

COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIEUS FRANÇAIS
Président : Professeur F. Puech

EXTRAIT
des
Mises à jour
en Gynécologie
et Obstétrique

Publié le 10 décembre 2010

Nota. Le « texte long » des recommandations pour la pratique clinique incluant les communications des experts et les références bibliographiques est publié dans un numéro spécial du Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction (Vol. 39 / suppl. 2 au n°8) sous la référence : J Gynecol Obstet Biol Reprod 2010;39:S1-S342



TRENTE-QUATRIÈMES JOURNÉES NATIONALES
Paris, 8-11 décembre 2010

Traitement des formes graves de la prééclampsie

M. DREYFUS ^{1a}, G. BEUCHER ^{1a}, T. SIMONET ^{1b}
(Caen)

Résumé

Un consensus national regroupant plusieurs sociétés savantes a été publié en 2008 au congrès national de la SFAR. Il reprend l'ensemble des thématiques concernant la prééclampsie sévère, allant des définitions aux traitements en passant par les complications, les prises en charge hospitalières ou pas, et les complications à court et long termes dans le post-partum. Globalement, la prééclampsie nécessite une hospitalisation en service de soins adapté à l'état maternel et à l'état fœtal selon le terme de la grossesse.

Les traitements sont avant tout symptomatiques. Le traitement antihypertenseur n'est instauré que pour éviter les complications à types d'accidents vasculaires cérébraux, d'éclampsie ou d'hématome rétroplacentaire. Il doit respecter les chiffres tensionnels et ne doit être débuté qu'en cas de systolique > ou = à 160 mmHg et/ou de diastolique > ou = à 110 mmHg. La molécule de choix est la nicardipine, à laquelle est parfois associée le labétalol. Dans de rares situations, il est conseillé d'ajouter du sulfate de magnésium

1 - CHU Caen - Avenue de la Côte de Nacre - 14000 Caen cedex 9
a - Service de gynécologie-obstétrique et médecine de la reproduction
b - Département d'anesthésie réanimation -

en prévention de la crise d'éclampsie sans toutefois que cette attitude soit totalement consensuelle. L'association nicardipine-sulfate de magnésium n'est pas contre-indiquée. Les critères d'extraction sont soit maternels (cliniques, biologiques), soit fœtaux (RCF, biométrie, dopplers).

Mots clés : prééclampsie sévère, critères de gravité, antihypertenseurs, morbidité maternelle et fœtale, sulfate de magnésium

Déclaration publique d'intérêt

Je déclare ne pas avoir d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé, industriel ou commercial en relation avec le sujet présenté.

I. DÉFINITION ET GÉNÉRALITÉS [1]

La prééclampsie associe une hypertension artérielle gravidique définie par une protéinurie supérieure à 0,3 g/jour associée à une pression artérielle systolique (PAS) supérieure ou égale à 140 mmHg, et/ou une pression artérielle diastolique (PAD) supérieure ou égale à 90 mmHg, survenant après 20 semaines d'aménorrhée (SA) et disparaissant avant la fin de la 6^e semaine du post-partum. Une prééclampsie est dite précoce lorsqu'elle survient avant 32 SA. Les critères de prééclampsie sévère retenus par le consensus national français de 2008 sont les suivants :

- HTA sévère (PAS supérieure ou égale à 160 mmHg et/ou PAD supérieure ou égale à 110 mmHg),
- atteinte rénale avec oligurie (< 500 ml/jour) ou créatininémie > 135 µmol/l ou protéinurie supérieure à 5 g/jour,
- OAP ou barre épigastrique persistante ou HELLP syndrome,
- éclampsie ou troubles neurologiques rebelles (troubles visuels, réflexes ostéotendineux polycinétiques, céphalées),
- thrombopénie inférieure à 100 000 G/l,
- hématome rétroplacentaire,
- retentissement fœtal (retard de croissance intra-utérin ou altération du rythme cardiaque fœtal).

II. PRISE EN CHARGE INITIALE

Toute prééclampsie nécessite une hospitalisation pendant laquelle le bilan clinico-biologique associé à l'imagerie sera effectué. Le lieu de naissance dépend de l'âge gestationnel de survenue de la prééclampsie, des critères de gravité maternels et/ou fœtaux et de la nécessité d'un éventuel recours à un service de réanimation maternelle. Un transfert *in utero* peut être nécessaire pour amener la patiente vers un établissement apte à s'occuper à la fois de la mère et du nouveau-né.

Dès l'admission, un enregistrement du rythme cardiaque fœtal est effectué. La biométrie fœtale et la mesure de l'index de liquide amniotique associées à des examens vélocimétriques sont recommandées pour l'évaluation fœtale. Dès le diagnostic, une corticothérapie (béta-méthasone 12 mg à 24 heures d'intervalle) sera débutée pour favoriser la maturation pulmonaire fœtale le plus précocement possible, parfois avant le transfert *in utero*.

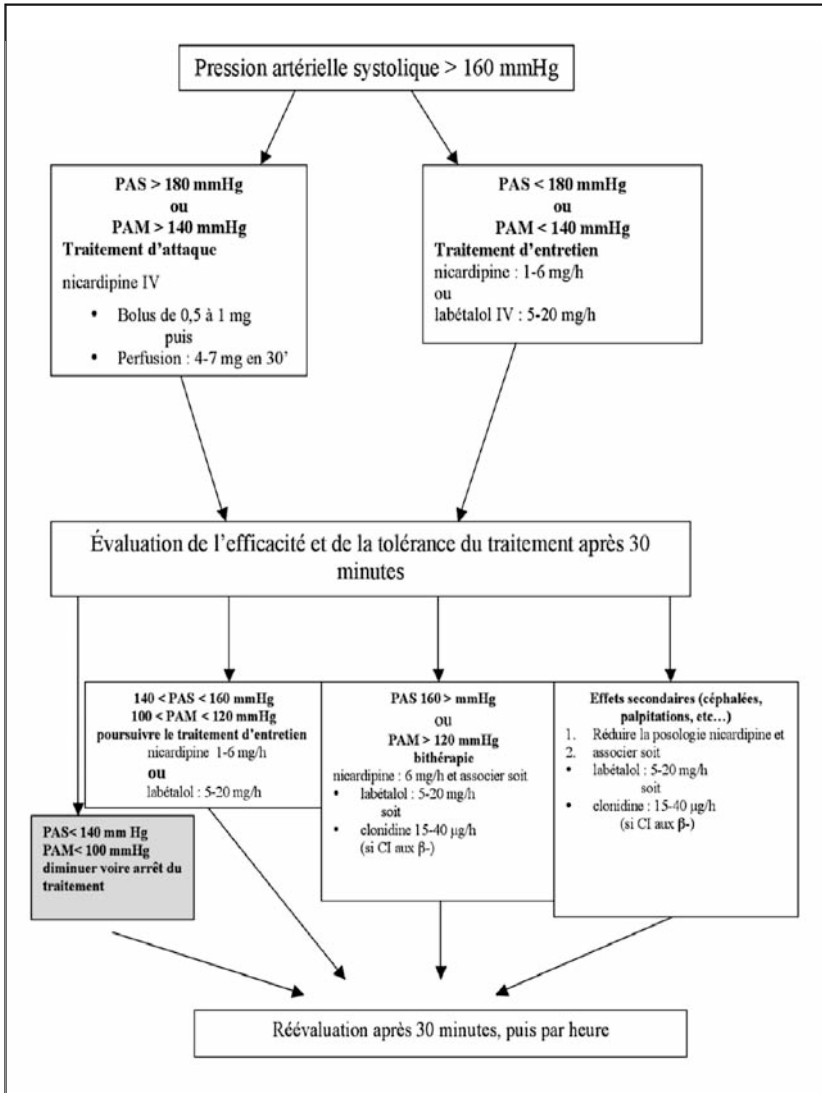
III. LE TRAITEMENT [2, 3]

Le traitement de la prééclampsie est avant tout symptomatique, le traitement de l'HTA n'étant effectué que pour éviter les complications de l'hypertension (accidents vasculaires cérébraux, hématome rétro-placentaire, éclampsie). La pression artérielle ne doit être traitée que si la PAS est supérieure à 160 mmHg et/ou la PAD est supérieure à 110 mmHg. Dans le cas contraire, une surveillance pluriquotidienne des pressions artérielles et des éléments clinico-biologiques est suffisante.

Les experts recommandent (Figure 1) en traitement d'attaque l'utilisation de la nicardipine en intraveineux (bolus de 0,5 à 1 mg puis perfusion de 4 à 7 mg en 30 minutes). Pour certains, l'urapidil peut être utilisé. Le traitement d'entretien peut utiliser soit la nicardipine (1 à 6 mg/h), soit le labétalol en intraveineux (5 à 20 mg/h). Une évaluation de l'efficacité, de la tolérance du traitement après 30 minutes, est nécessaire.

- Si la PAS est inférieure à 140 ou la pression artérielle moyenne (PAM) inférieure à 100 mmHg, le traitement doit être diminué, voire arrêté.

Figure 1 - Algorithme de prescription du traitement antihypertenseur (PAM : pression artérielle moyenne = $[PA \text{ systolique} + 2 PA \text{ diastolique}]/3$) (d'après Diemunsch P, Langer B, Noll E. Principes généraux de la prise en charge hospitalière de la prééclampsie. In : Prise en charge multidisciplinaire de la prééclampsie. Eds T. Pottecher, D. Luton. Elsevier, Paris 2009:95-111)



- Si la PAS est entre 140 et 160 mmHg ou la PAM entre 100 et 120, le traitement d'entretien est poursuivi.
- Au-dessus de 160 mmHg de PAS ou de 120 mmHg pour la PAM, une bithérapie est nécessaire, associant la plupart du temps nicardipine et labétalol, voire clonidine (15 à 40 µg/h).

En cas d'effets secondaires liés au traitement par la nicardipine (céphalées, palpitations...), la posologie doit être réduite et une éventuelle association au labétalol ou à la clonidine doit être envisagée. Une nouvelle réévaluation est nécessaire après 30 minutes.

L'expansion volémique systématique n'est pas recommandée en raison des risques d'OAP, sachant qu'il n'y a pas d'amélioration démontrée du pronostic maternel ou néonatal. L'échographie cardiaque peut être nécessaire, mais le monitoring invasif de la pression artérielle pulmonaire n'est justifié qu'exceptionnellement.

Nous ne parlerons pas du traitement de la crise d'éclampsie qui est étudié dans un autre chapitre. Par contre, en cas de prééclampsie sévère, notamment avec survenue de signes neurologiques (céphalées rebelles, réflexes ostéotendineux polycinétiques, troubles visuels) et en l'absence de contre-indication (insuffisance rénale, maladie neuromusculaire), une prévention de la crise d'éclampsie par du sulfate de magnésium ($MgSO_4$) est recommandée [4]. Le schéma thérapeutique initial comporte un bolus de 4 g de $MgSO_4$ injecté en 20 minutes puis une perfusion intraveineuse d'entretien à 1g/h. La surveillance de ce traitement ne doit reposer que sur la clinique : évaluations répétées de la conscience, de la présence de réflexes, de la fréquence respiratoire ($>$ à 12 cycles/minute) et de la diurèse ($>$ à 30 ml/h). En cas de surdosage, la perfusion doit être arrêtée et l'injection de gluconate de calcium doit être envisagée.

L'association de nicardipine et de $MgSO_4$ est parfaitement envisageable tout en sachant que ces deux médicaments peuvent se potentialiser, les doses devant être adaptées à l'état clinique de la patiente [5].

Il est fondamental de retenir que toute prééclampsie sévère ne nécessite pas une prévention de l'éclampsie par du sulfate de magnésium. Seules les formes « neurologiques » sont redevables de ce traitement.

IV. CRITÈRES D'ARRÊT DE LA GROSSESSE [6]

Au-delà de 36 SA, il est souhaitable d'interrompre la grossesse même en cas de prééclampsie non sévère. Une prééclampsie sévère au-delà de 34 SA est une indication à l'arrêt de la grossesse. Avant 24 SA, une interruption médicale de grossesse doit être discutée avec les parents.

Entre 24 et 34 SA, les indications d'arrêt de la grossesse dans les prééclampsies sévères peuvent être :

IV.1. Maternelles

IV.1.a. Immédiates

- HTA non contrôlée (nécessité d'une bithérapie),
- éclampsie,
- OAP,
- hématome rétroplacentaire,
- HELLP syndrome majeur (thrombopénie < 50 000 G/l).

IV.1.b. Après une corticothérapie pour maturation pulmonaire, si les conditions maternelles et fœtales le permettent :

- insuffisance rénale d'aggravation progressive avec ou sans oligurie,
- signes neurologiques persistants ou autres signes fonctionnels,
- HELLP syndrome évolutif.

IV.2. Fœtales

- altération du rythme cardiaque fœtal,
- variabilité à court terme inférieure à 3 ms,
- retard de croissance intra-utérin sévère,
- diastole ombilicale nulle ou inversée.

En fonction du terme, de la parité, du score de Bishop et du degré d'urgence, l'arrêt de la grossesse se fera soit par césarienne, soit par déclenchement après maturation cervicale.

V. CAS PARTICULIERS

V.1. HELLP syndrome [7]

Le traitement conservateur n'est pas recommandé. Le traitement à visée maternelle par corticoïdes n'est pas souhaitable car la prolongation de la grossesse n'améliore pas le pronostic maternel et/ou néonatal. Seuls les cas de HELLP syndrome très précoces engendrent une discussion quant à la prolongation ou non de la grossesse sous surveillance stricte en soins intensifs. La plasmaphérèse n'est pas recommandée.

V.2. Hématome rétroplacentaire

L'échographie n'est pas souhaitable pour le dépistage de l'hématome rétroplacentaire. Aucune thérapeutique préventive n'a fait preuve de son utilité.

VI. ANESTHÉSIE [8]

Dès l'admission, un bilan d'hémostase doit être effectué afin de juger de l'existence ou non de trouble de la coagulation. La conférence d'experts propose la pratique d'une anesthésie péridurale jusqu'à 75 000 plaquettes/mm³ et d'une rachianesthésie jusqu'à 50 000/mm³ à la condition que la thrombopénie soit stable sur plusieurs numérations, que l'acte anesthésique soit réalisé par un opérateur entraîné, que la patiente n'ait pas pris d'aspirine au cours des 3 derniers jours et qu'elle bénéficie d'une surveillance neurologique en postpartum. La méthylergométrine est contre-indiquée chez la femme pré-éclampsique. L'anesthésie générale ne doit être effectuée, que la main forcée, lorsque l'anesthésie locorégionale est impossible à réaliser ; ce type d'anesthésie peut entraîner des poussées hypertensives induites par l'intubation trachéale.

VII. DANS LE POST-PARTUM

VII.1. À court terme [9]

Il est recommandé d'effectuer une surveillance stricte clinique et biologique au minimum pendant 48 heures après l'accouchement, comportant une surveillance rapprochée de la pression artérielle avec adaptation thérapeutique aux chiffres tensionnels et une évaluation des apports hydriques en fonction du poids et de la diurèse de la patiente. La surveillance tensionnelle doit se poursuivre de façon bihebdomadaire pendant les trois premières semaines du post-partum. Lors de la consultation postnatale, la vérification de la pression artérielle est nécessaire tout comme celle de la disparition de la protéinurie.

VII.2. À long terme [10]

La persistance d'une hypertension et/ou d'une protéinurie au-delà de 3 mois après l'accouchement nécessite un avis spécialisé (cardiologue, néphrologue). La recherche d'un syndrome des antiphospholipides après une prééclampsie sévère précoce est recommandée. Un bilan de thrombophilie héréditaire ne sera effectué qu'en cas d'antécédents personnels ou familiaux de maladie thromboembolique, de prééclampsie précoce ou d'association à un retard de croissance, à un hématome rétroplacentaire ou à une mort fœtale *in utero*.

Bibliographie

- [1] Berkane N. Définitions et conséquences des hypertension artérielles de la grossesse. In : *Prise en charge multidisciplinaire de la prééclampsie*. Eds T. Pottecher, D. Luton. Elsevier, Paris 2009:1-10.
- [2] Diemunsch P, Langer B, Noll E. Principes généraux de la prise en charge hospitalière de la prééclampsie. In : *Prise en charge multidisciplinaire de la prééclampsie*. Eds T. Pottecher, D. Luton. Elsevier, Paris 2009: 95-111.
- [3] Duley L, Henderson-Smart DJ, Meher S. Drugs for treatment of very high blood pressure during pregnancy (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006;3:1-82.
- [4] Magpie trial collaboration group. Do women with pre-eclampsia, and their babies, benefit from magnesium sulphate? The Magpie trial : a randomised placebo-controlled trial. *Lancet* 2002;359:1877-90.
- [5] Magee LA, Miremadi S, Li J, Cheng C, Ensom MH, Carleton B *et al*. Therapy with both magnesium sulfate and nifedipine does not increase the risk of serious magnesium related side effects in women with preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol* 2005;193:153-63.
- [6] Haddad B, Masson C, Deis S, Touboul C, Kayem G. Critères d'arrêt de la grossesse en cas de prééclampsie. In : *Prise en charge multidisciplinaire de la prééclampsie*. Eds T. Pottecher, D. Luton. Elsevier, Paris 2009: 112-132.
- [7] Ducarme G, Bernuau J, Luton D. Foie et prééclampsie. In : *Prise en charge multidisciplinaire de la prééclampsie*. Eds T. Pottecher, D. Luton. Elsevier, Paris 2009:181-194.
- [8] Aya AGM, Vialles N, Ripart J. Anesthésie et prééclampsie. In : *Prise en charge multidisciplinaire de la prééclampsie*. Eds T. Pottecher, D. Luton. Elsevier, Paris 2009: 247-258.
- [9] Beucher G, Simonet T, Dreyfus M. Devenir à court terme des patientes ayant développé une prééclampsie sévère. In : *Prise en charge multidisciplinaire de la prééclampsie*. Eds T. Pottecher, D. Luton. Elsevier, Paris 2009: 259-269.
- [10] Pourrat O, Pierre F. Pronostic obstétrical, rénal et vasculaire à long terme dans les suites de la prééclampsie. In : *Prise en charge multidisciplinaire de la prééclampsie*. Eds T. Pottecher, D. Luton. Elsevier, Paris 2009:270-280.