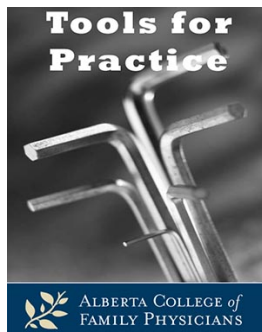


Tools for Practice est fièrement soutenu par l'Alberta College of Family Physicians (ACFP). L'ACFP est un organisme professionnel bénévole qui représente en Alberta plus de 4 300 médecins de famille, résidents en médecine familiale et étudiants en médecine. Établi il y a plus de cinquante ans, l'ACFP s'efforce d'atteindre l'excellence en médecine familiale grâce à des activités de sensibilisation, à la formation médicale continue et à la recherche en soins primaires. www.acfp.ca

4 janvier 2016



Gingembre pour les nausées et les vomissements de la grossesse : une question nauséuse

Question clinique : Le gingembre est-il une option viable pour traiter les nausées et les vomissements de la grossesse?

Conclusion : Au cours du premier trimestre, le gingembre peut, au mieux, réduire les nausées et les vomissements d'environ quatre points sur une échelle de 40 points ou mettre fin aux vomissements chez une femme sur trois après six jours. L'étude de cohorte la plus importante sur l'innocuité ne suggère aucune augmentation des malformations fœtales ou des mortalités in utéro, quoique des études plus petites aient indiqué des tendances qui suggèrent le contraire.

Données probantes

- Sept revues systématiques d'essais cliniques randomisés (ECR) ayant obtenu des résultats semblables¹⁻⁷.
 - Mettant l'accent sur la revue Cochrane, des résultats statistiquement significatifs ont été observés relativement à ce qui suit¹ :
 - Au mieux, la différence moyenne sur une échelle de 40 points pour les nausées et les vomissements était de 4,19 par rapport au placebo après une semaine (un ECR, 70 femmes).
 - Femmes qui vomissaient encore après six jour : 33,3 % (gingembre) par rapport à 80 % (placebo), nombre de sujets à traiter (NST)=3 (un ECR, 22 femmes).
 - Les effets indésirables étaient rarement signalés, mais aucune différence n'a été constatée en ce qui concerne les avortements spontanés et les césariennes (un ECR, 67 femmes) ou les anomalies congénitales (un ECR, 120 femmes).
 - Aucune différence n'a été constatée par rapport à la vitamine B6 (quatre ECR, 625 femmes), au métoclopramide (un ECR, 68 femmes) ou à la combinaison doxylamine-pyridoxine (un ECR, 63 femmes).

- Limites : Courte durée, effets indésirables rarement signalés, mesures incohérentes des résultats, puissance insuffisante des études².
- Études de cohorte sur l'innocuité (surtout au premier et au deuxième trimestre) :
 - 68 522 femmes (1 020 ont utilisé le gingembre) : Aucune augmentation des malformations fœtales, des mortalités in utéro, des morts néonatales ou des naissances prématurées⁸.
 - Augmentation significative des pertes vaginales et des saignements vaginaux après 17 semaines (7,8 % par rapport à 5,8 %). Aucune augmentation significative des saignements plus abondants (pertes vaginales exclues) et aucune différence quant à l'hospitalisation pour cause de saignements.
 - 375 femmes : Aucune augmentation des malformations majeures, des mortalités in utéro ou des avortements spontanés. Les bébés de petite taille (moins de 2 500 g) étaient plus nombreux dans le groupe témoin (1,6 % par rapport à 6,4 %)⁹.
 - 441 femmes : Aucune différence quant aux avortements spontanés, mais tendance à la hausse (valeurs p d'environ 0,05) des mortalités in utéro (2,7 % par rapport à 0,3 %) et des malformations majeures (3,3 % par rapport à 0,7 %)¹⁰.
 - Limites : Petits nombres, courte exposition (moyenne de deux jours) et vastes intervalles de confiance.

Contexte

- Selon les données probantes cliniques limitées, le gingembre est contre-indiqué pendant la période qui se rapproche de l'accouchement ou en cas d'antécédents de fausses couches, de pertes vaginales ou de troubles de la coagulation causés par une hémorragie potentielle. Il existe également des préoccupations liées à la possibilité de liaison de la testostérone avec ses récepteurs⁸.
- La dose habituelle est d'environ 1 g/jour; elle est divisée et prise de deux à quatre fois par jour¹.
- Les données probantes sont incohérentes en ce qui concerne l'utilisation pour le mal des transports^{11,12}, les nausées et les vomissements postopératoires¹³⁻¹⁶ et les nausées et les vomissements consécutifs à une chimiothérapie^{17,18}.

Auteurs

Adrienne J. Lindblad, B. Sc. (pharmacie), ACPR, Pharm. D., et Sudha Koppula, M.D., MCISc, CCMF

Divulgateion

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à divulguer.

Références

1. Matthews A, Haas DM, O'Mathúna DP, *et al.*, Cochrane Database Syst Rev, 2014, 3 : CD007575.
2. Festin M, BMJ Clin Evid, 2014 Mar 19, 2014.
3. Thomson M, Corbin R, Leung L, J Am Board Fam Med, 2014, 27 : 115-122.
4. Ding M, Leach M, Bradley H, Women Birth, 2013, 26(1) : e26-e30.
5. Dante G, Pedrielli G, Annessi E, *et al.*, J Matern Fetal Neonatal Med, 2013, 26(3) : 306-312.
6. Viljoen E, Visser J, Koen N, *et al.*, Nutr J, 2014, 13 : 20.
7. Borelli F, Capasso R, Aviello G, *et al.*, Obstet Gyencol, 2005, 105 : 849-856.
8. Heitmann K, Nordeng H, Holst L, Eur J Clin Pharmacol, 2013, 69 : 269-277.

9. Portnoi G, Chng LA, Karimi-Tabesh L, *et al.*, *Am J Obstet Gynecol*, 2003, 189(5) : 1374-1377.
10. Choi JS, Han JY, Ahn HK, *et al.*, *J Obstet Gynaecol*, 2015, 35 : 125-130.
11. Grøntved A, Brask T, Kambskard J, *et al.*, *Acta Otolaryngol*, 1988, 105(1-2) : 45-49.
12. Schmid R, Schick T, Steffen R, *et al.*, *J Travel Med*, 1994 Dec 1, 1(4) : 203-206.
13. Carlisle J, Stevenson CA, *Cochrane Database Syst Rev*, 2006, 3 : CD004125.
14. Chaiyakunapruk N, Kitikannakorn N, Nathisuwan S, *et al.*, *Am J Obstet Gynecol*, 2006, 194 : 95-99.
15. Montazeri AS, Hamidzadeh A, Raei M, *et al.*, *Iran Red Crescent Med J*, 2013, 15(12) : e12268.
16. Kalava A, Darji SJ, Kalstein A, *et al.*, *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2013, 169 : 184-188.
17. Lee J, Oh H, *Oncol Nurs Forum*, 2013 Mar, 40(2) : 163-170.
18. Marx WM, Teleni L, McCarthy AL, *et al.*, *Nutr Rev*, 2013, 71 : 245-254.

Tools for Practice est un article bimensuel qui résume des données médicales probantes portant surtout sur des questions d'actualité et l'information destinée à modifier la pratique. L'article est coordonné par G. Michael Allan, M.D., CCMF, et le contenu est rédigé par des médecins de famille praticiens auxquels se joint à l'occasion un professionnel de la santé d'une autre spécialité médicale ou d'une autre discipline de la santé. Chaque article est évalué par les pairs, faisant en sorte qu'il maintienne des normes élevées de qualité, d'exactitude et d'intégrité scientifique.

L'ACFP appuie la publication et la diffusion des articles de la bibliothèque Tools for Practice depuis 2009. Si vous n'êtes pas membre de l'ACFP et que vous souhaitez recevoir les articles par courriel, veuillez vous abonner à la liste de distribution, à l'adresse <http://bit.ly/signupfortfp>. Les articles archivés sont disponibles sans frais supplémentaires sur le [site Web de l'ACFP](#).

Vous pouvez maintenant accumuler des crédits sur le site Tools for Practice! En août 2014, l'ACFP a lancé [GoMainpro, un outil d'agrément en ligne](#) destiné à faciliter l'agrément MAINPRO® de la bibliothèque Tools for Practice de l'ACFP, qui a été agréée par le Collège des médecins de famille du Canada pour les crédits Mainpro-M1. La combinaison du programme d'entrée directe du Collège des médecins de famille du Canada et des caractéristiques de suivi et d'établissement de rapports de GoMainpro fournit un moyen facile et commode d'accumuler les crédits Mainpro-M1.

Les opinions exprimées dans la présente communication sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement le point de vue et la politique de l'Alberta College of Family Physicians.