

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2018

2018 TOU3 1588

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Marie-Charlotte BURDIN

le 21 septembre 2018

INTERET D'UN TEST DE DEPISTAGE URINAIRE DE
CANNABIS SYSTEMATIQUE DEVANT DES VOMISSEMENTS
GRAVIDIQUES AUX URGENCES GYNECOLOGIQUES

Directeur de thèse : Dr Caroline SIMON-TOULZA

JURY

Monsieur le Professeur FRANCHITTO Nicolas	Président
Monsieur le Professeur VAYSSIERE Christophe	Assesseur
Monsieur le Professeur PARANT Olivier	Assesseur
Madame le Docteur SIMON-TOULZA Caroline	Assesseur
Madame le Docteur FRANCHITTO Ludivine	Suppléant

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2017

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FRESINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques	Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
		Professeur Honoraire	M. CLANET Michel

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur MAZIERES Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur MURAT	Professeur SIMON Jacques
Professeur MANELFE Claude	Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur LOUVET P.	Professeur ARBUS Louis
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CARATERO Claude	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur COSTAGLIOLA Michel	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur ADER Jean-Louis	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur LAZORTHES Yves	Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LARENG Louis	Professeur CHAP Hugues
Professeur JOFFRE Francis	Professeur LAURENT Guy
Professeur BONEU Bernard	Professeur MASSIP Patrice
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BRASSAT David	Neurologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. GAME Xavier	Urologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. OLVOT Jean-Marc	Neurologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-entérologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. LANGIN Dominique	Nutrition		
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne		
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie		
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie		
M. MALAUDA Bernard	Urologie		
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique		
M. MARCHOU Bruno (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. MAZIERES Julien	Pneumologie		
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-entérologie		
P.U. Médecine générale		P.U. Médecine générale	
M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale	M. MESTHÉ Pierre	Médecine Générale
		P.A Médecine générale	
		POUTRAIN Jean-Christophe	Médecine Générale

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie	Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. COURBON Frédéric	Biophysique	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologique	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie	M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique	M. OTAL Philippe	Radiologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile	M. TACK Ivan	Physiologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. YSEBAERT Loic	Hématologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention		
M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	P.U. Médecine générale	
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
Mme HANAIRE Héléne (C.E)	Endocrinologie		
M. KAMAR Nassim	Néphrologie		
M. LARRUE Vincent	Neurologie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie		
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie		
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
Mme MAZEREUW Juliette	Dermatologie		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition		
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie		
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

Professeur Associé de Médecine Générale
Pr STILLMUNKES André

Professeur Associé en O.R.L
Pr WOISARD Virginie

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biochimie
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
Mme ESCOURROU Brigitte

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOULAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge
Dr BIREBENT Jordan
Dr LATROUS Leila

REMERCIEMENTS

A notre président de jury de thèse:

Monsieur le Professeur Nicolas FRANCHITTO

Professeur des Universités

Praticien hospitalier - Addictologue

Merci de m'avoir guidée et accompagnée dans ce travail intéressant et original.

Merci d'avoir accepté de présider mon jury aujourd'hui.

Je suis honorée d'avoir pu travailler avec vous.

A notre jury de thèse :

Monsieur le Professeur Christophe VAYSSIERE

Professeur des Universités

Praticien hospitalier - Gynécologue obstétricien

Je te remercie Christophe pour ta pédagogie et ta bienveillance; merci de m'avoir conseillée dans mon parcours d'interne, de m'avoir supervisée à nos réunions STAN; je suis ravie de poursuivre ma formation à tes côtés.

Monsieur le Professeur Olivier PARANT

Professeur des Universités

Praticien hospitalier - Gynécologue obstétricien

Merci pour tout ce que j'ai pu apprendre à tes côtés, l'obstétrique avec toi paraît bien plus simple ! J'admire ton travail et je suis honorée de poursuivre mon clinicat dans ce service.

Madame le Docteur Caroline SIMON-TOULZA

Praticien hospitalier - Gynécologue obstétricien

Merci pour m'avoir proposée ce travail, de m'avoir guidée et soutenue pendant cette thèse.

Merci aussi pour tout ce que tu as pu me transmettre pendant mon internat, ton raisonnement et tes prises en charge sont toujours limpides, tu nous manques à la maternité...

Madame le Docteur Ludivine FRANCHITTO

Praticien hospitalier - Psychiatre

Merci d'avoir accepté d'être membre de mon jury, j'en suis honorée et je respecte beaucoup votre travail.

A l'équipe de Auch : Céline, Virginie, Pauline, Mme Lejeune, merci de m'avoir guidée dans mes premiers pas d'interne, j'ai passé un semestre inoubliable à vos côtés. Merci Anna d'avoir été ma grande sœur pendant ce semestre, et merci pour ces grandes rigolades en consultation !!

A l'équipe de Castres : Mr Fabriès, Mr Mignot, Eric, Maxime et Gwenola, Donatien, Anita, les 6 mois dans votre équipe furent riches tant sur le plan humain que professionnel, j'ai adoré travailler avec vous ! Ludwig et Clem, trop de love tout simplement !

A l'équipe de la PMA : Mme Lesourd, Carole, Clémentine, Mélissa, merci pour tout ce que vous m'avez appris de ce monde obscur mais passionnant de la gynécologie. Vio, Lulu, Quinquin : c'est à vous que je dois le plus grand nombre de fous rires de l'internat, quelle marrade !!

A l'équipe de l'oncopôle : Merci Eva et Alejandra, j'ai beaucoup apprécié apprendre la chirurgie avec vous ; à l'équipe d'infirmiers (Franck, Sybille, Jordane, Mathilde...), toujours la patate, toujours le sourire, un régal !

Aux petits chats du semestre : Aurélie, Yvonne et Anne-Sophie et aux grands chats : Maud et Ludwig, on a été super solidaires durant ces 6 mois et j'ai beaucoup apprécié bosser à vos côtés !

A l'équipe de Récamier : Martin, Yann, Fabien, Juliette et Marine ; merci pour votre bonne humeur à tous (pas toujours pour Yann !!), la chirurgie en musique comme sur le plateau de « N'oubliez pas les paroles » c'est quand même génial !

Aux Récameufs bien entendu, Tiph, Charlotte, Ariane, Fanny : tellement de rose et de paillettes pendant ces 6 mois, et vive Gym Direct !

A l'équipe de Tahiti : Anne, Stéphane, Géraldine, Xavier et Mr Beaumont, merci de m'avoir montré une autre vision de la médecine, à l'autre bout du monde, merci à Elena, tu as été une super co-interne !

A l'équipe de l'écho : merci à Marion, Christophe, Agnès, Laure, toutes les sages-femmes, Steph et Françoise, Anna, Mona, Flo et Yvonne, ce semestre fut génial avec une ambiance toujours au top !

A l'équipe des Gross' Path : Mika, Anita, Laure, Béa, Caro, Marine, toujours un plaisir de travailler avec vous, toujours plein de choses à apprendre à vos côtés ! Aux petits chats, Mathilde, Ninon, Toto et à Samantha, la belle limougeaude pour ces 3 mois de travail soutenu mais toujours dans la joie et la bonne humeur !

A tous les chefs avec qui j'apprécie ou j'ai apprécié de travailler au quotidien : Christelle, Edith, Juliette, Agnès, Claire, Anaïs, Paul, Hélène, Louise, Jérémy, Sikyah...

A Fanny, Clem et Helo, très heureuse d'avoir eu la chance de vous rencontrer dans ma vie, nos joggings débriefings, nos balades en vélo matinales et notre soutien coûte que coûte au quotidien, n'ont pas de prix, je suis comblée à l'idée de continuer de bosser à vos côtés !

A tous les co-internes de gynéco obs et med, grâce à qui les gardes paraissent tellement plus légères...

A toutes les sages-femmes qui m'ont fait découvrir la salle de naissance.

A mes amis de l'externat, ma deuxième famille : Nono et Ju (les parents), Charles et Amélie (les bobo), Thomas et Manon (les nordistes), Nane et Lucas (les nains bobo), Anna (la mère vegan), Melina (la caractérielle...à peine !), Sonia et Alexis (la famille royale), Aurelie (l'addicto), Marion (my SLM), Babeth et Benoit (les écolo), Anne et JB (les sportifs inégalables) : à nos soirées hebdomadaires clermontoises, à nos week-end annuels dans les 4 coins de la France, à notre amitié perpétuelle, tellement de bonheur à chaque retrouvaille !! Je vous aime ! BIIIIIIIIIIIIIIIIIIIPPPPPPP BIIIIIIIIIIIIIIIIIIIPPPPPPP !!

A Didi, une amie en or, toujours attentionnée et disponible, merci pour ton soutien et ton amitié malgré la distance, j'espère arriver à te voir plus souvent dorénavant !

A Macha, ma petite caille des îles, que de souvenirs avec toi...les étés à Arcachon, les vacances au ski, nos nuits de papotage et nos concerts de Britney... malgré nos emplois du temps chargés et nos difficultés à se retrouver, notre amitié restera inépuisable, j'en suis convaincue !

A Coomy, Ponpon, Isa et Anna, mes premières amies de Toulouse, je suis ravie de vous avoir rencontré à Auch, j'adore nos soirées girly, vive les commérages, les mojito et les gin tonic (va pour les soupes et les tisanes quand la fatigue nous tient !), je vous aime !!

A Coomy, parce que tu es un petit soleil toujours plein d'énergie, tu m'as fait découvrir les vraies guinches !

A Isa, parce que plus girly que toi, on meurt ! Toujours là quand on en a besoin, j'adore ton débord d'optimisme, reste comme tu es !

A Ponpon, tous tes petits secrets qui font que tu resteras toujours un peu mystérieuse mais toujours très attentionnée !

A Anna, les vagina power, toujours très à l'écoute, je suis très heureuse d'avoir pu poursuivre notre amitié depuis Auch.

A Fanny, Babeth, Camille, Vio, la fine équipe, j'ai redécouvert l'art de la photographie à vos côtés, on est devenu des artistes aguerries maintenant ! Que de marrade avec vous, que ce soit à Toulouse, Arcachon, Lisbonne ou Madrid ! L'amitié avec un grand A ! Trop de soutien, trop d'amour... <3 <3 <3

A Fanny, parce que j'ai été témoin de ton mariage, parce qu'on s'est bien trouvé, parce qu'on va encore se supporter quelques temps et parce que partager le quotidien avec toi est simplement un plaisir pour moi.

A Babeth, parce que j'ai aussi été témoin de ton mariage, parce qu'on a partagé nos années de célibataires désinvoltés, parce qu'on s'est soutenu tant bien que mal pendant l'externat, parce que notre amitié a perduré et parce que j'ai envie qu'elle continue éternellement.

A Viovia des bois, parce que je t'ai vraiment découverte il y a 5 ans, parce que ton humour ravageur et ta légèreté sont des bouffées d'air frais à chaque fois que l'on se voit (et t'arrête de me piquer mes Ricolas !)

A Camille, parce que tu es une amie formidable, une fille spontanée et attentionnée, ta douceur est à envier et j'ai adoré partager la colocation avec toi ! (et vive le paddle !)

A la coloc' du plaisir : Max et Virginie, Babeth et Benoit, Camille et Nono et Ju, quelle vie de rêve quand on y pense... , barbeuc dans le jardin, sortie « surf » devant la maison, cocktails au Pearl, ptit dej face aux baleines, ptit concert de Virginouille (et vive J-L Lahaye !), week-end dans les îles, mariage à Moorea... les souvenirs avec vous sont nombreux et inégalables, merci de m'avoir fait passer ces 6 mois de vie extraordinaires...qui s'annonçaient pourtant difficiles!

A mes parents, un merci ne suffira pas à vous dire tout ce que je vous dois, votre soutien permanent, votre présence à toutes épreuves et votre amour inconditionnel font que je vous suis reconnaissante d'avoir été toujours là, à mes côtés.

Je vous aime de tout mon cœur.

A mes frères, parce que vous avez toujours été là, vous aussi, même si, je pense, que vous n'avez jamais compris le mot « réviser », j'ai du vous en décourager très tôt ! Merci d'être ce que vous êtes, je suis fière d'être votre sœur. Grosse pensée pour toi Théo, malgré la distance, nos liens ne changeront jamais, profite de ton rêve américain et nous tâcherons de partager à nouveau un peu plus de quotidien avec toi.

A Elsa et Brit, parce que vous rendez mes frères heureux, et que bien entendu, vous êtes des filles formidables !

A Raphaël, le petit cœur de la famille, je suis fière d'être ta marraine et espère être à la hauteur !

A mes grands-mères, je sais que certains jours peuvent être difficile et la solitude lourde. Malgré la distance, j'ai toujours des pensées quotidiennes pour vous. Merci de m'avoir apporté autant d'amour, merci d'être encore là quand le réconfort me manque. Je vous aime très fort.

A mes grands-pères, la plus grande dédicace est pour vous, je crois que vous auriez été fiers de votre docteur de Clermont, dans tous les cas, moi je suis très fière d'être votre petite-fille. Je pense à vous tout le temps, vous me manquez énormément.

A toute la famille, les oncles et tantes, parrain et marraine, cousins et cousines, notamment les 3 petits Fabre avec qui les souvenirs sont riches et que j'aimerais voir tellement plus souvent ! A Loulou, pour tous les bons moments partagés ensemble depuis notre plus tendre enfance.

A la belle-famille, Serge et Janette, Guillaume et Claire, merci de m'avoir accueilli les bras ouverts dans votre famille.

A Antho, la vie avec toi est tellement simple et évidente à mes yeux que je n'ai qu'une seule envie, la continuer à tes côtés.

« La médecine, le droit, le commerce, sont de nobles activités, toutes nécessaires à nous maintenir en vie. Mais la poésie, l'amour la beauté, l'aventure ? Voilà notre raison de vivre. »

Le Cercle des Poètes Disparus. **N.H Kleinbaum**

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION	3
A. LES VOMISSEMENTS GRAVIDIQUES	3
1. <i>Physiopathologie</i>	3
2. <i>Facteurs de risques</i>	4
3. <i>Conséquences maternelles</i>	4
4. <i>Diagnostics différentiels</i>	4
5. <i>Prise en charge</i>	6
B. LE CANNABIS.....	6
1. <i>Physiopathologie</i>	6
2. <i>Epidémiologie</i>	7
C. LE SYNDROME D’HYPEREMESE AU CANNABIS (SHC).....	7
1. <i>Description</i>	8
2. <i>Physiopathologie</i>	9
3. <i>Prise en charge</i>	9
D. OBJECTIF DE NOTRE ETUDE	10
II. MATERIEL ET METHODES	11
A. RECRUTEMENT DE L’ECHANTILLON	11
B. ANALYSES STATISTIQUES	13
1. <i>Analyse statistique descriptive</i>	13
2. <i>Analyse bivariée</i>	15
III. RESULTATS	16
A. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DE LA POPULATION (TABLEAU 1).....	16
B. CARACTERISTIQUES DES CONSOMMATRICES DE CANNABIS (TABLEAUX 2 ET 3).....	18
C. COMPARAISON DES CARACTERISTIQUES DES VOMISSEMENTS GRAVIDIQUES ENTRE LES 2 GROUPES. (TABLEAU 4)	21
IV. DISCUSSION	24
V. CONCLUSION	29
VI. ANNEXES	30
ANNEXE 1. PROTOCOLE DES VOMISSEMENTS GRAVIDIQUES DE PDV	30
ANNEXES 2 : QUESTIONNAIRE EPICES ET SCORE SF36	33
• <i>Questionnaire Epices</i>	33
• <i>Questionnaire SF 36</i>	33
ANNEXE 3. DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS SUR LA PAGE D’INSCRIPTION A LA MATERNITE PDV	36
VII. BIBLIOGRAPHIE	37

GLOSSAIRE DES ABREVIATIONS

AMP : Assistance Médicale à la Procréation

ARS : Agence Régionale de Santé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

Epices : Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examen de Santé

FCT : Fausse Couche Tardive

HG : Hyperemesis Gravidarum

IMC : Indice de Masse Corporelle

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MFIU : Mort Foetale In Utero

PDV : Hôpital Paule De Viguier

SA : Semaine d'Aménorrhée

SF36 : The Short Form (36) Health Survey

SHC : Syndrome d'Hyperémèse au Cannabis

THC : Tétrahydrocannabis

I. INTRODUCTION

A. LES VOMISSEMENTS GRAVIDIQUES

Les nausées et vomissements de la grossesse, symptômes physiologiques du premier trimestre de la grossesse, représentent une affection très fréquente qui touche 50 à 80 % des femmes enceintes et sont un motif fréquent de consultation en urgence. Le plus souvent, ces symptômes sont peu sévères, de caractère fonctionnel et s'amendent avant la 16^{ème} semaine d'aménorrhée (SA) ¹.

Les vomissements gravidiques ou hyperemesis gravidarum (HG) compliquent entre 0,3 et 3,6% ^{1, 2, 3, 4} des grossesses dans le monde ; c'est la première cause d'hospitalisation au premier trimestre de la grossesse ⁵.

Il n'existe pas de définition consensuelle, il s'agit d'un diagnostic clinique d'exclusion, fondé sur une symptomatologie typique, après avoir éliminé les diagnostics différentiels pouvant expliquer ce tableau ^{6 7 8}, notamment les pathologies digestives, les pathologies uro-génitales, les pathologies endocriniennes ou encore les pathologies neurologiques (Tableau 1).

Les signes cliniques sont des vomissements incoercibles malgré un traitement symptomatique sans autre étiologie retrouvée ; une perte de poids d'au moins 5 % par rapport au poids initial ; une cétonurie signant un métabolisme anaérobie marqueur de dénutrition aiguë ; une déshydratation ; des troubles ioniques; une hyperthyroïdie biologique ou une cytolyse hépatique ⁵.

1. Physiopathologie

La physiopathologie exacte des vomissements gravidiques n'est pas encore élucidée, mais elle est certainement multifactorielle : métabolique, hormonale, psychologique, psychosociale, voire bactérienne ⁹.

a. Hypothèse biologique

- hCG : par son effet TSH-like. hCG et TSH sont toutes les deux des hormones glycoprotéiques et leur récepteur respectif fait partie de la famille des récepteurs à 7 domaines transmembranaires, l'hCG peut donc se lier au récepteur de la TSH. Par conséquent, de fortes concentrations d'hCG plasmatique entraînent une hyperthyroïdie biologique avec exacerbation des vomissements du premier trimestre. On retrouve donc fréquemment une diminution de la TSH et une augmentation du taux de thyroxine (T4) ^{10 11 12}.

- Œstradiol : Lagiou et al. ¹³ ont montré une relation entre une élévation de sa concentration plasmatique et l'intensité des symptômes. A noter, que l'exposition à l'œstradiol, en dehors de la grossesse, peut aussi entraîner la survenue de nausées et vomissements.

b. Hypothèse psychologique

Il existe certainement un aspect psychologique du fait d'un conflit psychique inconscient ¹⁴. Les antécédents de troubles du comportement alimentaire ¹⁵ ainsi que certains antécédents obstétricaux personnels ou familiaux à type de fausses couches spontanées, grossesses extra-utérines, interruptions médicales de grossesse, mort fœtale in utero ¹⁶ ont été retrouvés comme facteur de risque.

c. Hypothèse bactériologique

Quelques études ont montré une influence possible d'*Helicobacter pylori* dans la survenue des vomissements incoercibles ^{17 18}.

2. Facteurs de risques

Certains facteurs de risque de vomissements incoercibles ont été retrouvés dans la littérature, notamment les antécédents personnels de vomissements incoercibles ¹⁹, l'origine étrangère de la patiente (53% dans l'étude de cohorte rétrospective française sur 109 patientes hospitalisées pour HG) ²⁰, les antécédents familiaux de vomissements gravidiques ²¹, les grossesses avec fœtus de sexe féminin ²² et les grossesses molaires ou multiples ²³.

3. Conséquences maternelles

Les vomissements incoercibles provoquent une déshydratation rapide avec une perte de poids, des troubles hydro-électrolytiques (hypo ou hypernatrémie, hypokaliémie), des carences vitaminiques pouvant aller jusqu'à l'encéphalopathie de Gayet-Wernicke (déficit en vitamine B1).

Les symptômes prolongés peuvent provoquer un syndrome de Mallory-Weiss, un ulcère gastroduodéal ou une dénutrition.

Le retentissement psychologique de l'hospitalisation est également non négligeable ²⁴.

4. Diagnostics différentiels

Devant un tableau de vomissements gravidiques, la priorité est d'éliminer une pathologie organique, en cherchant d'autres signes fonctionnels associés. Ainsi les principales causes organiques sont présentées dans le Tableau 1 ^{25 26 5}.

Tableau 1. Principaux diagnostics différentiels des vomissements gravidiques

- Pathologies digestives :
Gastroentérite Gastro parésie chez une patiente diabétique Achalasie Hépatite virale, toxique Syndrome obstructif Cholécystite, appendicite Ulcère gastroduodéal Pancréatite
- Pathologies uro-génitales :
Pyélonéphrite Torsion d'annexe Colique néphrétique
- Pathologies endocriniennes :
Acidocétose diabétique Hyperthyroïdie (maladie de Basedow) Insuffisance surrénalienne
- Pathologies neurologiques :
Troubles vestibulaires Migraines Tumeur cérébrale Hypertension intracrânienne
- Divers :
Drogues Psychologiques
- Liés à la grossesse :
Stéatose hépatique aigue gravidique Pré-éclampsie

5. Prise en charge

a. Diagnostique

On oriente l'examen clinique à la recherche de signes de déshydratation extra et intracellulaire, de perte de poids importante (>5% du poids corporel), de signes évoquant un diagnostic différentiel (hyperthermie, raideur méningée, goitre, défense abdominale, arrêt des matières et gaz).

On pratique une prise de sang avec ionogramme sanguin, urée et créatinine sanguine (pour évaluer le retentissement), bilan hépatique avec lipasémie (une cytolyse modérée est fréquente, prédominant sur les ALAT^{27 28}) et un bilan thyroïdien (TSH, T4).

Une échographie obstétricale est réalisée afin de rechercher les facteurs de risque : grossesse multiple, môle.

Les autres examens seront réalisés si les diagnostics différentiels n'ont pas pu être éliminés auparavant.

b. Thérapeutique

La prise en charge peut être réalisée en ambulatoire ou en hospitalisation selon les critères de gravité.

Le traitement reste symptomatique avec du repos, un traitement antiémétique, un protecteur gastrique, une supplémentation vitaminique, une correction des troubles hydro-électrolytiques ainsi que des mesures diététiques avec notamment une alimentation fractionnée.

En annexe, le protocole de prise en charge de la maternité Paule de Viguié (CHU de Toulouse).

B. LE CANNABIS

1. Physiopathologie

Le principe actif du cannabis est le tétrahydrocannabinol (THC). Il peut être consommé sous forme d'herbe, de résine ou d'huile, inhalé ou per os. Les effets psychiques sont perçus au bout de 15-20min chez l'individu naïf (retardé chez le consommateur régulier) et durent 2 à 4 heures.

La décroissance sanguine du THC est très rapide, de type multiphasique, contemporaine d'une augmentation de la concentration tissulaire. C'est lui qui est responsable des effets pharmacologiques. Le THC subit ensuite une intense séquestration dans les graisses corporelles, principaux sites de stockage.

Cette pharmacocinétique particulière explique qu'il n'y a pas de lien étroit entre la concentration sanguine en principe actif et les effets engendrés, contrairement à ce que l'on observe pour l'alcool.

Le THC est métabolisé au niveau hépatique en 11-nor-delta9-THC-9-COOH. L'élimination est rénale. Sa demi-vie est estimée à 4 jours, mais le métabolite inactif est détecté jusqu'à 4 semaines dans les urines²⁹.

Les tests urinaires de dépistage courants du cannabis reposent sur la détection de son métabolite inactif : l'acide 11-nor- Δ -9-tétrahydrocannabinolique ou THC-COOH ³⁰. L'analyse des urines de sujets consommateurs occasionnels révèle une demi-vie d'élimination comprise entre 44 et 60 heures ³¹. Chez des grands consommateurs réguliers, il a été montré que du THC-COOH pouvait être détecté dans les urines jusqu'à 27 jours après l'arrêt de la consommation ³².

Chez la femme enceinte, le THC - en raison de sa grande lipophilie - traverse la barrière foeto-placentaire et est distribué dans les tissus du fœtus via la circulation sanguine. Cette imprégnation fœtale est facilement mise en évidence par la recherche des métabolites du THC dans le méconium ³².

2. Epidémiologie

Le cannabis est la drogue illicite la plus consommée dans le monde ³³.

En France, la consommation régulière (au moins 10 fois dans les 30 derniers jours) a fortement augmenté entre 2005 et 2010 : 2,6 % à 4,2 % pour les hommes, 0,8% à 1,2% chez les femmes. En 2010, 40% des femmes et 64% des hommes âgés de 26-34 ans ont consommé au moins 1 fois du cannabis ^{34 35}.

Les réseaux de périnatalité français ont interrogé les femmes enceintes sur leur consommation de cannabis pour la première fois en 2010. L'enquête de périnatalité retrouve 1,2% de parturientes consommant du cannabis sur 13.768 femmes interrogées. (données issues d'enquêtes déclaratives) ³⁶.

C. LE SYNDROME D'HYPEREMESE AU CANNABIS (SHC) ³⁷

Cette entité clinique a été décrite par J.H. Allen, en Australie, en 2001, suivie d'une série de 9 cas publiée en 2004 ³⁸. Depuis, plusieurs rapports de cas et séries de cas sont sortis dans la littérature ^{39 40 41 42}, respectivement 88 et 8 selon une revue de la littérature de Sorensen C. et al. ⁴³.

Il correspond cliniquement à des vomissements cycliques chez des individus prédisposés consommant de manière abusive et chronique du cannabis.

La durée d'utilisation du cannabis avant le début du SHC varie beaucoup dans la littérature. Lors des premières descriptions, l'intervalle moyen décrit entre le début de l'utilisation du cannabis et le développement des vomissements répétés était de $19,0 \pm 3,7$ ans ⁴⁴. Plus récemment, Simonetto et al. ⁴⁵ ont documenté le fait que 44 % des patients qui présentaient un SHC avaient développé des symptômes 1 à 5 ans après le début de la consommation et 32 % au cours de la première année. Seuls 59 % avaient une utilisation quotidienne, certains pouvant n'avoir qu'une consommation de week-end.

L'équipe de la Mayo Clinic a publié la plus large série de cas (n=98) en 2012 afin de décrire les symptômes majeurs de ce syndrome ⁴⁵. Les critères cliniques pour le diagnostic du SHC selon Simonetto et al. sont présentés dans le tableau 2.

Tableau 2. Critères cliniques du SHC proposés par Simonetto et al. ⁴⁵

MINEURS	MAJEURS
Age < 50 ans	Consommation chronique de cannabis
Perte de poids de 5 kg	Episodes de nausées et vomissements sévères
Prédominance matinale des symptômes	Résolution des symptômes à l'arrêt du cannabis
Transit intestinal normal	Diminution des symptômes à la prise de douches ou de bains chauds
Examens biologiques, radiographiques et endoscopiques normaux	Douleurs abdominales
	Consommation hebdomadaire de cannabis

1. Description

Ce syndrome peut être divisé en 3 phases ⁴⁶:

- La phase prodromale : peut durer des mois ou des années, chez des patients consommateurs chroniques, elle se décrit par des nausées matinales, la peur des vomissements et un inconfort intestinal. Les douches compulsives sont minimales ou absentes. Les habitudes alimentaires sont maintenues (pas d'anorexie ni de boulimie). La consommation de cannabis peut augmenter à ce stade là, en pensant palier aux nausées matinales.
- La phase hyper émétique : caractérisée par des nausées/vomissements intenses, une anorexie et des douleurs abdominales, entraînant perte de poids et déshydratation. Des douches d'eau chaude sont prises régulièrement ou durent plusieurs heures afin d'améliorer les symptômes.
Tous les examens pouvant être réalisés (bilan biologique, imagerie, endoscopie) ne montrent pas d'élément diagnostique notable (mis à part des potentiels signes de déshydratation biologique).
- La phase de récupération : elle commence à l'arrêt du cannabis, peut durer plusieurs jours, mois ou années. Le patient retrouve un bien-être avec reprise de son poids de forme et la fréquence des douches redevient normale.
La reprise de consommation de cannabis entraîne généralement une récurrence des symptômes.

2. Physiopathologie

Le cannabis contient au moins 66 cannabinoïdes dont le THC, le principal agent actif. Le THC agit sur les récepteurs cannabinoïdes type 1 (CB1) et type 2 (CB2).

Les CB1 sont surtout localisés dans le système nerveux central et dans le tractus intestinal. Au niveau du système nerveux central, on les retrouve notamment dans le bulbe rachidien où deux zones sont impliquées dans le réflexe de vomissement : le centre de vomissement et la zone chémoréceptrice (chémorécepteur trigger zone ou CTZ) située dans l'area postrema, sous le plancher du 4^{ème} ventricule, afférence indirecte du centre de vomissement, particulièrement sensible aux stimuli chimiques.

Les CB2 sont situés au niveau des tissus immunitaires comme la rate, le thymus et plusieurs populations de cellules immunitaires.

L'action sur les récepteurs CB1 au niveau du centre du tronc cérébral, à doses minimales pourrait avoir un effet antiémétique ^{47 48 49}.

Mais, au niveau du tractus intestinal, le THC serait responsable de retard à la vidange gastrique et du péristaltisme.

Quant à l'explication du CHS, plusieurs théories ont été proposées :

- Une variation génétique des enzymes hépatiques métabolisant le THC pourrait entraîner une accumulation toxique ⁴⁰.
- Du fait du caractère très lipophile du THC, l'accumulation peut être importante au niveau du tissu cérébral et causer une toxicité et un effet pro-émétique chez les sujets sensibles consommateurs chroniques ⁴².
- À des doses toxiques, les vomissements apparaîtraient quand les effets périphériques dans l'intestin annulent les effets centraux antiémétiques ³⁹.
- L'activation des récepteurs CB1 au niveau de l'hypothalamus (centre de régulation de la température corporelle) et donc l'hypothermie secondaire expliquerait les douches compulsives d'eau chaude pour améliorer les nausées/vomissements ⁵⁰.

3. Prise en charge

Le traitement curatif du SHC reste l'arrêt de consommation de cannabis, Wallace et al. ⁵¹ ont décrit une amélioration des symptômes chez 24 patients sur 25 ayant stoppé le cannabis. De même, Allen et al. , Simonetto et al., Patterson et al., and Soriano-Co et al. ont retrouvé une résolution des symptômes dans 7 cas sur 7 ³⁸, 6 sur 6 ⁴⁵, 4 sur 4 ⁵², et 4 sur 5 patients ⁴⁰ respectivement.

Le traitement symptomatique reste discuté, les patients sont soulagés par des douches chaudes répétées mais les vomissements résistent souvent aux antiémétiques classiques. Hickey JL montre une amélioration après une administration d'halopéridol ⁵³.

D. OBJECTIF DE NOTRE ETUDE

Les consultations aux urgences gynécologiques pour vomissements incoercibles sont fréquentes.

Le syndrome d'hyperémèse au cannabis est de description récente et pourrait peut-être expliquer en partie ces vomissements.

Au regard de la fréquence croissante de la consommation de cannabis, nous nous sommes interrogés sur l'intérêt d'un dépistage systématique de la consommation de cannabis chez les patientes consultant aux urgences pour des vomissements incoercibles de la grossesse.

II. MATERIEL ET METHODES

A. RECRUTEMENT DE L'ECHANTILLON

Nous avons mené une étude épidémiologique observationnelle analytique prospective de janvier 2017 à mai 2018.

Nous avons inclus toutes les patientes consultant aux urgences de Paule de Viguier (CHU Toulouse) pour vomissements gravidiques puis les avons suivies pendant 3 mois suivant la première consultation.

N'étaient pas retenues les patientes refusant l'inclusion dans l'étude ainsi que les consommatrices d'acide niflumique (faux positifs sur le dépistage urinaire du cannabis).

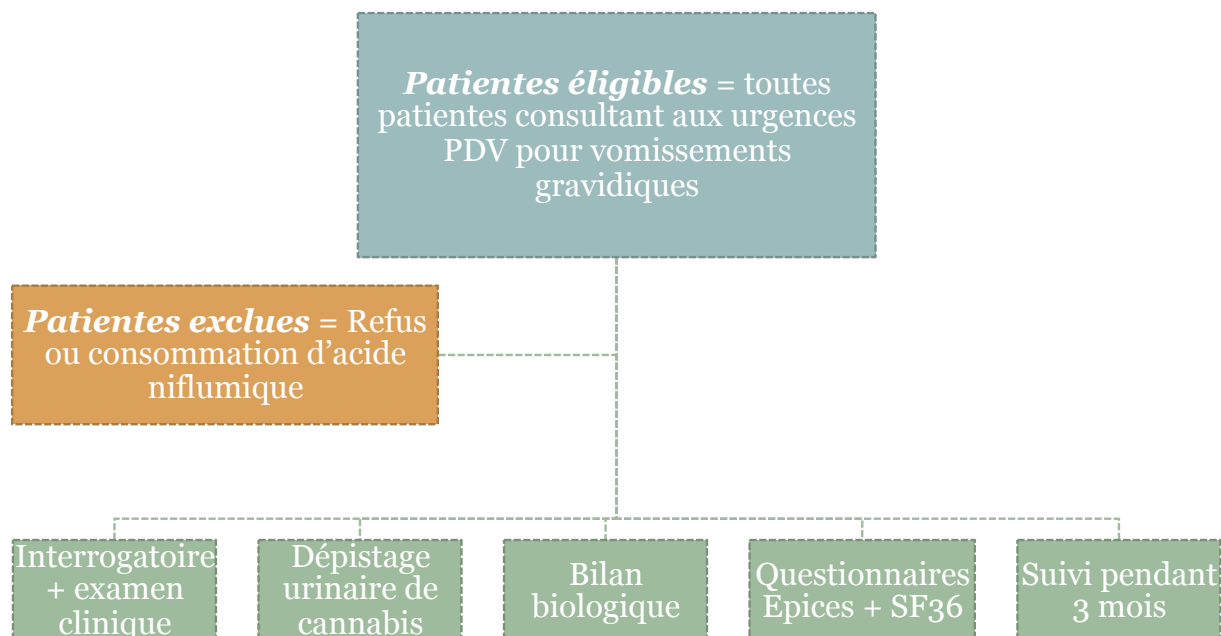
L'étude a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL et au CCTIRS et a reçu un avis favorable du Comité d'Éthique (en cours).

Le procédé de l'étude consistait à réaliser un dépistage urinaire de cannabis (Toda Drugdiag THC REF 1041-THC) chez toutes les patientes incluses.

Nous avons obtenu 2 groupes :

- ➔ Groupe 1 : test de dépistage urinaire positif.
- ➔ Groupe 2 : test de dépistage urinaire négatif.

Figure 1. Design de l'étude



Les données démographiques de la population étaient issues des interrogatoires réalisés aux urgences par l'interne, le médecin ou la sage-femme. Les données étaient complétées soit sur le dossier obstétrical de la maternité si la patiente était suivie à Paule de Viguié, soit par enquête téléphonique.

Le poids, la perte de poids, et la consommation de tabac étaient issus de données déclaratives.

Les grossesses issues d'assistance médicale à la procréation (AMP) incluaient uniquement les inséminations intra-utérines et les fécondations in vitro.

L'âge gestationnel à la première consultation pris en compte était issu de l'échographie systématiquement réalisée aux urgences avec mesure de la longueur crano-caudale, de même que le caractère gémellaire ou singleton.

Les signes de déshydratation clinique comprenaient : la présence d'un pli cutané, la sécheresse des muqueuses, la cétonurie.

Les critères biologiques étaient évalués sur le bilan systématiquement réalisé aux urgences. Ils comprenaient une numération formule sanguine, un ionogramme sanguin avec créatininémie, un bilan hépatique avec lipasémie, une évaluation de la fonction thyroïdienne par un dosage de la TSH. L'hypokaliémie était présente si $K^+ < 3,5 \text{ mmol/l}$; l'hypernatrémie si $Na^+ > 145 \text{ mmol/l}$, l'hyponatrémie si $Na^+ < 135 \text{ mmol/l}$. La cytolyse hépatique était définie par $ASAT > 35 \text{ UI/L}$ et/ou $ALAT > 35 \text{ UI/L}$.

Le nombre de consultations pour vomissements pendant la grossesse en cours comprenait les consultations aux urgences de l'hôpital Paule de Viguié ou dans une autre structure de soins (retrouvées dans le dossier médical ou par l'enquête téléphonique). Les consultations chez le médecin traitant n'étaient pas incluses.

Le lieu du suivi était défini par le lieu d'accouchement prévu (pour la maternité de Paule de Viguié, la réponse de la commission d'inscription devait être positive).

L'observance du suivi était étudiée pour les patientes suivies à la maternité de Paule de Viguié, si la patiente n'était pas venue à une ou plusieurs consultations programmées, elle était classée comme mauvaise observante.

Dans les cas d'interruptions volontaires de grossesses (IVG), de fausses couches tardives (FCT) ou de morts fœtales in utero (MFIU), l'observance n'était pas étudiée ainsi que pour les patientes suivies dans une autre structure de soins.

Deux auto-questionnaires étaient donnés en main propre à la patiente, aux urgences, puis complétés par cette dernière, exceptés dans les cas de barrière de la langue où nous pouvions nous faire aider d'une tierce personne (proche ou interprète).

Ils comprenaient :

- le questionnaire SF36 : échelle de qualité de vie (score compris entre 0 et 100), plus le score est élevé, meilleure est la qualité de vie. Le SF-36 évalue 8 dimensions de la santé : l'activité physique, la vie et les relations avec les autres, les douleurs physiques, la santé perçue, la vitalité, les limitations dues à l'état psychique et la santé psychique.

La valeur seuil retenue est celle de Lean (66,7), au-dessus de laquelle la qualité de vie est considérée comme non altérée ⁵⁴.

- le score Epices (Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examen de Santé). Ce score est quantitatif, variant de 0 (absence de précarité) à 100 (précarité la plus élevée). La patiente est en situation de précarité lorsque le score Epices est supérieur ou égal à 30,7⁵⁵.
(Annexes 2)

Une consultation d'addictologie par l'équipe du CHU était systématiquement proposée chez les patientes dont le dépistage était positif.
Toutes les données ont été saisies sur un tableur Excel ®.

Le critère de jugement principal était le nombre et la durée d'hospitalisations par patiente pour vomissements incoercibles gravidiques pendant les trois mois suivants la première consultation pour ce motif.

Les critères de jugements secondaires étaient l'observance du suivi obstétrical, l'évaluation de la situation sociale (score EPICES) et l'échelle de qualité de vie (questionnaire SF36).

B. ANALYSES STATISTIQUES

1. Analyse statistique descriptive

Chaque variable a été décrite. Les données manquantes ont été identifiées (Tableau 3). Les données aberrantes ont été recherchées et corrigées lorsque cela était possible. Les variables quantitatives ont été décrites au moyen de mesures de la tendance centrale (moyenne et écart-type).

Tableau 3. Données manquantes, exhaustivité des variables

Variables	Données manquantes (n)	Exhaustivité (%)
<i>Age</i>	0	100,0%
<i>Barrière de la langue</i>	3	98,1%
<i>Gestité</i>	0	100,0%
<i>Parité</i>	0	100,0%
<i>IVG</i>	0	100,0%
<i>AMP</i>	3	98,1%
<i>Tabac</i>	1	99,4%
<i>Indice de Masse Corporelle (IMC)</i>	5	96,8%
<i>Age gestationnel lors de la 1^{ère} consultation</i>	0	100,0%
<i>Grossesse singleton ou gémellaire</i>	0	100,0%
<i>Durée des symptômes</i>	0	100,0%
<i>Perte de poids</i>	0	100,0%
<i>Signes de déshydratation clinique</i>	1	99,4%
<i>Cytolyse hépatique</i>	4	97,4%
<i>Signes de déshydratation biologique</i>	2	98,7%
<i>TSH</i>	0	100,0%
<i>Nombre de jours d'hospitalisation pour vomissements par patiente</i>	0	100,0%
<i>Nombre de consultations durant la grossesse pour vomissements par patiente</i>	0	100,0%
<i>Nombre d'hospitalisations pour vomissements par patiente</i>	0	100,0%
<i>Nombre d'hospitalisations totales pour vomissements</i>	0	100,0%
<i>Lieu du suivi obstétrical</i>	0	100,0%
<i>Observance du suivi obstétrical</i>	49	68,2%
<i>SF36</i>	0	100,0%
<i>EPICES</i>	0	100,0%
<i>Consultation d'addictologie</i>	0	100,0%
<i>Durée de la consommation de cannabis</i>	3	98,1%
<i>Quantité de cannabis consommée</i>	3	98,1%

2. Analyse bivariée

Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel STATA®, version 12.0. Pour la comparaison de variables qualitatives, nous avons utilisé le test du Chi² (effectifs théoriques supérieurs à 5), ou le test exact de Fischer (effectifs théoriques inférieurs à 5) avec un risque d'erreur de première espèce (α) fixé à 5%.

Pour la comparaison de variables quantitatives, nous avons d'abord vérifié la normalité de distribution des variables dans chaque groupe ainsi que l'égalité des variances. Si les conditions de normalité et d'égalité des variances étaient respectées, nous avons utilisé un test paramétrique (Test de Student). Dans le cas contraire, un test non paramétrique a été effectué (test de Mann-Whitney).

III. RESULTATS

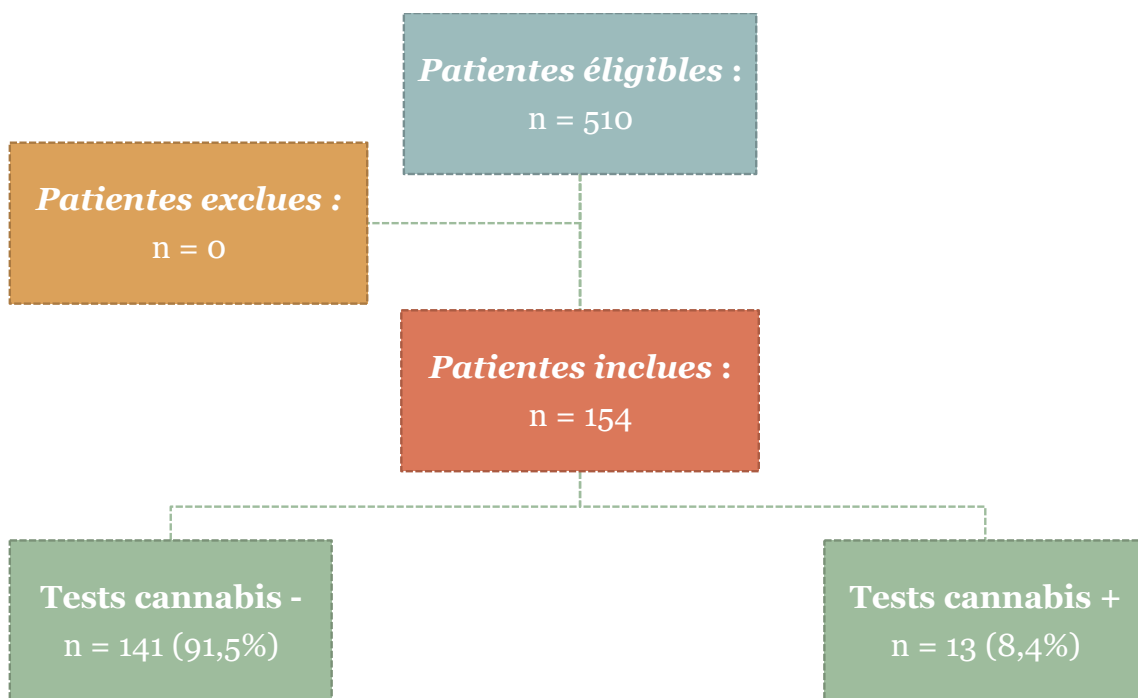
Sur une période de 17 mois, nous avons inclus 154 patientes ayant consulté aux urgences gynécologiques du CHU pour vomissements gravidiques.

141 patientes avaient un test urinaire de dépistage de cannabis négatif (91,5%) et 13 patientes avaient une recherche positive de THC dans les urines (8,4%).

Il n'y a pas eu de refus d'inclusion à l'étude, ni de patientes exclues pour consommation d'acide niflurique.

(Figure 2).

Figure 2. Résultats de l'étude 1



A. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DE LA POPULATION (TABLEAU 1)

L'âge moyen des 154 patientes était de 27,9 ans; les patientes consommatrices de cannabis étaient plus jeunes, de manière significative, que les non consommatrices (25,1 ans vs 28,1 ans, $p < 0,05$).

Il n'y avait pas de différence significative en terme de gestité ni de parité, par contre, on retrouvait un nombre significativement plus important d'IVG dans le groupe consommatrices. En outre, 53,8% des consommatrices avaient pratiqué au moins une IVG contre 18,4% chez les non consommatrices ($p < 0,01$).

Il n'y avait pas de différence significative quant aux IMC.

La consommation tabagique était significativement plus importante chez les consommatrices de cannabis (84,6% vs 17,8%, $p < 0,001$).

Tableau 1. Comparaison des caractéristiques entre les consommatrices et non-consommatrices de cannabis.

Variables	n	Total	Non consommatrices de cannabis	Consommatrices de cannabis	p
Total, n (%)	154	154	141 (91,6)	13 (8,4)	-
Age, moyenne (DS)	154	27,9 (4,8)	28,1 (4,7)	25,1 (4,8)	<0,05
Barrière de la langue, n (%)	151	20 (13,2)	20 (14,4)	0 (0,0)	ns
Gestité, n (DS)	154	2,4 (1,4)	2,4 (1,4)	2,5 (1,1)	ns
Parité, n (DS)	154	0,8 (0,9)	0,8 (0,9)	0,5 (0,5)	ns
IVG, n (DS)	154	0,2 (0,6)	0,2 (0,6)	0,6 (0,7)	<0,01
Au moins une IVG, n (%)	154	33 (21,4)	26 (18,4)	7 (53,8)	<0,01
FIV, n (%)	151	6 (3,9)	6 (4,3)	0 (0,0)	ns
IMC, n (%)	149				
<18		5 (3,3)	5 (3,6)	0 (0,0)	ns
>25		47 (31,5)	43 (31,3)	4 (33,3)	
18 à 25		97 (65,1)	89 (64,9)	8 (66,6)	
Singleton ou gémellaire, n (%)	154				
Gémellaire		6 (3,9)	6 (4,2)	0 (0,0)	ns
Singleton		148 (96,1)	135 (95,7)	13 (100,0)	
Tabac, n (%)	153	36 (23,5)	25 (17,8)	11 (84,6)	<0,001

DS : déviation standard ; p : valeur de p ; ns : non significatif ; n : nombre

B. CARACTERISTIQUES DES CONSOMMATRICES DE CANNABIS (TABLEAUX 2 ET 3)

Treize patientes sur 154 incluses dans l'étude ont montré un test de dépistage urinaire au cannabis positif, soit 8,4% de la population incluse.

5 patientes ont bénéficié d'une consultation d'addictologie par l'équipe du CHU (38,4%), les 8 autres patientes ont, soit refusé, soit étaient suivies dans une autre région.

La durée de consommation moyenne de cannabis était de 6 ans avec une consommation quotidienne évaluée, en moyenne à 2,2 joints par jour (analyses effectuées sur les données recueillies de 10 patientes sur 13).

Le SHC a été suspecté chez 4 patientes (36,3%). En effet, ces 4 dernières, présentaient des douleurs abdominales intenses et une amélioration des symptômes avec la prise de douches chaudes ainsi qu'une consommation chronique de cannabis (Critères majeurs dans les critères diagnostics selon Simonetto ⁴⁵). Les examens complémentaires réalisés avaient éliminé une cause organique (Critère mineur). Cependant, nous n'avons pas pu évaluer la résolution des symptômes après l'arrêt du cannabis puisque les patientes ayant eu une seule consultation avec l'équipe d'addictologie n'ont pas ressenti le besoin de poursuivre le suivi, plusieurs patientes ont refusé la consultation et d'autres avaient un suivi extérieur au CHU.

Dans le premier cas de suspicion de SHC, nous n'avons pas les données sur la durée ni sur la quantité de consommation de cannabis, la patiente n'avait pas eu de consultation avec les addictologues du CHU car elle était suivie dans une autre région.

Le second cas, la consommation de cannabis était ancienne (13 ans) mais elle n'avait pas présenté d'épisodes de vomissements avant la grossesse.

Le cas suivant, les douleurs abdominales étaient prédominantes, de nombreux examens complémentaires ont été réalisés et sont revenus négatifs, la consommation était ancienne, cependant les symptômes n'avaient jamais été décrits auparavant.

La dernière patiente consommait du cannabis depuis 15 ans, à l'interrogatoire, nous avons retrouvé des épisodes de vomissements cycliques depuis plusieurs années.

Dans les autres cas, le tableau clinique évoquait plutôt un tableau d'HG devant l'absence de douleurs abdominales et de soulagement des symptômes par des douches chaudes, les consommations de cannabis étaient, de plus, moins anciennes.

Tableau 2. Caractéristiques des 13 patientes consommatrices de cannabis.

Age (ans)	Consultations durant la grossesse pour vomissements (n)	H. pour vomissements (n)	Durée totale d'H. (j)	Lieu du suivi obstétrical	Obser- vance du suivi obstétrical	SF36	Score Epices	Consultation d'addic- tologie CHU	Motif si non	Durée de consom- mation de cannabis (années)	Quantité consommée (joints/j)	Suspicion SHC?	Perte de poids (kg)
28	2	1	3	PDV	oui	37	29,59	oui	0	5	0	non	5
17	1	1	1	PDV	IVG	43	38,47	non	refus	nc	nc	nc	12
30	1	0	0	ext	nc	54	47,34	non	ext	nc	nc	oui	0
27	1	1	5	PDV	oui	56	16,56	oui	0	13	4	oui	3
26	6	6	20	PDV	non	56	14,79	oui	0	9	4	non	5
22	2	0	0	PDV	oui	36	80,47	non	refus	2	0,2	non	8
33	5	4	20	PDV	oui	43	38,47	oui	0	nc	nc	oui	12
30	3	2	8	PDV	oui	33	26,62	oui	0	2	3	nc	3
29	4	4	12	ext	nc	36	43,19	non	refus	15	3	oui	0
22	1	0	0	ext	nc	42	32,72	non	refus	2	0,4	non	5
20	2	1	7	PDV	IVG	43	28,99	non	refus	5	0,3	non	5
22	1	1	2	PDV	IVG	48	40,24	non	refus	5	2	non	0
21	1	0	0	ext	nc	42	65,08	non	refus	2	6	non	2

n : nombre ; H : hospitalisation ; j : jours ; PDV : Paule De Viguier ; ext : externe ; IVG : Interruption Volontaire de Grossesse, nc : non communiqué ; SF36 : questionnaire de qualité de vie Short Form 36 ; Score Epices : score d'Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examen de Santé ; SHC : Syndrome d'Hyperemese au Cannabis ; kg : kilogramme

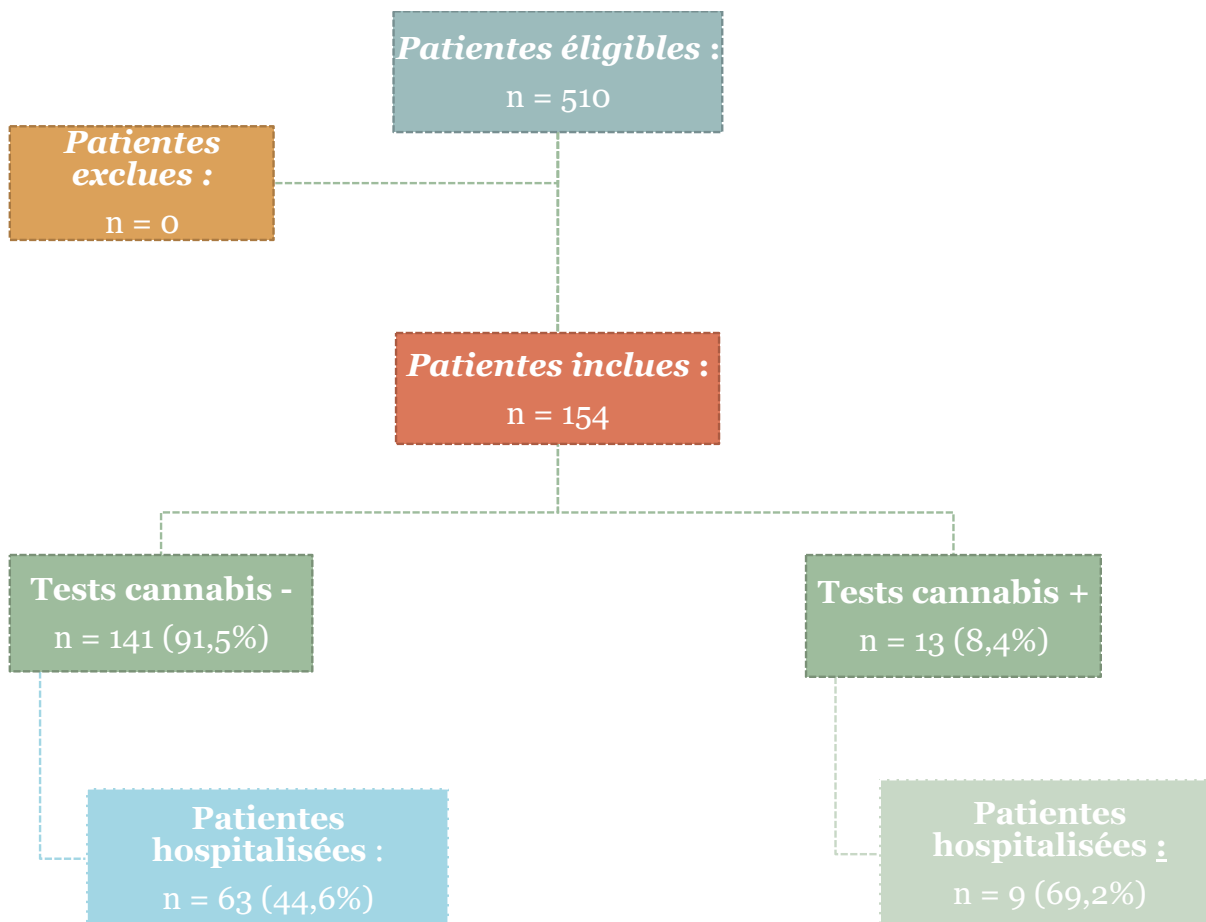
Tableau 3. Caractéristiques des consommatrices de cannabis.

Variables	n	
<i>Consultation addictologie, n (%)</i> - Oui - Non	13	5 (38,4) 8 (61,5)
<i>Durée de consommation de cannabis, années (DS)</i>	10	6 (4,7)
<i>Quantité de joints, n/jour (DS)</i>	10	2,2 (2,1)
<i>Suspicion de SHC, n (%)</i> - Oui - Non	11	4 (36,3) 7 (63,6)

DS : déviation standard; n : nombre

C. COMPARAISON DES CARACTERISTIQUES DES VOMISSEMENTS GRAVIDIQUES ENTRE LES 2 GROUPES. (TABLEAU 4)

Figure 3. Résultats de l'étude 2



L'âge gestationnel lors de la première consultation était en moyenne de 9,6 SA, la durée des vomissements incoercibles avant consultation était de 15,7 jours en moyenne, la perte de poids moyenne était de 4,1 kilogrammes.

A l'arrivée aux urgences, l'examen clinique et biologique n'était pas significativement différent chez les consommatrices et non consommatrices de cannabis concernant les signes de déshydratation clinique et biologique, la cytolyse hépatique et la présence d'une hyperthyroïdie. 19,1% des patientes au total présentaient des signes de déshydratation biologique.

Le nombre de consultations pour vomissements incoercibles par patiente pendant le suivi n'était pas statistiquement différent entre les 2 groupes.

Cependant, nous avons retrouvé un nombre d'hospitalisations par patiente et de jours d'hospitalisations significativement plus élevés chez les consommatrices de cannabis, 0,7 vs 1,6 ($p < 0,05$) et 2,4 jours vs 6 jours ($p < 0,05$) respectivement.

En terme de nombre total d'hospitalisations des patientes, il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes.

67,5% des patientes incluses étaient suivies au CHU, il n'y avait pas de différence significative sur le lieu de suivi.

La qualité de vie évaluée par le questionnaire SF36 était en moyenne à 41,9. Il y avait 100% des patientes qui présentaient un score inférieur à 66,7 ; signe de qualité de vie altérée.

Le score Epices supérieur ou égal à 30,7 présupposant une situation sociale précaire était en moyenne de 47,5 % pour les deux groupes. Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes.

Tableau 4. Caractéristiques des patientes présentant des vomissements gravidiques consommatrices et non consommatrices de cannabis.

Variables	n	Total	Non consommatrices de cannabis (n=141)	Consommatrices de cannabis (n=13)	p
Age gestationnel lors de la première grossesse, SA (DS)	154	9,6 (4,5)	9,7 (4,5)	8,7 (4,0)	ns
Durée des symptômes, jours (DS)	151	15,7 (17,8)	15,6 (18,3)	15,9 (11,1)	ns
Perte de poids, kg (DS)	144	4,1 (3,3)	4,0 (3,2)	4,6 (4,0)	ns
Signes de déshydratation clinique, (%)	153	16 (10,4)	15 (10,7)	1 (7,6)	ns
Cytolyse hépatique, (%)	150	20 (13,3)	19 (13,8)	1 (7,6)	ns
Signes de déshydratation biologique, (%)	152	29 (19,0)	25 (17,9)	4 (30,7)	ns
TSH, μUI/ml (DS)	132	0,7 (0,7)	0,7 (0,7)	1,0 (0,5)	ns
<0,01		6 (4,5)	6 (4,9)	0	ns
Nb de consultations pour vomissements par patiente, n (DS)	154	1,7 (1,5)	1,6 (1,4)	2,3 (1,7)	ns
Nb d'hospitalisations par patiente, n (DS)	154	0,8 (1,4)	0,7 (1,4)	1,6 (1,8)	<0,05
Nb total de j. d'hospitalisation par patiente, n (DS)	154	2,7 (4,8)	2,4 (4,5)	6 (7,2)	<0,05
Nb d'hospitalisations totales, n (%)	154	72 (46,7)	63 (44,6)	9 (69,2)	ns
Lieu du suivi, (%)	154				
Paule De Viguier		104 (67,5)	95 (67,3)	9 (69,2)	ns
Externe		50 (32,4)	46 (32,6)	4 (30,7)	
Observance du suivi, n (%)	94	87 (92,5)	82 (93,1)	5 (83,3)	ns
SF36, n (DS)	139	41,8 (6,4)	41,6 (6,3)	43,7 (7,7)	ns
< 66,7, n (%)		139 (100)	126 (100)	13 (100)	
Epices, n (DS)	139	33,7(20,5)	33,2 (20,7)	38,6(17,9)	ns
$\geq 30,7, n (%)$		66 (47,4)	58 (46,0)	8 (61,5)	

Nb : nombre ; j : jour ; DS : déviation standard ; p : valeur de p ; ns : non significatif

IV. DISCUSSION

Nous avons retrouvé un nombre et une durée d'hospitalisations par patiente significativement plus importants dans le groupe des consommatrices de cannabis. Nous ne pouvons comparer ces résultats avec ceux de la littérature puisqu'aucune étude n'a été retrouvée à ce sujet.

Le SHC a été suspecté chez 4 patientes sur 13 consommatrices de cannabis. Il n'y avait, cependant, pas de moyen de confirmer ce diagnostic ni d'infirmier celui d'HG. En effet, nous ne pouvons affirmer qu'il n'y a pas une part conjointe des deux syndromes dans l'explication de ces vomissements incoercibles. De plus, des données étaient manquantes, notamment sur la durée exacte et la quantité consommée de cannabis, ainsi que certains signes cliniques pour deux patientes.

Malgré la difficulté à prouver que les vomissements des consommatrices étaient seulement expliqués par le cannabis, il paraîtrait intéressant de proposer un dépistage urinaire systématique aux urgences devant ce motif.

En effet, dans les études issues d'enquêtes déclaratives, nous retrouvons des taux bien plus faibles de consommation de cannabis, ce test systématique pourrait permettre un meilleur dépistage de consommation et donc une meilleure prise en charge par la suite, que ce soit pour les vomissements, pour le suivi obstétrical et addictologique en général.

Nous pourrions réaliser une thérapeutique plus adaptée d'emblée chez les patientes avec une suspicion de SHC, avec notamment une mise en contact avec les addictologues plus précoce, en évitant des hospitalisations prolongées et des traitements peu efficaces dans ce contexte.

En outre, le test urinaire utilisé est rapide, reproductible, fiable et peu coûteux comparativement au prix d'une journée d'hospitalisation.

En 2017, au CHU de Toulouse, sur 4708 femmes ayant accouché, 59 avaient déclaré consommer du cannabis (soit 1,25%), 30 avis addictologiques avaient été donnés par l'équipe du CHU.

Notre étude s'inscrit dans une démarche active pour une meilleure prise en charge des addictions de la femme enceinte, que ce soit au CHU, où le dépistage de consommation de drogues est demandé dès l'inscription à la maternité (annexe 3), où les sages-femmes sont formées à un meilleur repérage des consommations à risque et le travail avec l'équipe de liaison addictologie de plus en plus poussé pour une prise en charge multidisciplinaire ; ainsi qu'au niveau de l'Occitanie avec le Projet Régional de Santé 2018-2022 ⁵⁶ où l'ambition portée par l'Agence Régionale de Santé est de généraliser l'entretien prénatal précoce et l'identification des référents «vulnérabilité» dans les maternités de la région, qui seront à même de repérer ces situations, les suivre pendant la grossesse, proposer une orientation si nécessaire, faire le lien avec les dispositifs et institutions concernées.

Nos données retrouvent, pour l'ensemble des patientes, une qualité de vie altérée chez 100% des femmes présentant des vomissements incoercibles. Cependant, nous

avons utilisé le questionnaire SF36, questionnaire de qualité de vie non spécifique aux vomissements, même si déjà utilisé dans ce contexte, et validé ⁵⁷. Il existe un score : Quality Of Life for Nausea and Vomiting during Pregnancy (NVPQOL) qui a été proposé en 2002 par Magee et al. ⁵⁸. Il reprend 30 items de la qualité de vie concernant notamment quatre domaines : les symptômes physiques, la fonction émotionnelle, les facteurs environnementaux et les fonctions sociales, domestiques et occupationnelles. En 2008, ce score a été comparé à un gold standard de qualité de vie, le questionnaire SF-12 ⁵⁹, et montrait qu'il pouvait être utilisé de façon efficace dans les vomissements du premier trimestre. Le questionnaire SF-12 d'auto-évaluation de la qualité de vie est une version raccourcie du SF-36, il contient un score de qualité de vie mental et social et un score de qualité de vie physique.

D'autres études plus récentes confirment l'intérêt du score NVPQOL dans l'évaluation des nausées et vomissements pendant la grossesse ^{60 61}. Cependant, toutes ces études montrent une qualité de vie altérée chez les patientes présentant des vomissements incoercibles, quel que soit le questionnaire utilisé.

La proportion importante de femmes présentant un indice de précarité sociale (47,5 %) reflète bien les caractéristiques de la population des femmes accouchant à la maternité du CHU de Toulouse, qui est la seule maternité publique de l'agglomération toulousaine avec l'hôpital Joseph Ducuing.

Dans notre population, l'âge moyen dans le groupe des consommatrices de cannabis était plus jeune que le groupe non consommateur, (25,1 ans vs 28,1 ans). Alors qu'on ne retrouve pas de différence significative entre les deux groupes pour la gestité et la parité.

De plus, 7 patientes sur 13 (53,8%), dans le groupe des consommatrices avaient réalisé au moins une IVG contre 18,4% des patientes non consommatrices. Cette différence était statistiquement significative.

Dans la littérature, nous pouvons retrouver une plus grande précarité chez les patientes ayant réalisées plus d'une IVG ^{62 63 64 65}, notamment dans une enquête multicentrique réalisée en 2014 en France ⁶⁶ où les femmes ayant eu une ou plusieurs IVG antérieures se déclaraient un peu plus souvent à la recherche d'un emploi et vivaient plus souvent dans des ménages à faibles revenus. Elles étaient plus souvent dans une situation sociale fragile : elles bénéficiaient plus souvent de la couverture médicale universelle (CMU) ou n'avaient pas d'assurance sociale et avaient plus souvent renoncé à des soins médicaux pour raison financière au cours des 12 derniers mois. Les femmes ayant eu au moins une IVG antérieure étaient plus nombreuses à fumer quotidiennement 10 cigarettes ou plus, et à consommer du cannabis une fois par mois ou plus souvent. Le taux de réponse était seulement de 39,7 % pour 1100 femmes ayant reçu le questionnaire. Les répondantes sont probablement plus instruites que les non-répondantes car la lecture et le remplissage du questionnaire nécessitaient d'être à l'aise avec l'écrit; il y a donc probablement une sous-représentation des situations sociales défavorisées.

Cette précarité plus grande était retrouvée chez les patientes ayant fait plusieurs IVG, mais l'extrapolation dans notre population est censée puisque la situation de précarité, dans notre étude, était de 61,5% (8/13) dans le groupe consommatrices

contre 46% chez les non consommatrices, mais la différence n'était pas statistiquement significative.

Les limites de notre étude sont le manque de puissance par le faible nombre de patientes, le biais de sélection du fait du caractère uni centrique, il aurait été intéressant, en effet, de dépister les patientes dans différents hôpitaux de la région afin d'avoir une représentativité plus globale de la population, avec notamment une population rurale.

De plus, nous n'avons pas pu évaluer l'observance du suivi addictologique des patientes consommatrices de cannabis : 1 patiente était suivie dans une autre ville, 7 patientes ont refusé la consultation et 5 patientes ont accepté une première consultation mais n'ont pas ressenti le besoin de les recontacter. Ces 5 patientes étaient hospitalisées et ont été vues par l'équipe mobile d'addictologie au cours de leur séjour. On peut donc penser que dans le cadre de l'urgence, le personnel soignant est moins apte ou ne peut prendre le temps de discuter des conduites addictives, de leurs risques et des prises en charge possibles et proposées par le CHU ; discours plus facile à intégrer durant une hospitalisation de quelques jours. Ce manque de temps peut être expliqué par une charge de travail importante avec une activité de plus en plus marquée. En 2017, 23 884 passages aux urgences gynéco-obstétricales du CHU ont été enregistrés, soit 1990 consultations par mois. L'équipe médicale est composée la journée d'un sénior, d'un interne de spécialité, d'un interne de médecine générale et de deux sages-femmes. Un second sénior et un interne de spécialité sont responsables de la salle de naissance et sont donc peu présents aux urgences.

La nuit et les week-ends, l'équipe est composée d'un seul sénior et de trois internes de spécialité pour la salle de naissance, les urgences ainsi que les services d'hospitalisations de la maternité (grossesses pathologiques, suites de couches et chirurgie).

Du fait de cette activité chargée, peut aussi s'expliquer le nombre d'inclusions peu important malgré le nombre de patientes éligibles. Durant la période d'inclusion, 510 patientes ont consulté aux urgences pour vomissements incoercibles, soit une inclusion de 30% de la population éligible, 170 avaient été hospitalisées.

Les points forts de cette étude sont le côté prospectif du recueil, le fait que nos données sur la consommation de cannabis soient issues de dépistages biologiques et non d'enquêtes déclaratives, contrairement aux autres études françaises.

Nous ne connaissons pas de manière exacte la prévalence de la consommation de cannabis chez la femme enceinte en France, les études sont peu nombreuses, les chiffres variables, de 1 à 8%.

L'enquête périnatale de 2010 retrouvait un pourcentage à 1,2%, les résultats étaient issus de données déclaratives ³⁶.

Dans le baromètre santé de 2010, 3 % des femmes enceintes ont dit avoir fumé du cannabis au moins une fois au cours de l'année écoulée.

Il est possible que la consommation de cannabis ait été plus souvent sous-déclarée dans l'enquête nationale périnatale que dans l'enquête du Baromètre Santé, dans la

mesure où la consommation de drogue est fortement déconseillée pendant la grossesse et l'enquête périnatale avait lieu en milieu médical.

Une étude épidémiologique a été menée à la maternité du CHU de Nantes en 2008, sur 300 femmes, interrogées à J2 du post-partum. 8% des femmes fumaient du cannabis en début de grossesse, 3,3% avaient poursuivi leur consommation au deuxième et troisième trimestre, la population présentait un indice de précarité sociale élevée ⁶⁷.

En région parisienne, 2,4 % des femmes ont déclaré une consommation de cannabis pendant la grossesse sur 250 patientes interrogées ⁶⁸.

Nos chiffres sont donc concordants avec les résultats français. Sur les 13 patientes consommant du cannabis, 2 d'entre elles ont nié leur consommation, sans pour autant refuser le dépistage, d'où le manque de détail de consommation pour ces 2 patientes. Il s'agissait de 2 patientes jeunes de 18 et 19 ans. On comprend donc que les enquêtes déclaratives reflètent moins bien la consommation exacte des patientes.

A l'échelle internationale, les chiffres sont très disparates, du fait de méthodologies différentes (autoquestionnaires ou dosages biologiques) et de biais liés au recrutement.

Dans le nord des Etats-Unis, on estime la consommation de cannabis entre 3 et 41% selon les communautés et le niveau socio-économique ⁶⁹.

Une étude de cohorte prospective à Pittsburg a retrouvé, sur 1360 femmes interrogées, 40,9% de consommatrices de cannabis au premier trimestre de la grossesse et 17,9% en fin de grossesse ⁷⁰.

Zuckerman et al, à Boston, retrouvait 27% de femmes (n=1226) qui consommaient du cannabis dans les périodes prénatales et postnatales (interrogatoire et/ou dépistage urinaire) et 11% déclaraient en consommer pendant la grossesse, 25% des patientes ayant un test positif niaient leur consommation ⁷¹.

Dans l'Oregon, dans l'étude de Slutsker, sur un échantillon de 3200 femmes enceintes suivies, 5,2 % seulement des femmes enceintes consommatrices de produits illicites ont été repérées. Cependant, la prévalence du diagnostic augmente lorsque la question de la consommation est régulièrement posée lors des différentes consultations par le médecin chez les patientes considérées comme à risque ⁷².

Une étude épidémiologique anglaise portant sur 400 enfants, a montré la présence dans le méconium de métabolites du cannabis chez 13,2% d'entre eux, cependant l'étude a été réalisée dans un hôpital situé dans une région où la précarité est élevée ⁷³.

Au Brésil (Sao Paulo), la prévalence de la consommation de cannabis a été évaluée en dosant les toxiques dans les cheveux de 1000 adolescentes entre 11 et 19 ans, au dernier trimestre de la grossesse, retrouvant un taux à 4%, là aussi la population incluse était issue d'un bas niveau socio-économique ⁷⁴.

En Nouvelle-Zélande, 5 % des femmes enceintes déclarent une consommation, régulière ou occasionnelle, de cannabis pendant leur grossesse ⁷⁵.

Le SHC pendant la grossesse n'a été décrit que sous forme de rapports de cas dans la littérature ^{76 77 78 79}, en nombres restreints : le premier a été décrit en 2011 par Schmid et al. ⁷⁷ en Suisse, où le SHC a été suspecté devant l'absence d'amélioration des vomissements malgré un traitement adapté et une accalmie des symptômes avec

des douches chaudes fréquentes chez une patiente à 8 SA. Andrews KH ⁷⁸, en 2015, décrit un cas similaire de découverte de SHC devant un tableau d'HG.

Alaniz V. ⁷⁶ relate une autre histoire avec un syndrome de Mallory-Weiss et douleurs abdominales intenses, les examens complémentaires ont été nombreux avant le diagnostic de SHC et l'amélioration de la clinique a eu lieu après arrêt de la consommation de cannabis.

A Hawaï, Roberson et al. ⁸⁰ ont interrogé 4.735 femmes entre 2009 et 2011 dans les 4 mois du post-partum sur la présence de vomissements sévères pendant la grossesse et la consommation de cannabis avant et pendant la grossesse. 2,6% (95%CI : 2,2-3,2) des femmes affirmaient avoir consommé du cannabis pendant la grossesse. Comparativement aux femmes n'ayant pas présenté de vomissements sévères, les patientes avec vomissements, consommaient, de manière significative, plus de cannabis. (3,7% vs 2,3%; PR=1,63 ; CI: 1.08-2.44). Malgré le fait que cette enquête reste rétrospective et déclarative, les résultats font poser la question de la fréquence du SHC pendant la grossesse avec pour diagnostic différentiel l'HG. A noter, que le cannabis à consommation médicale est autorisé à Hawaï, et qu'il est considéré pour avoir des vertus antiémétiques aux Etats-Unis ^{48 49}.

L'intérêt du dépistage de la consommation de cannabis aux urgences générales devant des vomissements a déjà été traité au CHU de Toulouse par l'équipe d'addictologie du Pr Franchitto ^{81 82}, ce qui a permis une sensibilisation des urgentistes à ce syndrome devant être évoqué dès les premières admissions aux urgences afin d'éviter de nombreux examens complémentaires coûteux, invasifs et inutiles.

V. CONCLUSION

Dans notre étude, nous avons retrouvé que les patientes enceintes consommant du cannabis étaient plus souvent hospitalisées pour vomissements incoercibles et plus longtemps que les patientes non consommatrices. La prévalence chez ces patientes du syndrome d'hyperémèse au cannabis est difficile à évaluer mais il était probablement présent chez 4 patientes sur 13 selon les critères diagnostiques de Simonetto et al. ⁴⁵.

Devant ce motif très fréquent de consultation aux urgences, un dépistage systématique de consommation du cannabis pourrait trouver sa place. En effet, la prise en charge n'est pas la même, nous pourrions donc éviter des hospitalisations prolongées et des traitements inefficaces chez ces patientes.

Mais, surtout, un dépistage systématique des addictions en général devrait être réalisé pour un suivi précoce dès le début de la grossesse par l'équipe spécialisée d'addictologie.

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
De Médecine Rangueil

12.09.2018

E. SERRANO


Professeur Nicolas FRANCHITTO
Service d'Addictologie
CHU PURPAN - TSA 40031
31059 TOULOUSE CEDEX 9
Tél. 05 67 69 16 42

VI. ANNEXES

ANNEXE 1. PROTOCOLE DES VOMISSEMENTS GRAVIDIQUES DE PDV



PROTOCOLE	Page : 3 / 5
PDV-VOMISSEMENTS INCOERCIBLES DU 1^{er} TRIMESTRE DE LA GROSSESSE	Indexation : PDV-PRO-104 Version : 2 Date d'application : 4 mai 2016

I- CAT à l'accueil des urgences : évaluer l'indication d'une hospitalisation

- *Authentifier et quantifier* le nombre d'épisodes de nausées et de vomissements/jour
- *Examen clinique* complet afin d'éliminer une cause organique extra-obstétricale, en particulier :
 - . Digestif (syndrome occlusif, pathologie médicale)
 - . Neurologique (hypertension intracrânienne, syndrome méningé...)
- Evaluer le *retentissement des vomissements* :
 - . Perte de poids par rapport au poids initial
 - . Signes cliniques de déshydratation
 - . Bandelette urinaire (corps cétoniques, densité ...)
- Rechercher un *terrain à risque*, préexistant à la grossesse :
 - . Diabète préexistant à la grossesse
 - . Hyperthyroïdie
 - . Pathologies sous-jacentes
- Faire une *Echographie obstétricale* pour :
 - . Contrôler de la vitalité fœtale (évolutivité de la grossesse)
 - . Eliminer 2 causes obstétricales classiques : grossesses multiples, môle hydatiforme
- *Bilan biologique* :
 - . Ionogramme sanguin – créatininémie – NFS – ECBU si bandelette urinaire +
 - . Bilan hépatique : transaminases, bilirubine totale - lipase

II- Prise en charge en ambulatoire

- Possible si :**
- *perte de poids < 5% du poids du corps*
 - *pas de signes cliniques et/ou biologiques de déshydratation*
 - *1^{ère} consultation pour ce motif dans la semaine/ pas de doute diagnostique*
 - *patiente entourée, susceptible d'entendre et d'appliquer les conseils*
 - *pas de terrain à risque*
- Conseils diététiques ± remise du livret guide sur les conseils alimentaires
 - Rassurer la patiente, déculpabiliser (pas de danger pour la grossesse ...)
 - Traitement médical (faire lettre au médecin traitant) :
 - * Métoclopramide (Primpéran®) : 10 mg, x3/jour (PO ou suppo), surtout si non essayé
 - ou * Donormyl® cp sécable : 1 à 2 cp/j (1 matin, 1 après-midi ou soir)
(Non Remb. SS : prix 4 à 5 euros la boîte pour 15 jours)
Informez du caractère hors AMM et le noter dans le dossier

+/- UvimagB6® : 1 amp. Buvable /jour
ou MagnéB6® 6cp/j (Remb. SS 35%)

A proposer en association à l'un ou l'autre des 2 traitements précédents, si échec

- Arrêt de travail, organisation à domicile (aide ménagère possible)
- Suivi ambulatoire avec nouvelle consultation si perte de poids ou urines foncées et peu abondantes

III- Prise en charge en hospitalisation

1) Indication d'hospitalisation

- forme grave : . intolérance totale (liquides & solides), avec perte de poids > 5%
 - . signes de déshydratation clinique avec oligurie
 - . ictère
- [Rechercher une encéphalopathie de Gayet-Wernicke (carence en vit B1) :
confusion, nystagmus, paralysie oculomotrice, ataxie cérébelleuse ...]
- doute diagnostic (pathologie neurologique ou digestive)
- terrain favorisant ou fragilisant (hyperthyroïdie, DID, pathologie associée) : prudence !

2) Bilan complémentaire

- *Systématiquement*

- . NFS - Ionogramme sanguin – Créatininémie - ECBU
- . Bilan hépatique (transaminases, bilirubine totale) - Amylase, lipase
- . T3, TSH - ECG (surtout si Largactil®)

- *En cas de doute diagnostic*

- . point d'appel digestif :
 - . Echographie hépato-vésiculaire,
 - . Sérologies hépatiques si cytolyse supérieure à 4N
 - . avis gastro-entérologue +/-
 - . Imagerie (ASP) si suspicion d'occlusion, d'appendicite etc ...
- . point d'appel neurologique :
 - . FO à faire si céphalées ou examen neurologique anormal
 - . avis neurologique +/-

3) Prise en charge médicale non médicamenteuse

- Importance du repos : visite, télévision, téléphone « compatibles avec le repos »
- Alimentation fractionnée dès que possible, variée, libre à la demande (propositions variées par la diététicienne et les AS ...)
- Proposition systématique d'une consultation psychiatrique/psychologique
- Prise en charge d'une pathologie spécifique sous-jacente (hyperthyroïdie, diabète)

4) Prise en charge médicamenteuse

- Réhydratation par voie veineuse :
 - Plasmalyte® 3l /24h à adapter en fonction de l'ionogramme
 - + supplémentation en *potassium* (4g de K par litre de perfusion au total) (récupérer le ionogramme en urgence)
 - + BEVITINE (100 mg) = 5 ampoules dans la première perfusion (1 fois),
 - + rajouter une ampoule de 100 mg/jour, tous les jours de réhydratation IV
- Largactil® 25 mg x 2 /j pendant 48 heures
soit en perfusion IV (2 amp. de 25 mg/j), soit *per os* (2 cp à 25 mg/j)
(pas en cas d'épilepsie)
- Relais rapide par Donormyl® = ½ à 1 cp x 2/j (matin et soir)
- Après 12 sa, possibilité d'utiliser le Zophren

5) Surveillance

- amélioration des nausées/vomissements, diurèse journalière
- dépister les signes d'encéphalopathie (nystagmus, troubles cognitifs ...)
- correction de la déshydratation et des troubles électrolytiques, reprise de la diurèse

6) Sortie

- Envisager départ, dès que les vomissements sont compatibles avec une vie quotidienne à domicile :
- Conseils diététiques
 - Repos (arrêt de travail, aide ménagère à domicile)
 - Lettre au médecin traitant
 - Donormyl® 2cp/J pendant 10 à 15 jours
(*Non Remb. SS* : prix 4 à 5 euros la boîte de 30 cp) ;
Informé du caractère hors AMM et le noter dans le dossier
 - si échec, Largactil comprimés® (25mg) : un demi comprimé matin et soir.
 - après 12 sa, possibilité d'utiliser le Zophren (ondansetron),
avec une posologie de 4mg deux fois par jour, pouvant être doublée si nécessaire.
 - Rendez-vous en consultation à 15 jours
 - +/- consultation équipe de psychiatrie périnatale si indiquée par l'équipe et souhaité par la patiente.

- **Questionnaire Epices**

N°	Questions	Oui	Non
1	Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	10,06	0
2	Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	-11,83	0
3	Vivez-vous en couple ?	-8,28	0
4	Etes-vous propriétaire de votre logement ?	-8,28	0
5	Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?	14,80	0
6	Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	-6,51	0
7	Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
8	Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
9	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?	-9,47	0
10	En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin?	-9,47	0
11	En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	-7,10	0
	Constante	75,14	

Calcul du score : **Il faut impérativement que toutes les questions soient renseignées**

Chaque coefficient est ajouté à la constante si la réponse à la question est oui.

Exemple : Pour une personne qui a répondu oui aux questions 1, 2 et 3, et non aux autres questions EPICES = $75,14 + 10,06 - 11,83 - 8,28 = 65,09$

- **Questionnaire SF 36**

Les questions qui suivent portent sur votre santé telle que vous la ressentez. Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours.

Comment remplir ce questionnaire?

Veillez répondre à toutes les questions en entourant le chiffre qui correspond à la réponse choisie, comme il est indiqué. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation

1. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est : (entourez la réponse de votre choix)

- Excellente **1**
- Très bonne **2**
- Bonne **3**
- Médiocre **4**
- Mauvaise **5**

2. PAR RAPPORT A L'ANNEE DERNIERE A LA MEME EPOQUE, comment trouvez- vous votre état de santé EN CE MOMENT ? (entourez la réponse de votre choix)

- Bien meilleur que l'an dernier **1**
- Plutôt meilleur **2**
- A peu près pareil **3**
- Plutôt moins bon **4**
- Beaucoup moins bon **5**

3. Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles, indiquez si VOUS ETES LIMITE(E) EN RAISON DE VOTRE ETAT DE SANTE ACTUEL.

(entourez la réponse de votre choix, une réponse par ligne)

	OUI beaucoup gêné(e)	OUI un peu gêné(e)	NON pas du tout gêné(e)
a. EFFORTS PHYSIQUES IMPORTANTS tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport	1	2	3
b. EFFORTS PHYSIQUES MODERES tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules	1	2	3
c. Soulever ou porter les courses	1	2	3
d. Monter PLUSIEURS ETAGES par l'escalier	1	2	3
e. Monter UN ETAGE par l'escalier	1	2	3
f. Se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir	1	2	3
g. Marcher PLUS D'UN KILOMETRE à pied	1	2	3
h. Marcher PLUSIEURS CENTAINES DE METRES	1	2	3
i. Marcher UNE CENTAINE DE METRES	1	2	3
j. Prendre un bain, une douche ou s'habiller	1	2	3

4. Au cours des 4 DERNIERES SEMAINES, et EN RAISON DE VOTRE ETAT PHYSIQUE, (entourez la réponse de votre choix, une par ligne)

	OUI	NON
a. Avez-vous réduit LE TEMPS PASSE à votre travail ou à vos activités habituelles ?	1	2
b. Avez-vous ACCOMPLI MOINS DE CHOSES que vous auriez souhaité ?	1	2
c. Avez-vous dû arrêter de faire CERTAINES choses ?	1	2
d. Avez-vous eu des DIFFICULTES à faire votre travail ou toute autre activité (par exemple, cela vous a demandé un effort supplémentaire) ?	1	2

5. Au cours des 4 DERNIERES SEMAINES, et EN RAISON DE VOTRE ETAT EMOTIONNEL (comme se sentir triste, nerveux(se) ou déprimé(e)), (entourez la réponse de votre choix, une par ligne)

	OUI	NON
a. Avez-vous réduit LE TEMPS PASSE à son travail ou à ses activités habituelles ?	1	2
b. Avez-vous ACCOMPLI MOINS DE CHOSES que vous auriez souhaité ?	1	2
c. Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant DE SOIN ET D'ATTENTION que d'habitude?	1	2

6. Au cours des 4 DERNIERES SEMAINES, dans quelle mesure votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a-t-il gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ? (entourez la réponse de votre choix)

- Pas du tout **1**
- Un petit peu **2**
- Moyennement **3**
- Beaucoup **4**
- Enormément **5**

7. Au cours des 4 DERNIERES SEMAINES, quelle a été l'intensité de vos DOULEURS PHYSIQUES ? (entourez la réponse de votre choix)

- Nulle **1**
- Très faible **2**
- Faible **3**
- Moyenne **4**
- Grande **5**
- Très grande **6**

ANNEXE 3. DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS SUR LA PAGE D'INSCRIPTION A LA MATERNITE PDV

Inscription à la maternité

Inscription maternité
Consultations d'obstétrique, d'anesthésie, de nourrissons (PDV)

3/9

Conditions de vie

Avez-vous des difficultés pour comprendre le français et vous exprimer ? Oui Non

Vivez-vous ?
 en couple seule

Où logez-vous en ce moment ?
 logement personnel chez des amis à l'hôtel en foyer dans la rue

Avez-vous ?

Sécurité sociale
 Mutuelle
 CMU
 AME
 Aucune couverture sociale

Consommez-vous du tabac ? Oui Non

Consommez-vous du cannabis ? Oui Non

Consommez-vous de l'alcool ? Oui Non

Consommez-vous d'autres substances ? Oui Non

CHU Toulouse

VII. BIBLIOGRAPHIE

1. Eliakim R, Abulafia O, Sherer DM. Hyperemesis gravidarum: a current review. *Am J Perinatol.* 2000; 17(4):207-218.
2. Ducarme G., Bernuau J. CNGOF 2008
3. Bailit JL. Hyperemesis gravidarum: Epidemiologic findings from a large cohort. *Am J Obstet Gynecol.* 2005; 193(3 Pt 1):811-814.
4. Einarson TR, Piwko C, Koren G. Quantifying the global rates of nausea and vomiting of pregnancy: a meta analysis. *J Popul Ther Clin Pharmacol Clin.* 2013; 20(2):171-183.
5. Ducarme G., Dochez V. Vomissements incoercibles de la grossesse. EMC - Obstétrique/Gynécologie 2015; 10(4):1-7
6. Niebyl JR. Clinical practice. Nausea and vomiting in pregnancy. *N Engl J Med.* 2010; 363(16):1544-1550.
7. Miller F. Nausea and vomiting in pregnancy: the problem of perception--is it really a disease? *Am J Obstet Gynecol.* 2002;186(5 Suppl Understanding):S182-183.
8. Gadsby R, Barnie-Adshead AM, Jagger C. Pregnancy nausea related to women's obstetric and personal histories. *Gynecol Obstet Invest.* 1997;43(2):108-111.
9. Verberg MFG, Gillott DJ, Al-Fardan N, Grudzinskas JG. Hyperemesis gravidarum, a literature review. *Hum Reprod Update.* 2005;11(5):527-539.
10. Ducarme G, Bertherat J, Vuillard E Pathologies thyroïdiennes et grossesse. *La Revue de Médecine interne* 2007; 28(5):314-321.
11. Tan JYL, Loh KC, Yeo GSH, Chee YC. Transient hyperthyroidism of hyperemesis gravidarum. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2002;109(6):683-688.
12. Deruelle P, Dufour P, Subtil D, et al. Vomissements incoercibles du premier trimestre de la grossesse: rôle de l'hyperthyroïdie biologique et du sexe foetal. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 2002; 30(3):204-209
13. Lagiou P, Tamimi R, Mucci LA, Trichopoulos D, Adami H-O, Hsieh C-C. Nausea and vomiting in pregnancy in relation to prolactin, estrogens, and progesterone: a prospective study. *Obstet Gynecol.* 2003;101(4):639-644.
14. Cohen J, Ducarme G, Neuman D, Uzan M. Approche psychosomatique des vomissements incoercibles du premier trimestre. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 2007; 35(6):565-569
15. Torgersen L, Von Holle A, Reichborn-Kjennerud T, et al. Nausea and vomiting of pregnancy in women with bulimia nervosa and eating disorders not otherwise specified. *Int J Eat Disord.* 2008;41(8):722-727.
16. Karpel L, Gmeline C de. L'approche psychologique des vomissements incoercibles gravidiques. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 2004; 33(7):623-631
17. Shirin H, Sadan O, Shevah O, et al. Positive serology for Helicobacter pylori and vomiting in the pregnancy. *Arch Gynecol Obstet.* 2004;270(1):10-14.
18. Sandven I, Abdelnoor M, Nesheim B-I, Melby KK. Helicobacter pylori infection and hyperemesis gravidarum: a systematic review and meta-analysis of case-control studies. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2009;88(11):1190-1200.
19. Trogstad LIS, Stoltenberg C, Magnus P, Skjaerven R. Recurrence risk in hyperemesis gravidarum. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2005;112(12):1641-1645.

20. Chraïbi Z, Ouldamer L, Body G, Bacq Y. Hyperemesis gravidarum : étude de cohorte rétrospective française (109 patientes). *La Presse Médicale* 2015; 44(1):13-22
21. Vikanes A, Skjaerven R, Grijbovski AM, Gunnes N, Vangen S, Magnus P. Recurrence of hyperemesis gravidarum across generations: population based cohort study. *BMJ*. 2010;340:c2050.
22. Vilming B, Nesheim BI. Hyperemesis gravidarum in a contemporary population in Oslo. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2000;79(8):640-643.
23. Louik C, Hernandez-Diaz S, Werler MM, Mitchell AA. Nausea and vomiting in pregnancy: maternal characteristics and risk factors. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2006;20(4):270-278.
24. Charles AS, Auclair M, Ceccaldi C, Ducarme G. Hyperémèse gravidique : vécu de l'hospitalisation. *La revue Sage-femme* 2017; 16(4):232-237
25. ACOG Practice Bulletin #52: Nausea and Vomiting of Pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2004;103(4):803.
26. Goodwin TM. Hyperemesis gravidarum. *Clin Obstet Gynecol*. 1998;41(3):597-605.
27. Mufti AR, Reau N. Liver disease in pregnancy. *Clin Liver Dis*. 2012;16(2):247-269.
28. Guettrot-Imbert G, Plessier A, Hillaire S, et al. Pathologies hépatiques et grossesse. *La revue de médecine interne* 2015; 36(3):211-218
29. Goullé J-P, Saussereau E, Lacroix C. Pharmacocinétique du delta-9-tétrahydrocannabinol (THC). *Annales Pharmaceutiques Françaises* 2008; 66(4):232-244
30. Boucher A, Vilette P, Crassard N, Bernard N, Descotes J. Dépistage urinaire des stupéfiants : interférence entre acide niflumique et cannabis. *Archives de pédiatrie* 2009; 16(11):1457-1460
31. Huestis MA, Cone EJ. Urinary excretion half-life of 11-nor-9-carboxy-delta9-tetrahydrocannabinol in humans. *Ther Drug Monit*. 1998;20(5):570-576.
32. Goullé J-P, Lacroix C. Mise en évidence des cannabinoïdes : quel milieu biologique ? *Ann Pharm Fr*. 2006;64(3):181-191.
33. James C. Anthony, Catalina Lopez-Quintero, Omayma Alshaarawy. Cannabis Epidemiology: A Selective Review. *Current Pharmaceutical Design* 2016 ; 22(42) : 6340-6352
34. François B, Legleye S, Spilka S, et al. *Les Niveaux d'usage Des Drogues En France En 2005.*; 2006.
35. Beck F., Richard JB Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014 *Tendance OFDT* 2015
36. Blondel B, Kermarrec M Les naissances en 2010 et leur evolution depuis 2003. *Enquête nationale périnatale 2010*
37. Shusen Sun, Zimmermann E Cannabinoid hyperemesis syndrome. *Hospital Pharmacy* 2013;48(8):650-655.
38. Allen JH, de Moore GM, Heddle R, Twartz JC. Cannabinoid hyperemesis: cyclical hyperemesis in association with chronic cannabis abuse. *Gut*. 2004;53(11):1566-1570.
39. Donnino MW, Cocchi MN, Miller J, Fisher J. Cannabinoid hyperemesis: a case series. *J Emerg Med*. 2011;40(4):e63-66.

40. Soriano-Co M, Batke M, Cappell MS. The cannabis hyperemesis syndrome characterized by persistent nausea and vomiting, abdominal pain, and compulsive bathing associated with chronic marijuana use: a report of eight cases in the United States. *Dig Dis Sci.* 2010;55(11):3113-3119.
41. Price SL, Fisher C, Kumar R, Hilgerson A. Cannabinoid hyperemesis syndrome as the underlying cause of intractable nausea and vomiting. *J Am Osteopath Assoc.* 2011;111(3):166-169.
42. Nicolson SE, Denysenko L, Mulcare JL, Vito JP, Chabon B. Cannabinoid hyperemesis syndrome: a case series and review of previous reports. *Psychosomatics.* 2012;53(3):212-219.
43. Sorensen CJ, DeSanto K, Borgelt L, Phillips KT, Monte AA. Cannabinoid Hyperemesis Syndrome: Diagnosis, Pathophysiology, and Treatment-a Systematic Review. *J Med Toxicol Off J Am Coll Med Toxicol.* 2017;13(1):71-87.
44. Soriano-Co M, Batke M, Cappell MS. The Cannabis Hyperemesis Syndrome Characterized by Persistent Nausea and Vomiting, Abdominal Pain, and Compulsive Bathing Associated with Chronic Marijuana Use: A Report of Eight Cases in the United States. *Dig Dis Sci.* 2010;55(11):3113-3119.
45. DA Simonetto, AS Oxentenko Cannabinoid Hyperemesis: A Case Series of 98 Patients. *Mayo Clin Proc.* 2012;87(2):114-119
46. Jonathan A. Galli Cannabinoid Hyperemesis Syndrome. *Curr Drug Abuse Rev.* 2011;4(4):241-249
47. Szabo B. Established and potential therapeutic applications of cannabinoids. *Pharmacol Rep.* 2014;66(2):333.
48. Ethan Russo Cannabis Treatments in Obstetrics and Gynecology: A Historical Review. *J Cannabis Ther.* 2002;2(3-4):5-35.
49. Westfall RE, Janssen PA, Lucas P, Capler R. Survey of medicinal cannabis use among childbearing women: patterns of its use in pregnancy and retroactive self-assessment of its efficacy against "morning sickness." *Complement Ther Clin Pract.* 2006;12(1):27-33.
50. Chang YH, Windish DM. Cannabinoid hyperemesis relieved by compulsive bathing. *Mayo Clin Proc.* 2009;84(1):76-78.
51. EA Wallace, SE Andrews Cannabinoid Hyperemesis Syndrome : Literature Review and Proposed Diagnosis and Treatment Algorithm *Southern Medical Journal* 2011;104:656-664
52. Patterson DA, Smith E, Monahan M, et al. Cannabinoid Hyperemesis and Compulsive Bathing: A Case Series and Paradoxical Pathophysiological Explanation. *J Am Board Fam Med.* 2010;23(6):790-793.
53. Hickey JL, Witsil JC, Mycyk MB. Haloperidol for treatment of cannabinoid hyperemesis syndrome. *Am J Emerg Med.* 2013;31(6):1003.e5-6.
54. Lean MEJ, Han TS, Seidell JC. Impairment of Health and Quality of Life Using New US Federal Guidelines for the Identification of Obesity. *Arch Intern Med.* 1999;159(8):837-843.
55. Convers M. Utilisation du score Épices pour repérer la précarité et optimiser la prise en charge de la grossesse. *Rev Sage-Femme.* 2010;9(1):3-9.
56. Projet regional de santé occitanie 2 *Occitanie santé 2022* Agence Régionale de la Santé August 19, 2018

57. McParlin C, Carrick-Sen D, Steen IN, Robson SC. Hyperemesis in Pregnancy Study: a pilot randomised controlled trial of midwife-led outpatient care. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2016;200:6-10.
58. Magee LA, Chandra K, Mazzotta P, Stewart D, Koren G, Guyatt GH. Development of a health-related quality of life instrument for nausea and vomiting of pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;186(5):S232-S238.
59. Lacasse et Bérard - 2008 - Validation of the nausea and vomiting of pregnancy. *Health and Quality of Life Outcomes* 2008, 6:32
60. Munch S, Korst LM, Hernandez GD, Romero R, Goodwin TM. Health-related quality of life in women with nausea and vomiting of pregnancy: the importance of psychosocial context. *J Perinatol.* 2011;31(1):10-20.
61. Wood H, McKellar LV, Lightbody M. Nausea and vomiting in pregnancy: Blooming or bloomin' awful? A review of the literature. *Women Birth.* 2013;26(2):100-104.
62. St. John H, Critchley H, Glasier A. Can we identify women at risk of more than one termination of pregnancy? *Contraception.* 2005;71(1):31-34.
63. McCall SJ, Flett G, Okpo E, Bhattacharya S. Who has a repeat abortion? Identifying women at risk of repeated terminations of pregnancy: analysis of routinely collected health care data. *J Fam Plann Reprod Health Care.* 2016;42(2):133-142.
64. Rodriguez-Alvarez E, Borrell LN, González-Rábago Y, Martín U, Lanborena N. Induced abortion in a Southern European region: examining inequalities between native and immigrant women. *Int J Public Health.* 2016;61(7):829-836.
65. Makenzius M, Tydén T, Darj E, Larsson M. Repeat induced abortion – a matter of individual behaviour or societal factors? A cross-sectional study among Swedish women. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2011;16(5):369-377.
66. Opatowski M, Bardy F, David P, Dunbavand A, Saurel-Cubizolles M-J. Caractéristiques des femmes ayant eu recours à plusieurs IVG – Enquête multicentrique sur les IVG médicamenteuses en France en 2014. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie* 2017;45:22-27
67. Chassevent-Pajot A, Guillou-Landréat M, Grall-Bronnec M, et al. Étude de prévalence des conduites addictives chez les femmes enceintes dans une maternité universitaire. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 2011;40(3):237-245.
68. Dumas A, Lejeune C, Simmat-Durand L, Crenn-Hébert C, Mandelbrot L. Grossesse et substances psychoactives : étude de prévalence de la consommation déclarée. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 2008;37:770-778
69. Wang X, Dow-Edwards D, Anderson V, Minkoff H, Hurd YL. In utero marijuana exposure associated with abnormal amygdala dopamine D2 gene expression in the human fetus. *Biol Psychiatry.* 2004;56(12):909-915.
70. Day NL, Richardson GA, Goldschmidt L, et al. Effect of prenatal marijuana exposure on the cognitive development of offspring at age three. *Neurotoxicol Teratol.* 1994;16(2):169-175.
71. Zuckerman B, Frank DA, Hingson R, et al. Effects of Maternal Marijuana and Cocaine Use on Fetal Growth: *Obstet Anesth Dig.* 1989;9(3):126.
72. Slutsker L, Smith R, Higginson G. Recognizing illicit drug use by pregnant women: reports from Oregon birth attendants. *Am J Public Health.* 1993;83(1):61-64.

73. Williamson S. Determination of the prevalence of drug misuse by meconium analysis. *Arch Dis Child - Fetal Neonatal Ed.* 2006;91(4):F291-F292.
74. Mitsuhiro SS, Chalem E, Barros MC de M, Guinsburg R, Laranjeira R. Prevalence of cocaine and marijuana use in the last trimester of adolescent pregnancy: Socio-demographic, psychosocial and behavioral characteristics. *Addict Behav.* 2007;32(2):392-397.
75. Fergusson DM, Horwood LJ, Northstone K. Maternal use of cannabis and pregnancy outcome. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2002;109(1):21-27.
76. Alaniz VI, Liss J, Metz TD, Stickrath E. Cannabinoid hyperemesis syndrome: a cause of refractory nausea and vomiting in pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2015;125(6):1484-1486.
77. Schmid SM, Lapaire O, Huang DJ, Jürgens FE, Güth U. Cannabinoid hyperemesis syndrome: an underreported entity causing nausea and vomiting of pregnancy. *Arch Gynecol Obstet.* 2011;284(5):1095-1097.
78. Andrews KH, Bracero LA. Cannabinoid Hyperemesis Syndrome During Pregnancy: A Case Report. *J Reprod Med.* 2015;60(9-10):430-432.
79. Manning Meurer M, Chakrala K, Gowda D, Burns C, Kelly R, Schlabritz-Loutsevitch N. A case of cannabinoid hyperemesis syndrome with *Helicobacter pylori* and preeclampsia during pregnancy. *Subst Abuse.* 2018;39(1):9-13.
80. Roberson EK, Patrick WK, Hurwitz EL. Marijuana use and maternal experiences of severe nausea during pregnancy in Hawai'i. *Hawaii J Med Public Health J Asia Pac Med Public Health.* 2014;73(9):283-287.
81. Péliissier F, Gandia P, Franchitto N. Vers une meilleure détection du syndrome d'hyperémèse au cannabis dès l'admission aux urgences. *Thérapie.* 2017;72(1):160.
82. Pelissier F, Gandia P, Franchitto N. Le syndrome d'hyperémèse au cannabis : les éléments du diagnostic dans un service d'accueil des urgences. *Toxicol Anal Clin.* 2017;29(3):337-342.

**INTERET D'UN TEST DE DEPISTAGE URINAIRE DE CANNABIS
SYSTEMATIQUE DEVANT DES VOMISSEMENTS GRAVIDIQUES AUX
URGENCES GYNECOLOGIQUES**

Le syndrome d'hyperémèse au cannabis (SHC) est caractérisé par des vomissements cycliques et des douleurs abdominales, soulagés par des douches chaudes. Les vomissements incoercibles de la grossesse sont un motif de consultation fréquent. L'objectif de notre étude était d'évaluer l'intérêt du dépistage de cannabis chez les patientes consultant aux urgences pour des vomissements incoercibles gravidiques.

Nous avons réalisé une étude observationnelle prospective de janvier 2017 à mai 2018, en réalisant un dépistage urinaire de cannabis chez les patientes consultant aux urgences gynécologiques du CHU de Toulouse pour vomissements gravidiques.

154 patientes ont consulté pour vomissements, 13 (8,4%) ont présenté un dépistage urinaire positif du cannabis, avec 4 d'entre elles présentant des critères évoquant un SHC. Nous avons retrouvé un nombre d'hospitalisations par patiente et de jours d'hospitalisations plus élevés chez les consommatrices de cannabis, 0,7 vs 1,6 ($p < 0,05$) et 2,4 jours vs 6 jours ($p < 0,05$) respectivement. Le suivi addictologique a été hétérogène.

Ce syndrome doit pouvoir être évoqué chez une patiente enceinte consommant du cannabis par les professionnels de santé afin d'éviter des traitements et hospitalisations inadaptés. Un dépistage des addictions semble intéressant en cas de consultation pour vomissements incoercibles.

**INTEREST OF A SYSTEMATIC URINARY SCREENING OF CANNABIS IN
VOMITING OF PREGNANCY IN GYNECOLOGICAL EMERGENCIES**

Cannabinoid hyperemesis syndrome (CHS) is characterized by cyclic vomiting and abdominal pain, relieved by hot showers. Vomiting in pregnancy is a frequent reason for seeking medical attention. We questioned the significance of conducting a cannabis screening at the emergency department of gynecology for patients with vomiting of pregnancy.

We performed a prospective observational study from January 2017 to May 2018, carrying out cannabis urine screenings, at the gynecological emergencies of the University Hospital of Toulouse, among patients admitted for vomiting of pregnancy.

154 patients sought medical attention for vomiting, 13 (8,4%) showed positive cannabis urine screenings, with 4 of them presenting suggestive criteria of CHS. We found a higher number of hospitalisations per patient and higher days of hospitalisation among cannabis users, respectively 0.7 vs 1.6 ($p < 0.05$) and 2.4 days vs 6 days ($p < 0, 05$). The addictological follow-up was heterogeneous.

This syndrome must be able to be evoked by health professionals with pregnant patients consuming cannabis in order to avoid inappropriate treatments and hospitalisations. Addiction screening seems interesting in cases of consultation for vomiting of pregnancy.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique, Gynécologie Obstétrique

MOTS-CLÉS : cannabis, syndrome d'hyperémèse au cannabis, vomissements gravidiques, hyperemesis gravidarum, dépistage, addictions, qualité de vie, précarité

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directeur de thèse : Caroline SIMON-TOULZA