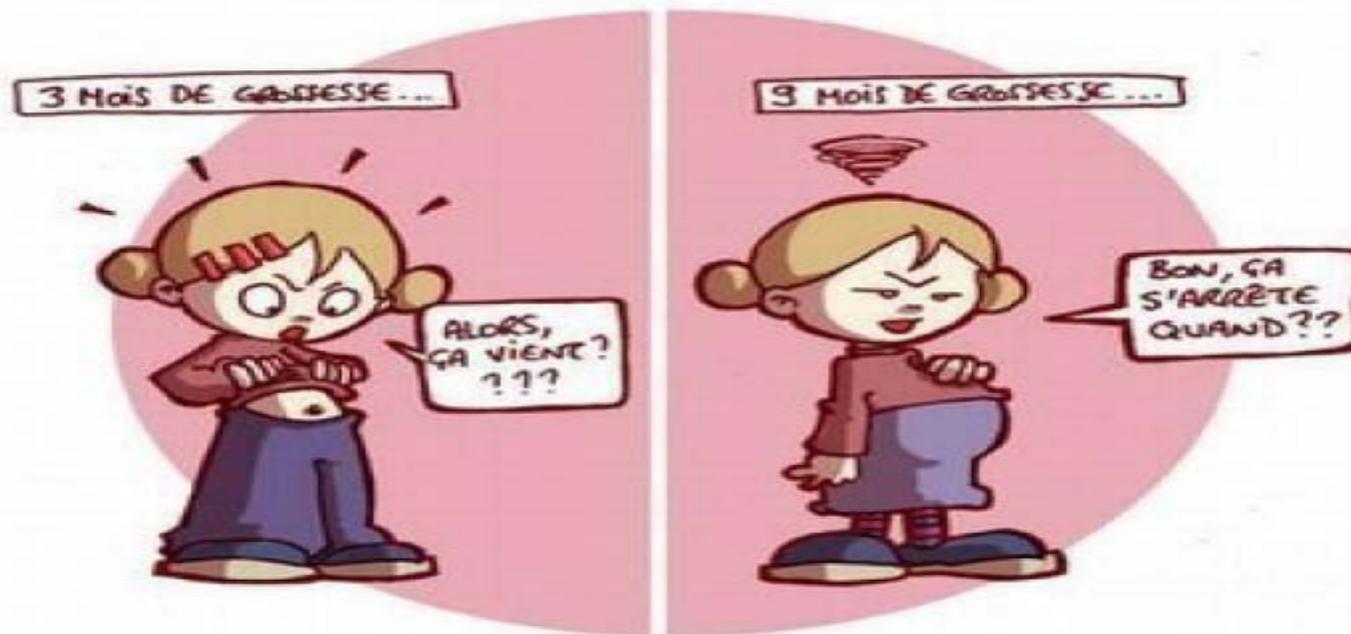


Les petits maux de la grossesse

F.LING

Maternité CH Robert Boulin



Introduction

- La grossesse n'est pas une maladie, certes, mais elle entraîne parfois quelques désagréments ou pathologies
- La pathologie mineure, qui ne menace ni la santé de la mère ni la vie de l'enfant, est un problème quotidien
- Nausées et vomissements
- Reflux gastro-oesophagien
- Constipation
- Hémorroïdes
- Prurit gravidique
- Malaise
- Céphalées pendant la grossesse et le post-partum

Nausées et vomissements du début de la grossesse

- Rôle de l'imprégnation hormonale : b-HCG et oestrogènes (mobilité vésiculaire, intestinale, vidange gastrique; b-HCG effet thyroïdienne sur le récepteur TSH
- L'infection à Helicobacter Pylori
- Psychosocial (le vomissement est un langage par lequel s'exprime une détresse psychologique)
- Le plus souvent matinales, plus fréquent chez les primigestes moins de 35 ans anxieuses; jumeaux, môle
- S'arrêtent entre 12-24^{ème} semaine
- Absence de prise de poids, amaigrissement
- Souvent physiologique (éliminer appendicite, occlusion etc), sans besoin de ttt

Nausées et vomissements du début de la grossesse

- 2 tableaux cliniques:
 - Vomissements avec bon état général, résolutifs spontanément ($++6SA$), svt matinaux, pdt 3 mois,
 - Vomissements gravidiques incoercibles, prolongés, avec amaigrissement, tb HE, déshydratation, toute la journée, lente amélioration, rechutes



Diagnostic différentiel

- +++ à évoquer si $>12SA$, apparition au 2-3^{ème} trimestre, - 3kg ou déshydratation
- Prééclampsie (HELLP)
- Pathologie digestive (occlusion, appendicite, ulcère, hernie hiatale, lithiase biliaire)
- Hyperthyroïdie (TSH)
- HTIC (traumatisme crânien)
- Hépatopathie (hépatite virale)

Examen complémentaire

- Pour les formes graves: perte de poids $> 10\%$, cétonurie $> +++$, signes de dénutrition ou de déshydratation, intolérance gastrique absolue, asthénie
- Ionogramme sanguin: K^+ , Cl , Na^+ , Prot
- Calcémie, urée, créat
- NFS
- TSH
- BU+/- ECBU
- échographie obstétricale: gg, môle ?
- exam neurologique
- échographie hépato-biliaire

Traitement

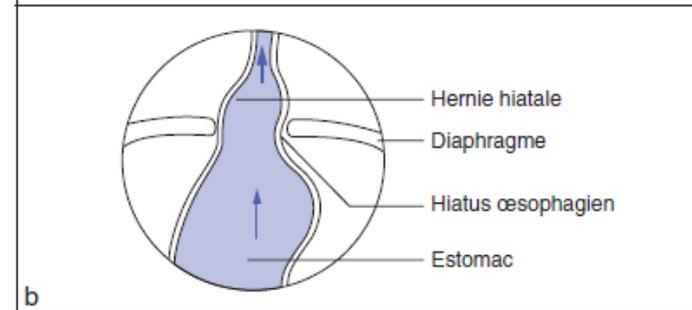
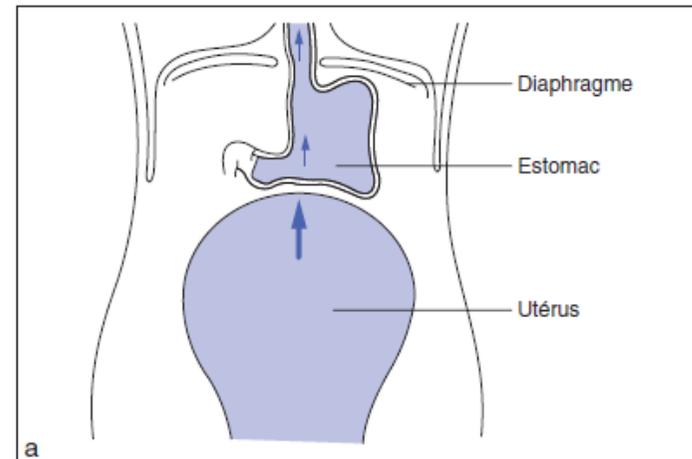
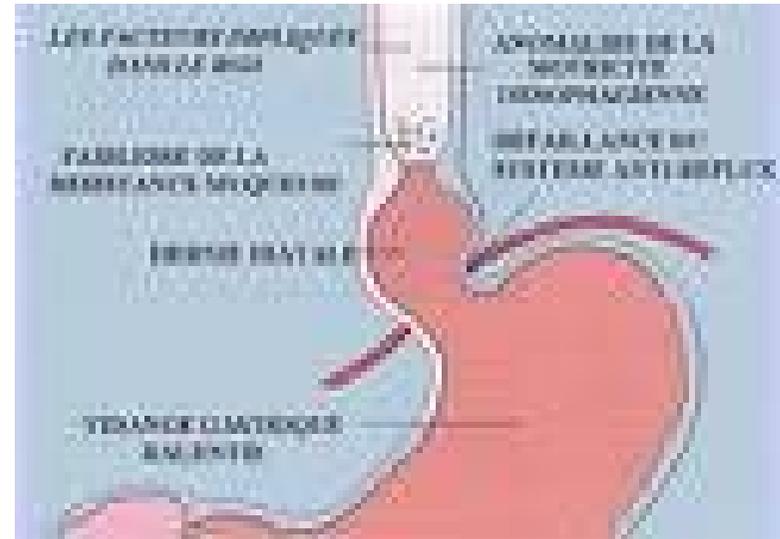
- Rassurer la patiente et son entourage
- Repas fractionnés, riches en glucide
- Pas trop de boissons, en dehors des repas, saler les aliments, arrêter le fer
- exclure les odeurs fortes
- Arrêter le tabac
- Homéopathie: Ipeca, Symphoricarpus, Colchicum, Tabacum
- Antiémétiques
 - MOTILIUM® 3 à 6 cp/jour,
 - PRIMPERAN® 1 avant les repas,

Traitement des formes graves

- Hospitaliser
- Bilan: iono, NFS, Ca²⁺
- A jeun
- Isolement dans le noir, soutien psy
- Hydratation et rééquilibration HE, B1, B6
- PRIMPERAN® IV
- LARGACTIL® IV

RG0:Dg

- Hypotonie du SI de l'œsophage
- hyperpression abdominale
- 50-80%, surtout 3ème trimestre
- Clinique:
 - pyrosis, signe du lacet, decubitus dorsal
 - brûlure épigastrique
 - régurgitations sans brûlures, + rares
 - oesophagite (brûlure à l'ingestion alts chauds, sucré, acide)
 - rarement hématemèse, dysphagie, anémie



RGO: bilan ?

- Examen complémentaire le plus svu inutile
- Fibroscopie si signe oesophagite, hématurie, échec ttt médical
- Dg différentiel: candidose oesophagienne
- Disparition après accouchement le plus souvent

RGO: ttt

- Conseils d 'usage
 - suppression irritants: OH, épices, vinaigre
 - baisse P° SI: chocolat, café, tabac
 - Ralentissement évacuation gastrique: sauce, graisse, boissons gazeuses, atropine
 - repas fractionnés, éviter DD en post prandial
- Après repas
 - antiacide (maalox, mutesa)
 - Pansement oesogastrique (phosphalugel)
 - Alginate (Gaviscon)
- Avant repas: Motilium, Primperan
- AntiH2, IPP (prostaglandines CI)

Constipation

- 20-30% des femmes en France
- Hypotonie muscle lisse (progestérone)
- automédication
- ballonnement, pesanteur, hémorroïdes
- TR: fecalome ? Tumeur ? (rectorragies)
- douleur cadre colique

Constipation: traitement

- Règles hygiénodiététiques
 - fibres (légumes verts, fruits, salade) et son
 - verre d'eau froide le matin au lever
 - horaires fixes
- mucilage (spagulax[®], normacol[®], transilane[®])
- huile de paraffine (Lansoyl[®])
- lactulose (duphalac[®])
- antispasmodique musculotrope (spasfon[®])

Hémorroïdes

- hyperP^o abdo + constipation + relâchement muscle lisse
- Thromboses hémorroïdaires
- Thrombose oedémateuse sur prolapsus



Hémorroïdes: traitement

- Mesures hygiéno-diététiques
- Bains de siège (Dakin 1 càs dans 5 litres eau)
- phlébotoniques po (Daflon*)
- préparations locales (AINS, Vit P, antiseptique)
- ttt sclérosant contre-indiqués
- excision thrombose
- réduction prolapsus
- AINS, antalgiques
- Fissure: injection sous fissuraire, soins locaux

Prurit gravidique

- Éliminer cholestase gravidique
- Herpes gestationis
- Impetigo herpétiforme
- PUPP syndrome (prurigo gestationis)

Cholestase gravidique

- Prévalence :
 - 5 pour 1000 grossesses en France
 - Amérique du sud: Chili Bolivie++
 - 2-3ème Trimestre
- Facteurs prédisposants :
 - grossesse gémellaire
 - FIV
 - progestérone
 - HTA
 - VHC+++
 - Lithiase biliaire
 - Cholestase fibrosante voire cirrhose (à long terme, rare)
 - Pancréatite non alcoolique

Cholestase gravidique

- Origine génétique inconstante=>maladie multigénique
 - Gène ABCB4 - protéine MDR3
 - si mutation homozygote : cholestase intrahépatique familiale progressive type 3 (manifestation dès l'enfance)
 - si hétérozygote: CIG dans 16% des cas, gène impliqué dans le Syndrome LPAC
- ⇒ Recherche pas en routine
- Rôle des autres transporteurs biliaires?
- Prévalence élevée en Amérique du sud

Cholestase gravidique

- ✓ Prurit généralisé
 - quasi constant (95% des cas)
 - topographie: tronc, paume des mains et plantes des pieds
 - Insomniant++
 - absence de lésion(s) cutanée(s)
 - parfois décalé par rapport à la cholestase biologique

- ✓ Ictère
 - inconstant (10-20%)
 - signe de gravité
 - Remarque: rares formes ictériques sans prurit

- ✓ Pas de douleur abdominale

- ✓ Pas de syndrome fébrile

Cholestase gravidique

Diagnostic

- 2 anomalies quasi-constantes
 - ↗ ALAT (souvent > 10N)
 - ↗ AB sériques a jeun > 11 μmol/l
- De manière inconstante
 - ↗ Bilirubine (formes sévères)
 - ↘ TP (Facteur V normal)
 - GGT N ou ↗
 - ↗ LDL et ↘ HDL dès l'apparition du prurit
- ECBU
- Toutes les sérologies hépatite, CMV

Cholestase gravidique

Echographie abdominale

- Voies biliaires non dilatées
- +/- lithiases vésiculaires

Ponction-biopsie hépatique

- non indispensable au diagnostic
- lésions de cholestase pure avec des dépôts de pigments biliaires canaliculaires et intra hépatocytaires dans région centro lobaire
- espaces portes normaux.

Cholestase gravidique

CONSEQUENCES

Conséquences Maternelles	Conséquences Foetales
<ul style="list-style-type: none">▪ Hémorragie de la délivrance▪ Malabsorption / stéatorrhée▪ Calculs biliaires (RR=2)▪ Hyperglycémies post-prandiales <p>Remarque: pas de conséquence sur la mortalité maternelle</p>	<ul style="list-style-type: none">▪ Mort foetale in utero (1-2%) => toxicité directe des AB?▪ Prématurité (20-60%)▪ Détresse respiratoire (RR=2,5)

Traitement

- Traitement de la cholestase :
 - AUDC (DELURSAN® , URSOLVAN®)
 - 1g par jour ou 15mg/kg/j en 2 prises jusqu'à l'accouchement, pendant ou à la fin des repas
 - délai d'action: 1 à 2 semaine(s)
 - Cholestyramine (QUESTRAN®)
 - 8 à 16 g/jour augmentation progressive répartie dans la journée (prise du matin avant le petit déjeuner)
 - effet modéré sur le prurit et le BH
 - attention risque de majoration carence en vitamine K
 - si association avec AUDC : prise décalée de 5 heures
 - Moins consensuel
 - S adenosyl methionine (en association avec AUDC)
 - Plasmaphèreses : utile pour passer un cap et éviter la prématurité sévère si résistance à l'AUDC
 - Dexaméthasone: non utilisé

Traitement

- Traitement du prurit:
 - Hydroxyzine ATARAX® 25-50mg
- Si TP bas: Vit K

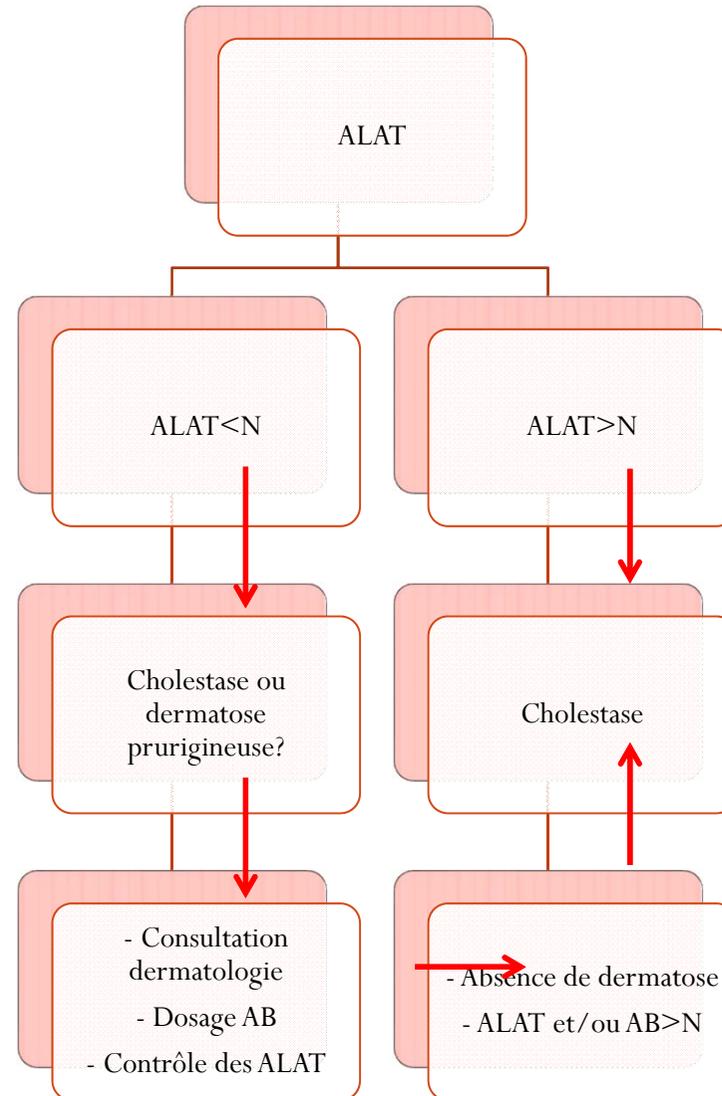
Surveillance

- Taux d'acides biliaries
 - marqueur pour le pronostic foetal
 - Selon Glantz pas d'indication à une intervention si $AB < 40 \mu\text{mol/l}$ (hepatology 2004)
 - Si $> 40 \mu\text{mol/l}$ et moins de 33SA : risque majoré de complications foetales
- Surveillance RCF/Doppler ombilical?
 - Le RCF n'a pas prouvé son efficacité pour prévenir la MFIU (Lee)
 - Le doppler ombilical n'est pas justifié car il n'y a pas d'association entre insuffisance urétroplacentaire et CIG

Attitude obstétricale

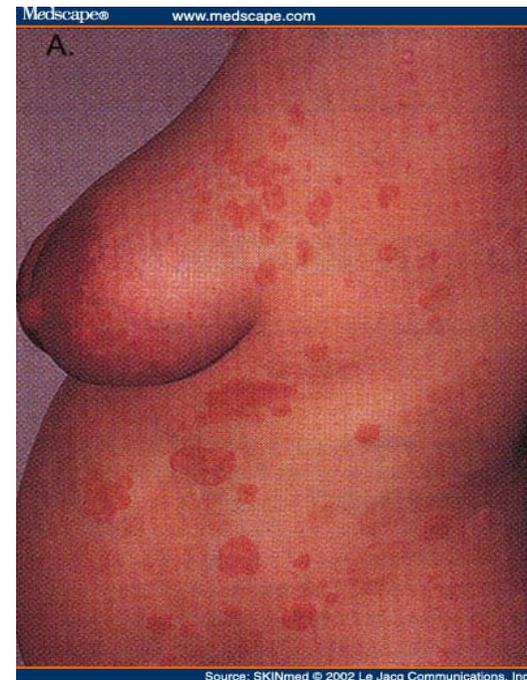
- Absence de consensus
- Attitude interventionniste
- CNGOF 2008: l'interruption de la grossesse dès que la maturation pulmonaire foetale est atteinte, même si transaminases et AB normaux
- Etude de Tours 2011 (Perrotin): étude nationale ,37-38 SA, < 37 SA suivi que par gynécologue-obstétricien, un peu plus tard pour suivi conjoint avec hépatologue
- Etude anglaise 2007 (Saleh MM): 37-38 SA
- Rioseco: Naissance systématique à 38 SA ou à partir de 36 SA en cas d'ictère ou bilirubine > 30 umol/l
- RCOG: Taux de mortalité comparable à celui de la population générale, aucune donnée suffisante pour encourager ou réfuter une naissance anticipée dans le but de prévenir MFIU
 - Controversé dans les Guidelines 2006 : Discussion avec la patiente (niveau de preuve B) car
 - morbidité maternelle (césarienne)
 - prématurité induite (néonatalogie, détresse respiratoire)

GROSSESSE + PRURIT



Herpes gestationis

- Dermatose auto-immune
- HLA DR3
- papules ou vésicules en bouquet puis bulles, érosions
- prurit+++
- biopsie cutanée
- si majeur Prednisone 0.5 à 1mg/kg/j



Impetigo herpétiforme

- Éruption pustuleuse
- prurit, pustules amicrobiens, fièvre, hypoK⁺
- H-réa HE-ATB-corticoïde voire extraction
- pronostic maternel et foetal
- récurrence fréquente



PUPP syndrome (prurigo gestationis)

- Éruption papuleuse et prurigineuse
- abdomen, vergeture
- Dg d 'élimination (Gale ?)
- Bon pronostic
- Cortic locaux II (diprosone)
- Prednisone (0.3 à 0.5mkj)



CAT dermatose et grossesse

- Devant prurit +/- lésions cutanées:
 - Éliminer dermatose indpdte g: eczéma de contact, gale, mdt
 - ASAT-ALAT-sels biliaires
 - biopsie cutanée (IF directe pour éliminer herpes gestationis)
 - bilan bien être foetal

Malaises

Allongée, DLG, pouls, TA, BDC, dextro, sang ?

- 1ier T:
 - GEU
 - FCS
 - vagal
- 2ième T:
 - hypotension orthostatique
 - anémie ferriprive
 - hypoglycémie
- 3ième T:
 - idem 2ième T
 - Hémorragie: placenta praevia, HRP
 - Effet Poseiro (postural)
- qq soit le terme
 - vagal
 - EP
 - affection antérieure cardiopathie, épilepsie
 - autre (tb du rythme...)

Céphalées pendant la grossesse et le post-partum

- Problème fréquent
- Les céphalées primaires : sans lésion sous-jacente, migraines, céphalées dites ‘ de tension ‘, les algies vasculaires de face
- Les céphalées secondaires: causes variées, potentiellement graves : prééclampsie, brèche durale, thrombophlébite cérébrale, hémorragie méningée, syndrome grippal etc
- Il est possible d’effectuer une imagerie cérébrale quelque soit le terme de la grossesse: scanner, IRM
- En pratique, toute femme enceinte ayant une céphalée inhabituelle doit donc avoir une imagerie cérébrale

Céphalées pendant la grossesse et le post-partum

- La prise en charge doit suivre les mêmes règles qu'en dehors de la grossesse. La première étape est d'établir un diagnostic précis. L'imagerie cérébrale, si elle est jugée nécessaire, ne doit pas être refusée.
- Une céphalée inhabituelle doit toujours faire rechercher une cause secondaire.
- Le plus souvent, la céphalée est primaire. La migraine est la cause la plus fréquente. Le traitement de crise est le paracétamol associé en cas d'échec à la codéine. En cas de crises fréquentes, un traitement de fond peut être maintenu, ou parfois instauré en cours de la grossesse. Il doit privilégier l'amitriptyline ou le propranolol.

Céphalées pendant la grossesse et le post-partum

- Orientation diagnostique
- La partie cruciale de la démarche diagnostique est l'interrogatoire
- La question clé est : “**Avez-vous déjà ressenti ce type de mal de tête avant votre grossesse ou depuis son début ?**” Une réponse négative indique une céphalée aiguë inhabituelle, qui doit être considérée comme secondaire jusqu'à preuve du contraire.
- En revanche, une réponse positive suggère une récurrence de céphalée primaire, crise de migraine le plus souvent, dont la patiente reconnaît les caractéristiques.
- Les questions suivantes: le mode d'apparition, brutal ou progressif, l'évolution, l'intensité, son type, sa localisation, l'association à des troubles digestifs ou à une photophobie

Tableau. Céphalées secondaires de la grossesse et du post-partum.

	Manifestations cliniques	Examens permettant le diagnostic	Orientation
Hypertension intracrânienne idiopathique (grossesse)	Céphalée progressive, acouphènes, éclipses visuelles	IRM cérébrale strictement normale Pression élevée du LCS avec composition normale	PL soustractive Limiter la prise de poids Acétazolamide
Hémorragie sous-arachnoïdienne (grossesse plus que travail ou post-partum)	Céphalée brutale diffuse Syndrome méningé Parfois paralysie du III (nerf moteur oculaire commun) Parfois céphalée isolée	Scanner PL si le scanner est normal IRM (FLAIR, T2*) Artériographie à la recherche d'un anévrisme (80 %)	Embolisation ou chirurgie si anévrisme Antalgiques (morphine) Nimodipine
Éclampsie (grossesse après 20 SA plus que post-partum)	Céphalée précédant les signes d'encéphalopathie (troubles de la conscience, déficits focaux, épilepsie)	Pression artérielle élevée Protéinurie Œdèmes cérébraux en IRM (<i>Posterior Reversible Encephalopathy Syndrome</i> [PRES]) Parfois hémorragies ou infarctus cérébraux	Hospitalisation en réanimation Baisse de la pression artérielle Magnésium
Angiopathie du post-partum (syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible)	Céphalées en coup de tonnerre répétées soit spontanées, soit lors d'efforts avec Valsalva Parfois signes focaux ou épilepsie	Imagerie et angiographie précoces peuvent être normales IRM normale ou petite hémorragie corticale (30 %), ou œdème vasogénique type PRES (10 à 40 %), hématome (10 à 20 %), infarctus (5 à 30 %) Angiographie : vasoconstriction artérielle segmentaire diffuse, PL normale ou élévation légère des GB/GR	Repos strict Arrêt des médicaments adrénergiques et sérotoninergiques Antalgiques Nimodipine
Thrombose veineuse cérébrale (post-partum)	Céphalée progressive (rarement céphalée brutale) Parfois signes focaux Parfois épilepsie	Scanner souvent normal PL normale ou pression élevée et/ou élévation GB/GR IRM (thrombus) VRM ou angioscanner veineux (obstruction veineuse)	PL soustractive avant anticoagulation si hypertension intracrânienne Héparine Antalgiques
Nécrose pituitaire (post-partum)	Céphalée brutale Troubles visuels	IRM	Antalgiques, corticothérapie
Hypotension du LCS par brèche durale (post-partum)	Céphalée orthostatique dans les 24 à 72 heures suivant la péridurale	Pas d'examen nécessaire si tableau typique	<i>Epidural blood patch</i> puis repos pendant 3 à 4 jours

GB : globules blancs ; GR : globules rouges ; LCS : liquide cébrospinal ; PL : ponction lombaire ; VRM : veinographie par résonance magnétique.

CRITERES D'HOSPITALISATION ET D'APPEL AUX SPECIALISTES

- Critères pour considérer une hospitalisation
 - Céphalées secondaires dont la pathologie sous-jacente nécessite une investigation urgente et/ou une surveillance rapprochée (disponibilité 24h/24 d'un CT et/ou IRM, service avec surveillance continue)
 - Etat de mal migraineux
 - Migraine avec aura inhabituelle ou non résolue
 - Persistance de céphalées, de toute origine, malgré un traitement médicamenteux adéquat
- Quand appeler le neurologue?
 - Présence de signes d'alarme ou de red flags
 - Céphalée secondaire à une atteinte neurologique sous-jacente
 - Traitement de céphalées aiguës primaires insuffisamment efficace pour permettre un retour à domicile
 - Pour l'indication et les modalités d'un sevrage médicamenteux
 - Céphalées inhabituelles (durée, intensité, réponse aux traitements notamment)

Migraine



- Environ 1 femme sur 3
- Pendant la grossesse, s'améliore chez 55 à 90 % des patientes, >2^{ème} trimestre.
- Peut aussi rester inchangée ou même s'aggraver notamment la migraine avec aura, 3 à 7 %.
- Enfin, une première crise de migraine, le plus souvent avec aura peut survenir pendant la grossesse. À la moindre suspicion de migraine avec aura symptomatique (en pratique, à la moindre petite atypie sémiologique de la crise ou si la patiente est vue pendant ou au décours immédiat de la crise), une imagerie cérébrale est nécessaire

Prise en charge de la migraine

- A éviter: les AINS en traitement de crise, la flunarizine, le méthysergide, le topiramate et, surtout, le valproate de sodium
- Le repos, le respect des horaires de coucher et des repas réguliers, l'acupuncture ou la relaxation si possible
- Traitement de la crise: paracétamol, codéine ou tramadol, triptan (Imigrane ®)
- Traitement de fond (> 2 crises par mois depuis au moins deux mois, longues et/ ou rebelles au traitement de crise): l'amitriptyline, le propranolol ou le métoprolol. (Si allaitement: l'amitriptyline ou le propranolol)

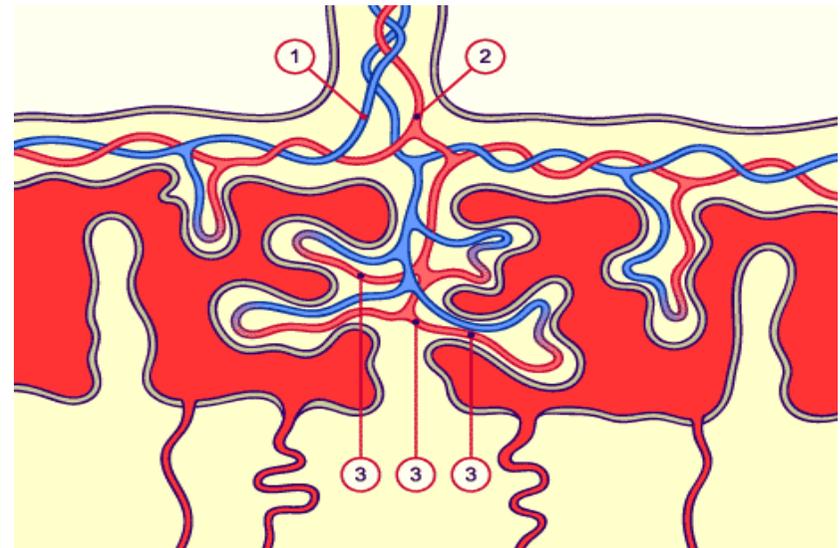
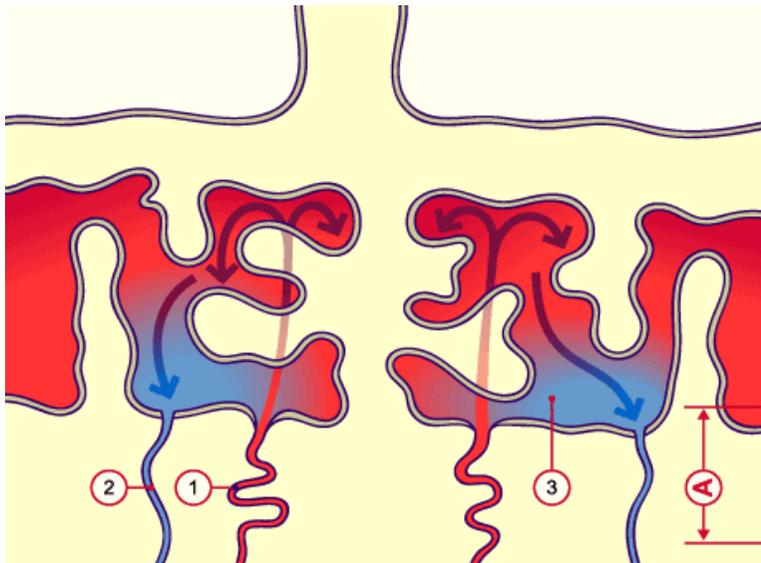
HTA et grossesse



Acte 1 : anomalie de la vascularisation placentaire

- **Normal** : entre la 16^{ème} et la 20^{ème} semaine, le cytotrophoblaste envahit les artérioles spiralées maternelles et les remodèle pour former des vaisseaux à grande capacitance avec une faible résistance .
- **Pré-éclampsie** : invasion incomplète conduisant à une perfusion placentaire réduite.

La circulation placentaire

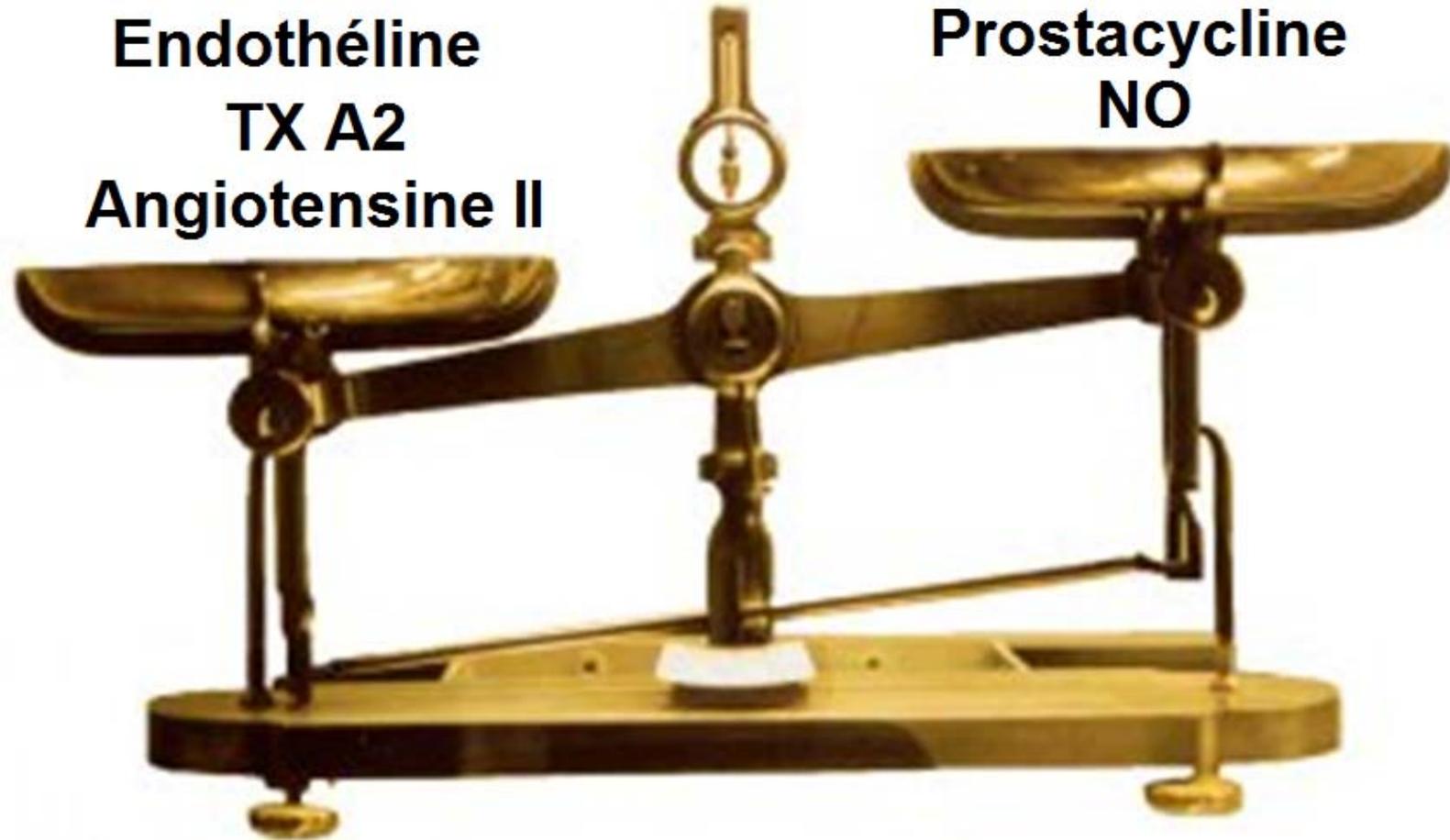


Acte 2 : ischémie placentaire

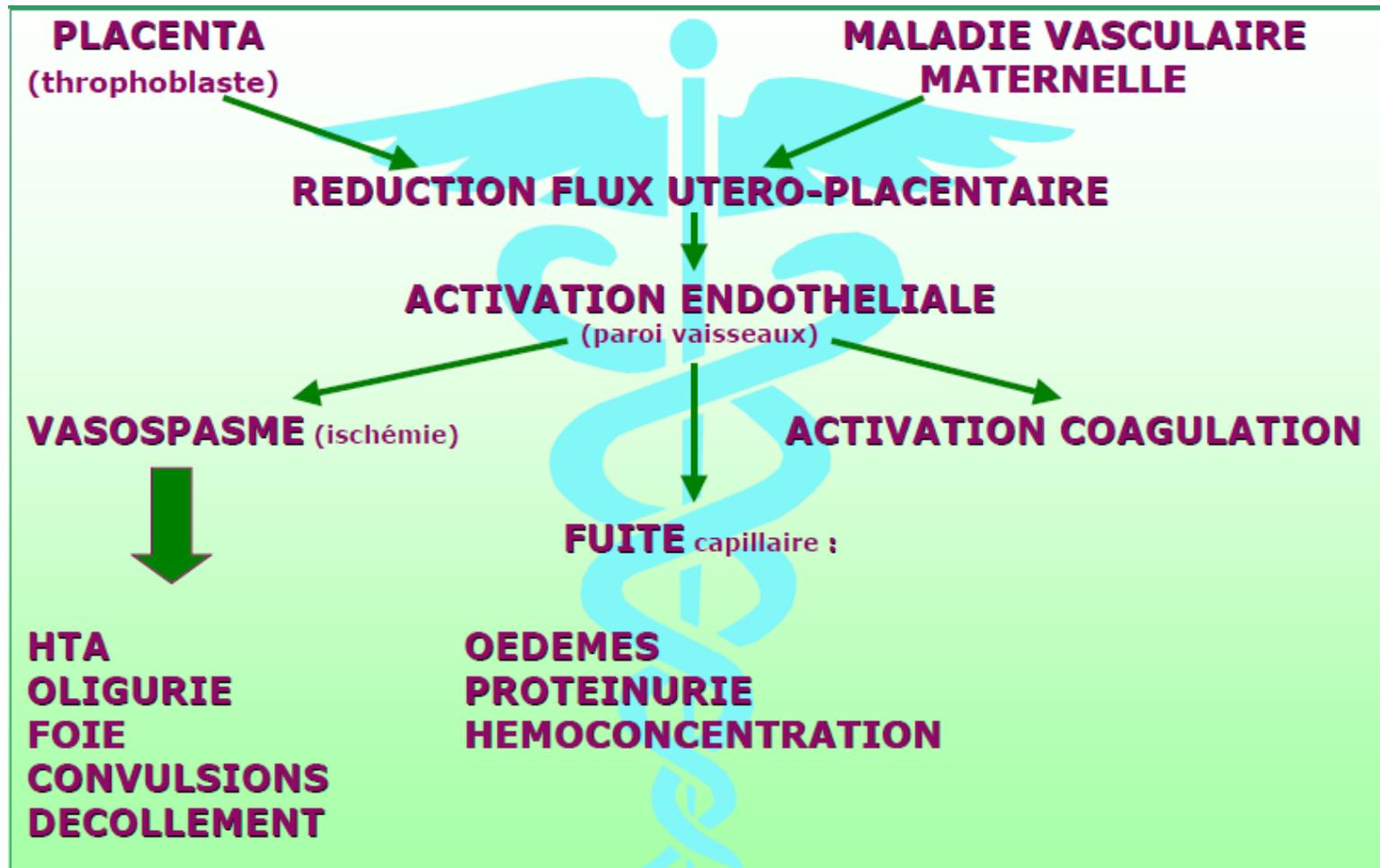
Hypotrophie fœtale lésion de l'endothélium

- Etat anti-angiogénique : production excessive de sFlt-1 qui antagonise le VEGF et empêche l'interaction du VEGF avec ses récepteurs naturels . VEGF stimule angiogenèse et vasodilatation
- Cytokines : TNF-alpha et interleukine-1

Acte 3 : sécrétion de substances vasoconstrictrices



Acte 3 : sécrétion de substances vasoconstrictrices



Rôle de l'acide urique

- L'hyperuricémie dans la pré-éclampsie due :
 1. production excessive d'acide urique par le placenta ischémique
 2. baisse de l'excrétion rénale suite à la baisse de la filtration glomérulaire
- L'élévation de l'uricémie précède l'HTA et la protéinurie
- Les taux d'uricémie sont corrélés à un mauvais pronostic

De la physiopathologie ... à la clinique

1. HTA n'est pas la cause mais la conséquence.
2. Elle est due au placenta : physiopathologie différente de l'HTA chronique et TTT
3. Pas avant la 20^{ème} semaine d'aménorrhée
4. Atteinte de l'endothélium qui peut toucher tous les organes vitaux
5. Premiers symptômes : HTA, protéinurie et hyper uricémie.

**Définition : PAS > à 140 mmHg
ou PAD > à 90 mmHg**



Définition : PAS > à 140 mmHg ou PAD > à 90 mmHg

❖ **Hypertension
chronique** < 20^{ème}
semaine d'aménorrhée

❖ **Hypertension
gravidique** > 20^{ème} semaine
d'aménorrhée



Définition : PAS > à 140 mmHg ou PAD > à 90 mmHg

❖ Hypertension chronique

< 20^{ème} semaine
d'aménorrhée

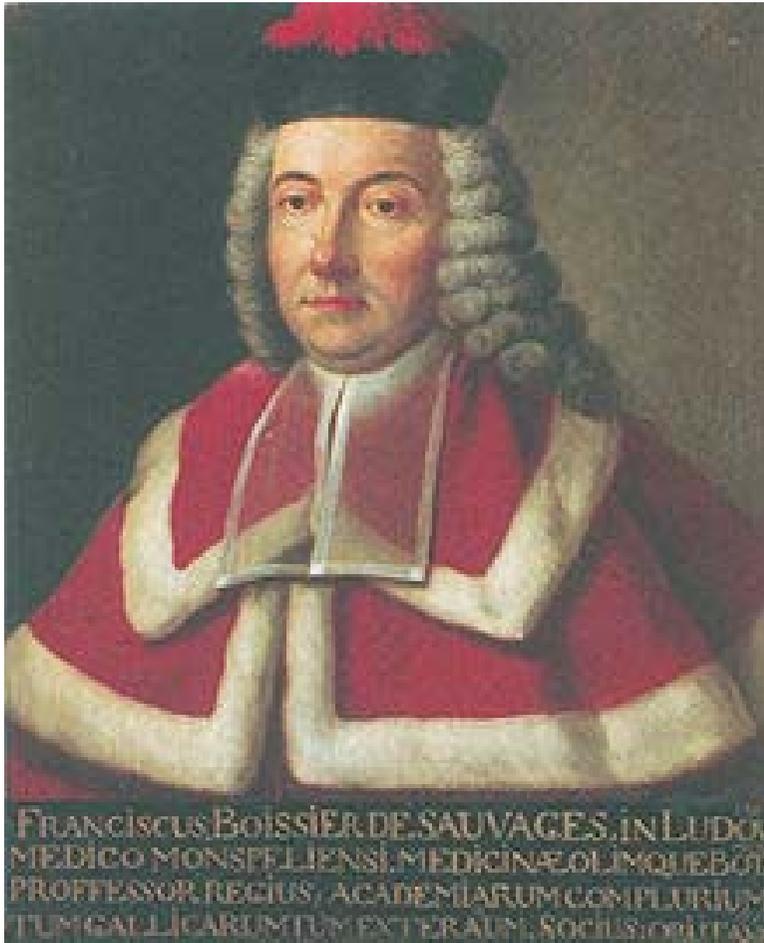
- **Pré-éclampsie** : 20 à 25% des cas.

Hypertension gravidique

> 20^{ème} semaine
d'aménorrhée

- **HTA gravidique transitoire** : pas de protéinurie
- **Pré-éclampsie** :
protéinurie > 300 mg/ 24h

Pré-éclampsie



- dérive du grec εχλαμψις, eklamopsis, « lumière éclatante, jet de lumière »
- François Boissier de la Croix de Sauvages
- l'occurrence subite des convulsions chez les patientes.

Pré-éclampsie

- Le terrain :

- Une première grossesse
- Patiente âgée
- Une origine africaine est fréquente
- HTA, obèse, diabétique
- Grossesse gémellaire

- La biologie :

- Une protéinurie > à 300 mg/24 h
- Une uricémie augmentée

HTA légère à modérée protéinurie négative

Recommandations ESC 2011

Une PAS > 170 mmhg ou une PAD > 110 mmhg **IC** chez une femme enceinte est une urgence, et l'hospitalisation est recommandée

HTA légère à modérée protéinurie négative

- **Etape 1 :**
 - **MAPA**

Mesure ambulatoire PA : valeurs limites hautes		
	PAS	PAD
1er TRIMESTRE (mm Hg)	127	82
2e TRIMESTRE (mm Hg)	127	83
3e TRIMESTRE (mm Hg)	131	88

- **ou auto-mesure**

	PAS/PAD (mm Hg)
1 ^{er} trimestre	118/73
2 ^e trimestre	117/73
3 ^e trimestre	121/80

- **Etape 2 : bilan étiologique**

- HTA méconnue < 20^{ème} semaine d'aménorrhée
- Un échodoppler des artères rénales, la mesure du rapport aldostérone/rénine et dosage des métanéphrines

- **Etape 3 : mesures hygiéno-diététiques**

- Repos en DLG et surveillance en externe
- Pas de régime sans sel (aggrave hypovolémie et réduit la perfusion uteroplacentaire)
- Alerter sur les signes de gravité

- **Etape 4 : discuter le traitement médical**

Traitement anti-HTA vs aucun

28 essais, 3200 patientes

Suivi	Nb études	Nb patients	RR (95 % IC)
HTA sévère	19	2409	0,50 [0,41-0,61]*
Effets Ilres maternels	11	934	1,53 [1,10-2,12]*
Prééclampsie	22	2702	0,97 [0,83-1,13]
Éclampsie	5	578	0,34 [0,01-8,15]
HELLP	1	197	2,02 [0,38-10,78]
Mortalité foetale/NN	26	3081	0,73 [0,50-1,08]
Prématurité	14	1992	1,02 [0,89-1,16]
Hypotrophie	19	2437	1,04 [0,84-1,27]

D'après Abalos et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(1):CD002252.

- **Etape 4 : discuter le traitement médical**

1. **Quand l'instaurer ?**
2. **Quel traitement ?**

Quand instaurer le traitement médical?

Recommandations ESC 2011

L'abstention de traitement pharmacologique pour les femmes enceintes à PAS de 140-150 mmHg et PAD de 90-99 mmHg est recommandée sauf en cas de retentissement ou symptômes organiques infra-cliniques où le traitement médicamenteux est recommandé à partir d'une PA de 140/90 mmHg	IC
la mise en route d'un traitement médicamenteux est recommandée si la PAS > à 150 mmHg ou la PAD > à 99 mmHg	IC
Une PAS > 170 mmHg ou une PAD > 110 mmHg chez une femme enceinte est une urgence, et l'hospitalisation est recommandée	IC

Quel traitement médical (I)?

- **Les IEC et ARA II** : contre-indiqués
- **Les diurétiques** : diminuent le volume sanguin circulant
 - **Diurétiques thiazidiques** : risque de thrombopénie néonatale, d'anémie hémolytique, d'hypoglycémie et d'ictère
 - **Epargneurs de potassium** : atteintes rénales et hermaphrodisme chez les foetus mâles

Quel traitement médical (II) ?

- **Les antagonistes du calcium** sont autorisés :
la nicardipine (Loxen[®]) +++
- **La méthildopa** appréciée des obstétriciens
car effet doux et progressif sur la PA
- **Les bêtabloquants** :
 1. Labétalol (Trandate[®])
 2. Oxprénolol (Trasicor[®])
 3. Pindolol (Visken[®]), propranolol (Avlocardyl[®])

Stratégie thérapeutique

- Traitement doux et progressif en débutant en monothérapie
 1. **Méthyldopa** est proposée pour son effet doux et progressif, en débutant par 250 mg, 2 à 3 /jours et jusqu'à 3 gr/jour
 2. **Nicardipine** en débutant par 3 x 20 mg
 3. **Labétalol** : 200 mg 2 fois/jour (max 800 mg/jour)

Prévention de la pré-éclampsie

- Premières études (M.Beaufils 1985) très prometteuses, mais petits effectifs, patientes à très haut risque.... Les études suivantes (CLASP 1994) étaient peu probantes, mais femmes à faible risque
- Efficacité prouvée mais limitée (réduit de 10 à 15% le risque (NPAT : 89 patients)

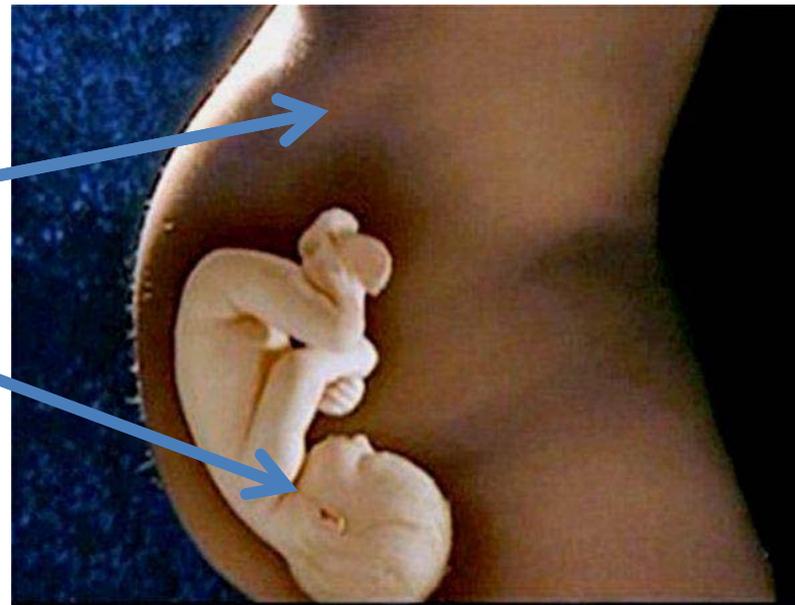
Prévention de la pré-éclampsie

Aspirine

- A qui la proposer ? antécédents importants (antécédent de pré-éclampsie sévère et précoce, de retard de croissance intra-utérin). Les facteurs de risque de pré-éclampsie: âge élevé, race noire, HTA chronique, obésité, grossesse gémellaire
- Quelle dose ? Au moins 100 à 150 mg /24 h
- Quand faut-il la débiter ? Au mieux vers 8 à 9 semaines
- Quand faut-il l'arrêter ? Au-delà de 35 semaines est sans utilité.

HTA avec protéinurie ≥ 300 mg/24h

Pré-éclampsie



Complications fœtales de la pré-éclampsie

- **Hypotrophie fœtale**
 - **Echographique** : diamètres céphalique et abdominal et longueur fémorale.
 - **Doppler** ombilical ou des artères utérines : disparition totale du flux diastolique (indice de Pourcelot)
 - **Enregistrement du rythme cardiaque fœtal** est l'examen clef pour décider de l'extraction du fœtus +++
- **La mort fœtale in utero**
- **La prématurité**

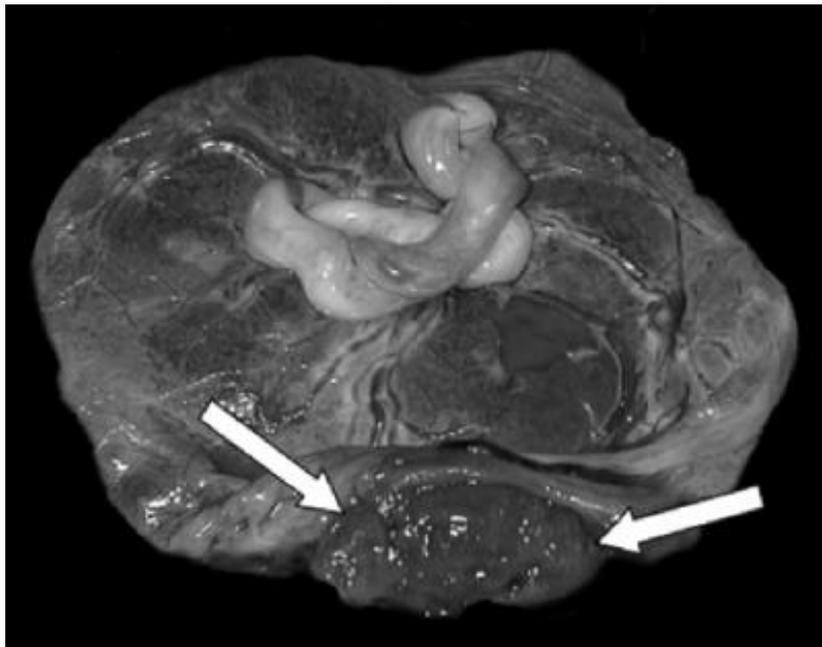
Complications maternelles de la pré-éclampsie

1. **Encéphalopathie hypertensive** : Œdème cérébral, hémorragie intracrânienne
2. **Insuffisance rénale aiguë**
3. **OAP**
4. **Eclampsie**
5. **Décollement prématuré du placenta normalement inséré (DPPNI)**
6. **HELLP syndrome**

Eclampsie

- A l'approche de l'accouchement : 50% des cas < 37^{ème} semaine d'aménorrhée et dans 30% des cas en post partum
- Souvent **prodromes** :
 - céphalées en casque
 - troubles visuels ou auditifs
 - douleurs abdominales intenses, nausées, vomissements
 - ROT vifs
- Mortalité foétale élevée

Décollement prématuré du placenta normalement inséré



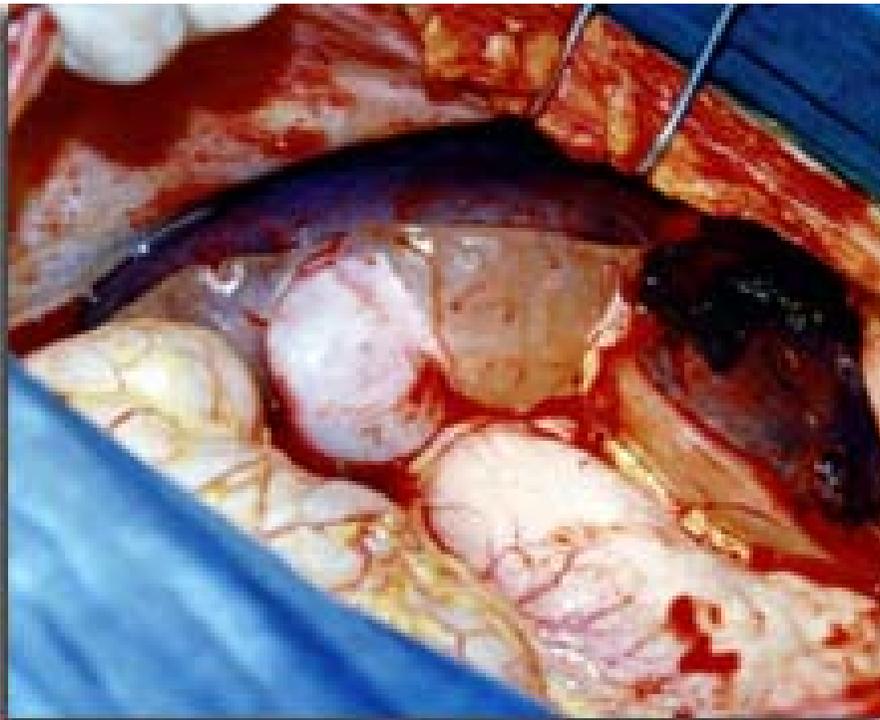
- Risque décès maternel
 - CIVD (thromboplastines)
 - Choc hypovolémique
- Souffrance foétale aigüe

HELLP (H=hemolysis, EL=elevated liver enzymes, LP=low platelets)

- **Anémie hémolytique** : LDH > à 600 UI/l, bilirubine > à 16 mmol/l, schizocytes et chute de l'haptoglobine
- **Cytolyse hépatique**: ASAT > à 70 UI/l
- **Thrombopénie** < 100.000/ml

Complication HELLP :

Hématome sous capsulaire du foie
avec risque de rupture du foie



Signes de gravité maternelle

PE avec au moins l'un des critères suivants:

- **PAS** > à 160 mmHg ou **PAD** > à 110 mmHg
- Atteinte rénale avec: oligurie (< 500ml / 24h) ou créat > 135 umol/ L, protéinurie > 3 g/24h
- OAP ou barre épigastrique persistante ou HELLP syndrome
- Eclampsie ou troubles neurologiques rebelles (troubles visuels, ROT polycinétiques, céphalées)
- Thrombopénie < 100 G.L
- HRP ou retentissement foetal

Traitement pré-éclampsie sévère

1-Traitement de l'hypertension

But: PA comprise entre 140/90 et 160/105

Nicardipine	Bolus : 0,5 à 1 mg puis une dose d'entretien de 2 à 4 mg/h (I.V)
Labétalol	bolus : 1 mg/kg en IV lent, puis dose d'entretien de 0,1 mg/kg/h
Clonidine	entretien 0,06 à 0,3 mg/h (I.M)
Dyhidralazine	bolus : 6,5 mg puis une dose d'entretien de 2 à 4 mg/h.

Traitement pré-éclampsie sévère

2 - Traitement des convulsions : indiqué si signes fonctionnels de pré-éclampsie

- Sulfate de magnésium ($MgSO_4$) : 4 gr en I.V lente sur 20 minutes, suivi d'une dose d'entretien de 2 gr/h (I.V)
- Surveillance des réflexes, diurèse
- Si surdosage (rare): arrêt et utiliser un antidote : le gluconate de calcium à 1 gr

Accouchement

- **Voie basse** si possible c'est-à-dire présentation céphalique et déclenchement spontané du travail
- **Césarienne en urgence** si éclampsie ou un hématome rétro placentaire

Allaitement

- Pas de traitement sauf PA \geq 160/100 mmHg.
- Autorisés : **bêtabloquants** et **méthyldopa**
- Les **inhibiteurs calciques** sont déconseillés car constipation chez le nouveau-né.
- Les IEC et sartans sont contre-indiqués
- Les diurétiques : diminution de la sécrétion lactée et de leurs effets sur la kaliémie.

Après l'accouchement

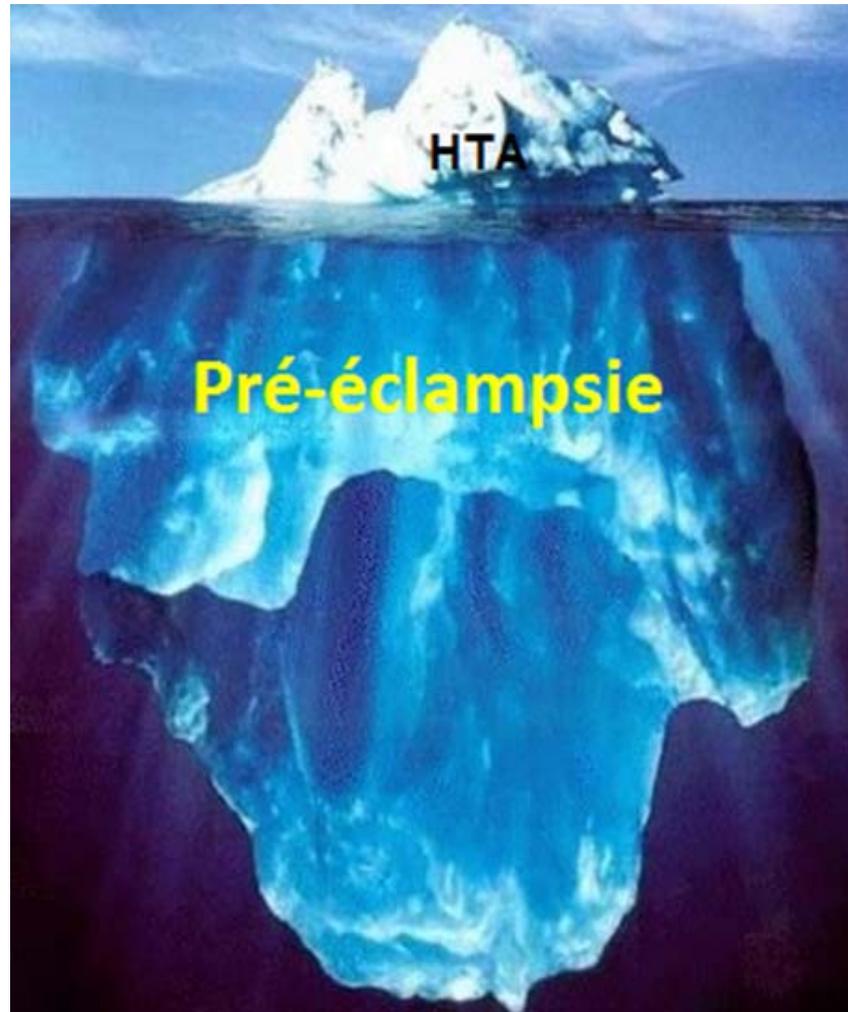
- La PA se normalise avant la 6^{ème} semaine (MAPA à distance pour s'assurer de la normalisation des chiffres)
- La contraception se fait par les micro progestatifs

Pronostic après une prééclampsie ?

- RR de récurrence de PE en cas de PE antérieure : 7,19 (5,85-8,83) méta-analyse de Buckitt (BMJ 2005; 330:565): 24620 patientes
- Augmentation du risque de mortalité CV :
 - Une femme sur quatre va développer une vraie hypertension
 - Insulinorésistance, dyslipidémie et HTA sont des facteurs de risque commune à l'athérome et à la prééclampsie
 - surveillance et prévention au long cours

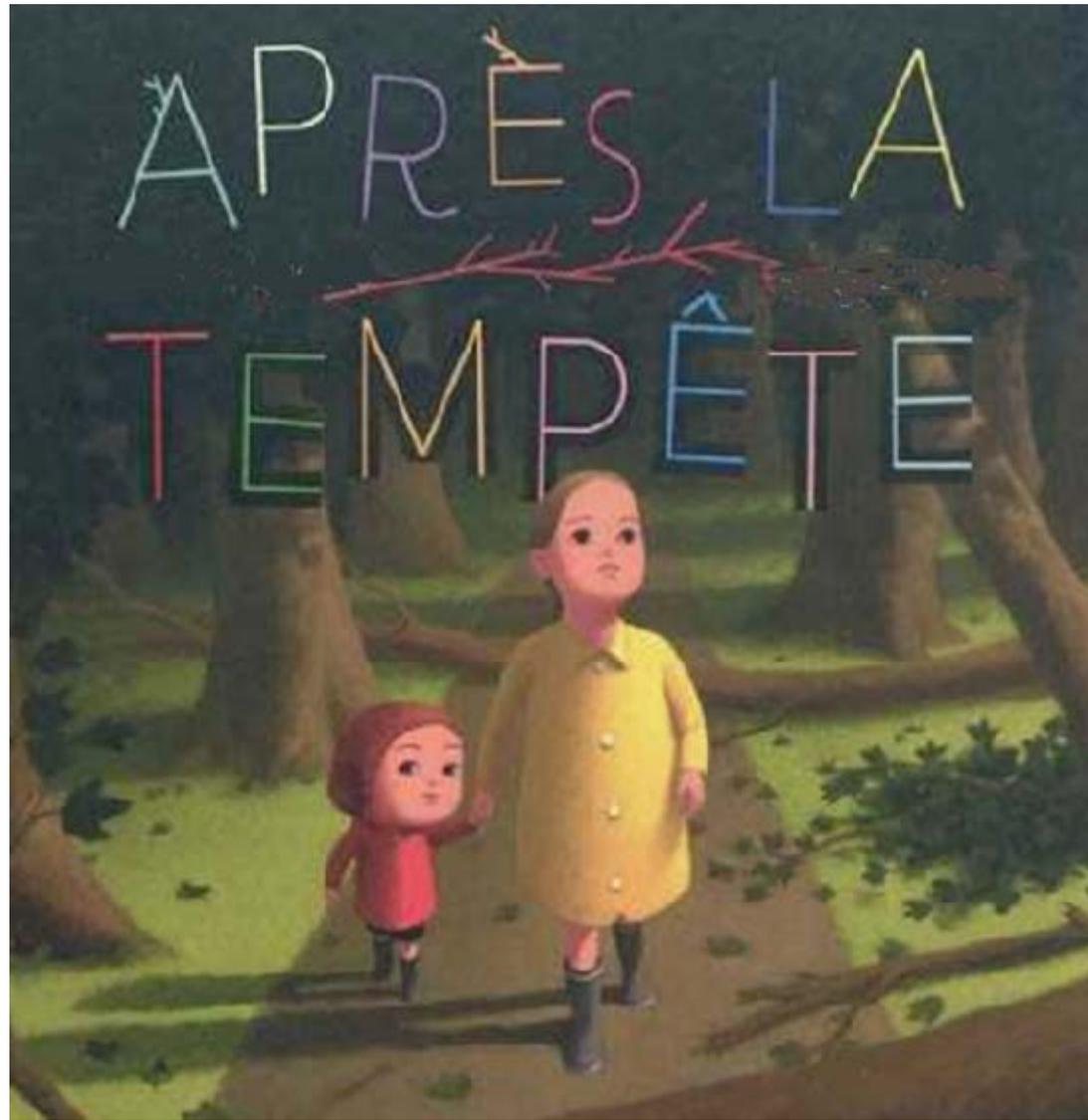
Conclusion

« Avant la Tempête »



« La Tempête »





Merci beaucoup de votre attention!

