



# Pré-éclampsie

La pré-éclampsie, également appelée « toxémie gravidique », est une complication de la grossesse caractérisée par une pression artérielle élevée et une augmentation du taux de protéines dans les urines. Elle touche près de deux femmes enceintes sur 100. La pré-éclampsie survient généralement au-delà de 20 semaines d'aménorrhée. L'une des principales caractéristiques de la pré-éclampsie est la diminution du flux sanguin de la mère vers le placenta, entraînant un apport insuffisant en oxygène et en nutriments au bébé. La maladie peut avoir des conséquences sévères à court et à long terme pour la mère comme pour son bébé.

## Causes et facteurs de risque de la pré-éclampsie<sup>1</sup>

### Historique de la grossesse

- Première grossesse
- Grossesse multiple
- Reproduction assistée (fécondation in vitro, don d'ovocytes)
- Antécédents familiaux ou personnels de pré-éclampsie (ou de retard de croissance intra-utérin, hématome rétro-placentaire)

- Obésité (indice de masse corporelle  $\geq 30$ )
- Maladies chroniques (par ex. hypertension artérielle, maladie rénale ou diabète)
- Maladies auto-immunes (par ex. syndrome des anti-phospholipides, lupus érythémateux disséminé)

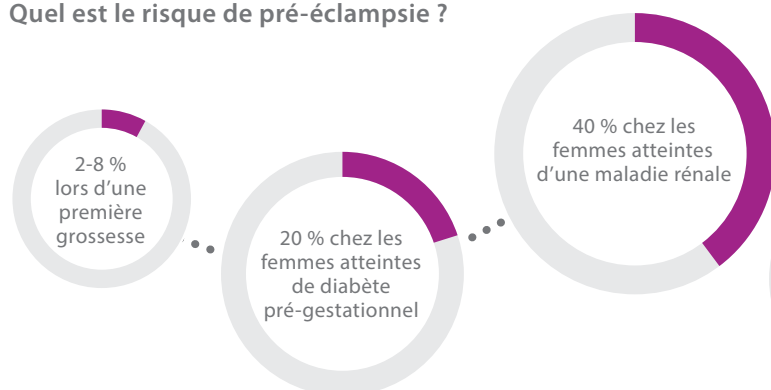
### Contexte médical

### Facteurs démographiques

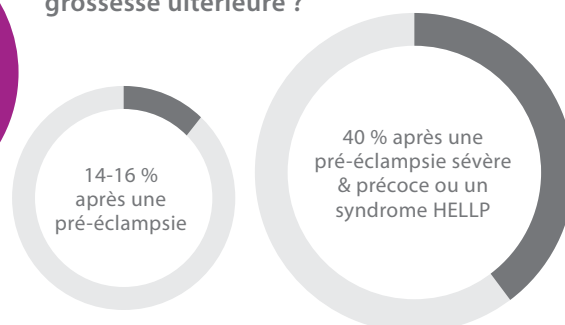
- Âge  $< 18$  ans ou  $> 40$  ans
- Origine ethnique (femmes noires)

## Quelques données<sup>1,2</sup>

Quel est le risque de pré-éclampsie ?



Quel est le risque de développer à nouveau une pré-éclampsie lors d'une grossesse ultérieure ?



## Symptômes de la pré-éclampsie

Les premiers symptômes de la pré-éclampsie, comme l'hypertension artérielle et l'augmentation des protéines dans les urines, apparaissent en milieu de grossesse. La plupart des femmes enceintes présentant la maladie ne ressentent aucun symptôme au début. C'est une des raisons pour laquelle chaque femme devrait effectuer le dépistage prénatal auprès d'un professionnel de santé au cours du premier trimestre. Ce dépistage permettrait d'identifier au plus tôt le risque de pré-éclampsie afin de mettre en place une prophylaxie précoce. Les principaux symptômes de la pré-éclampsie n'étant généralement pas identifiés par les femmes enceintes, le diagnostic doit donc être posé par un professionnel de santé :<sup>2</sup>

- Une élévation soudaine de la pression artérielle  $\geq 140/90$  mmHg (une pression artérielle optimale est d'environ 120/80 mmHg).  
ET
- Plus de 300 mg de protéines dans les urines collectées sur une période de 24 heures (le taux de protéines excrétées dans les urines ne doit normalement pas excéder 150 mg par 24 heures).
- La protéinurie peut également être diagnostiquée sur un seul prélèvement urinaire lorsque le rapport protéine/créatinine urinaire  $\geq 30$  mg/mmol. Une bandelette urinaire positive à 1+ fait fortement suspecter une protéinurie et nécessite une exploration plus approfondie.

Si la maladie s'aggrave, d'autres symptômes d'alerte peuvent apparaître. Toute femme enceinte doit ainsi être informée des symptômes suivants qui nécessitent un contrôle par le professionnel de santé responsable :

- Gonflement important ou rapide des jambes et d'autres parties du corps lié à un excès de liquide piégé dans les tissus (œdème)
- Bouffissure du visage et des mains
- Maux de tête sévères
- Brûlures d'estomac sévères
- Nausées et vomissements soudains
- Douleurs en haut à droite de l'abdomen (hypocondre droit) ou de l'estomac (épigastre) et/ou douleurs à l'épaule
- Prise de poids rapide, en particulier au cours du troisième trimestre (plus de 1 kg par semaine)
- Sensations de lumières clignotantes, auras, sensibilité à la lumière, vue brouillée ou corps flottants
- Essoufflement

## Complications de la pré-éclampsie<sup>1</sup>

La pré-éclampsie est une pathologie évolutive qui se complique chez 20 % des femmes environ. Les complications comprennent :



- Décollement placentaire
- Atteinte de différents organes (reins, foie, poumons, cœur)
- Troubles de l'hémostase et hémorragie majeure
- AVC ou hémorragie cérébrale
- Convulsions (éclampsie)
- Décès
- Risque accru de maladies cardiovasculaires plus tard dans la vie



- Faible poids de naissance
- Naissance prématurée
- Décès
- Risque accru de maladies cardiovasculaires plus tard dans la vie

La pré-éclampsie doit être diagnostiquée précocement pour éviter les conséquences graves pour la mère et son bébé.

## Une complication de la pré-éclampsie : le syndrome HELLP

Le syndrome **HELLP** est considéré comme une complication de la pré-éclampsie. « HELLP » est un acronyme en langue anglaise des trois principaux symptômes de ce syndrome : **H**aemolysis (hémolyse), **E**levated **L**iver enzymes (élévation des enzymes hépatiques) et **L**ow **P**latelet count (faible taux de plaquettes). Ce syndrome peut être associé à de graves manifestations hépatiques, telles qu'un infarctus, une hémorragie sous capsulaire ou une rupture.

## Dépistage de la pré-éclampsie au cours du premier trimestre

Un dépistage précoce de la pré-éclampsie est possible entre 11 et 14 semaines d'aménorrhée, avant que les premiers symptômes cliniques n'apparaissent. En règle générale, c'est au moment de la première visite de routine chez le professionnel. Le test de dépistage prend en compte les antécédents médicaux, la valeur de la pression artérielle, l'analyse échographique du flux sanguin dans les artères utérines (Doppler utérin) et une analyse de sang pour identifier deux protéines spécifiques (PAPP-A, PIGF).<sup>3</sup> L'identification précoce des femmes à risque élevé de développer une pré-éclampsie est indispensable pour proposer des mesures préventives.

### Test de dépistage



Semaine d'aménorrhée 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40

## Prévention de la pré-éclampsie

Des études montrent que chez les femmes à risque élevé de développer une pré-éclampsie, le seul moyen de prévention validé est la prise régulière d'aspirine à faible dose, prescrite par un médecin avant 16 semaines d'aménorrhée.<sup>4</sup> Des preuves récentes indiquent que chez les femmes à haut risque, l'incidence de la pré-éclampsie avant 37 semaines peut être réduite de plus de 60 % et avant 34 semaines de 82 % en prenant 150 mg d'aspirine par jour.<sup>5</sup>

## Diagnostic de pré-éclampsie après 20 semaines d'aménorrhée

Compte tenu de la grande variété des facteurs de risque de pré-éclampsie, les professionnels de santé mesurent la pression artérielle et recherchent la présence de protéines dans les urines, chez toutes les femmes enceintes, lors de chaque consultation prénatale. Les femmes à risque ou avec une pression artérielle élevée en consultation sont habituellement invitées à pratiquer une auto-mesure de leur pression artérielle. Pour rechercher la présence de protéines dans les urines, une bandelette urinaire spécifique est utilisée. Lorsque ces éléments de surveillance sont anormaux, d'autres examens sont indiqués. Des études plus récentes montrent que la détermination du rapport de deux protéines placentaires (sFlt-1/PIGF) dans le sang maternel permettrait de prévoir la pré-éclampsie environ quatre semaines avant l'apparition de la maladie.<sup>6</sup>

Plus le diagnostic de pré-éclampsie est précoce, plus il est possible d'adresser la femme enceinte au plus tôt à des centres de soins périnataux spécialisés.

## Traitement de la pré-éclampsie

Le seul moyen de guérir la pré-éclampsie et ses conséquences est d'enlever le placenta et donc de programmer la naissance. L'accouchement est généralement prévu vers 37-38 semaines d'aménorrhée. La date et le mode d'accouchement dépendent de la sévérité de la pathologie (par exemple, atteinte de la mère et du fœtus). Dans la pré-éclampsie précoce, une prolongation de la grossesse dans le but de diminuer les conséquences de la prématurité est possible. La femme enceinte est surveillée sous traitement antihypertenseur jusqu'à la naissance du bébé. L'accouchement peut alors être déclenché ou une césarienne peut être pratiquée.

### En bref

- La pré-éclampsie est une complication grave de la grossesse qui se caractérise par une pression artérielle élevée associée à un taux élevé de protéines dans les urines en milieu de grossesse.
- La pré-éclampsie n'entraîne initialement aucun symptôme évident et la plupart des femmes enceintes qui développent la maladie ne se sentent pas malades.
- À 11-14 semaines d'aménorrhée, il est possible d'identifier les femmes à haut risque de pré-éclampsie grâce à un test de dépistage pratiqué par un spécialiste.
- Les patientes à haut risque peuvent faire l'objet d'une surveillance rapprochée et le médecin peut prescrire de l'aspirine à faible dose avant 16 semaines d'aménorrhée pour réduire le risque de développer une pré-éclampsie.
- Les femmes chez lesquelles un diagnostic de pré-éclampsie est posé feront l'objet d'une surveillance rigoureuse pour éviter les complications sévères.
- Le seul moyen de guérir la pré-éclampsie et ses conséquences est d'enlever le placenta et donc de programmer la naissance.

## À propos de l'EFCNI

La fondation européenne pour les soins des nouveau-nés (European Foundation for the Care of Newborn Infants, EFCNI) est la première organisation paneuropéenne et le premier réseau interactif à représenter les intérêts des prématurés, des nouveau-nés et de leurs familles. Elle réunit des parents, des experts de santé de différentes disciplines et des scientifiques dans le but d'améliorer la santé à long terme des prématurés et des nouveau-nés en garantissant le meilleur niveau possible de prévention, de traitement, de soins et de soutien.

Pour en savoir plus, rendez-vous sur [www.efcni.org](http://www.efcni.org)

Remerciements particuliers aux Docteurs Dietmar Schlembach et Stefan Verlohren (Allemagne), ainsi qu'au Professeur Olivier Parant (France) pour leur assistance et leurs conseils.

Les documents portant sur la « pré-éclampsie » sont réalisés en partenariat avec Thermo Fisher Scientific.

#### Bibliographie :

1. Arulkumaran N et al. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2013 Dec; 27(6): 877-84
2. German Society of Gynecology and Obstetrics. Geburtsh Frauenheilk. 2015; 75: 900-914
3. O'Gorman N et al. Ultrasound Obstet Gynecol. 2017 Jun; 49(6): 751-755
4. Bujold E et al. Obstet Gynecol. 2010 Aug; 116(2): 402-14
5. Rolnik DL et al. N Engl J Med. 2017 Aug; 377(7): 613-622
6. Zeisler H et al. N Engl J Med. 2016 Jan; 374(1):13-22

© EFCNI 07/2018. Tous droits réservés.

Le contenu du présent document est fourni à titre informatif uniquement. Il ne remplace aucunement l'avis médical d'un professionnel et ne doit pas être utilisé pour diagnostiquer ou traiter un problème de santé ou une maladie.