

## ITEM 339 : HTA GRAVIDIQUE (HTAg) et PRÉ-ÉCLAMPSIE (PE)

|   |  |   |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>HTA gravidique</b> = tableau d'HTA survenant &gt; <b>20 SA</b>, typiquement au 3<sup>e</sup> trimestre, chez une femme enceinte sans antécédent vasculo-rénal, avec guérison en post-partum (exclusivement gravidique)</li> <li>- <b>HTA chronique</b> = préexistante à la grossesse (possiblement méconnue), souvent améliorée en début de grossesse (permettant l'arrêt des antihypertenseurs), avec réapparition en fin de grossesse<br/>→ A évoquer devant une HTA &lt; 20 SA ou une HTA persistante &gt; <b>6 semaines</b> du post-partum</li> <li>- <b>HTA chronique</b> avec <b>prééclampsie surajoutée</b></li> <li>- <b>HTA gravidique labile</b> ou <b>transitoire</b> : apparaît uniquement lors des grossesses</li> </ul> |  |   |
| Physiopathologie  | <p>= <b>Trouble précoce de la placentation</b> : anomalie de colonisation des artères spiralées utérines par les cellules trophoblastiques → artères spiralées étroites et sensible aux vasopresseurs → inadaptation de la perfusion placentaire → baisse du débit utéro-placentaire → <b>ischémie placentaire</b><br/>Seul traitement étiologique = <b>délivrance placentaire</b></p>   |   |
|   | Retentissement fœtal   | <p>Altération de la circulation fœtale</p> <p>= Détectable précocement en écho-Doppler :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ↗ Résistance vasculaire de l'<b>artère utérine</b> et <b>ombilicale</b> : ↘ de la pression en diastole, jusqu'à négativation (<i>notch = incisure protodiastolique</i>)</li> <li>- ↘ Résistance vasculaire de l'<b>artère cérébrale</b> (vasodilatation), jusqu'à <b>inversion des rapports cérébraux/placentaires</b></li> </ul>   |
|   |  | <p>Souffrance fœtale hypoxique chronique</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>RCIU disharmonieux</b> (abdominal en 1<sup>er</sup>)</li> <li>- <b>Oligoamnios</b></li> </ul>  |
|   | Retentissement maternel  | <p>= Libération de <b>substances cytotoxiques</b> par le placenta → <b>altération des endothéliums HTA</b> par ↗ des résistances vasculaires périphériques (pour préserver le débit utéro-placentaire)<br/><b>Microangiopathie thrombotique (MAT)</b> par altération endothéliale :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atteintes rénales : <b>lésions endothéliales glomérulaires</b> → <b>protéinurie</b></li> <li>- Atteinte hépatique : <b>micro-thromboses capillaires péri-lobulaires</b> → <b>HELLP syndrome</b></li> <li>- Atteinte cérébrale : <b>dépôts de fibrine, œdème, ischémie/hémorragie, hyperexcitabilité neuronale</b></li> </ul> <p><b>Troubles de la coagulation (CIVD, thrombopénie)</b> souvent associé</p> |
| FdR   | <p><u>Facteurs de risque de PE :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Génétiques : atcd familiaux au 1<sup>er</sup> degré de PE, ethnies : peau noire</li> <li>- Immunologiques par temps d'exposition au sperme court : nulli-primiparité, changement de partenaire, insémination de donneur</li> <li>- Environnementaux : altitude (hypoxie), stress, travail</li> <li>- Physiologiques : âge &lt; 20 ans et &gt; 35 ans (collège de gynéco) (&lt; 17 et &gt; 40 ans selon collège de néphro)</li> <li>- Associés à la grossesse : atcd perso PE et HTAg, grossesse multiple, môle hydatiforme</li> <li>- Maternels : obésité, insulino-résistance, diabète, HTA chronique, néphropathie chronique, thrombophilie acquise (SAPL)</li> </ul>  |   |
| Suivi post-partum   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Surveillance en suites de couche : complication encore possible (poussée hypertensive, pré-éclampsie, éclampsie)</li> <li>- <b>Arrêt progressif des traitements antihypertenseurs</b></li> <li>- <b>Contraception</b> : éviter les oestroprogestatifs, préférer les microprogestatifs et progestatifs</li> <li>- <b>Contre-indication absolue à la bromocriptine</b> (Bromokin®) pour inhiber la lactation</li> <li>- <b>Bilan vasculo-rénal à 3 mois</b> (PA, créatininémie, protéinurie/24h) à la recherche d'une pathologie sous-jacente : HTA chronique révélée par la grossesse, néphropathie</li> </ul> <p>→ La pré-éclampsie ne justifie plus la recherche de pathologies auto-immunes (SAPL) ou thrombophilie congénitale (recherche Ac anti-phospholipides si prééclampsie sévère et/ou précoce)</p> |   |
| Prévention  | Récidive   | <p>- <b>Risque de récurrence 20 à 25 %</b> : surtout en cas de néphropathie, thrombophilie ou pathologie prothrombotique</p>  |
|   | Prévention   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prise en charge des FdR : arrêt du tabac et d'une toxicomanie, obésité, dyslipidémie</li> <li>- Surveillance rapprochée par Doppler des artères utérines</li> <li>- <b>Aspirine 75 à 160mg/j</b> débuté <b>avant 20 SA</b> et poursuivi jusqu'à <b>35 SA</b> : en cas de RCIU sévère ou de prééclampsie précoce et/ou sévère</li> </ul>  |

## HTA GRAVIDIQUE

= PAS  $\geq$  140 et/ou PAD  $\geq$  90 à 2 reprises isolée, sans protéinurie, chez une femme enceinte > 20 SA

- Concerne 5-10% des grossesses, généralement au 3<sup>ème</sup> trimestre → 10% vont se compliquer de pré-éclampsie

|            |                   |   |
|------------|-------------------|---|
| Diagnostic | C                 | <p>= <b>Dépistage systématique par prise mensuelle de la PA</b> (au repos, aux 2 bras, en décubitus latéral gauche ou position semi-assise, à distance de l'examen gynécologique, vérifiée à 4h d'intervalle)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PAS <math>\geq</math> 140 mmHg et/ou PAD <math>\geq</math> 90 mmHg à 2 reprises</li> <li>- Absence de signe clinique de gravité : céphalées, troubles visuels (phosphène), acouphène, barre épigastrique, HTA &gt; 160/110, réflexes ostéo-tendineux vifs, diffusés et polycinétiques, protéinurie à la BU</li> <li>- Si HTA légère à modérée (TAs 140-159 et TAd 90-109 mmHg) dépistée en consultation</li> <li>→ confirmer par automesure selon « la règle des 3 » ou moyenne diurne de la MAPA sur 24 heures</li> <li>Pathologique : PAS <math>\geq</math> 135 mm Hg ou une PAD <math>\geq</math> 85 mm Hg, en dehors du cabinet médical</li> </ul>   |
|            | PC                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Protéinurie/24h</b> (seul examen indispensable) (+/- ratio protéinurie/créatininurie)</li> <li>- <b>Bilan biologique de sévérité</b> seulement en cas de signes de gravité : <b>ionogramme sanguin <math>\pm</math> urinaire, créatininémie, NFS, haptoglobine, LDH, schizocytes, transaminases, TP/TCA, fibrinogène, D-dimères, PDF</b></li> <li>- <b>FO</b> en cas d'HTA sévère ou de troubles visuels</li> <li>- Pas de dosage systématique de la fibronectine plasmatique</li> <li>- <b>Echographie obstétricale</b> : biométrie et vitalité normales, liquide amniotique normal, doppler ombilical normal</li> </ul>   |
| TTT        |                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Repos non strict à domicile et arrêt de travail</b></li> <li>- <b>Surveillance renforcée</b> : - <b>Consultation</b> tous les 10 jours <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bilan biologique régulier</li> <li>- <b>Echographie mensuelle</b> avec Doppler utérin (à 22 SA, puis à contrôler si pathologique)</li> </ul> </li> <li>- Au terme (41 SA) : discuter un <b>déclenchement artificiel</b> du travail selon les conditions obstétricales</li> </ul>  |
|            | Anti-hypertenseur | <p>= Intérêt limité (influence peu le pronostic) : objectif = éviter les à-coups hypertensifs et limiter les complications maternelles de l'HTA sévère (ne permet pas d'éviter la souffrance fœtale)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Indication limitée : - PAS &gt; <b>160 mmHg</b> et/ou PAD &gt; <b>110 mmHg</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A discuter si facteurs de risques ou antécédents cardio-vasculaires</li> </ul> </li> <li>- Objectifs tensionnels : - PAS &lt; <b>160 mmHg</b> (SF HTA 2015) - PAD = <b>85 – 100 mmHg</b></li> <li>- Mesures associées : repos, décubitus latéral gauche, régime normosodé</li> <li>- En 1<sup>ère</sup> intention (SF HTA 2015) : antihypertenseur central (alphaméthyl dopa), <math>\alpha</math>-<math>\beta</math>-bloquant (labétalol), inhibiteur calcique (nicardipine, nifédipine)</li> <li>- Contre-indiqués : <b>régime sans sel et diurétiques</b> (hypovolémie), <b>IEC/ARA2</b> (foetotoxique)</li> <li>- A éviter : <b><math>\beta</math>-bloquant</b> (risque de RCIU, hypoglycémie, bradycardie et hypotension néonatale)</li> <li>→ Un traitement excessif (hypotension maternelle) peut aggraver un RCIU/une hypoxie fœtale en réduisant la perfusion placentaire</li> </ul> |

## PRE-ECLAMPSIE

= **Toxémie gravidique** = HTA gravidique + protéinurie (protU)  $\geq 0,3$  g/24h (précoce si  $< 32$  SA)  
**2<sup>e</sup> cause de mortalité maternelle d'origine obstétricale**

|              |   |   |
|--------------|---|---|
| Diagnostic   | C   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- A suspecter devant :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- HTA chronique + apparition protU après 20 SA</li> <li>- Aggravation protU existante</li> <li>- Détérioration chiffres TA</li> <li>- Apparition thrombopénie et/ou cytolysé hépatique</li> <li>- RCIU d'allure vasculaire</li> <li>- Toute crise convulsive chez une femme enceinte</li> </ul> </li> <li>Diagnostic :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Prise de tension</b> à 2 reprises</li> <li>- <b>BU</b> : protéinurie <math>\geq 2</math> croix (++) = 1g/L → confirmer par un ratio protéinurie/créatininurie (<math>\geq 30</math> mg/mmol) et <b>protéinurie/24h</b> <math>&gt; 3</math> g/24h (= diagnostic de certitude)<br/> <i>(Selon SF HTA 2015, faire un ratio ou protU/24h à partir d'1 croix (+ = 0,3 g/L) à la BU)</i></li> </ul> </li> <li>Bilan retentissement maternel :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Constantes</li> <li>- Bilan entrée/sortie (diurèse)</li> <li>- Œdèmes : face, membres supérieurs et inférieurs, prise de poids, ascite</li> <li>- Signes fonctionnels (SF) neurosensoriels : céphalées, acouphènes, phosphènes</li> <li>- Douleurs épigastriques, nausées, vomissements</li> <li>- ROT vifs et polycytiques</li> </ul> </li> </ul> |
|              | Bio   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bilan sanguin : <b>NFS, bilan de coagulation, urée, créatinémie, bilan hépatique, uricémie, recherche de schizocytes et dosage de l'haptoglobine, groupage sanguin, RAI</b></li> <li>- Bilan urinaire : <b>protéinurie sur échantillon puis des 24h, ECBU</b> (éliminer une infection urinaire à l'origine d'une protéinurie)<br/>               → Le dosage de la fibronectine plasmatique est inutile (facteur prédictif)</li> </ul>   |
|              | PC  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Hospitalisation systématique en cas de découverte de PE ++</b></li> <li>- Bilan fœtal : <b>Mouvements actifs fœtaux, HU, électro-cardio-tocographie externe</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Echo obstétricale</b> : biométrie (RCIU), morphologie, vitalité, liquide amniotique, Doppler utérin</li> </ul> </li> <li>- <b>Consultation pré-anesthésique</b></li> <li>- <b>Échographie hépatique</b> en cas de HELLP sd ou de barre épigastrique</li> <li>- <b>Imagerie cérébrale</b> en cas de crise convulsive pour éliminer un diagnostic différentiel et rechercher des complications</li> </ul>   |
| Gravité      |   | <p>= Prééclampsie sévère si <math>\geq 1</math> critère : transfert immédiat dans un service spécialisé</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>HTA sévère PAS <math>&gt; 160</math> et/ou PAD <math>&gt; 110</math> mmHg</b> (à 2 reprises à 6h d'intervalle)</li> <li>- <b>Céphalée persistantes ou troubles visuels</b></li> <li>- <b>OAP</b></li> <li>- <b>Éclampsie</b></li> <li>- <b>Douleur épigastrique en barre horizontale ou douleur de l'hypochondre droit</b></li> <li>- Atteinte rénale : <b>oligurie <math>&lt; 500</math> mL/24h, <math>\nearrow</math> créatininémie (<math>&gt; 135</math> <math>\mu</math>mol/L selon SFHTA 2015), protéinurie <math>&gt; 5</math> g/24h</b> (selon le collège 2019)</li> <li>- HELLP : <b>thrombopénie <math>&lt; 100</math> G/L, ASAT <math>&gt; 2N</math></b>, schizocytes, LDH <math>&gt; 600</math> UI, bilirubine totale <math>&gt; 12</math> <math>\mu</math>mol/L</li> <li>- Retentissement fœtal : <b>RCIU sévère, oligoamnios</b></li> </ul>   |
|              | Gravité justifiant une extraction immédiate | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>HTA instable sévère <math>&gt; 160/110</math> non contrôlable</b> par un traitement médical associant 2 anti-HTA</li> <li>- Complication : <b>HRP, hématome sous-capsulaire hépatique, éclampsie, OAP, céphalées ou troubles visuels</b></li> <li>- Perturbation biologique sévère : <b>CIVD, HELLP sd</b></li> <li>- <b>Altération du rythme cardiaque fœtal, RCIU important, arrêt de croissance oligoamnios sévère</b></li> <li>- <b>Altération Doppler sévère prolongée ou évolutive : diastole ombilicale artérielle inversée <math>&gt; 32</math> SA</b></li> </ul>   |
| Complication | Eclampsie                                   | <p>= Accident aigu compliquant 1 à 3 % des prééclampsies → pronostic vital maternel et fœtal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Crise convulsive généralisée tonico-clonique brutale</b>, suivi d'un <b>état comateux</b></li> <li>- Prodrome : aggravation de l'HTA, de la protéinurie, des œdèmes, céphalées intenses « en casque », somnolence, phosphène/acouphène, douleur épigastrique, ROT vifs, diffus, polycytiques</li> </ul>  |

|                             |                                   |        |   |
|-----------------------------|-----------------------------------|--------|---|
|                             |                                   | Risque | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Risque maternel : <b>état de mal convulsif, complications cérébrales (hémorragie, œdème, infarctus et nécrose), asphyxie, œdème pulmonaire, décollement de rétine</b></li> <li>- Risque fœtal : <b>souffrance fœtale anoxique aiguë, voire mort fœtale in utéro</b></li> </ul>   |
|                             |                                   | TTT    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prise en charge réanimatoire</li> <li>- Libération des VAS et assistance respiratoire : oxygénothérapie ± intubation</li> <li>- <b>Traitement anticonvulsif IV</b> (benzodiazépine) + <b>sulfate de magnésium</b> (4 g IV)</li> <li>- <b>Extraction fœtale en urgence</b> dès la fin des crises convulsives</li> <li>- <b>IRM</b> en urgence après la césarienne : épilepsie, tumeur cérébrale, hémorragie cérébro-méningée, encéphalite herpétique, neuro-paludisme, thrombophlébite cérébrale, engagement cérébral</li> <li>- Récidive possible jusqu'à <b>48h du post-partum</b> : surveillance, sulfate de magnésium</li> </ul>  |
|                             | <b>Hématome rétro-placentaire</b> |        | = <b>Décollement prématuré du placenta normalement inséré</b> : grave et imprévisible, 3-5% des prééclampsies sévères → interruption des échanges maternofoetaux  |
|                             |                                   | C      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Douleur abdominale brutale</b> « en coup de poignard »</li> <li>- <b>Métrorragies</b> de sang noir de faible abondance</li> <li>- <b>Etat de choc</b> : <b>pâleur, hypotension, tachycardie</b></li> <li>- <b>Hypertonie utérine permanente</b> (« ventre de bois »)</li> <li>- <b>Anomalies sévères du rythme cardiaque fœtale</b>, voire <b>mort fœtale in utéro</b></li> <li>→ Echographie inutile devant un tableau typique</li> </ul>  |
|                             |                                   | Risque | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Maternelle : <b>trouble de la coagulation</b> souvent associé (<b>CIVD</b>) → surveillance de l'hémostase</li> <li>- Fœtale : <b>souffrance fœtale aiguë, mort fœtal in utéro</b></li> </ul>   |
|                             |                                   | TTT    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Extraction fœtale en urgence</b> (15 minutes) si les bruits du cœur fœtaux sont présents</li> <li>- Fœtus décédé : <b>voie basse</b> autorisée si bilan de coagulation normal, surveillance/6h</li> </ul>   |
| Complication maternelle     | <b>Syndrome HELLP</b>             |        | <ul style="list-style-type: none"> <li>= Témoin de la microangiopathie thrombotique → 4 à 10% des prééclampsies sévères</li> <li>- Peut apparaître d'emblée sans HTA (10-20% des cas) ou dans les 7 jours du post-partum (25-30%)</li> </ul>  |
|                             |                                   | Dg     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- H = <b>hémolyse</b> : <b>anémie régénérative</b> (↑ réticulocyte), <b>hémolytique</b> (↑ bilirubine totale, ↑ LDH, ↓ haptoglobine) de type <b>mécanique</b> (schizocytes au frottis)</li> <li>- EL = <b>Elevated liver enzyme</b> = <b>cytolyse hépatique</b> : ↑ transaminases (ASAT ou ALAT &gt; 70 UI)</li> <li>- LP = <b>Low platelets</b> = <b>thrombopénie</b> : plaquettes &lt; 100 G/L</li> </ul>  |
|                             |                                   | Risque | <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Mortalité maternelle (2-10%) et fœtale (10-50%) importante</li> <li>- <b>Anémie, hémorragie, CIVD</b></li> <li>- <b>Hématome sous-capsulaire du foie</b> : risque de rupture spontanée du foie → <b>choc hémorragique</b> (exceptionnel), dépisté par <b>échographie hépatique</b></li> </ul>  |
|                             |                                   | TTT    | - <b>Extraction fœtale</b> ± après <b>corticothérapie de maturation</b> < 34 SA   |
|                             | <b>CIVD</b>                       |        | <ul style="list-style-type: none"> <li>= Peut compliquer un <b>HRP</b>, une <b>crise d'éclampsie</b> et/ou un <b>HELLP syndrome</b></li> <li>- Bio : effondrement de l'activité des <b>facteurs de coagulation</b>, <b>fibrinogène</b> &lt; 1 g/L, <b>plaquettes</b> &lt; 50 G/L, <b>antithrombine</b> &lt; 70%, ↑ <b>complexes soluble</b> et <b>D-dimères</b></li> </ul>  |
|                             | Autres                            |        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>OAP</b> : conséquence de l'IRA anurique et/ou de l'HTA non contrôlée</li> <li>- <b>AVC hémorragique ou sur œdème cérébral (PRES sd), hémorragie cérébro-méningée</b></li> <li>- <b>Insuffisance rénale aiguë anurique</b> (<i>histo CEN : nécrose tubulaire aiguë et lésions glomérulaires d'endothéliose, voire dépôts sous-endothéliaux de fibrine, pas de MAT</i>) voire <b>nécrose corticale</b></li> <li>- <b>Décollement de rétine</b></li> </ul>   |
| Foetale                     | Souffrance fœtale chronique       |        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>RCIU disharmonieux</b> (baisse du périmètre abdominal en 1<sup>er</sup>), le plus souvent au 3<sup>ème</sup> trimestre</li> <li>→ Aucun parallélisme strict entre les chiffres tensionnels et la présence ou la sévérité d'un RCIU</li> <li>- <b>Oligoamnios</b> par <b>baisse de la diurèse fœtale</b></li> </ul>  |
|                             | Souffrance fœtale aiguë           |        | <ul style="list-style-type: none"> <li>= Hypoxie aiguë surajoutée en cas d'hématome rétro-placentaire ou crise d'éclampsie</li> <li>- <b>Anomalie du rythme cardiaque fœtal</b> : risque de MFIU</li> <li>- <b>Mort fœtale in utéro</b> : <b>2 à 5%</b> des prééclampsies (après une évolution longue ou une complication aiguë)</li> <li>- <b>Prématurité induite</b> : parfois extrême, avec morbidité associée</li> </ul>  |
| TTT de la souffrance fœtale | Traitement symptomatique          |        | <ul style="list-style-type: none"> <li>→ <b>Transfert materno-fœtal</b> pour <b>hospitalisation</b> en <b>maternité de niveau adapté</b> au terme et/ou au poids à proximité d'un service de réanimation adulte</li> <li>- Mise en conditions : <b>repos non strict au lit, VVP (seulement si passage au bloc en urgence)</b></li> <li>- <b>Corticothérapie prénatale</b> systématique si &lt; <b>34 SA</b> (Célestène® 2 x 12 mg en IM à 24h d'intervalle)</li> <li>- <b>Sulfate de magnésium</b> dans les heures précédant la naissance si &lt; <b>32 SA</b> (si naissance imminente)</li> <li>- Expansion volémique systématique non recommandée (risque d'OAP)</li> </ul> |

|  |                             |   |
|--|-----------------------------|---|
|  | <b>Anti-hypertenseur</b>    | = <b>Nicardipine</b> (contre-indiqué si grossesse gémellaire), <b>labétalol</b> ou <b>clonidine</b> IVSE, bithérapie si besoin<br>- Indication : <b>HTA sévère &gt; 160/110</b><br>- Objectif : TAS 140-160 mmHg ; TAD 90-105 mmHg ; PAM 105-120 mmHg   |
|  | <b>Sulfate de magnésium</b> | = <b>MgSO<sub>4</sub> par voie IV</b> en prévention de l'éclampsie : <b>4g IV sur 20 minutes</b> puis <b>1g/h sur 12 à 24h</b><br>- Indication : signes neurologiques = céphalées rebelles, ROT polycinétiques, troubles visuels<br>- Contre-indication : insuffisance rénale, maladie neuromusculaire<br>- Surveillance 1/h : <b>FR, diurèse, ROT</b> → antagonisé par <b>gluconate de calcium</b> si FR < 12, ROT abolis, conscience altérée, hypotension, oligurie<br>- Si signe de surdosage => dosage magnésémie : <b>dose toxique &gt; 5 mmol/L</b> |
|  | <b>Naissance</b>            | = Seul traitement étiologique = choix selon le terme et la sévérité du tableau maternel : <b>extraction fœtale par césarienne</b> (le plus souvent) ou <b>déclenchement du travail</b> (forme modéré ou mort fœtale)<br>- Prééclampsie sévère < 24 SA : discuter une <b>interruption thérapeutique de grossesse</b>   |

|  |                     |   |  |
|--|---------------------|---|--|
|  |                     | < 34 SA   | - <b>PEC conservatrice</b> en l'absence de complications, avec surveillance au moins pendant 48h (le temps de la corticothérapie prénatale et du transfert materno-fœtale)<br>- <b>Extraction fœtale</b> , généralement par <b>césarienne</b> , au <b>moindre signe de gravité</b> |
|  |                     | 35-36 SA  | - <b>Surveillance</b> en cas de pré-éclampsie non sévère<br>- <b>Extraction fœtale</b> en cas de pré-éclampsie sévère  |
|  |                     | > 37 SA   | - <b>Envisager la naissance immédiate</b> par déclenchement ou césarienne  |
|  | <b>Surveillance</b> | - Clinique : <b>courbe de tension, signes fonctionnels de gravité, poids 1/j, diurèse 1/j</b><br>- Bio : <b>NFS, TP, TCA, fibrinogène, créat, uricémie, ASAT/ALAT, bilan d'hémolyse, protéinurie/24h</b><br>- Surveillance fœtale : <b>RCF, mouvements actifs fœtaux, échographie 1 à 2 fois/semaine</b><br>- Poursuite de surveillance et du traitement <b>1 semaine</b> après accouchement : aggravation possible dans les 7 jours suivant l'accouchement, risque augmenté d'hémorragie post-partum et de HELLP<br>- <b>Consultation</b> à 3 mois : vérifier la disparition de l'HTA et de la protéinurie, bilan vasculo-rénal, rechercher SAPL si PE sévère ou précoce<br>- Envoi placenta en anapath ++<br>- Risque de récurrence de 10 à 25% lors d'une prochaine grossesse, visite préconceptionnel à prévoir, aspirine 75-160 mg à mettre en place avant 20 SA et jusqu'à 35 SA ( <i>avant 12 SA selon collège de néphro</i> ), anticoagulant en cas de thrombophilie associée |  |

|            | < 24 SA        | 24-34 SA    | 34-36 SA     | > 37 SA      |
|------------|----------------|-------------|--------------|--------------|
| PE sévère  | IMG à discuter | expectative | accouchement | accouchement |
| PE modérée | expectative    | expectative | expectative  | accouchement |

### AUTRES INSUFFISANCES RENALES AIGÜES SPECIFIQUES DE LA GROSSESSE (COLLEGE DE NEPHROLOGIE)

- IRA fonctionnelle : déshydratation extracellulaire (en cas de vomissements abondants)
- IRA organique compliquant :
  - . Hémorragie de la délivrance => nécrose tubulaire aiguë (NTA) liée à état de choc voire nécrose corticale
  - . Stéatose aiguë gravidique => NTA liée à accumulation intra-tubulaire de lipides
  - . Embolie amniotique => NTA
  - . Avortement en conditions septiques (rarissime) => choc septique à clostridium perfringens
  - . MAT dans le post-partum (ou les jours/semaines précédant le terme)