

# Dimanche au service de consultation sans rendez-vous

# 4

*Veronique Proulx*

**Isabelle en est à sa 8<sup>e</sup> semaine de grossesse. Elle a le teint vert et vomit une journée sur deux, malgré ses quatre comprimés de doxylamine-pyridoxine (Diclectin) par jour. Jamila en est à sa 32<sup>e</sup> semaine de grossesse. Elle se présente au service de consultation sans rendez-vous en raison d'un prurit intense. Fanny, qui entame sa 28<sup>e</sup> semaine de grossesse, se plaint de lombalgie. Elle grimace de douleur en se dirigeant vers votre salle d'examen avec la démarche d'un pingouin.**

**Quelle journée ! Comment les aider ? Mettez vos connaissances à l'épreuve en lisant le présent article.**

### **Isabelle – Nausées et vomissements de la grossesse**

#### **Quelle est la dose maximale de doxylamine-pyridoxine ?**

La dose maximale de doxylamine-pyridoxine chez la femme enceinte est de cinq à huit comprimés par voie orale par jour<sup>1</sup>. Vous pouvez donc tenter de soulager Isabelle en augmentant la dose. Retenez que la doxylamine-pyridoxine est une association à libération prolongée contenant 10 mg de doxylamine et 10 mg de pyridoxine (vitamine B<sub>6</sub>). Son effet est donc maximal de quatre à six heures après l'ingestion. Par conséquent, elle ne doit pas être prescrite avec la mention « au besoin »<sup>2</sup> et vous devez en expliquer le fonctionnement à la patiente. Pour les nausées légères, la posologie de base est de deux comprimés au coucher. Pour les nausées modérées, la prescription usuelle est d'un

*La D<sup>re</sup> Veronique Proulx, omnipraticienne, exerce au GMF La Cigogne et à l'Hôpital Charles LeMoine, à Greenfield Park. Elle est professeure d'enseignement clinique en obstétrique et en périnatalité à l'Université de Sherbrooke.*

comprimé le matin, d'un comprimé en après-midi et de deux comprimés au coucher<sup>1</sup>.

Un dépliant de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC), conçu pour le public, décrit les mesures non pharmacologiques permettant de réduire les nausées et les vomissements de la grossesse (tableau I)<sup>1,3</sup>. Pour en commander des exemplaires, allez sur le site Internet de la SOGC au [www.sogc.org/health/pregnancy-nausea\\_f.asp](http://www.sogc.org/health/pregnancy-nausea_f.asp).

Pour les patientes qui prennent de la doxylamine-pyridoxine et qui présentent des nausées légères et de la somnolence, la pyridoxine seule semble causer moins de somnolence et aussi moins de sécheresse buccale<sup>1</sup>. Deux études ont révélé une diminution des nausées et des vomissements associée à la pyridoxine comparativement au placebo<sup>1</sup>.

#### **Que faire si la patiente vomit malgré la prise de doxylamine-pyridoxine ?**

Certains antihistaminiques, comme le dimenhhydrinate (Gravol) ou la diphenhydramine (Benadryl), peuvent être pris avec la doxylamine-pyridoxine, régulièrement ou au besoin, pour contrer les nausées et les vomissements de la grossesse. L'hydroxyzine (Atarax)

**Retenez que la doxylamine-pyridoxine est une association à libération prolongée contenant 10 mg de doxylamine et 10 mg de pyridoxine (vitamine B<sub>6</sub>). Son effet est donc maximal de quatre à six heures après l'ingestion. Par conséquent, elle ne doit pas être prescrite avec la mention « au besoin ».**

**Repère**

### Tableau I

#### Mesures non pharmacologiques contre les nausées et les vomissements de la grossesse<sup>1,3</sup>

- Au réveil, manger quelques craquelins et attendre 15 minutes avant de quitter le lit.
- Manger fréquemment de petites quantités.
- Éviter les mets épicés, gras ou frits.
- Boire souvent de petites quantités de liquides.
- Éviter de boire pendant et immédiatement avant ou après un repas.
- Se reposer.
- Prendre l'air et éviter les endroits chauds.
- Porter un bracelet d'acupression (du point P6 ou de Nei-Kuan, situé à l'intérieur du poignet) et essayer l'acupuncture. Ces deux modalités peuvent être bénéfiques chez certaines patientes.
- Prendre des multivitamines avec des aliments ou l'acide folique seul au premier trimestre.

### Tableau II

#### Médicaments contre les nausées et les vomissements pendant la grossesse<sup>1</sup>

- Pyridoxine, de 10 mg à 25 mg par voie orale ou intraveineuse, 3 f.p.j.
- Doxylamine-pyridoxine (Diclectin), de 2 co/j à 8 co/j par voie orale
- Dimenhydrinate (Gravol), de 50 mg à 100 mg par voie orale, intrarectale ou intraveineuse, toutes les six heures
- Diphenhydramine (Benadryl), de 25 mg à 100 mg par voie orale ou intraveineuse, toutes les quatre à six heures
- Hydroxyzine (Atarax), de 25 mg à 100 mg par voie orale ou intramusculaire, toutes les quatre à six heures
- Métoproclamide (Maxeran), de 10 mg à 20 mg par voie orale ou intraveineuse, 4 f.p.j.

constitue une autre solution, mais semble causer un peu plus de rétention urinaire<sup>1</sup>.

Il est possible d'ajouter le métoproclamide (Maxeran), au besoin, aux médicaments préalablement cités, mais en l'associant à un antihistaminique dans le but d'en réduire le plus possible les effets extrapyramidaux. Les antihistaminiques agissent, en effet, à la fois comme antiémétiques et contre les symptômes extrapyramidaux. Si vous suivez l'ordre d'introduction des médicaments mentionnés dans cet article, vous constaterez qu'un antihistaminique est donc souvent déjà en place lorsque vous ajoutez le métoproclamide.

Évidemment, la déshydratation représente un motif d'hospitalisation, d'hydratation et de traitement par

### Tableau III

#### Bilan recommandé en cas de nausées et vomissements modérés ou graves pendant la grossesse<sup>1</sup>

- Échographie fœtale et dosage quantitatif de la  $\beta$ -hCG
- Bilan thyroïdien
- Formule sanguine
- Taux d'électrolytes
- Taux de créatinine et d'urée
- Taux de cétones urinaires
- Taux d'enzymes hépatiques et de bilirubine
- Taux d'amylase

Source : Ferreira E. *Grossesse et allaitement : guide thérapeutique*. 1<sup>re</sup> éd. Montréal : Éditions du CHU Sainte-Justine ; 2007. p. 437. Reproduction autorisée.

voie intraveineuse. Pour plus de précisions sur les nausées et vomissements pendant la grossesse, consultez la figure<sup>1</sup> et le tableau II<sup>1</sup>.

#### Doit-on prescrire un bilan ?

Oui, le bilan du tableau III<sup>1</sup> peut être demandé lorsque les nausées et les vomissements sont de modérés à graves. L'échographie et le dosage de la  $\beta$ -hCG sérique servent à vérifier la présence d'une môle hydatiforme ou d'une grossesse multiple. En outre, vous devez demander les examens complémentaires nécessaires pour exclure toute autre cause sous-jacente possible.

### Jamila – Prurit chez la femme enceinte

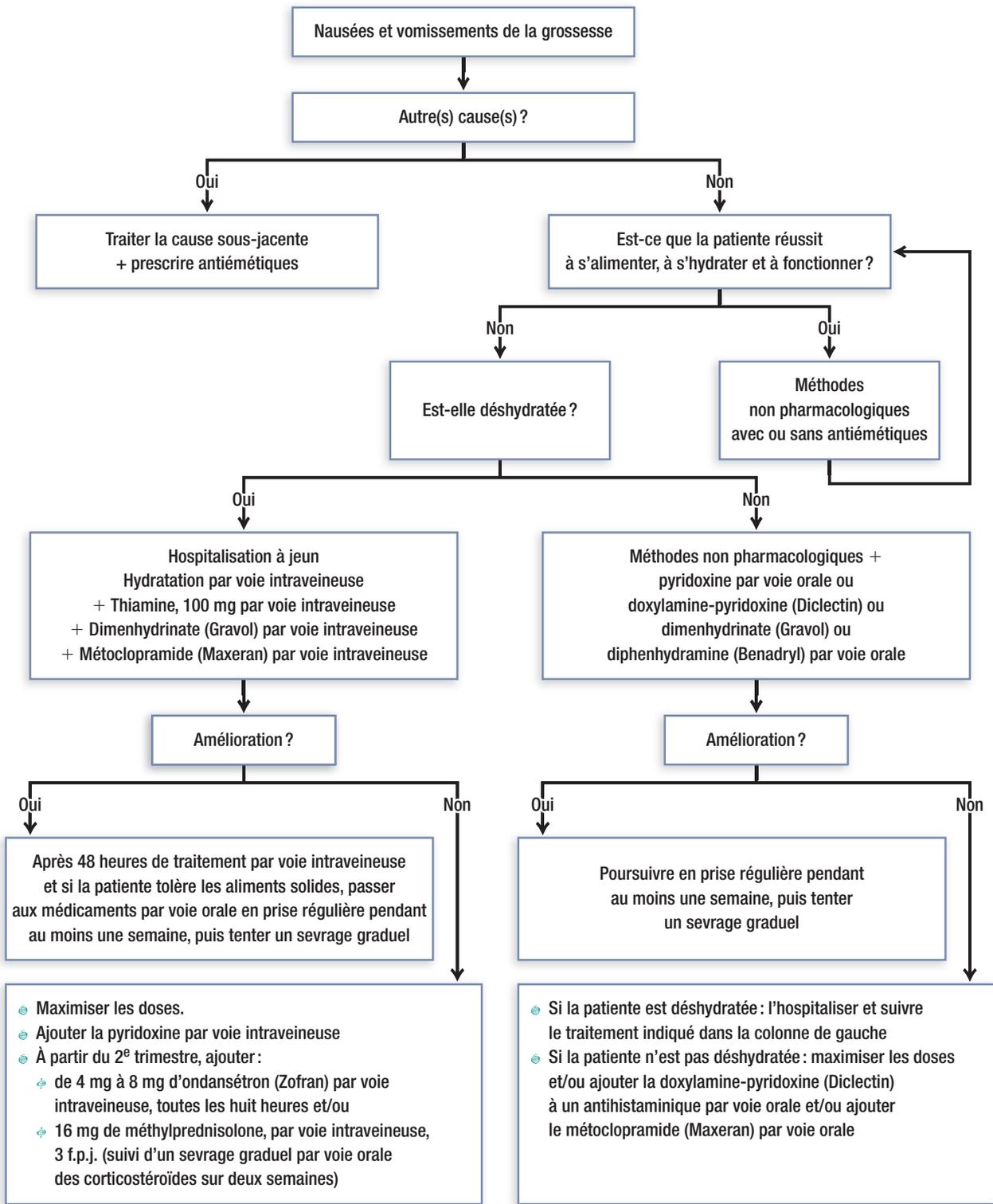
#### Quel est votre diagnostic différentiel ?

Concernant Jamila, qui se plaint d'un prurit intense, en plus de penser à tous les diagnostics usuels de prurit, vous devez songer à quatre affections propres à la grossesse (tableau IV)<sup>1,4-6</sup>, soit l'éruption polymorphe de la grossesse (PUPPP ou pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy), le prurigo de la grossesse, la cholestase intrahépatique de la grossesse et la pemphigoïde gestationis.

Aussi, rappelez-vous que les dermatites atopiques ont tendance à empirer pendant la grossesse tandis qu'à l'inverse, le psoriasis est souvent moins important durant cette période<sup>5</sup>.

**Figure**

**Traitement des nausées et vomissements durant la grossesse**



Adapté de : Ferreira E. *Grossesse et allaitement : guide thérapeutique*. 1<sup>re</sup> éd. Montréal : Éditions du CHU Sainte-Justine ; 2007. p. 439. Reproduction autorisée.

**Tableau IV****Maladies prurigineuses de la grossesse<sup>1,4-6</sup>**

Maladie	Tableau clinique	Traitement	Posologie
Éruption polymorphe de la grossesse	Plaques d'urticaire intensément prurigineuses associées à de petites papules, parfois à des micro-vésicules ; éruptions apparaissant d'abord sur l'abdomen, souvent le long des vergetures, et parfois sur les extrémités. Le visage et les muqueuses sont habituellement épargnés <sup>5,6</sup> .	☉ Antihistaminique par voie orale et corticostéroïdes topiques	☉ Diphenhydramine, de 25 mg à 50 mg, par voie orale, toutes les 4 à 6 heures ; ou hydroxyzine, 25 mg par voie orale, toutes les 6 à 8 heures ; ou loratadine, 10 mg par voie orale, 1 f.p.j.
		☉ Corticostéroïdes généraux pour les symptômes extrêmes <sup>5</sup>	☉ Prednisone, de 20 mg à 40 mg par voie orale, 1 f.p.j. <sup>1</sup> . Idéalement, à éviter au 1 <sup>er</sup> trimestre.
Prurigo de la grossesse	Papules et nodules érythémateux à la surface des extenseurs des extrémités, visage souvent touché <sup>5,6</sup> .	☉ Antihistaminique par voie orale et corticostéroïdes topiques de puissance intermédiaire <sup>5</sup>	☉ Diphenhydramine, de 25 mg à 50 mg par voie orale, toutes les 4 à 6 heures ; ou hydroxyzine, 25 mg par voie orale, toutes les 6 à 8 heures ; ou loratadine, 10 mg par voie orale, 1 f.p.j.
Cholestase intrahépatique	Prurit des paumes et des plantes qui se généralise <sup>4</sup> ; aucune lésion cutanée primaire ; lésions de grattage seulement <sup>5</sup> . Bilan sérique perturbé. Si un ictère apparaît, il surviendra de 2 à 4 semaines après l'apparition du prurit.	☉ Antihistaminique par voie orale contre le prurit léger	☉ Diphenhydramine, de 25 mg à 50 mg par voie orale, toutes les 4 à 6 heures, ou hydroxyzine, 25 mg par voie orale, toutes les 6 à 8 heures ; ou loratadine, 10 mg par voie orale, 1 f.p.j.
		☉ Pour les cas plus graves : ursodiol <sup>1,5</sup>	☉ Ursodiol, de 14 mg/kg/j à 25 mg/kg/j par voie orale, en 2 ou 3 prises (dose maximale étudiée : 2 g/j, sûr au 2 <sup>e</sup> et au 3 <sup>e</sup> trimestre de la grossesse) <sup>1</sup> .
Pemphigoïde gestationis	Plaques, papules et vésicules prurigineuses évoluant en vésicules et bulles généralisées. Lésions initiales péri-ombilicales. Visage, cuir chevelu et muqueuses épargnés <sup>5</sup> .	☉ Antihistaminique par voie orale et corticostéroïdes topiques de puissance intermédiaire à forte	☉ Diphenhydramine, de 25 mg à 50 mg par voie orale, toutes les 4 à 6 heures ; ou hydroxyzine, 25 mg par voie orale, toutes les 6 à 8 heures ; ou loratadine, 10 mg par voie orale, 1 f.p.j.
		☉ Corticostéroïdes généraux nécessaires lors de l'évolution de la maladie <sup>1,5</sup>	☉ Prednisone, de 20 mg à 40 mg par voie orale, 1 f.p.j. <sup>1</sup> . Idéalement, à éviter au 1 <sup>er</sup> trimestre.

***Fait-on un bilan sanguin chez toutes les patientes souffrant de prurit ?***

Non, un bilan est indiqué seulement chez celles qui n'ont pas de lésions cutanées primaires de manière à éliminer la cholestase intrahépatique de la grossesse. Évidemment, chez la patiente enceinte ictérique ou présentant des symptômes généraux, comme une anorexie, des nausées, des diarrhées ou une stéatorrhée, il faut aussi demander un bilan pour exclure la cholestase et d'autres maladies.

La cholestase intrahépatique de la grossesse est associée à une augmentation des taux d'acides biliaires sériques (plus de 10 mmol/l à jeun) et d'enzymes hépatiques (phosphatase alcaline, AST, ALT et souvent bilirubine)<sup>4</sup>. Malheureusement, le dosage sérique des acides biliaires se fait à l'extérieur du Québec et peut être coûteux. En première ligne, il est donc suggéré de commencer par un simple bilan comprenant l'AST, l'ALT et la bilirubine. La phosphatase alcaline (totalisant les sources hépatique, osseuse et placentaire) est aussi à la hausse lors d'une grossesse normale, ce qui en limite

l'utilité dans le diagnostic de la cholestase intra-hépatique de la grossesse<sup>4,5</sup>.

### **Cholestase = danger ?**

Oui. Bien que la morbidité maternelle soit faible, les effets sur le fœtus sont à craindre. En effet, la cholestase intra-hépatique de la grossesse peut être associée à un accouchement prématuré, à la présence de méconium dans le liquide amniotique, à un retard de croissance intra-utérine et à la mort intra-utérine. Chez la mère, la malabsorption des vitamines liposolubles A, D, E et K entraîne notamment une carence en vitamine K et donc un risque accru d'hémorragie, particulièrement en post-partum. Une orientation vers une clinique pour les grossesses à risque élevé est nécessaire pour évaluer le bien-être du fœtus et pour suivre l'état de la mère.

Le traitement par l'ursodiol (URSO) permet d'améliorer les issues fœtale et maternelle. En effet, ce médicament résout souvent le prurit en deux ou trois jours et diminue les concentrations d'acides biliaires et d'enzymes hépatiques au bout d'une à deux semaines<sup>1</sup>. Des études prospectives montrent une corrélation entre les complications fœtales et le taux d'acides biliaires. Le risque pour le fœtus est inexistant si le taux demeure sous les 40 mmol/l<sup>4</sup>.

La pemphigoïde *gestationis* peut aussi être associée à un accouchement prématuré, à un retard de croissance intra-utérine et à des lésions cutanées urticariennes, vésiculaires ou bulleuses chez les nouveau-nés de mère atteinte. Une biopsie cutanée chez la mère peut confirmer ce diagnostic, qui est de cause auto-immune<sup>5,6</sup>. Vous devez donc également diriger cette patiente vers la clinique de grossesses à risque élevé.

### **Fanny – Grossesse et lombalgie**

#### **Est-ce une douleur musculosquelettique ?**

Comme les douleurs musculosquelettiques sont très courantes chez la femme enceinte et que la plus fréquente est la douleur lombaire, abordons tout de suite le sujet.

Premièrement, la relaxine, une hormone surtout produite par le corps jaune, entraîne une hyperlaxité des ligaments et accentue la lordose vertébrale, modifiant par le fait même le centre de gravité du corps et pouvant mener à des lombalgies durant la grossesse<sup>1</sup>. Deuxièmement, le simple poids de l'utérus gravide augmente les douleurs musculosquelettiques de la grossesse.

Comme vous le savez, l'analgésique de premier choix pendant la grossesse est l'acétaminophène. Certaines publications récentes ont soulevé des questions quant au lien entre l'acétaminophène et l'accroissement du risque de cryptorchidie. Après discussion avec le Centre IMAGE du CHU Sainte-Justine, voici les plus récentes conclusions à ce sujet : « Étant donné certaines failles méthodologiques dans des études existantes, d'autres études sont nécessaires ». Par conséquent, dans l'état actuel des connaissances, les pratiques relatives à l'acétaminophène pendant la grossesse ne doivent pas changer, car ce médicament est sûr selon les experts<sup>1</sup>.

Pour plusieurs patientes ayant des douleurs légères, le salicylate de triéthanolamine à 10 % (Myoflex) peut être un coanalgésique efficace<sup>1</sup>.

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens peuvent être utilisés pour un traitement bref au deuxième trimestre, idéalement pas plus de cinq jours consécutifs en raison d'un effet rénal possible chez le fœtus et du risque d'oligoamnios. Au premier trimestre, leur utilisation accroît les avortements spontanés. Par ailleurs, un faible risque d'augmentation des malformations cardiaques ne peut être exclu. Ils sont à proscrire au troisième trimestre, plus précisément après 26 semaines de grossesse, pour éviter la fermeture précoce du canal artériel<sup>1</sup>.

Les opiacés sont une option en cas de douleur modérée ou grave. La cyclobenzaprine (Flexeril) est sûre chez la femme enceinte et probablement sous-utilisée<sup>1</sup>.

Si la patiente présente une douleur neuropathique associée, une dose de 25 mg d'amitriptyline par voie orale peut être prise au coucher, la dose maximale dans ces circonstances étant de 150 mg par jour<sup>1</sup>. Le *tableau V*<sup>1</sup> résume les posologies acceptées pour divers analgésiques pendant la grossesse. N'oubliez pas de proposer aussi des mesures analgésiques non pharmacologiques

**Cholestase = danger ? Oui. Bien que la morbidité maternelle soit faible, les effets sur le fœtus sont à craindre.**

### **Repère**

## Tableau V

### Posologies d'analgésiques acceptées pendant la grossesse

- Acétaminophène, de 500 mg à 1000 mg par voie orale, toutes les 4 heures (dose maximale : 4 g/j au besoin)
- Salicylate de triéthanolamine à 10 % (Myoflex), application 2 f.p.j. ou 3 f.p.j., au besoin
- Ibuprofène, de 400 mg à 600 mg par voie orale, 4 f.p.j., au besoin
- Naproxène, 500 mg par voie orale ou intrarectale, 2 f.p.j., au besoin
- Codéine, de 30 mg à 60 mg par voie orale, toutes les 4 à 6 heures, au besoin
- Hydromorphone, de 2 mg à 4 mg par voie orale, toutes les 3 à 6 heures, au besoin
- Morphine, de 5 mg à 10 mg par voie orale, toutes les 3 à 4 heures, au besoin
- Cyclobenzaprine (Flexeril), de 5 mg à 10 mg par voie orale, 3 f.p.j., au besoin
- Amitriptyline (Elavil), de 25 mg/j à 150 mg/j par voie orale

Adapté de : Ferreira E. *Grossesse et allaitement : guide thérapeutique*. 1<sup>re</sup> éd. Montréal : Éditions du CHU Sainte-Justine ; 2007. 702 p. Reproduction autorisée.

(chaleur, massothérapie, ostéopathie, ceinture lombaire, acupuncture).

### Est-ce une colique néphrétique ?

Les femmes enceintes ne présentent pas plus de coliques néphrétiques que celles qui ne le sont pas. Il est vrai que l'augmentation de la stase urinaire et l'hypercalciurie pendant la grossesse favorisent la formation de lithiases. De plus, l'hydro-urétéronéphrose physiologique permet à un plus grand nombre de lithiases de migrer vers les uretères. Toutefois, certains changements métaboliques chez la femme enceinte, tels que les taux accrus de citrate, de magnésium et de glycoprotéines urinaires, protègent contre la formation des lithiases<sup>7</sup>.

Généralement, l'obstruction aiguë est décrite comme une douleur à l'abdomen ou au flanc associée à des nausées, à des vomissements et à une hématurie qui peut ne pas être macroscopique. On doit d'abord faire un test à la bandelette urinaire réactive (ou une analyse d'urine si on peut obtenir les résultats rapidement). Selon certaines données, 42 % des patientes enceintes atteintes de colique néphrétique ont une pyurie à l'analyse d'urine<sup>7</sup>. Une présomption clinique adéquate et un prélèvement urinaire exempt de contaminants (ex. : leucorrhée physiologique de la grossesse) sont donc es-

sentiels à un bon diagnostic. Complétez votre bilan par une analyse et une culture d'urine, un dosage de la créatinine et une formule sanguine, comme vous le feriez pour une femme qui n'est pas enceinte.

L'échographie demeure l'examen d'imagerie de premier choix pour évaluer les urolithiases chez la femme enceinte, mais l'hydronéphrose physiologique de la grossesse peut être source de confusion. L'obstruction de l'uretère au-dessus ou au-dessous du siège de la compression utérine, avec effilement puis retour au calibre normal, est évocateur d'une obstruction pathologique.

L'analgésie décrite précédemment et l'hydratation sont les traitements à préconiser puisque les lithiases passent spontanément chez jusqu'à 70 % des patientes<sup>7</sup>. Les indications chirurgicales relatives et absolues sont les mêmes que chez la femme qui n'est pas enceinte : douleur non maîtrisable, nausées et vomissements, hyperthermie causée par une infection urinaire obstructive, insuffisance rénale aiguë, sepsis et obstruction d'un rein unique. La lithotripsie pneumatique est toutefois contre-indiquée chez la femme enceinte, mais celle au laser serait sûre et efficace<sup>7,8</sup>. L'endoprothèse urétérale posée par voie rétrograde (double J), la néphrostomie percutanée et l'extraction par urétéroscopie ont leur place dans le traitement<sup>7,8</sup>. Prenez note que la colique

**Les anti-inflammatoires non stéroïdiens sont à proscrire au troisième trimestre, plus précisément après 26 semaines de grossesse, pour éviter la fermeture précoce du canal artériel.**

**Repère**

néphrétique peut causer de l'hypertension, une pré-éclampsie et un accouchement prématuré<sup>7,8</sup>.

### **Est-ce qu'une hydronéphrose physiologique peut expliquer une lombalgie ?**

Oui, mais moins de 3 % des hydronéphroses physiologiques sont symptomatiques<sup>8</sup>. Occasionnée par la dextrorotation de l'utérus, l'hydronéphrose physiologique est plus fréquente du côté droit. Les symptômes sont donc plus susceptibles d'y être présents.

L'hydronéphrose légère est considérée comme normale pendant la grossesse puisqu'elle touche près de 90 % des femmes<sup>7</sup>. Elle commence parfois aussi tôt qu'après sept semaines de gestation. On l'explique par des facteurs hormonaux et mécaniques. La progestérone inhibe la contraction du muscle lisse urétéral. L'utérus gravide en expansion comprime les uretères, causant la dilatation du système urinaire en amont<sup>7,8</sup>.

Si la douleur est attribuable à une hydronéphrose physiologique, vous pouvez avoir recours aux analgésiques dont nous avons discutés pour la lombalgie d'origine musculosquelettique et la colique néphrétique. Une chirurgie urologique est rarement nécessaire.

### **Est-ce une pyélonéphrite aiguë ?**

L'hydro-urétéronéphrose de la grossesse entraîne une stase urinaire qui prédispose aux infections du bas et du haut appareil urinaire. L'ascension des bactéries vers les reins est facilitée par la compression des uretères. La pyélonéphrite aiguë est donc fréquente et constitue une complication dans de 1 % à 2 % des grossesses<sup>8</sup>.

Comme il est possible de prévenir 90 % des pyélonéphrites aiguës par une prise en charge adéquate de la bactériurie asymptomatique<sup>7</sup>, je vous conseille de lire l'article des D<sup>res</sup> Sophia Aouinati et Marie-Ève Lessard intitulé : « Antibiotiques et grossesse : cas fréquents », paru dans *Le Médecin du Québec* de juillet 2011.

Le tableau clinique et l'évaluation de la pyélonéphrite seront en général les mêmes que la patiente soit enceinte ou non. Le traitement de la patiente enceinte, par contre, doit souvent être administré par voie intraveineuse au début et jusqu'à 48 heures après l'arrêt de la fièvre<sup>1</sup>. Par la suite, un traitement de relais par voie orale est conseillé. La durée du traitement par voies intraveineuse et orale totalise quatorze jours<sup>7</sup> (tableau VI)<sup>1</sup>. Un ajustement précoce de l'antibiothérapie en fonction des résultats de la culture d'urine est de mise.

**Tableau VI**

### **Traitement de la pyélonéphrite aiguë chez la femme enceinte**

#### **Traitement par voie intraveineuse**

Ampicilline (± gentamicine)	De 1 g à 2 g par voie intraveineuse, toutes les 6 heures
Céfazoline (± gentamicine)	De 1 g à 2 g par voie intraveineuse, toutes les 8 heures
Céfuroxime	De 0,75 g à 1,5 g par voie intraveineuse, toutes les 8 heures
Ceftriaxone	De 1 g à 2 g par voie intraveineuse ou intramusculaire, toutes les 24 heures
Gentamicine (± ampicilline ou céfazoline)	1,5 mg/kg/dose par voie intraveineuse, toutes les 8 heures

#### **Traitement de relais par voie orale**

Céphalexine	500 mg par voie orale, 4 f.p.j.
Cefprozil	500 mg par voie orale, 2 f.p.j.
Clavulin	875 mg par voie orale, toutes les 12 heures
TMP-SMX*	160 mg à 800 mg par voie orale, 2 f.p.j.

\* Le TMP-SMX (triméthoprime-sulfaméthoxazole) est un traitement recommandé au 2<sup>e</sup> trimestre (de 13 à 24 semaines de grossesse), qui peut être utilisé au 3<sup>e</sup> trimestre si l'accouchement n'est pas imminent.

Adapté de : Ferreira E. *Grossesse et allaitement : guide thérapeutique*. 1<sup>re</sup> éd. Montréal : Éditions du CHU Sainte-Justine ; 2007. p. 298-9. Reproduction autorisée.

Une culture d'urine une semaine après la fin du traitement, puis tous les mois est recommandée après une pyélonéphrite aiguë chez une femme enceinte<sup>1</sup>. La prophylaxie antibiotique jusqu'à l'accouchement se fait au cas par cas, car les opinions sur le sujet divergent.

### **À la lumière de vos évaluations**

*Isabelle quitte votre cabinet avec une ordonnance de doxylamine-pyridoxine (Diclectin). Elle devra prendre six comprimés par jour de façon régulière et du dimenhydrinate (Gravol), au besoin. Le résultat de l'échographie que vous lui avez prescrite ce jour-là vous parviendra la semaine suivante. Elle attend des jumeaux !*

*Jamila présente des lésions cutanées typiques de l'éruption polymorphe de la grossesse. Cette affection ne met ni sa santé, ni celle de son bébé en danger. Vous lui avez prescrit un corticostéroïde topique et un antihistaminique par voie orale.*

## Summary

**Sunday at the walk-in clinic.** This article broaches three problems frequently encountered by pregnant patients, the first being nausea and vomiting. In these instances, optimal use of doxylamine-pyridoxine (Diclectin) and other antiemetic treatments suggested for hospitalized and non hospitalized patients, and appropriate investigation are discussed.

A second reason for consultation is pruritus issues such as pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy (PUPPP), prurigo of pregnancy, cholestasis of pregnancy and pemphigoid *gestationis*. The last two pathologies require a referral to a specialized high-risk pregnancy clinic. No matter what the underlying pathology is, oral antihistamines and topical corticosteroids can bring relief.

A third problem is lower back pain, which could be of musculoskeletal origin or caused by nephritic colic or acute pyelonephritis but is rarely due to physiological hydronephrosis.

Safe and unsafe analgesics during pregnancy are also discussed.

*Fanny bénéficiera d'une meilleure analgésie non pharmacologique et pharmacologique contre sa douleur lombaire musculosquelettique grâce à vous. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens ne font pas partie de votre arsenal thérapeutique puisqu'elle en est à sa 28<sup>e</sup> semaine de grossesse. L'ébauche d'un sourire est déjà visible sur son visage.*

*Après une telle fin de semaine, vous êtes bien outillé. Une femme enceinte au service de consultation sans rendez-vous ne vous angoisse plus du tout. ☺*

**Date de réception :** le 28 avril 2011

**Date d'acceptation :** le 29 juin 2011

La D<sup>re</sup> Véronique Proulx n'a déclaré aucun intérêt conflictuel.

## Bibliographie

1. Ferreira E. *Grossesse et allaitement : guide thérapeutique*. 1<sup>re</sup> éd. Montréal : Éditions du CHU Sainte-Justine ; 2007. 702 p.
2. Association des pharmaciens du Canada. Monographie de la doxylamine-pyridoxine (Diclectin). *Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques*. Ottawa : L'Association ; 2011. p. 880-1.
3. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. *Renseignements sur la santé des femmes. Onglet : Nausées et vomissements de la grossesse*. La Société : Ottawa : à jour au 4 mai 2011. Site Internet : [www.sogc.org/health/pregnancy-nausea\\_f.asp](http://www.sogc.org/health/pregnancy-nausea_f.asp) (Date de consultation : le 19 août 2011).
4. Joshi D, James A, Quaglia A et coll. Liver disease in pregnancy. *Lancet* 2010 ; 375 (9714) : 594-605.
5. Tunzi M, Gary R, Gray DO. Common skin conditions during pregnancy. *Am Fam Physician* 2007 ; 75 (2) : 211-8.
6. Brzoza Z, Kasperska-Zajac A, Oleś E et coll. Pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy. *J Midwifery Women's Health* 2007 ; 52 (1) : 44-8.
7. Thomas AA, Thomas AZ, Campbell SC et coll. Urologic emergencies in pregnancy. *Urology* 2010 ; 76 (2) : 453-60.
8. Fiadjoe P, Kannan K, Rane A. Maternal urological problems in pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2010 ; 152 (1) : 13-7.