

# Prise en charge de la pré-éclampsie

Yosu Luque - Octobre 2022

1 à 2% des grossesses en France se compliquent de pré-éclampsie

Définition :

HTA (PAS >140mmHg et/ou PAD >90mmHg) + protéinurie > 0,3 g/24 h après 20 semaines d'aménorrhée (ou en post-partum !).

NB1 : Attention depuis 2013 le Collège américain de Gynéco/Obstétrique a retiré le critère protéinurie en le remplaçant par la dysfonction d'organe mais la définition européenne garde le critère protéinurie.

NB2 : Attention à la pré-éclampsie qui se surajoute à une HTA antérieure ou constatée avant 20 SA (= pré-éclampsie surajoutée).

Autres définitions :

HELLP syndrome : « hemolysis, elevated liver enzymes, low platelets ». Sous-type de pré-éclampsie.

Eclampsie : convulsions chez une patiente ayant une pré-éclampsie et sans autre diagnostic neurologique pouvant les expliquer

Critères de sévérité (environ 10% des pré-éclampsies) :

- HTA sévère PAS > 160 mmHg et/ou PAD > 110 mmHg ou HTA non contrôlée par le tt médical
- Insuffisance rénale aiguë, oligurie ou protéinurie > 3g/j
- Cytolyse hépatique, thrombopénie
- Douleur thoracique, œdème pulmonaire
- Douleur abdominale épigastrique en barre persistante ou intense
- Céphalée ne répondant pas au tt, troubles visuels (phosphènes) ou auditifs (acouphènes) persistants

Discussion avec l'équipe d'obstétrique et anesthésie ++. Ces complications doivent faire terminer la grossesse : préparation par corticothérapie pour la maturation pulmonaire si cela est possible.

Bilan initial : clinique, avis écrit des obstétriciens, biologique (hémostase, ionogramme sanguin et urinaire, NFS plaquettes, bilan hépatique.

Prise en charge :

- HTA sévère, >160/110 mmHg, avec retentissement neurosensoriel. Faire FO (si disponible au lit), ECG,

Traitements :

Anti-HTA per os si conscience normale : Aldomet 250 mg X 2 à 6 par jour ; et/ou LP 50 X 3/j ; Trandate : 200 à 400 mg/j. Les IEC et les ARA2 sont contre-indiqués avant l'accouchement, mais autorisés après l'accouchement.

Si besoin, antiHTA IVSE : Eupressyl 30 à 90 mg/h ; Loxen : 1 à 6 mg/h ; Trandate : 200 à 800 mg/24h.

- Éclampsie, avec coma post critique (appel du réanimateur++):

- Déclencher l'accouchement rapidement après avoir assuré la réanimation (intubation, ventilation assistée, Rivotril IV, monitoring hémodynamique).
- En post-partum, traiter et prévenir la récidive des crises : sulfate de magnésium (dose de charge = 4 g IVL en 20 min puis entretien = 1-2 g/h IVSE)

Surveillance :

- Fréquence respiratoire ≥ 16 c/min
- Diurèse > 25 ml/h
- ROT présents

Autres traitements : surélévation de la tête de 30 à 45° par rapport au plan du lit, hyperventilation si ventilation assistée (PaCO<sub>2</sub> vers 25-30 mmHg) ; correction de l'hyponatrémie.

Faire scanner cérébral.

- HELLP syndrome : pas de traitement spécifique ; la thrombopénie majeure avec syndrome hémorragique peut nécessiter la transfusion de plaquettes ; perfusion de PFC si CIVD associée, ou

de culots globulaires si anémie aigue. Il n'y a pas d'indication aux corticoïdes ou aux échanges plasmatiques au cours du HELLP syndrome, sauf suspicion de diagnostic différentiel de type SHU ou PTT.

Attention à la douleur en barre épigastrique+++. Rechercher un hématome sous capsulaire hépatique (échographie abdominale, avec précaution+++).

- **L'Insuffisance rénale aiguë :** par nécrose tubulaire aigüe ++. Souvent dans le contexte du HELLP syndrome, ou d'une CIVD importante. Les indications de la dialyse sont les mêmes que d'habitude : hyperkaliémie, surcharge résistante aux diurétiques, anurie prolongée.

Demander le ratio sFlt-1/PIGF aux pré-éclampsies (ou aux suspicions) et faire un bilan de MAT avec ratio sFlt-1/PIGF même en post-partum devant tout HELLP syndrome ou suspicion de SHU pré ou post-partum.

**Prévention de la récidive sur une future grossesse :** Aspirine 150 mg par jour à partir de l'échographie montrant l'implantation utérine de l'embryon (avant 16SA++) et jusqu'à 36SA (pour éviter sur-risque hémorragique à l'accouchement)

Association de patientes : <https://grossesse-sante.org/> Grossesse Santé contre la pré-éclampsie (contact à proposer aux patientes après un épisode de pré-éclampsie)