

Besoins nutritionnels et malaises courants de la grossesse

Une grossesse est généralement ponctuée de différents malaises tels les nausées, la constipation et les hémorroïdes, le reflux gastro-œsophagien et les douleurs lombaires. Dans cet article, nous verrons quels sont les médicaments qui peuvent être utilisés pour le soulagement de ces symptômes. Nous aborderons également la prise de vitamines et de minéraux. Cet article vise à fournir au pharmacien l'information qui les aidera à prendre en charge les soins de la majorité des femmes enceintes qui se présenteront à la pharmacie.

Cas clinique

Ève est enceinte de 24 semaines. Elle vous appelle pour vous demander des conseils pour soulager des problèmes de constipation et de reflux gastro-œsophagien. Elle est au repos sur le conseil de son médecin à la suite d'une hospitalisation nécessitée par une menace de travail pré-terme. Elle prend actuellement du psyllium deux fois par jour pour sa constipation et du lait pour soulager ses douleurs gastriques, mais ces deux mesures sont inefficaces. Les seuls autres médicaments qu'elle prend sont une multivitamine de grossesse et de l'acide folique 5 mg par voie orale une fois par jour. C'est sa deuxième grossesse, la première ayant été interrompue en raison d'une anomalie du tube neural. La grossesse actuelle est par ailleurs sans particularité et Ève ne présente pas d'autres problèmes de santé.

Vitamines et minéraux

Les femmes enceintes doivent être encouragées à suivre le *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*. Les besoins énergétiques sont légèrement accrus pour faire face aux changements de la grossesse. L'alimentation doit être riche en folate, calcium, vitamine D, fer et acides gras essentiels¹. Dans cet article, nous ne discuterons pas de la prise des vitamines et minéraux autres que l'acide folique et le fer. Toutefois, Santé Canada a émis des lignes directrices sur la nutrition durant la grossesse accessibles sur son site Internet à l'adresse suivante : http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/prenatal/national_guidelines_tc-lignes_directrices_nationales_tm_f.html.

Acide folique

Les femmes enceintes ont un besoin accru en acide folique pour répondre à la demande liée à l'augmenta-

tion du volume sanguin, la croissance des tissus chez la mère et chez le fœtus ainsi que pour réduire le risque d'anomalies du tube neural (ATN) chez le futur enfant¹.

Les ATN résultent du défaut de fermeture du tube neural (environ 26 à 28 jours après la conception), les plus fréquentes étant l'anencéphalie et différentes formes de spina bifida^{2,3}. La prévalence des ATN à la naissance au Canada a nettement diminué ces 15 dernières années, passant de 11,1 cas pour 10 000 naissances en 1989 à 5,8 cas en 1999². On pense que cette diminution est liée à l'utilisation plus fréquente d'acide folique péri-conceptionnelle et à l'augmentation du recours au diagnostic prénatal et à l'interruption de grossesse.

En ce qui a trait à l'efficacité pour la prévention des ATN, dans une étude multicentrique menée auprès de 1195 grossesses présentant un risque élevé d'ATN, on a observé 72 % moins de cas (3,5 % c. 1 %) d'ATN chez les femmes ayant reçu un supplément quotidien de 4 mg d'acide folique⁴. Un article résumant les études sur les bienfaits de l'acide folique en prévention primaire à raison de 0,4 à 1,0 mg par jour évalue l'efficacité à 60 % à 100 %⁵. La prise d'acide folique pourrait aussi diminuer le risque de certaines autres malformations (malformations cardiaques, fentes labiopalatines, anomalies des membres, sténose du pylore)³.

On recommande aux femmes enceintes d'avoir une alimentation riche en acide folique. Des exemples de bonnes sources alimentaires d'acide folique sont le jus d'orange et le jus d'ananas, les légumes verts, les haricots, les lentilles, les pois chiches et les graines de tournesol¹. Depuis 1998, l'enrichissement de la farine blanche et des pâtes alimentaires étiquetées « enrichies » est obligatoire et on estime que cette mesure a contribué à augmenter de 0,1 mg par jour l'apport alimentaire des femmes¹.

La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) a émis des lignes directrices au sujet de la prise de l'acide folique en prévention des ATN³.

Texte rédigé
par Caroline Morin,
B. Pharm., M.Sc.,
CHU Sainte-Justine.

Texte original soumis
le 22 août 2006.

Texte final remis
le 28 août 2006.

Révision :
Ema Ferreira,
B. Pharm., M.Sc.,
Pharm. D, CHU
Sainte-Justine
et Université
de Montréal.



Université de Montréal
Faculté de pharmacie

Chaire pharmaceutique
Famille Louis Boivin
Médicaments, grossesse et allaitement



HÔPITAL
SAINTE-JUSTINE
Pour l'amour des enfants

Pendant la grossesse, on parle d'anémie lorsque les valeurs d'hémoglobine sont inférieures à 110 g/L aux premier et troisième trimestres et à 105 g/L au deuxième trimestre.

En combinant ces recommandations à celles de Santé Canada, les points suivants sont à souligner¹⁻³ :

- Il faut conseiller aux femmes en âge de procréer de prendre quotidiennement une multivitamine contenant de 0,4 à 1,0 mg d'acide folique. Cette recommandation s'appuie entre autres sur le fait qu'entre 30 % et 50 % des grossesses ne sont pas planifiées.
- Pour celles qui planifient une grossesse, la prise d'acide folique doit débuter idéalement au moins un mois avant la conception.
- En présence d'un facteur de risque moyen ou élevé d'ATN, la posologie recommandée d'acide folique est de 4 à 5 mg per os par jour. Cette supplémentation doit se faire au moyen d'acide folique seul et non au moyen de plusieurs comprimés de multivitamines pour éviter la surdose possible de certaines autres vitamines.
- Parmi les facteurs de risque d'avoir un enfant atteint d'une ATN, on retrouve : des antécédents d'ATN dans la famille de la femme ou du conjoint (remontant à trois générations), une grossesse antérieure avec ATN, une ATN chez la future mère, une prise d'acide valproïque ou de carbamazépine, la prise d'un médicament antifolate et le diabète. Bien que l'obésité ait été associée à une augmentation du risque d'anomalie du tube neural, il n'y a pas de preuve à ce jour que la prise d'acide folique modifie ce risque⁶.

L'acide folique est très bien toléré. On doit toutefois se rappeler qu'un supplément quotidien supérieur à 1 mg pourrait masquer les signes hématologiques d'une carence en vitamine B12. Les signes et symptômes neurologiques d'une telle carence ne seraient toutefois pas masqués³.

L'indication pour la prise d'acide folique après le premier trimestre est la prévention ou le traitement d'une anémie macrocytaire chez la mère et elle n'est plus dirigée vers la diminution du risque de malformations chez le futur enfant puisque la période d'organogenèse est terminée. Une supplémentation de 0,4 mg à 1 mg par jour est alors habituellement appropriée⁷.

Fer

Durant la grossesse, on observe une diminution de l'hémoglobine liée à une augmentation du volume plasmatique plus importante que l'augmentation de la masse de globules rouges^{7,8}. Ainsi, les valeurs d'hémoglobine et d'hématocrite indiquant une anémie sont différentes chez la femme enceinte. Pendant la grossesse, on parle d'anémie lorsque les valeurs d'hémoglobine sont inférieures à 110 g/L aux premier et troisième trimestres et à 105 g/L au deuxième trimestre; et celles d'hématocrite inférieures à 33 % aux premier et troisième trimestres et à 32 % au deuxième trimestre^{7,8}.

Une anémie grave durant la grossesse a été associée à une augmentation du risque de différentes complications de la grossesse dont un petit poids à la naissance, la prématurité et la mortalité fœtale^{1,8,9}. La supplémentation en fer est efficace pour augmenter les valeurs d'hémoglobine et d'hématocrite durant la grossesse⁸.

Toutefois, il est difficile, à l'aide des données actuelles, de déterminer si le fait de supplémenter les femmes enceintes avec du fer peut avoir un impact significatif sur la diminution de ces risques^{8,9}. Néanmoins, l'anémie chez la mère est, en soi, une issue indésirable.

Les lignes directrices canadiennes sur la prise en charge de l'anémie considèrent qu'il n'y a pas assez de données pour recommander ou non une supplémentation en fer de façon préventive à toutes les femmes enceintes⁷. Santé Canada et le Centers for Disease Control and Prevention aux États-Unis recommandent toutefois aux femmes enceintes de prendre un supplément de fer de 20 à 30 mg par jour, étant donné que les réserves en fer d'avant la grossesse sont souvent insuffisantes pour combler les besoins associés à la croissance du fœtus et au placenta, que l'anémie ferriprive est associée à des complications obstétricales et que peu d'effets indésirables graves sont associés à la prise de suppléments de fer¹. On peut débuter la prise de fer à partir du deuxième trimestre, sous forme de fer seul ou de multivitamines. La plupart des multivitamines formulées pour la grossesse contiennent au moins 27 mg de fer, ce qui est approprié pour un traitement préventif. En traitement d'anémie ferriprive, on recommande des suppléments de fer à raison de 60 à 200 mg de fer élémentaire par jour, avec diminution de la dose quotidienne à 20 à 30 mg lorsque les valeurs d'hémoglobine visées sont atteintes^{7,8}.

Nausées et vomissements

Environ 80 % des femmes enceintes verront leur qualité de vie affectée au premier trimestre par des nausées et des vomissements^{10,11}. Ils débutent entre la 4^e et la 9^e semaine de grossesse et, chez 90 % des femmes, ils ne seront plus présents après la 16^e semaine de grossesse^{10,12}.

Une patiente présentant des signes et symptômes laissant croire à un *hyperemesis gravidarum* (signes de déshydratation, perte de poids de plus de 5 % par rapport au poids d'avant la grossesse, vomissements importants et persistants) ou étant incapable de s'hydrater ou de s'alimenter devrait être adressée à son médecin pour une évaluation et possiblement une hospitalisation¹².

Des exemples de mesures non pharmacologiques pour le soulagement des nausées et vomissements sont présentés dans l'encadré de la page suivante. Un feuillet regroupant ces mesures et destiné aux patientes est accessible sur le site Internet de la SOGC (lien sous l'encadré).

En ce qui a trait au traitement pharmacologique, la première ligne de traitement demeure les antihistaminiques associés ou non à de la pyridoxine. Plus de 30 millions de femmes ont employé l'association doxylamine-pyridoxine (Diclectin^{MD}) durant la grossesse¹³. Le nombre d'études évaluant son innocuité durant la grossesse, y compris au premier trimestre, est considérable. À ce jour, il n'y a aucune preuve d'une association entre son utilisation et des malformations, et ce, après la conduite de plusieurs études de cohorte, cas-témoins et méta-analyses^{13,14}. Une utilisation régulière plutôt qu'au besoin est à privilégier en raison de l'enrobage du Diclectin retar-

dant son action¹⁵. Un autre antihistaminique à début d'action plus rapide peut être utilisé en traitement d'appoint, lors d'échec au Diclectin ou lorsqu'il est plus accessible pour la patiente d'utiliser un médicament offert en vente libre. L'utilisation du dimenhydrinate ou diphenhydramine (données d'innocuité associées) et de l'hydroxyzine a été documentée respectivement chez plus de 3000 et 1000 femmes au premier trimestre sans preuve d'association avec des anomalies¹³. Une récente étude de cohorte à partir du registre suédois des naissances a conclu à une absence d'augmentation du risque de base de malformations majeures chez 16 536 femmes ayant fait usage de méclizine en majorité au premier trimestre¹⁶. Nous disposons d'un bon recul d'utilisation de ces antihistaminiques à tous les trimestres de la grossesse. La pyridoxine a aussi montré une efficacité en monothérapie et pourrait être utilisée à raison de 10 à 50 mg par voie orale trois fois par jour¹². Son utilisation dans le Diclectin n'a pas été associée à des anomalies^{13,14}.

Lorsque les antihistaminiques ne sont pas efficaces, on peut associer d'autres traitements tels que le métoclopramide ou la prochlorpérazine. Ces derniers n'ont pas été associés à des anomalies à ce jour. Nous disposons d'environ 500 expositions au métoclopramide et d'environ 1500 expositions à la prochlorpérazine au premier trimestre¹³. L'association de médicaments ayant des mécanismes d'action différents risque d'amener une meilleure efficacité. On a également étudié d'autres agents tels l'ondansétron et les corticostéroïdes pour traiter les vomissements incoercibles de la grossesse; ces agents demeurent toutefois des agents de dernier recours¹².

L'emploi d'un produit naturel tel que le gingembre est attrayant pour les femmes enceintes. Il a été montré plus efficace qu'un placebo ou qu'un traitement par la pyridoxine dans quelques études¹⁷. Les quantités consommées variaient entre 500 et 1500 mg par jour (maximum de 1000 mg la plupart du temps). Ces études regroupaient un peu plus de 600 expositions à moins de 20 semaines de grossesse. Des données sur les issues de grossesse étaient disponibles pour environ la moitié de ces femmes, sans preuve d'association avec des anomalies. Rappelons toutefois que les produits naturels ne sont généralement pas des premières options de traitement durant la grossesse en raison de la moins grande expérience. Certaines marques disposent maintenant d'un numéro NPN (numéro de produit naturel) de Santé Canada.

Constipation et hémorroïdes

Les mesures non pharmacologiques constituent des premières options de traitement. Mentionnons l'augmentation de consommation de fibres dans le régime alimentaire, l'hydratation et la pratique d'activité physique.

Lorsque les mesures non pharmacologiques sont insuffisantes, il existe plusieurs options de traitement. Un exemple d'algorithme de traitement est présenté au tableau I. En ce qui a trait aux données d'innocuité, les agents de masse sont des substances inertes agissant au niveau intestinal (absorption intestinale minimale). On ne s'attend pas à ce que leur utilisation constitue un facteur de risque additionnel pour le déroulement d'une

grossesse^{13,18-20}. Les agents de masse les plus populaires sont le psyllium, le polycarbophile de calcium, la méthylcellulose et la gomme de guar. Toutefois, ces agents seront évités chez des patientes alitées.

Le docusate, le lactulose, le polyéthylène glycol avec électrolyte (par ex. PegLyte^{MD}), les sennosides et le bisacodyl sont aussi des substances très peu absorbées au niveau intestinal et pourraient être utilisées lorsque les options de premier recours ne sont pas efficaces^{13,18-20}. On croit parfois que les laxatifs stimulants peuvent induire des contractions utérines. Toutefois, le mécanisme d'action de ces médicaments et leur très faible absorption intestinale ne pourraient expliquer cette action²⁰. Combiné à l'expérience d'utilisation en pratique, ils constituent de bonnes options de traitement.

L'utilisation d'huile minérale n'est pas recommandée de routine pour un traitement prolongé puisqu'elle pourrait amener une diminution de l'absorption des vitamines liposolubles¹⁹.

L'utilisation d'huile de ricin est à éviter. Elle offre peu d'avantages par rapport aux risques potentiels. Son utilisation autour de la période de l'accouchement a été associée à une plus grande incidence de passage du méconium dans le liquide amniotique. L'aspiration méconiale par le fœtus est un risque non négligeable. Bien qu'un lien de causalité entre ce risque et la prise d'huile de ricin ne peut être établi avec certitude, son utilisation sera évitée étant donné qu'il existe d'autres options dont l'innocuité est mieux établie²¹.

Pour le soulagement des hémorroïdes, le traitement de la constipation demeure la mesure la plus efficace. Pour le soulagement des symptômes, des compresses d'hamamélis et des pommades pour application locale à base de zinc, associée ou non à de l'hydrocortisone peuvent apporter un certain soulagement et sont considérées sécuritaires durant la grossesse^{13,18}. En pratique, les préparations contenant de l'huile de foie de requin sont évitées en raison de leur contenu en vitamine A qui pourrait possiblement être absorbée et parce qu'il existe d'autres options de traitement.

Reflux gastro-œsophagien

Les brûlures gastriques et le reflux gastro-œsophagien peuvent apparaître dès le premier trimestre et s'aggravent généralement à mesure que la grossesse avance²².

L'algorithme de traitement proposé au tableau I inclut les étapes suivantes. Les mesures non pharmacologiques telles que surélever la tête du lit, éviter de manger tard le soir, éviter la

Exemples de mesures non pharmacologiques pour le soulagement des nausées et vomissements liés à la grossesse

- Mangez quelques craquelins au réveil et attendez 15 minutes avant de vous lever.
- Mangez fréquemment de petits repas ou des collations de façon à ce que votre estomac ne soit jamais vide (par exemple toutes les deux heures).
- Mangez ce qui vous plaît au moment où vous le souhaitez. Évitez toutefois de cuisiner ou de manger des aliments épicés, gras ou frits.
- Essayez de manger des aliments froids plutôt que chauds.
- Mangez des croustilles salées peut calmer suffisamment l'estomac pour permettre la consommation d'un repas.
- Buvez souvent de petites quantités de liquide pendant la journée.
- Évitez de boire pendant un repas et immédiatement avant ou après un repas.
- Prenez beaucoup de repos puisque la nausée tend à s'aggraver avec la fatigue.
- Prenez l'air et évitez les endroits chauds.

Conseils tirés du site Internet de la SOGC [Société des obstétriciens et gynécologues du Canada], à : http://www.sogc.org/health/pregnancy-nausea_f.asp

nourriture acide, épicée ou grasse, la caféine et le tabac, associées ou non à l'utilisation d'antiacides, sont un premier recours de traitement²³. L'utilisation d'antiacides contenant du calcium, du magnésium ou de l'aluminium est répandue en pratique chez les femmes enceintes et on ne s'attend pas à ce qu'elle puisse augmenter le risque de base d'anomalies lorsque les posologies recommandées sont utilisées, étant donné que ce sont des éléments également retrouvés dans le régime alimentaire normal. On a toutefois publié peu de données d'innocuité relativement à ces produits. Dans une étude, on a observé une augmentation du taux de malformations lorsque toutes les classes d'antiacides étaient considérées, mais non lorsque les antiacides contenant des sels d'aluminium, de magnésium et de calcium étaient analysés séparément²⁴. En raison des propriétés de l'acide alginate, on ne s'attend pas à ce que celui-ci soit absorbé de façon significative et son utilisation est jugée sans danger durant la grossesse. Beaucoup de préparations antiacides contiennent maintenant de la siméthicone. Comme l'absorption de ce médicament est négligeable,

on ne s'attend pas non plus à ce que son utilisation constitue un facteur de risque additionnel pour le bon déroulement d'une grossesse²⁰. Les antiacides à base de salicylate (bismuth subsalicylate ou acide acétylsalicylique) sont à éviter durant la grossesse, en particulier au troisième trimestre ou pour des périodes prolongées, en raison de l'absorption significative de salicylates^{13,19}. Il y a toutefois lieu de rassurer une patiente qui y aurait été exposée par inadvertance en début de grossesse¹³.

Lorsque les antiacides ne sont plus efficaces, on peut envisager l'ajout d'un antagoniste des récepteurs H₂ (anti-H₂)²³. À ce jour, on n'a rapporté aucune association entre des anomalies et cette classe de médicaments. Les deux anti-H₂ les mieux documentés chez la femme enceinte sont la ranitidine et la cimétidine. Comme la cimétidine soulève certaines inquiétudes théoriques attribuables à ses propriétés anti-androgéniques et qu'elle a des désavantages du point de vue des effets indésirables et des interactions médicamenteuses, elle ne constitue pas une première option de traitement¹³. Pour ce qui est de la ranitidine, plus de 1000 expositions sont

Tableau 1 : Exemples d'algorithmes de traitements pharmacologiques pour les malaises courants de la grossesse^{10-13,16,18-20,22,23}

<p>NAUSÉES ET VOMISSEMENTS</p>	<p>HÉMORROÏDES</p>
<p>Premier recours :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Doxylamine 10 mg + pyridoxine 10 mg (Diclectin) : 1 co po am, 1 co po pm, 2 co po hs ■ Antihistaminique (régulier ou prn) en appoint ou en remplacement du Diclectin : <ul style="list-style-type: none"> ■ hydroxyzine 25-50 mg po qid ■ dimenhydrinate ou diphenhydramine 25-100 mg po qid ■ méclizine 12,5-50 mg po die à bid 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Suivre les recommandations pour le soulagement de la constipation ■ Pommades de zinc avec ou sans hydrocortisone en application locale bid et après chaque selle ■ Pommades contenant de la pramoxine
<p>Deuxième recours :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Association d'un antihistaminique et de métoclopramide ou prochlorpérazine <ul style="list-style-type: none"> ■ Métoclopramide 10 mg po qid ■ Prochlorpérazine 5 à 10 mg po qid 	<p>BRÛLURES GASTRIQUES ET REFLUX GASTRO-CÆSOPHAGIEN</p> <p>Premier recours :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Antiacide à base de calcium, magnésium, aluminium ou acide alginate (forme régulière) : 10-20 mL ou 1 à 2 comprimés po qid prn
<p>CONSTIPATION</p> <p>Premier recours :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Si la patiente n'est pas alitée : agents de masse de préférence ou docusate <ul style="list-style-type: none"> ■ Psyllium ■ Polycarbophile de calcium ■ Gomme de guar ■ Docusate sodique ou calcique 100 à 240 mg po die à bid ■ Si la patiente est alitée : <ul style="list-style-type: none"> ■ Docusate sodique ou calcique 100 à 240 mg po die à bid 	<p>Deuxième recours :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Sucralfate 1 g po qid prn ■ Ranitidine 150 mg po bid <p>Troisième recours :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Métoclopramide 10 mg po tid à qid ■ Oméprazole 20 mg po die à bid
<p>Deuxième recours :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Lactulose 15 à 30 mL po die à bid ■ Polyéthylèneglycol avec électrolytes 125 à 250 mL po die à bid ■ Suppositoire de glycérine ir prn 	<p>DOULEURS LOMBAIRES</p> <p>Premier recours :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Acétaminophène 650 à 1000 mg po qid prn ■ Application de chaleur <p>Deuxième recours :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Salicylate de triéthanolamine 10 % (pas d'application de chaleur simultanée pour éviter une augmentation de l'absorption de la médication)
<p>Troisième recours :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Laxatifs stimulants : <ul style="list-style-type: none"> ■ Sennosides 8,6 à 17,2 mg po die à bid prn ■ Bisacodyl 5 à 10 mg po ou ir die prn ■ Lavements huileux ou à base de phosphates ir pour une dose 	<p>Troisième recours :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Cyclobenzaprine 5 à 10 mg po HS + 5 à 10 mg po prn dans la journée (max de 30 mg par jour)

documentées au premier trimestre sans association avec des anomalies¹³. Son utilisation est répandue en pratique à tous les trimestres de la grossesse.

Les inhibiteurs de la pompe à protons sont utilisés depuis moins longtemps chez la femme enceinte. Jusqu'à ce jour, leur utilisation durant la grossesse n'a pas été associée à des anomalies. Les données actuellement accessibles concernent surtout l'oméprazole. Près de 1500 femmes y ont été exposées au premier trimestre et aucune association avec des anomalies n'a été rapportée à ce jour, quel que soit le trimestre^{13,25,26}. L'utilisation des autres inhibiteurs de la pompe à protons devrait probablement être évitée si possible en attendant plus de données sur leur innocuité durant la grossesse.

Douleurs lombaires

En fin de grossesse, l'hyperlaxité des ligaments en vue de l'accouchement et le poids de l'utérus entraîneront des douleurs lombaires chez certaines femmes²⁷. On peut recommander l'application locale de chaleur et la prise d'acétaminophène. Ce dernier est l'analgésique de choix durant la grossesse et n'a pas été associé à des anomalies à ce jour¹³.

Parmi les analgésiques topiques pour lesquels nous avons des données d'innocuité chez la femme enceinte, le salicylate de triéthanolamine est celui qui est le moins absorbé. Des données de pharmacocinétique indiquent qu'à la suite de l'application topique d'une dose de 10 g de triéthanolamine salicylate, les concentrations sériques de salicylates mesurées sont inférieures à 1 % de ce que l'on obtient à la suite de la prise d'aspirine à raison de 500 mg par voie orale²⁰. On sait que l'aspirine se métabolise au niveau hépatique en salicylate et que l'utilisation d'aspirine est considérée sécuritaire même au troisième trimestre si la dose est moins de 150 mg per os par jour¹³. Lors de l'utilisation de la triéthanolamine de salicylate topique, l'emploi concomitant de chaleur sera évité pour ne pas augmenter l'absorption percutanée du produit.

Il existe des données sur certains relaxants musculaires pour administration orale. Le cyclobenzaprine a été évalué chez environ 500 femmes au premier trimestre et, jusqu'à maintenant, son utilisation n'a pas été associée à des anomalies¹³. L'aspect rassurant avec le cyclobenza-

prine est que sa structure chimique se rapproche de celle des antidépresseurs tricycliques qui sont bien documentés et utilisés depuis longtemps chez la femme enceinte sans association avec des anomalies¹³. Quant aux autres relaxants musculaires systémiques, des études de surveillance ont rapporté 362 expositions au méthocarbamol et 411 expositions à l'orphénadrine au premier trimestre sans association avec des malformations¹³.

Résolution du cas clinique

Vous dites à Ève que les problèmes de constipation et de reflux gastro-œsophagien sont fréquents durant la grossesse. Pour soulager la constipation, les agents de masse ne sont pas des options de premier recours chez les personnes alitées. Ainsi, vous suggérez à Ève de cesser le psyllium et de privilégier plutôt un émollient tel que le docusate sodique à raison de 100 à 200 mg *per os* deux fois par jour. Elle pourra y associer un autre traitement au besoin pour quelques jours, tels le lactulose ou les sennosides. Pour son problème de reflux gastro-œsophagien, elle pourra tenter l'utilisation d'un antiacide au besoin. Si l'ajout d'un antiacide s'avère inefficace, on pourra lui proposer la ranitidine. En même temps, vous lui dites que la quantité d'acide folique contenue dans sa multivitamine est suffisante pour combler ses besoins et qu'elle peut arrêter la prise d'acide folique 5 mg. La période d'organogenèse étant terminée, la prise d'acide folique d'ici à la fin de la grossesse n'a plus d'impact sur la diminution du risque d'anomalie du tube neural.

Conclusion

Plusieurs femmes présenteront les problèmes discutés dans cet article. Ces malaises peuvent persister sur une période de temps considérable durant la grossesse et affecter leur qualité de vie de façon significative. On peut leur offrir des traitements afin qu'elles puissent jouir d'une grossesse en santé, sans risque accru pour le futur enfant. Le pharmacien est un fournisseur de soins de santé de première ligne et peut les conseiller sur les diverses options de traitement pour le soulagement de ces symptômes. ■

Une patiente
présentant
des signes
et symptômes
laissant croire
à un *hyperemesis
gravidarum*
devrait être
adressée à
son médecin.

Références

1. **Santé Canada**. Nutrition pour une grossesse en santé : lignes directrices nationales à l'intention des femmes en âge de procréer. Ottawa : Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux du Canada; 1999.
2. **Santé Canada**. Les anomalies congénitales au Canada - Rapport sur la santé périnatale, 2002. Ottawa : Ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada; 2002.
3. **Wilson RD, Davies G, Desilets V et coll.** The use of folic acid for the prevention of neural tube defects and other congenital anomalies. *J Obstet Gynaecol Can* 2003; 25(11) : 959-73.
4. **MRC Vitamin Research Study Group**. Prevention of neural tube defects : results of the Medical Research Council Vitamin Study. *Lancet* 1991; 338 : 131-7.
5. **Ferreira E**. L'acide folique et la prévention des anomalies du tube neural. *Québec Pharmacie* 2000; 47(9) : 726-30.
6. **Scialli AR**. Teratology public affairs committee position paper : maternal obesity and pregnancy. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol* 2006; 76(2) : 73-7.
7. **Anemia Review Panel**. Guidelines for the management of anemia. 1^{re} éd. Toronto : MUMS Guideline Clearinghouse; 2004.
8. **Centers for Disease Control and Prevention**. Recommendations to prevent and control iron deficiency in the United States. *MMWR* 1998; 47(RR-3) : 1-30.
9. **Rasmussen K**. Is there a causal relationship between iron deficiency or iron-deficiency anemia and weight at birth, length of gestation and perinatal mortality? *J Nutr* 2001; 131 : 590S-603S.
10. **ACOG Practice Bulletin** : nausea and vomiting of pregnancy. *Obstet Gynecol* 2004; 103(4) : 803-14.
11. **Mazzotta P, Magee LA**. Risk-benefit assessment of pharmacological and non-pharmacological treatments of nausea and vomiting of pregnancy. *Drugs* 2000; 59(4) : 781-800.
12. **Eliakim R, Abulafia O, Sherer DM**. Hyperemesis gravidarum : a current review. *Am J Perinatol* 2000; 17(4) : 207-17.
13. **Briggs GG, Freeman RK, Yaffe SJ**. Drugs in pregnancy and lactation : a reference guide to fetal and neonatal risk. In. Philadelphie : Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
14. **McKeigue PM, Lamm SH, Linn S et coll.** Bendectin and birth defects : I. A meta-analysis of the epidemiologic studies. *Teratology* 1994; 50(1) : 27-37.
15. **Monographie du Diclectin**. Dans : Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques. Ottawa : Association des pharmaciens du Canada; 2006.
16. **Kallen B, Mottet I**. Delivery outcome after the use of meclizine in early pregnancy. *Eur J Epidemiol* 2003; 18(7) : 665-9.
17. **Borrelli F, Capasso R, Aviello G et coll.** Effectiveness and safety of ginger in the treatment of pregnancy-induced nausea and vomiting. *Obstet Gynecol* 2005; 105(4) : 849-56.

18. **Wald A.** Constipation, diarrhea, and symptomatic hemorrhoids during pregnancy. *Gastroenterol Clin N Am* 2003; 32 : 309-22.
19. **Bonapace ES, Fisher RS.** Constipation and diarrhea in pregnancy. *Gastroenterol Clin N Am* 1998; 27(1) : 197-211.
20. **American Society of Health-System Pharmacists.** AHFS drug information. Bethesda: American Society of Health-System Pharmacists; 2004.
21. **Arseneault Y.** Quelle est la place de l'huile de ricin dans le déclenchement du travail? *Québec Pharmacie* 2000; 47(9) : 746-8.
22. **Marrero JM, Goggin PM, de Caestecker JS et coll.** Determinants of pregnancy heartburn. *Br J Obstet Gynaecol* 1992; 99(9) : 731-4.
23. **Richter JE.** Gastroesophageal reflux disease during pregnancy. *Gastroenterol Clin North Am* 2003; 32(1) : 235-61.
24. **Nelson MM, Forfar JO.** Associations between drugs administered during pregnancy and congenital abnormalities of the fetus. *Br Med J* 1971; 1: 523-7.
25. **Diav-Citrin O, Arnon J, Shechtman S et coll.** The safety of proton pump inhibitors in pregnancy : a multicentre prospective controlled study. *Aliment Pharmacol Ther* 2005; 21(3) : 269-75.
26. **Kallen BA.** Use of omeprazole during pregnancy - no hazard demonstrated in 955 infants exposed during pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001; 96(1) : 63-8.
27. **Rathmell JP, Viscomi CM, Ashburn A.** Management of nonobstetric pain during pregnancy and lactation. *Anesth Analg* 1997; 85 : 1074-87.

Québec Pharmacie **Formation continue**

Veillez reporter vos réponses dans le formulaire de la page 550

- 3) **Parmi les énoncés suivants concernant le traitement de maux liés à la grossesse, lequel est faux ?**
- A L'utilisation de ranitidine n'a pas été associée à des anomalies et est une bonne option de traitement lors d'échec aux mesures non pharmacologiques associées aux antiacides.
 - B L'utilisation d'antihistaminiques tels que le diméthylhydrinate, la diphenhydramine et la méclizine n'a pas été associée à des anomalies à ce jour.
 - C Les préparations pour hémorroïdes à base d'huile de foie de requin sont à éviter à cause de leur contenu en vitamine A.
 - D L'obésité constitue un des facteurs de risque d'anomalie du tube neural justifiant la prise d'une dose de 4 à 5 mg d'acide folique par jour.
 - E Le salicylate de triéthanolamine est l'analgésique topique de choix durant la grossesse.
- 4) **Parmi ces options de traitement de la constipation, laquelle serait à éviter durant la grossesse ?**
- A Les agents de masse tels le psyllium, le polycarbohydre de calcium et la gomme de guar.
 - B Le docusate sodique ou calcique.
 - C L'huile de ricin.
 - D Les sennosides.
 - E Le lactulose.



Desjardins & Cie

C'est tout Desjardins qui appuie les entreprises de la santé.

Ceci n'est pas un groupe

C'est une industrie à dimension humaine.

Comme vous, Desjardins place l'humain au centre de ses préoccupations. C'est pourquoi nous mettons toute notre expertise et nos ressources au service des entrepreneurs du domaine de la santé.



Desjardins
Centres financiers
aux entreprises

www.desjardins.com Conjuguer avoirs et êtres