

Item339-Prise en charge d'une patiente atteinte de pré-éclampsie

Objectifs CNCI		
- Diagnostiquer une pré-éclampsie, principes thérapeutiques (posologies). - Connaître et prévenir les complications de la pré-éclampsie.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- Pré-éclampsie / SFAR / 2009 - Urgences obstétricales / SFAR-SFMU / 2011 -	- HTAG \geq 20SA / PE si protéinurie - SdG: PA neuro / dl / HELLP / rénal - hémolyse / thrombopénie / cytolyse - PE: hospit. / corticothérapie / Loxen - PE sévère: remplissage +/- extraction - Atcd de PE = aspirine en préventif	- Mère Rh(-) = Ig anti-D IV - Corticothérapie avant 34SA - HRP = urgence: aucun examen - HTA avant 20SA \neq HTAG - Régime normosodé - Pas d'ADO / relai insuline - MAP = bilan infectieux + RPM - Corticothérapie de maturation - Fièvre/RPM = pas de tocolyse

A. HTA GRAVIDIQUE ET PRÉ-ÉCLAMPSIE

Généralités

Définitions

- HTA gravidique
 - PAs \geq 140mmHg et/ou PAd \geq 90mmHg sans protéinurie
 - !! mesure à **2 reprises** (\geq 6H) / en décubitus latéral gauche / au repos
 - apparaissant **après 20 SA** (et disparaissant avant fin S6 post-partum)
- Pré-éclampsie
 - HTA gravidique **avec protéinurie** (protéinurie \geq 300mg/24h)
 - Elle sera dite « pré-éclampsie sévère » si présence \geq 1 signe de gravité (cf infra)
 - Elle sera dite « pré-éclampsie précoce » si elle survient avant 32 SA
- !! Remarque
 - si HTA découverte avant 20SA \rightarrow HTA chronique et non gravidique (**A savoir !**)
 - en cas de protéinurie, c'est une « pré-éclampsie surajoutée » à l'HTA chronique
 - En pratique, la prise en charge sera la même +++

Physiopathologie

- Anomalie multifactorielle de la placentation (contractilité des artères utérines)
- Diminution de la perfusion utéro-placentaire: **insuffisance placentaire** +/- ischémie
- Production de substances cyto-toxiques \rightarrow HTA / MAT / troubles de la coagulation
- Souffrance foetale chronique: RCIU dysharmonieux / oligoamnios
- !! Remarque: l'HTA est une conséquence et non la cause de l'insuffisance placentaire

Facteurs de risque

- Atcd personnels d'HTA gravidique ou pré-éclampsie
- Atcd familiaux de pré-éclampsie (mère ou soeur: RR x3-5)
- Primiparité / exposition courte au Ag paternels (préservatifs, insémination artificielle par donneur...)
- Age maternel avancé / obésité / insulino-résistance / M. auto-immune
- Grossesse multiples / long intervalle avec la dernière grossesse

Diagnostic

Examen clinique

- Interrogatoire
 - Rechercher FdR: atcd perso et familiaux d'HTA / RCIU, etc.
 - Détermination précise du terme / atcd d'HTA traitée
- Diagnostic d'HTA gravidique
 - Dépistage = PA systématique à chaque consultation prénatale (cf **Grossesse normale**)

- Modalités +++ : à **2 reprises** / en décubitus latéral gauche / au repos / aux 2 bras
- **HTA gravidique** = PAs \geq 140 mmHg **et/ou** PAd \geq 90mmHg sans protéinurie
- **Recherche d'une pré-éclampsie**
 - Dépistage = **BU** systématique à chaque consultation prénatale +++ (cf **Grossesse normale**)
 - Apparition ou aggravation brutale des oedèmes (mais non indispensable !) / prise de poids excessive
 - **Pré-éclampsie** = HTA gravidique avec BU(+) confirmée par protéinurie des 24h

Examens complémentaires

- **Devant une HTA gravidique**
 - **Bilan biologique standard**: NFS-P = N / bilan hépatique = N
 - **Bilan rénal**: **protéinurie des 24h** (< 300mg/24h) (**A savoir !**) / uricémie et créatinine
 - **Fibronectine maternelle plasmatique**: augmentation traduit l'ischémie placentaire
 - **Echographie obstétricale et doppler des a. utérines**
 - Doppler utérin: incisure proto-diastoliques (notchs) = insuffisance placentaire
 - Evalue le retentissement foetal (biométries / MAF / liquide amniotique / doppler)
- **Devant une pré-éclampsie**
 - **Pour diagnostic positif**
 - **Monitoring tensionnel**: confirmer l'HTA par Dynamap®
 - **Protéinurie des 24h**: > **300mg/24h** par définition
 - **ECBU**: toujours éliminer une protéinurie due à une IU
 - **Pour évaluation du retentissement maternel = SdG de PE**
 - **Bilan d'hémolyse**: NFS - plaquettes (thrombopénie) - haptoglobine - frottis: schizocytes (MAT)
 - **Bilan hépatique**: transaminases / bilirubine / LDH (pour HELLP)
 - **Bilan d'hémostase**: plaquettes / TP / fibrinogène (pour CIVD)
 - **Bilan de l'HTA**: iono-urée-créatinine / ECG / fond d'oeil (**FO**)
 - **Bilan rénal**: urée / créatinine
 - **Pour évaluation du retentissement foetal**
 - **Echo-doppler obstétricale**: vitalité: Manning / dopplers +++ (cérébral : recherche diminution de la diastole / utérin et ombilical : augmentation des index de résistance) / amnios
 - **Electrocardiographie (ECT)** : pour rythme cardiaque foetal (**RCF**)
- **Bilan étiologique au décours d'une PE (+ 2 mois PP)**
 - **Bilan de thrombophilie** (dosage AT III / protéines S et C / F.V)
 - **Bilan auto-immun**: recherche SAPL (Ac anti-cardiolipine, etc)
 - **Bilan rénal**: échographie rénale et voies urinaires

Recherche de signes de gravité (**A savoir !**) (!! **Pré-éclampsie / SFAR / 2009**)

- !! La présence d'un **seul** SdG définit la **pré-éclampsie sévère**
- **Signes de gravité cliniques (4)**
 - HTA sévère: **PAs \geq 160 mmHg** et/ou PAd \geq 110 mmHg
 - Eclampsie / signes neurologiques rebelles (céphalées / vision / ROT polycinétiques)
 - Douleurs épigastriques en barre persistante / OAP
 - Oligurie (avec diurèse < 20 mL/h ou < 500ml/24h)
- **Signes de gravité paracliniques (4)**
 - Protéinurie > 5 g/24h
 - Créatininémie > 135 μ M
 - Thrombopénie < 100 000/mm³
 - HELLP syndrome (cytolyse / thrombopénie / hémolyse)
- **Retentissement foetal (3)**
 - **HRP** / anomalies du RCF / **RCIU** à l'échographie
 - (et terme de la grossesse: PE précoce si terme < 32SA)

Complications

Complications maternelles

- **Hématome rétroplacentaire (HRP)**
 - Complicque 3-5% des pré-éclampsies sévères / cf supra pour détails
 - Douleur « en coup de poignard » + métrorragies + hypertonie utérine
 - **C° maternelles**: CIVD ++ / choc hémorragique
 - **C° foetales**: cf interruption des échanges placentaires (MFIU)
- **HELLP syndrome**
 - Traduit une micro-angiopathie thrombotique diffuse: gravité +++
 - **Définition purement biologique**
 - « H » = **hémolyse** intra-vasculaire (Hb ↓ / haptoglobine ↓ / schizocytes)
 - « EL » = **cytolyse** hépatiques (TA ↑: « Elevated Liver Enzymes »)

- « LP » = **thrombopénie** (P < 100 000/mm³: "Low Platelets")
 - **Complications**
 - Hématome sous-capsulaire du foie: risque de rupture (écho +++)
 - CIVD associée / choc hémorragique / crise d'éclampsie
 - Mortalité: maternelle = 2-10% / foetale = 10-50%
 - **Diagnostic différentiel: stéatose aiguë gravidique**
 - **Coagulopathie (CIVD)**
 - Peut survenir sur HRP / HELLP / crise d'éclampsie: à rechercher !
 - **Définition biologique** (cf **Thrombopénie chez l'adulte et l'enfant**)
 - D-dimères > 500ng/mL + P < 50 000/mm³ ou TP < 50%
 - **Eclampsie**
 - Rare: < 1% des PE mais urgence **vitale** / mécanisme = vasospasme cérébral
 - Diagnostic = crise convulsive généralisée / état comateux post-critique
 - Prodromes = signes de gravité de pré-éclampsie: signes d'alerte ! (cf supra)
 - **C° maternelles**: état de mal épileptique / hémorragie cérébrale / OAP / DR...
 - **C° foetales**: hypoxie aiguë / mort foetale in utero
 - **!! NPO complications de l'HTA elle-même**
 - OAP / hémorragie cérébrale
- Complications foetales**
- **Retard de croissance intra-utérin (RCIU) +++**
 - RCIU dysharmonieux: circonférence abdominale diminuée mais PC préservé
 - Diagnostic = stagnation de la hauteur utérine / de la biométrie foetale à l'écho
 - **Oligoamnios**: par diminution de la diurèse foetale (cf souffrance chronique)
 - **Prématurité induite**: si extraction en urgence (ex: HRP / éclampsie / troubles du RCF)
 - **Mort foetale in utero**: complice 2 à 5% des pré-éclampsies

Traitement

Traitement d'une HTA gravidique isolée

- **Prise en charge**
 - En ambulatoire (SFAD) / hospitalisation immédiate si aggravation
- **Traitement symptomatique**
 - **Repos** à domicile et arrêt de travail: c'est le 1er traitement de l'HTA (**A savoir !**)
 - Anti-hypertenseur prudent (=ssi PA ≥ 160/110 mmHg): central (alphaméthylDOPA: Aldomet®) ou inhibiteur calcique (Loxen®) **PO**
 - **Remarque: jamais** de régime sans sel (ou restriction) chez la femme enceinte (**A savoir !**)
- **Surveillance rapprochée +++**
 - **Clinique**: Cs 1x/15j / **PA / BU / poids** / oedèmes / HU / mouvements foetaux
 - **Paraclinique**: 1x/M: **protéinurie** des 24h / **écho** pour croissance foetale (RCIU)

Traitement d'une pré-éclampsie

- **Prise en charge**
 - **Hospitalisation** initiale systématique pour programmation du terme
 - Repos au lit en décubitus latéral gauche +++ (cf décompression de la VCI)
 - **!!** Transfert en maternité de niveau III si terme < 32SA (PE précoce)
- **Traitement anti-hypertenseur**
 - **Indications**
 - **Pré-éclampsie / SFAR / 2009**: PAs ≥ 160mmHg et/ou PAd ≥ 110mmHg (en dessous: à discuter)
 - ou aggravation clinique
 - **!!** ne pas descendre sous 130/80mmHg (aggrave l'insuffisance placentaire)
 - Peser la balance bénéfice risque
 - **Modalités**
 - Inhibiteur calcique: nicardipine en IV (Loxen®) 1-6mg/h en IVSE
 - **!! Contre-indications (A savoir !)**
 - JAMAIS de restriction hydrosodée chez la femme enceinte
 - JAMAIS de diurétiques ni d'anti-HT type IEC ou ARA II
- **Mesures associées**
 - **Corticothérapie de maturation +++ (A savoir !)**
 - **!!** Doit être **systématique** devant toute PE car risque de prématurité induite ↑
 - Entre 24 et 34 SA → bétaméthasone (Célestène®) en IM 2 injections sur 48h
 - **Prophylaxie de l'éclampsie**
 - Sulfate de magnésium (MgSO₄) aussi efficace en prévention primaire mais discuté (indiqué en prévention seulement dans les formes neuro [=céphalées/troubles visuels/ROT polycinétiques] pour certains)

- NB : CI MgSO₄ = insuffisance rénale / maladies neuromusculaires
- Remplissage vasculaire modéré : 1000cc/24h
- Traitement étiologique = arrêt de la grossesse
- Indications
 - Hors complication: PE non sévère > 36SA / PE sévère > 34 SA
 - PE sévère < 34SA si compliquée (HRP, HELLP, OAP, éclampsie..)
- Modalités
 - Extraction foetale par césarienne en urgence si PE sévère ou compliquée
 - Accouchement voie basse à discuter si PE non sévère après 36SA
- Traitement des complications
- Traitement d'une éclampsie
 - Hospitalisation **REA** en urgence / libération **VAS** (Guédel) / IOT si besoin
 - Traitement anti-épileptique d'action rapide: BZD en IV (**clonazépam**)
 - Relai pour prévention d'une récurrence par **sulfate de magnésium** ≥ 24h +++
 - **Extraction** foetale en urgence par césarienne (après crise..)
 - **Pendant la crise :**
 - LVAS
 - PLS
 - Protection de la patiente et de la paroi abdominale contre les traumatismes
 - **Après la crise :**
 - Passage au bloc en urgence
 - Vérifier la vitalité foetale
 - Césarienne en urgence sous AG
 - Bilan biologique en urgence sans retarder l'intervention (NFS-plaquettes, TP TCA fg , RAI, transaminases, LDH, Haptoglobine)
 - Sulfate de magnésium (4g MD puis 1g/h pdt 24h)
 - Contrôle de la PA (Loxen® IV)
 - Si trouble de la coagulation : PFC, culots plaquettaires ..
 - Surveillance post opératoire en réa
- Traitement d'un hématome rétro-placentaire
 - Extraction foetale en urgence si bruits du coeur présents
 - Accouchement par voie basse si mort foetale in utero
 - Traitement symptomatique: d'une CIVD ++ (transfusion)
- Traitement d'un syndrome HELLP
 - Extraction foetale en urgence par césarienne
 - Traitement symptomatique: de l'anémie / de la thrombopénie (transfusion)
 - Eliminer une hématome sous-capsulaire hépatique par échographie +++
- Surveillance quotidienne +++
- Maternelle
 - Clinique: quotidienne: PA (courbe) / SdG de pré-éclampsie / **poids** / diurèse
 - Paraclinique: NFS-P / TP-TCA / créatinine / uricémie / TA / protéinurie des 24h
- Foetale
 - Clinique: quotidienne: mouvements foetaux / du rythme cardiaque
 - Paraclinique: **échographie**: [biométries / doppler / Manning] + **RCF**

Traitement préventif pour les grossesses ultérieures

- Systématique devant tout atcd de pré-éclampsie en cas de grossesse ultérieure
- → **aspirine** à 100mg/j le plus précocement possible: dès J1 et jusqu'à **35 SA**
- Surveillance renforcée avec écho-doppler des artères utérines dès le 5ème mois