevelyan<sup>1</sup>, Jane L. Hutton<sup>1\*</sup>  and Sarah Johnson<sup>3</sup>

#### Méthodes : Prospective cohorte

Le principal critère de jugement est le nombre de jours entre la dernière période menstruelle ou le pic d'hormone lutéinisante et l'apparition de nausées ou de vomissements.

**Résultats :** (88 %) ont eu une augmentation de la HCG dans les 8 à 10 jours de l'ovulation ; De nombreuses femmes (67 %) présentent des symptômes dans les 11 à 20 jours suivant l'ovulation.

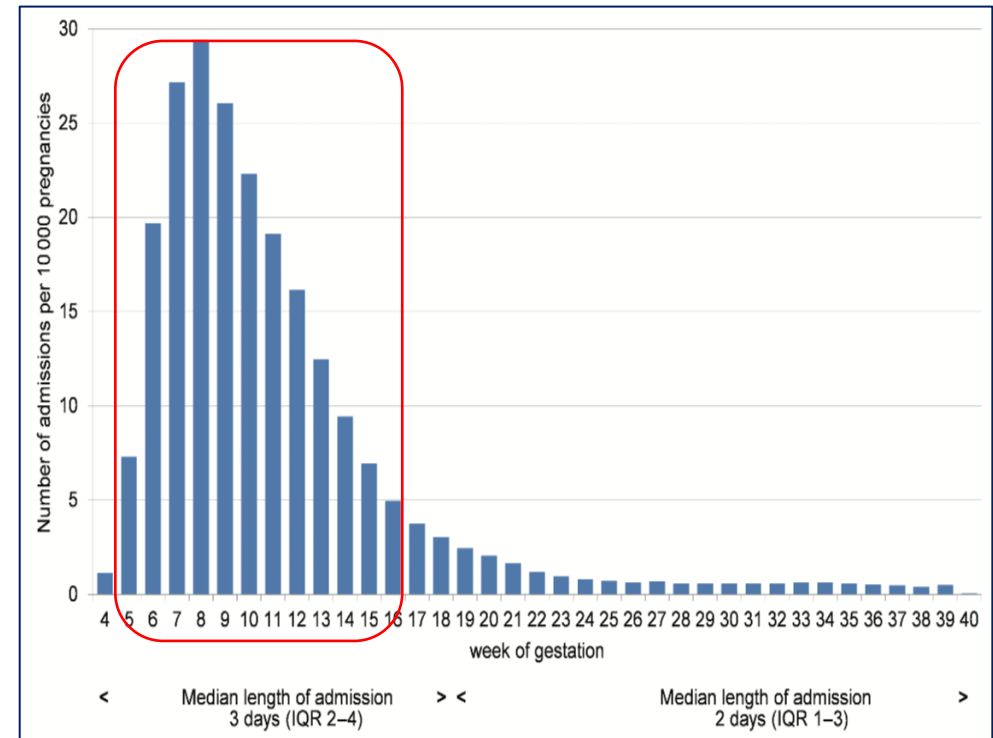
**Conclusions :** L'apparition des nausées et des vomissements se produit plus tôt que précédemment rapporté et **il existe une fenêtre étroite pour l'apparition des symptômes. Cela indique que son étiologie est associée à un stade de développement spécifique à l'interface foëto-maternelle.**

# Hospital admission for hyperemesis gravidarum: a nationwide study of occurrence, reoccurrence and risk factors among 8.2 million pregnancies

L. Fiaschi<sup>1,\*</sup>, C. Nelson-Piercy<sup>2</sup>, and L.J. Tata<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Division of Epidemiology & Public Health, University of Nottingham, Clinical Sciences Building Phase 2, City Hospital, Nottingham NG5 1PB, UK

<sup>2</sup>Women's Health Academic Centre, Guy's & St Thomas' Foundation Trust, St Thomas' Hospital, London SE1 7EH, UK



Admissions pour HG par semaine de gestation. IQR, intervalle interquartile.

## Facteurs de risques

- Jeune âge, statut socio-économique, l'origine asiatique ou noire et surtout l'origine ethnique a augmenté la récurrence.
- Les comorbidités : dysfonctionnement parathyroïdien (aOR 1/4 3,83, intervalle de confiance à 95 % 2,28 – 6,44), l'hypercholestérolémie (aOR 1/4 2,54, 1,88 – 3,44), le diabète de type 1 (aOR 1/4 1,95, 1,82 – 2,09) et un dysfonctionnement thyroïdien (aOR 1/4 1,85, 1,74 – 1,96).
- Les antécédents d'HG étaient le facteur de risque indépendant le plus important (aOR 1/4 4,74, 4,46 – 5,05).
- Les multipares avaient un risque plus faible d'HG par rapport aux nullipares (aOR 1/4 0,90, 0,89 – 0,91)

# Facteurs de risques ?

## Âge

Jeunes mères âgées

## Faible niveau socio-économique

Infection H. pylori

## Facteurs alimentaires :

Intolérance au lactose

Régime faible en produits laitiers

Apport matières grasses+++

IMC élevé +++

Carences en oligo-éléments

et en vitamines (étiologie possible)

## Facteurs obstétricaux :

Grossesse multiple Maladie molaire, Syndrome de Down Les nullipares ont un risque plus élevé en raison d'avoir des taux d'œstrogènes sériques et urinaires plus élevés que les femmes multipares

## Facteurs médicaux

Antécédents d'hyperthyroïdie ?(Relation entre les N d'HCG et de THHG  
Hyperthyroïdie transitoire d'hyperemesis gravidarum (THHG) (tests anormaux de la fonction thyroïdienne)

DOI: 10.21767/1791-809X.1000603

## Risk Factors of Hyperemesis Gravidarum: Review Article

**Abanoub Gabra\***

Department of Obstetrics and Gynecology, Assuit University, Egypt

\*Corresponding author: Abanoub Gabra, Department of Obstetrics and Gynecology, Assuit University, Egypt, Tel: +18135399367; E-mail: abanoub.gabra@med.au.edu.eg

Received date: 16 October 2018; Accepted date: 21 November 2018; Published date: 30 November 2018

Copyright: © 2018 Gabra A. This is an open-access article distributed under the terms of the creative commons attribution license, which permits unrestricted use, distribution and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Citation: Gabra A. (2018) Risk Factors of Hyperemesis Gravidarum: Review Article. Health Sci J Vol.12.No.6:603.

## Problèmes de santé mentale :

- Antécédents de dépression, d'anxiété ou de troubles de l'humeur
- Stress et les conflits conjugaux



# Retentissement ?

Heitmann et al. *BMC Pregnancy and Childbirth* (2017) 17:75  
DOI 10.1186/s12884-017-1249-0

BMC Pregnancy and Childbirth

RESEARCH ARTICLE

Open Access



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

Kristine Heitmann<sup>1,3</sup>, Hedvig Nordeng<sup>1</sup>, Gro C. Havnen<sup>2</sup>, Anja Solheimsnes<sup>3</sup> and Lone Holst<sup>3\*</sup>

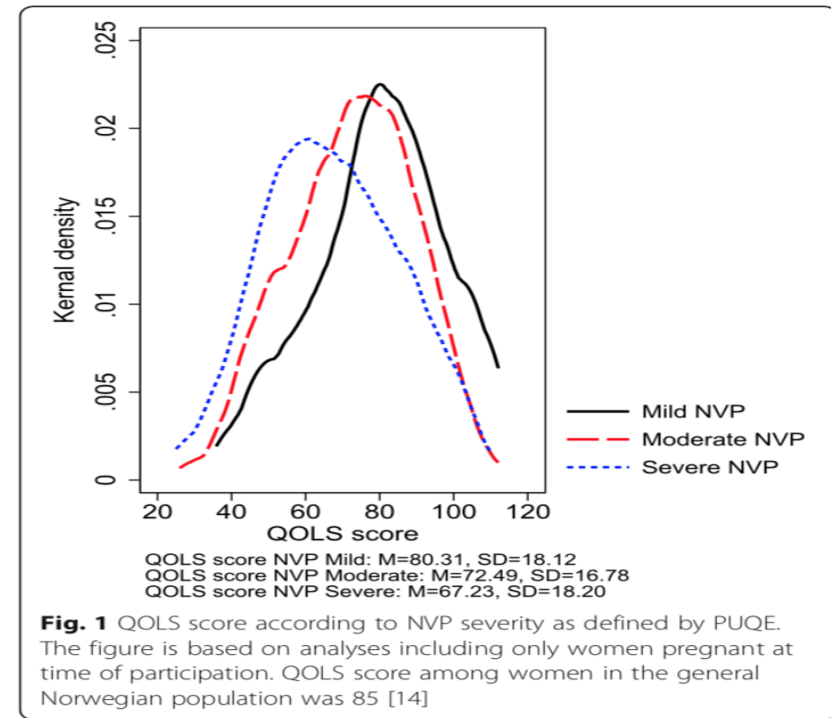
- Une étude transversale menée en Norvège.
- Les femmes enceintes et les mères d'enfants de moins d'un an ayant une NVG actuelle ou antérieure étaient éligibles pour participer.
- Les données ont été recueillies par questionnaire en ligne anonyme accessible du 10 novembre 2014 au 31 janvier 2015.
- **La sévérité de la NVP a été mesurée à l'aide de l'échelle de quantification unique de la grossesse sur 24 heures (PUQE).**

**Nausées et vomissements légers à modérés graves**

**Impact majeur**

- Le fonctionnement de la vie quotidienne,
- La qualité de vie globale
- La volonté de retomber enceinte

**PUQE**



## PUQE-24 Scoring System (Pregnancy Unique Quantification of Emesis)

<b>1. In the last 12 hours, how many hours have you felt nauseated or sick to your stomach?</b>				
> 6 hrs (5 pts.)	4-6 hrs (4 pts)	2-3 hrs (3 pts)	≤ 1 hr (2 pts)	Not at all (1 pt)
<b>2. In the last 12 hours, how many times have you vomited?</b>				
7 or more (5 pts)	5-6 (4 pts)	3-4 (3 pts)	1-2 (2 pts)	None (1 pt)
<b>3. In the last 12 hours, how many times have you had retching or dry heaves without bringing anything up?</b>				
7 or more (5 pts)	5-6 (4 pts)	3-4 (3 pts)	1-2 (2 pts)	None (1 pt)

# Morbidité et Mortalité ?



DOI: 10.1111/1471-0528.14454  
www.bjog.org

## Hyperemesis gravidarum and long-term mortality: a population-based cohort study

S Fossum,<sup>a,b</sup> ÅV Vikanes,<sup>c</sup> Ø Næss,<sup>b,d</sup> L Vos,<sup>e</sup> T Grotmol,<sup>e</sup> S Halvorsen<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> Department of Cardiology, Oslo University Hospital Ullevål, Oslo, Norway <sup>b</sup> University of Oslo, Oslo, Norway <sup>c</sup> The Intervention Center, Oslo University Hospital, Oslo, Norway <sup>d</sup> Epidemiological Division, National Institute of Public Health, Oslo, Norway <sup>e</sup> Cancer Registry of Norway, Oslo, Norway

Correspondence: S Halvorsen, Department of Cardiology, Oslo University Hospital Ullevål, N-0424 Oslo, Norway. Email sigrun.h@online.no

Accepted 18 October 2016. Published Online 15 December 2016.

**Conclusion :** Les femmes exposées à l'HG pendant la grossesse n'avaient ni risque accru de mortalité toutes causes confondues à long terme par rapport aux femmes non exposées, ni risque accru de décès par MCV.

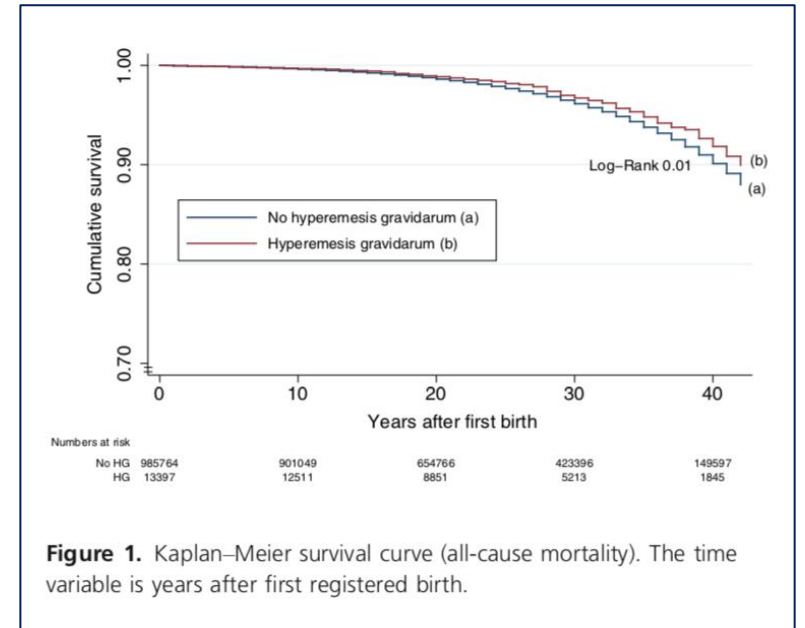


Figure 1. Kaplan–Meier survival curve (all-cause mortality). The time variable is years after first registered birth.

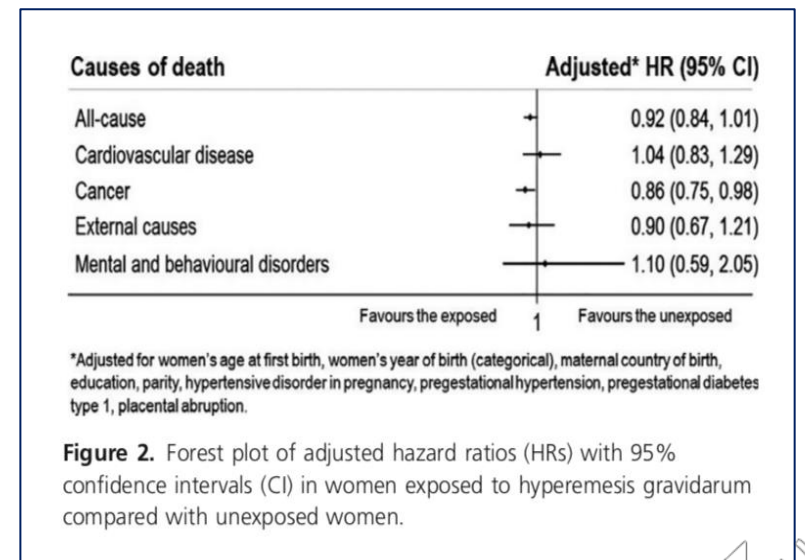


Figure 2. Forest plot of adjusted hazard ratios (HRs) with 95% confidence intervals (CI) in women exposed to hyperemesis gravidarum compared with unexposed women.



Hyperemesis gravidarum is associated with increased rates of termination of pregnancy and suicidal ideation: results from a survey completed by >5000 participants

**L'HG** : Hospitalisation en raison de symptômes sévères et persistants, d'une perte de poids supérieure à 5 % du poids d'avant la grossesse, d'une déshydratation, de déséquilibres électrolytiques et de carences nutritionnelles

**TABLE 1**  
Features of patients' pregnancy/management and relationship to suicidal ideation and termination of pregnancy

	Suicidal ideation			Chi-squared P value	Termination of pregnancy			Chi-squared P value
	Never	Occasional	Regular		Confirmed	Considered	Never considered	
Perceived experience in primary care								
Excellent	74 (405)	20 (111)	6 (32)	<.001	2 (13)	48 (265)	49 (270)	<.001
Good	72 (760)	23 (249)	5 (53)		3 (31)	52 (553)	45 (485)	
Satisfactory	72 (891)	23 (283)	5 (59)		3 (43)	51 (639)	45 (561)	
Poor	65 (734)	29 (324)	7 (77)		6 (68)	55 (623)	40 (452)	
Extremely poor	55 (398)	33 (236)	12 (89)		10 (75)	58 (421)	31 (225)	
Perceived experience in secondary care								
Excellent	74 (572)	20 (152)	6 (49)	<.001	3 (24)	51 (396)	46 (356)	<.001
Good	71 (840)	24 (281)	5 (62)		3 (37)	53 (628)	44 (520)	
Satisfactory	65 (694)	29 (313)	6 (66)		5 (49)	54 (586)	42 (453)	
Poor	62 (545)	30 (258)	8 (71)		8 (66)	55 (485)	37 (324)	
Extremely poor	54 (232)	33 (143)	13 (56)		12 (51)	57 (250)	31 (134)	
Impact on functional status								
Able to function most of the time	93 (164)	7 (12)	0 (0)	<.001	0 (0)	10 (19)	90 (164)	<.001
Able to function some of the time/needed extra support	81 (1156)	17 (244)	2 (23)		2 (26)	38 (542)	60 (861)	
Bedridden most of the time/needed daily support	61 (2045)	30 (1006)	9 (308)		7 (223)	60 (2039)	33 (1115)	

Values are percentage (number) unless indicated otherwise.

Nana. Hyperemesis gravidarum is associated with increased rates of termination of pregnancy and suicidal ideation. Am J Obstet Gynecol 2021.

- Certaines femmes dans les groupes **d'interruption de grossesse et d'idées suicidaires** étaient sous-prescrites avec des agents antiémétiques.
- **Une approche multidisciplinaire avec la participation précoce** d'une équipe de santé mentale peut améliorer la qualité de vie et réduire la morbidité et la mortalité maternelles



# Que faut-il faire pour y remédier ?

JAMA | Review

## Treatments for Hyperemesis Gravidarum and Nausea and Vomiting in Pregnancy A Systematic Review

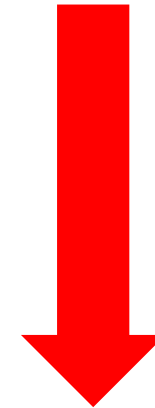
Catherine McParlin, PhD; Amy O'Donnell, PhD; Stephen C. Robson, MD; Fiona Beyer, PGDip; Eoin Moloney, MSc; Andrew Bryant, MSc; Jennifer Bradley, BSc (Hons); Colin R. Muirhead, PhD; Catherine Nelson-Piercy, FRCP; Dorothy Newbury-Birch, PhD; Justine Norman, MD; Caroline Shaw, PhD; Emma Simpson, Msc; Brian Swallow, PhD; Laura Yates, MBChB; Luke Vale, PhD

**NVS légers** : Le gingembre, la pyridoxine, les antihistaminiques et le métoprolamide ont été associés à un bénéfice plus important que le placebo.

**NVS modérés** : La pyridoxine-doxylamine, la prométhazine et le métoprolamide ont été associés à un bénéfice plus important que le placebo.

**NVS sévères** : L'ondansétron a été associé à une amélioration clinique  
- L'ondansétron+ corticostéroïdes peuvent être associés à un bénéfice dans les cas graves (la qualité des preuves était faible).

- Uniformiser les conduites thérapeutiques
- Observance du traitement
- Suivi de grossesse
- Evaluation



**Réadmission ?**

**+++**



**PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE DES VOMISSEMENTS  
INCOERCIBLES DE LA GROSSESSE**

**DEFINITION**

- Les vomissements incoercibles de la grossesse ou encore Hyperemesis gravidarum surviennent durant le **1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse**. Ce sont des vomissements graves.
- Ils sont responsables d'une perte de poids d'au moins 5% par rapport au poids initial avant la grossesse.
- Ils seraient dus à une susceptibilité plus importante **aux hormones de la grossesse** : la beta-HCG (hormone chorionique gonadotrope) et les **œstrogènes**.
- Les risques majeurs sont la survenue :
  - d'une déshydratation
  - et/ou de troubles ioniques
  - ou d'une encéphalopathie de Gayet Wernickeune carence en vitamine B1

**Peuvent être responsables d'une morbidité et mortalité foetale et maternelle par hypokaliémie, ou par d'une encéphalopathie de Gayet Wernicke**

**QUELS SONT LES FACTEURS DE RECHERCHER**

- Antécédents **familiaux** ou **personnels** de vomissements incoercibles
- Femme jeune, nullipare en insuffisance pondérale ou obèse.
- Grossesse multiple ou molaire +++

**Le diagnostic de vomissements incoercibles de la grossesse est retenu après avoir éliminé une cause organique ou une urgence médico-chirurgicale**

**Signes de gravité des vomissements incoercibles**

**Devant tout signe de gravité, la patiente doit obligatoirement être hospitalisée**

1. A l'interrogatoire :
  - Vomissements résistants au traitement habituel
  - Intolérance à la réhydratation orale
  - Amaigrissement de + de 10 % du poids antérieur à la grossesse
  - Douleurs épigastriques intenses liés aux efforts de vomissements

**Pour rechercher les facteurs de gravité, il faut effectuer au minimum :**

- Une FNS
- Un bilan hépatique
- Un ECG
- Un ionogramme
- Une gazométrie

- de DSH
  - Elévation de l'hématocrite et des protides
  - Na normale avec baisse du K<sup>+</sup> et du Cl<sup>-</sup>
- de troubles de l'équilibre acido-basique
  - Alcalose hypochlorémique due aux vomissements
  - Puis acidose métabolique due à la dénutrition
- de troubles hépatiques
  - Augmentation des transaminases : ictère à bilirubine conjuguée



## Traitement des vomissements incoercibles

Deux situations sont à distinguer, l'attitude thérapeutique étant totalement différente

PAS DE SIGNES DE GRAVITÉ

- État général conservé

PEC EN AMBULATOIRE

- Repos et arrêt de travail
- Mesures hygiéno-diététiques :

- Manger en petites quantités, préférer aliments liquides
- Manger le matin pour limiter la formation de corps cétoniques qui aggravent les vomissements

- Métoclopramide : 10 mg 3 fois/jour pendant 3 semaines ou Doxylamine : 15 mg 3 à 4 fois/jour ou
- Vitamine B6 : 10 à 25 mg 3 à 4 fois/j pendant 10 jours
- Vitamine B12 : 1 cp/jour

Si les vomissements persistent ou si aggravation de la symptomatologie avec retentissement clinique

HOSPITALISATION OBLIGATOIRE

Surveillance stricte des signes cliniques, biologiques et ECG  
Relais per os après amélioration des symptômes

PRÉSENCE DE SIGNES DE GRAVITÉ

- Cf. signes de gravité

HOSPITALISATION OBLIGATOIRE

- Repos en chambre seule
- Arrêt de l'alimentation orale
- Réhydratation parentérale

- Glucosé 5% : 2,5l/jour + 4 g de NaCl + 2g de KCl
- hypokaliémie, cf. protocole hypokaliémie

- Vitamine B1 : 100 à 200 mg/j dans 100 cc de SSI sur 30 mn pendant 3 jours puis relais par complexes multivitaminés
- Traitement anti-émétique toujours en IV :

- 1<sup>ère</sup> intention : Ondansetron, 8mg 3/jour
- 2<sup>ème</sup> intention ou non disponibilité de l'Ondansetron : Métoclopramide, 10 mg 4 fois/jour

- 3<sup>ème</sup> intention : Chlorpromazine : 25-50 mg/jour seule ou en association (soit avec Ondansetron ou Métoclopramide) OU

- Prométhazine : 12,5 à 25 mg 6 fois/j

- Prise en charge psychologique
- Si échec du traitement initial, demander avis spécialisé

## Traitement de l'hypokaliémie

Deux situations possibles correspondant à 3 schémas thérapeutiques

a- Hypokaliémie modérée < 3,5 mmol/l et ≥ 2,5 mmol/l (< 3,5 mEq et ≥)

b- Hypokaliémie sévère < 2,5 mmol/l (< 2,5 Meq/l)

• Hypokaliémie modérée (HM) sans signes ECG

• HM avec signes ECG ou hypokaliémie sévère

• Hypokaliémie sévère avec signes ECG

KCl per os : 40-100 mmol/Jour

Perfusion continue de K : 10-20 mmol/heure

Perfusion voie centrale de K : 20 mmol/heure

- 1 gel de K : 8 mg
- 1 c.à.s de K+ = 10 mmol
- 10 mmol de K+ per os augmente la kaliémie de 0,3 mmol/l

- 1 g de KCl = 13 mmol
- Préférer le sérum physiologique au sérum glucosé

- 2 ampoules de 10 ml dans 500 cc de SSI en 2H
- Ne pas dépasser 4g/L et 1g/H et 5 g/jour sauf signes de gravité (3g/H renouvelable et 12 g/24H)

Le ionogramme doit être refait toutes les 3 heures quand le K+ est administré en IV

Quand le potassium remonte, on prend le relais per or

OU K : 4 gr en IVSE - Débit max : 1gr/H=1gr dans 60 cc/H

- Associer du Mg+ : 2-3 g en 30-60 mn puis 3 à 4 g/jour

• Signes ECG de l'hypokaliémie modérée

• Signes ECG de l'hypokaliémie sévère



Onde U ample et positive – Domine l'onde T



Léger sous-décalage ST – Abaisse le début T



Onde T inversée – Aspect italique couché – Allongement QT

- Audit sur la morbidité et mortalité maternelle
- Protocol bien élaboré
- Système de surveillance et suivi et de grossesse
- Evaluer nos pratiques
- Intégrer les NVG comme une priorité/ Fréquence et gravité
- Prise en charge obstétricien/psychologue

## Cas de l'encéphalopathie de Gayet Wernické (EGW)

**L'encéphalopathie de Gayet Wernické est une urgence neurologique et thérapeutique – Les lésions neurologiques ne sont réversibles que si la vitamine B1 est donnée très précocement**

Attention, il faut l'évoquer devant toutes manifestations neurologiques apparues sur un terrain d'hyperemesis gravidarum -

**Les perfusions de sérum glucosé sans supplémentation en vitamine B1 aggravent la symptomatologie et les lésions neurologiques**

Le diagnostic doit être posé devant l'**UN** des signes suivants :

- Un syndrome confusionnel
- Des signes oculo-moteurs : paralysie oculo-motrice, paralysie de fonction, nystagmus
- Un syndrome cérébelleux statique
- Une hypertonie oppositionnelle

La triade, confusion, ataxie et paralysie oculomotrice et qui est **très évocatrice de l'EGW n'est présente que dans 10 %** des cas

**Devant une suspicion d'EGW ou devant un cas manifeste**

- Donner 300 mg de vitamine B1 3 fois/jour en IV le **PLUS PRÉCOCEMENT POSSIBLE**
- Diluer la vitamine B1 dans 100 ml de sérum salé sur au moins 30 mn pour éviter les réactions anaphylactiques

Durée du traitement **préventif** : 2 à 3 jours puis substitution par poly vitamines par voie orale

Durée du traitement **curatif** : jusqu'à **amélioration des symptômes**

**La confirmation du diagnostic d'EGW se fait à l'IRM mais celle-ci ne doit pas retarder la mise en route du traitement – C'est une urgence thérapeutique**

**Dosage de la thiamine possible**



# Notre Etude

## **Matériels et méthodes :**

Nous avons réalisé une étude cohorte avec recueil de données prospectif sur une durée d'une année. De 1 novembre 2020 à 31 novembre 2021.

Après avoir obtenu un consentement éclairé des patientes. Nous avons procédé à une récolte de données sur les complications liées aux vomissements survenu durant la grossesse .(176/8900)

## **Résultats :**

- L'incidence vomissements incoercibles a été de (0.07) % , alors que l'incidence spécifique a été de 3.23 %
- Les complications liées aux vomissements incoercibles ont été :
  - Déshydratation modérée à sévère : 63 %
  - Hyponatrémie : 59 %
  - Dénutrition : 5 %
  - Hypokaliémie sévère spécifique : 24 % des cas
  - Troubles du rythme cardiaque : 9 % des signes électriques d'hypokaliémies ( $K < 2.3$ )
  - Encéphalopathie de Gayet et Wernicke : 01 cas
  - Durée d'hospitalisation : 05jrs en moyenne avec un maximum de 13 jours



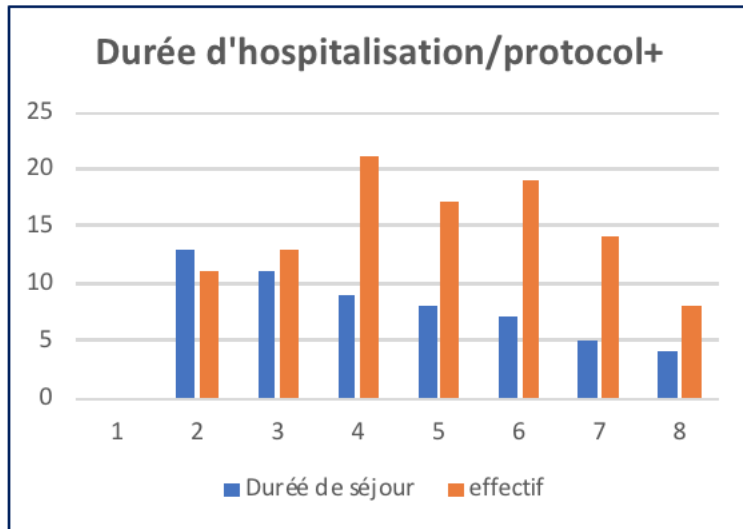
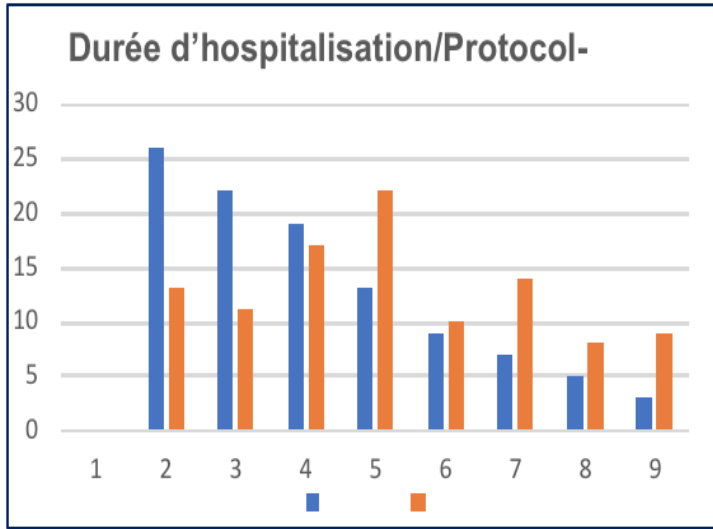
### **Matériels et méthodes :**

Nous avons réalisé une étude transversale de prévalence sur une durée d'une année, entre Janvier 2019 et Décembre 2019

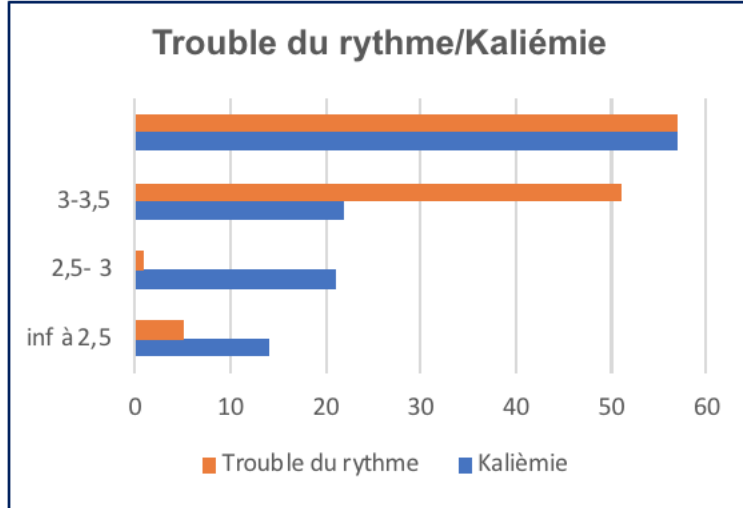
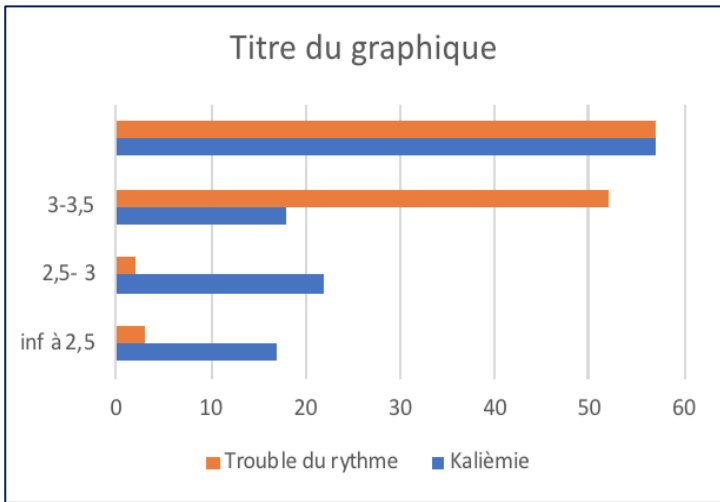
### **Résultats :**

- L'incidence globale a été des vomissements incoercibles a été de 3.3 %
- Les complications liées aux vomissements incoercibles ont été :
  - Déshydratation modérée à sévère : 65 %
  - Hyponatrémie : 57 %
  - Dénutrition : 7 %
  - Hypokaliémie sévère spécifique : 31% des cas
  - Troubles du rythme cardiaque : 11 % des signes électriques d'hypokaliémies ( $K < 2.1$ )
  - Encéphalopathie de Gayet et Wernicke : 0 cas
  - Durée d'hospitalisation : 07 jrs en moyenne avec un maximum de 16 jours





Une diminution de la durée de séjour : respect du protocole et observance du traitement



Il n'y a pas de différence significative entre les deux études

1<sup>ère</sup> étude

2<sup>ème</sup> étude



# Déshydratation sévère/dénutrition ???

Test	Valeur	valeur-p (unilatérale)	valeur-p (bilatérale)
du Chi carré non corrigé	8.515	0.001761	0.003522
du chi carré corrigé de Yates	7.342	0.003368	0.006735
du chi carré Mantel-Haenszel	8.441	0.001835	0.003669
de Fisher exact		0.003115	0.006229
Mid-P exact		0.001940	0.003880

Les valeurs attendues (total lignes\*total colonnes/total général) sont >=5  
OK pour utiliser test du chi carré.

**Estimations basées sur le risque\* et intervalles de confiance à 95%**  
(Non valable pour des études cas-témoins)

Estimations ponctuelles		Limites de confiance	
Type	Valeur	Inférieur, Supérieur	Type
Rapport de cotes CMLE	3.567	1.487, 9.051 <sup>1</sup>	Mid-P Exact
		1.382, 9.915 <sup>1</sup>	Fisher exact
Rapport de cotes	3.608	1.486, 8.759 <sup>1</sup>	Séries de Taylor
Fraction étiologique dans pop. (FEplOR)	29.17%	12.08, 46.26	
Fraction étiologique chez les exposés (FEelOR)	72.28%	32.71, 88.58	

\*Estimation conditionnelle du maximum de vraisemblance du rapport de cotes  
(P) indique une valeur-P à 1-queue pour une association protectrice ou négative ; sinon les valeurs-P exactes à 1-queue sont pour une association positive.  
Martin,D; Austin,H (1991) Un programme efficace pour le calcul des estimations conditionnelles du maximum de vraisemblance et limites de confiance exactes pour un rapport de cotes usuel. Epidémiologie 2, 359-362.  
<sup>o</sup> <sup>1</sup> Tests des limites de confiance à 95% à l'exception de 0 ou 1, comme indiqué  
P-values < 0.05 and confidence limits excluding null values (0,1, or [n]) are highlighted.

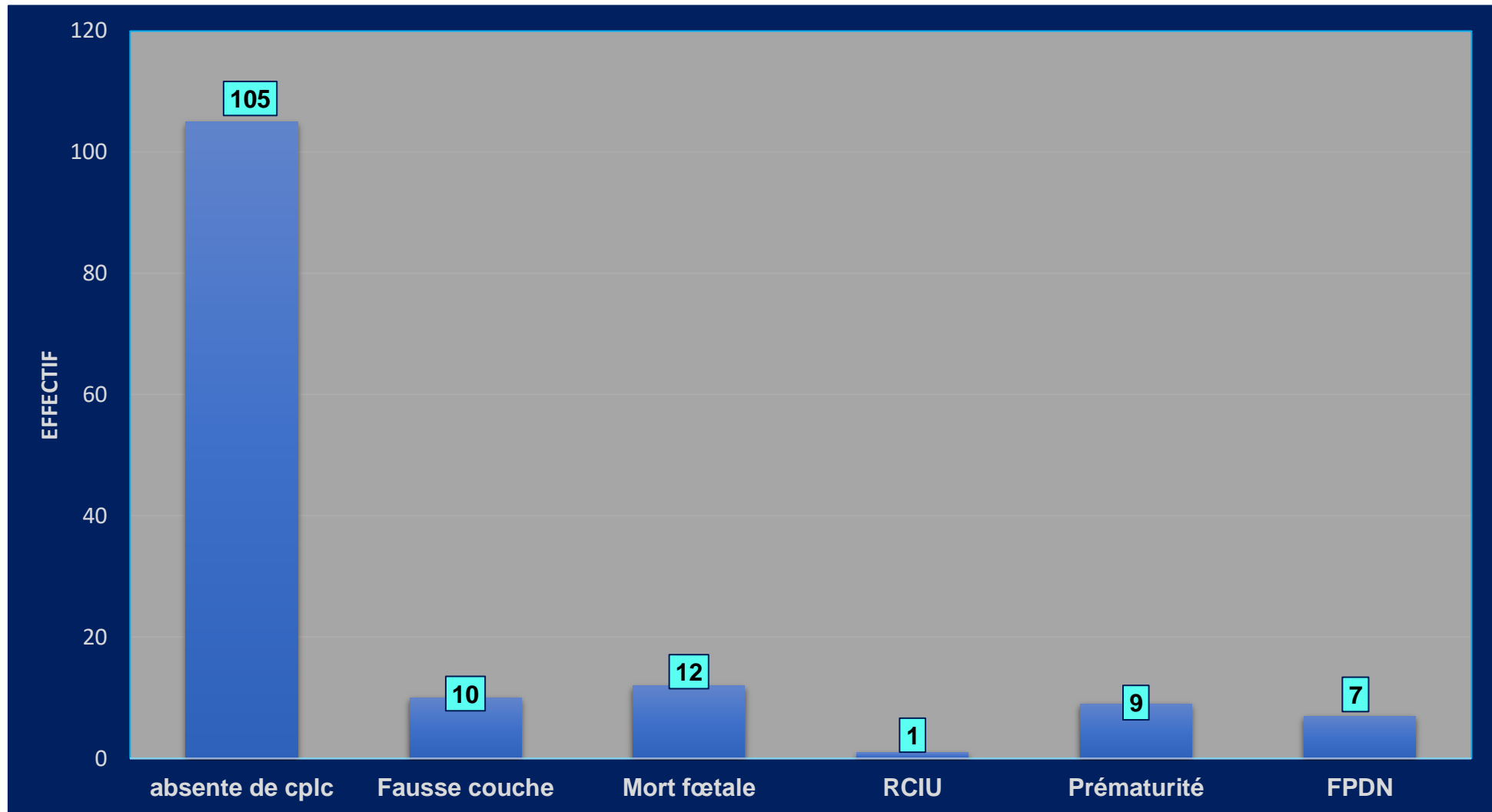
HG multiplie par 4 le risque de DSH et DN chez la femme enceinte au 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse



- D'emblé grave
- Respect du Protocol de PEC
- Non réponse au traitement
- Réadmission pour des tableaux cliniques variables



# Conséquences



Par ailleurs nous avons réalisé une étude multivariée par régression logistique avec comme variable dépendante : Le degré de gravité de l'HG

## Hyperémèse gravidique

### Variables indépendantes

- Age
- Parité
- Age gest
- Diabète
- Hyperthyroïdier
- Dysthyroïdie
- Obésité
- DSH modérée à sévère
- A. carentielle
- HypoK
- HypoNa
- Impact psychologique
- Durée d'hospitalisation

### Model initial(01)

Variables hors de l'équation		Score	ddl	Sig.	
Etape 0	Variables	age	.022	1	.881
		Parité	.054	1	.816
		A_gest	.684	1	.408
		L_ages	3.795	1	.051
		D_gest	.621	1	.431
		Dysth	6.063	1	.014
		A_hypert	.002	1	.960
		H_llp	4.701	1	.030
		Anémcar	.514	1	.473
		P_gastintes	2.422	1	.120
		obésité	10.164	1	.001
		P_poids	58.522	1	.000
		H_kmie	1.494	1	.222
		I_rén.aigue	7.589	1	.006
		Des_sévère	44.737	1	.000
		H_Nmie	55.391	1	.000
		S_gsse	2.574	1	.109
A_psych	113.802	1	.000		
D_Hosp	95.857	1	.000		
Statistiques globales		132.723	19	.000	

## Résultats de la régression logistique : Model initial(01)

Variables dans l'équation									
	A	E.S.	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)	IC pour Exp(B) 95%		
							Inférieur		Supérieur
Etape 1 <sup>a</sup>	H_Nmie	2.196	.636	11.933	1	.001	8.991	2.586	31.261
	S_gsse	-1.276	1.498	.725	1	.395	.279	.015	5.264
	A_psych	3.721	.811	21.043	1	.000	41.297	8.424	202.462
	age	-.038	.059	.409	1	.523	.963	.858	1.081
	A_hypert	2.600	2.300	1.278	1	.258	13.461	.148	1220.563
	P_poids	.408	.816	.249	1	.618	1.503	.304	7.444
	Des_sévère	2.526	.895	7.962	1	.005	12.504	2.163	72.287
	Constante	-2.754	1.945	2.006	1	.157	.064		

a. Variable(s) entrées à l'étape 1 : H\_Nmie, S\_gsse, A\_psych, age, A\_hypert, P\_poids, Des\_sévère.



Par ailleurs nous avons réalisé une étude multivariée par régression logistique avec comme variable dépendante : **La durée d'hospitalisation**

## Variables indépendantes

- Age
- Parité
- Age gest
- Diabète
- Hyperthyroïdier
- Dysthyroïdie
- Obésité
- DSH modérée à sévère
- A. carentielle
- HypoK
- HypoNa
- Impact psychologique
- Présence D'HG

## Model initial(02)

Variables hors de l'équation					
		Score	ddl		Sig.
Etape 0	Variables	S_gsse	1.406	1	.236
		A_psych	74.717	1	.000
		H_kmie	.612	1	.434
		D_gest	1.646	1	.200
		Dysth	6.387	1	.011
		A_hypert	1.548	1	.213
		H_llp	3.837	1	.050
		Anémcar	.801	1	.371
		P_gastintes	.401	1	.526
		obésité	6.751	1	.009
		P_poids	44.466	1	.000
		I_rén.aigue	4.700	1	.030
		Des_sévère	21.977	1	.000
		H_Nmie	61.152	1	.000
Parité	.358	1	.549		
Statistiques globales		102.065	15		.000



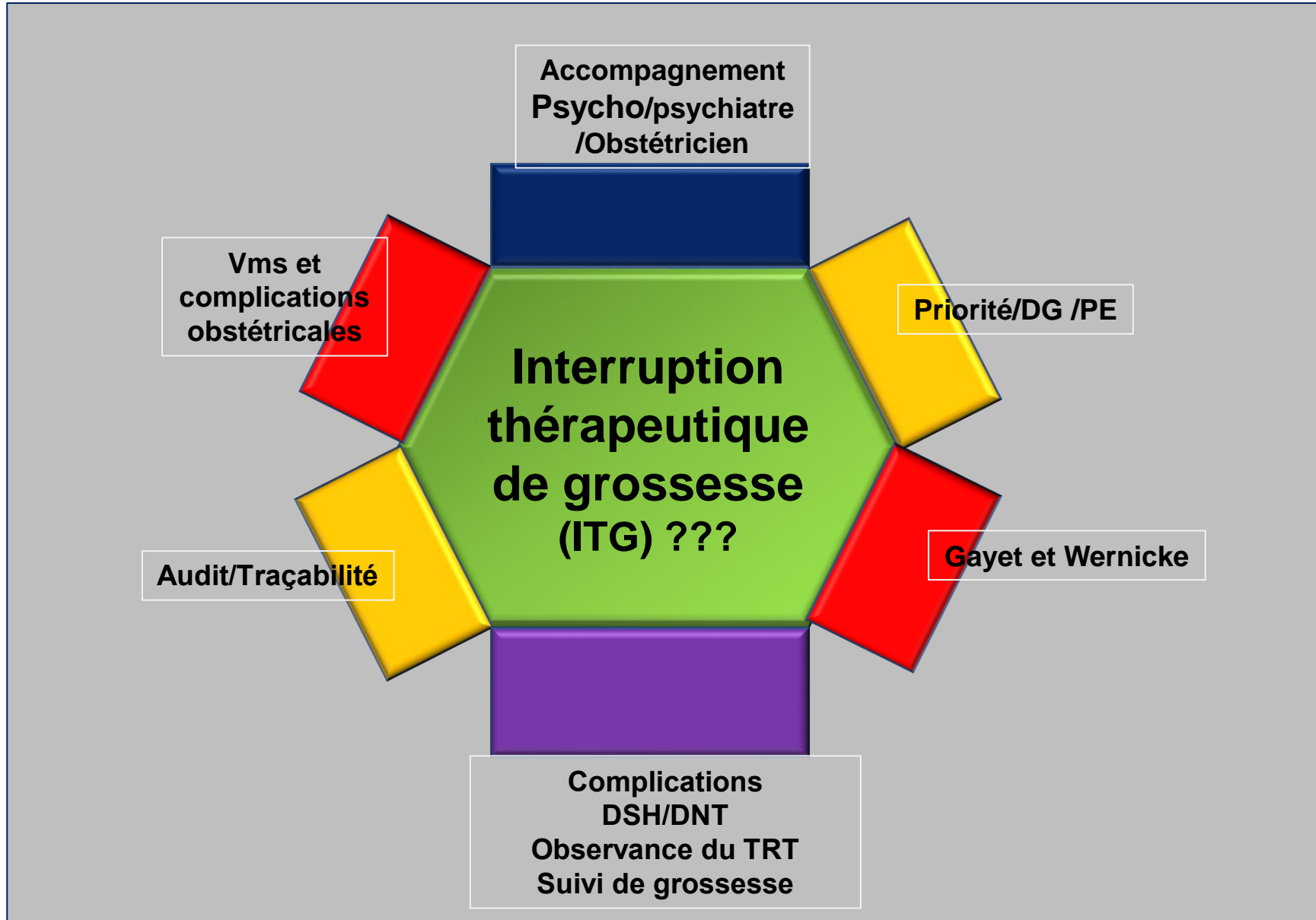
## Résultats de la régression logistique : Model final(02)

Variables dans l'équation									
	A	E.S.	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)	IC pour Exp(B) 95%		
							Inférieur	Supérieur	
Etape 1 <sup>a</sup>	H_Nmie	2.167	.481	20.337	1	.000	8.732	3.405	22.395
	Des_sévère	.714	.641	1.240	1	.266	2.042	.581	7.176
	P_poids	.718	.547	1.723	1	.189	2.049	.702	5.983
	H_llp	-.252	.517	.238	1	.626	.777	.282	2.140
	H_kmie	-.020	.564	.001	1	.972	.980	.324	2.964
	A_psych	2.039	.583	12.256	1	.000	7.687	2.454	24.078
	Constante	-2.803	.454	38.131	1	.000	.061		

a. Variable(s) entrées à l'étape 1 : H\_Nmie, Des\_sévère, P\_poids, H\_llp, H\_kmie, A\_psych.

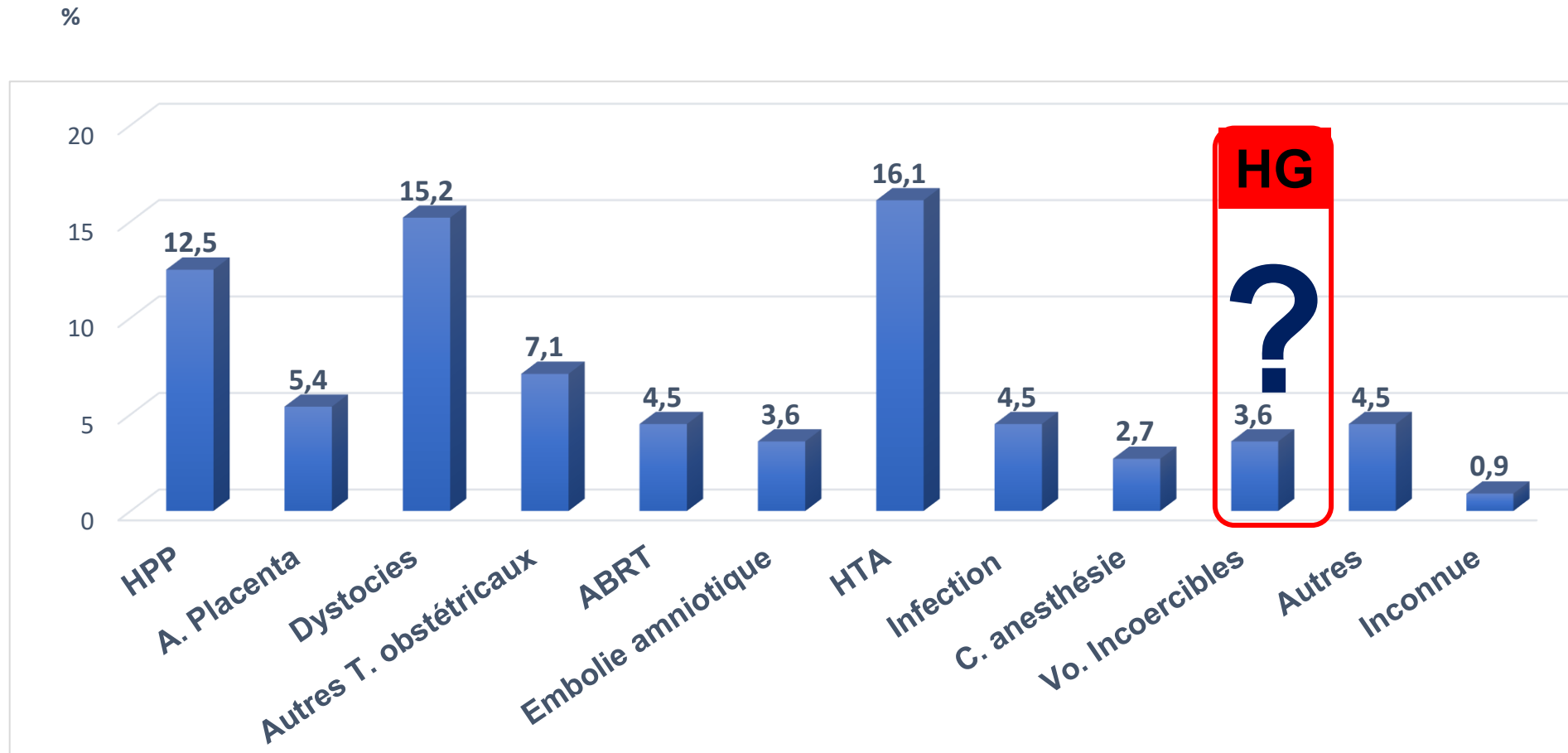


# Faut-il interrompre la grossesse ?



# QUELQUES RESULTATS : Causes directes de décès

## Décès maternels de cause directe



- 1<sup>ère</sup> cause représentée par les hémorragies (42,9 %)
- 2<sup>ème</sup> cause : HTA gravidique et ses complications (16,1%)

Décès expertisés 2015, INSP



# CONCLUSION

- Les NVG sont fréquents, et susceptible d'affecter la santé d'une femme enceinte et de son fœtus.
- Affectent la qualité de la vie et contribuent 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.
- Ne doivent pas être banalisés, ni faire oublier la possibilité d'un diagnostic différentiel.
- Des traitements précoces peuvent prévenir les complications médicales et socio-économiques et surtout les formes graves

