

Recommandations de Pratique Clinique

• Prééclampsie •

2023



Recommandations de Pratique Clinique (RPC) : qu'est-ce que c'est ?

Ces RPC sont destinées à l'ensemble des acteurs de la périnatalité, qu'ils travaillent à l'hôpital (public ou privé), ou en ville, et aux parents et futurs parents.

C'est une mise à jour des recommandations de pratique médicale qui se base sur une analyse complète et poussée de toutes les recherches scientifiques sur le sujet, conduites dans le monde entier.

Cette analyse est extrêmement exigeante : chacune des recommandations doit être prouvée (la preuve peut être d'ailleurs qualifiée de "élevée", "modérée", "basse" ou "très basse" en fonction de la façon dont ont été réalisées ces études). Il en va en effet de la santé publique et il ne peut être question de jugement personnel, même si cela vient de personnes considérées comme expertes. Pour être prouvée, il faut que l'étude soit de méthodologie rigoureuse. Par conséquent, certaines questions n'aboutissent pas à une recommandation, ceci ne signifie pas qu'il ne faut rien faire, mais que, dans l'état actuel des connaissances, rien n'a pu être formellement démontré.

En bref, ces recommandations permettent une mise à jour importante de nombreuses pratiques, mais soulignent aussi la nécessité de continuer à faire de la recherche pour améliorer par exemple le dépistage et la prise en charge de la prééclampsie.





Définition de la prééclampsie et fréquence

La définition proposée est la combinaison :

- D'une hypertension artérielle (HTA) (systolique (valeur maximale) ≥ 140 mmHg et/ou diastolique (valeur minimale) ≥ 90 mmHg)
- Et d'une protéinurie définie par une protéinurie $\geq 0,3g/24h$ ou un ratio Protéinurie/Créatinurie ≥ 30 mg/mmol
- Survenant après 20 semaines d'aménorrhée (SA).

Une prééclampsie sera considérée comme sévère lorsqu'un des critères suivants est présent :

- Une pression artérielle sévère ou non contrôlée, par les médicaments.
- Un taux de protéines dans les urines anormal.
- Un fonctionnement anormal du rein.
- Une production d'urines trop basse.
- Un nombre de plaquettes trop bas.
- Une altération de la fonction du foie.
- Une douleur abdominale, brutale et intense, au niveau du foie dite « en barre ».
- Une douleur thoracique, des difficultés à respirer.
- Des maux de tête sévères, résistants au traitement, des troubles de la vision ou de l'audition persistants ou l'apparition de convulsions (éclampsie).

Si ces signes sont absents, la prééclampsie sera considérée comme non-sévère.

Cependant, il existe des formes rares et atypiques apparentées à une prééclampsie, qui stricto sensu, n'entrent pas dans la définition de la prééclampsie telle que décrite ci-dessus, du fait de l'absence de protéinurie. Dans ces situations rares, l'absence de protéinurie n'exclut pas le diagnostic de prééclampsie en cas d'HTA associée à des signes de gravité d'une prééclampsie sévère, (tels que définis ci-dessus).

Ces formes rares et atypiques doivent être prises en charge comme des prééclampsies. C'est le cas par exemple des tableaux de : HELLP syndrome sans protéinurie, convulsions dans un contexte d'hypertension artérielle sans protéinurie, etc.

La fréquence de la prééclampsie est variable dans le monde (environ 3 à 5% des femmes dans le monde et autour de 2% des femmes en France). Cette variation, ainsi que des populations étudiées très différentes, peut expliquer que les résultats de certaines études ne soient pas transposables au contexte français.



Prééclampsie : qui sont les femmes à risque ?

La connaissance des facteurs de risque permet une meilleure information de ces femmes sur les signes précurseurs à surveiller.

Les facteurs de risque de prééclampsie sont bien connus. Les plus importants sont l'antécédent de prééclampsie, un antécédent d'hypertension artérielle, de diabète de type 1 ou 2, les grossesses multiples, une maladie rénale, ou un syndrome des anti-phospholipides.

D'autres facteurs de risque ont été étudiés tels que les antécédents familiaux de prééclampsie, l'obésité (indice de masse corporelle > 30), la première grossesse se poursuivant au-delà du 1^{er} trimestre (nulliparité), la procréation médicalement assistée, l'âge maternel > 35 ans, l'origine géographique afro-caribéenne, et la précarité mais leur association avec la prééclampsie est faible voire très faible et ne devraient pas inquiéter les femmes.



L'identification d'une population à risque de prééclampsie n'induit pas nécessairement une modification de la prise en charge (surveillance particulière ou traitement préventif) car l'amélioration du pronostic de la mère ou de l'enfant n'a pas été prouvée.

Comment envisager une future grossesse ?

Il est impératif de bien programmer une grossesse. Il est fortement conseillé de réaliser une consultation avant de débuter une grossesse, afin de vérifier que l'état de santé et les éventuels traitements sont compatibles.



Y a-t-il un intérêt du dépistage de la prééclampsie au premier trimestre de grossesse ?

Un test de dépistage de la prééclampsie réalisé entre 11 et 14 SA reposant sur des critères maternels cliniques, échographiques et biologiques, est actuellement disponible. Certains hôpitaux proposent ce dépistage et évaluent son utilité. Cependant, le Collège National Français de Gynécologie-Obstétrique ne recommande pas un tel dépistage en routine car son bénéfice n'a pas été démontré.



Quels sont les moyens de prévention de la prééclampsie (traitements médicamenteux, suppléments et modes de surveillance) ?

L'aspirine à faible dose en prévention ?

À qui est-il recommandé de prescrire de l'aspirine en préventif ?

Il est recommandé de prescrire de l'aspirine à faible dose chez les femmes enceintes ayant un antécédent de prééclampsie y compris ses complications, ainsi qu'en cas de retard de croissance ou de décès in utero en lien avec un mauvais fonctionnement du placenta.

Pour toutes les autres femmes, il n'y a pas à ce jour suffisamment d'arguments pour recommander en routine une prescription d'aspirine pour réduire les complications liées au mauvais fonctionnement du placenta (prééclampsie, ou retard de croissance in utero).

À quelle dose prendre de l'aspirine en préventif ?

Il est recommandé de prescrire de l'aspirine à une dose comprise entre 100 et 160 mg par jour. A ces doses, l'aspirine aura pour effet de fluidifier le sang et donc d'améliorer les échanges entre la mère et son enfant via le placenta. A des doses plus fortes, les mécanismes d'action sont différents et peuvent engendrer des effets indésirables, ce qui explique pourquoi à forte dose, l'aspirine est contre-indiquée au cours de la grossesse.

Quand faut-il commencer à prendre de l'aspirine en préventif ?

Il est recommandé de ne pas prendre de l'aspirine avant la conception pour réduire le risque de prééclampsie et de complications vasculaires au cours de la grossesse.

Il est recommandé de prendre de l'aspirine idéalement avant 16 SA pour prévenir les complications chez la mère et chez l'enfant pour les femmes pour qui l'aspirine est indiquée (cf paragraphe 5i).

Si l'aspirine n'a pas pu être débutée avant 16 SA, il persiste probablement un intérêt à la prendre avant 20 SA.

Si l'aspirine n'a pu être initiée avant 20 SA, il est recommandé de ne pas commencer à la prendre après 20 SA, car son intérêt n'existe plus.

À quel moment de la journée faut-il prendre de l'aspirine en préventif ?

Le soir ou au coucher.



À quel moment de la grossesse faut-il arrêter de prendre de l'aspirine ?

Un arrêt du traitement par aspirine autour de 36 SA est recommandé.

Les anticoagulants (héparine de bas poids moléculaire-HBPM) en prévention ?

Il est recommandé de ne pas administrer des HBPM en plus de l'aspirine car leurs effets sur la réduction des complications maternelle et périnatales n'ont pas été démontrés au sein d'une population à risque par rapport à la prise d'aspirine seule.

Supplémentation en calcium, vitamine D et restriction des apports en sodium ?

Il n'y a pas lieu de prendre une supplémentation en calcium, en vitamine D ou de s'astreindre à un régime pauvre en sodium afin de prévenir la survenue d'une prééclampsie.

L'activité physique peut-elle prévenir la prééclampsie ?

Il est recommandé d'encourager une activité physique au cours de la grossesse pour réduire le risque de prééclampsie.

L'auto-surveillance de la pression artérielle au cours de la grossesse peut-elle prévenir la prééclampsie ou ses complications (en comparaison à une surveillance habituelle par le médecin) ?

Dans une population de prééclampsie, il est recommandé de ne pas initier en routine la mise en place d'une auto-surveillance de la pression artérielle au cours de la grossesse en complément de la surveillance habituelle, et ce dans le seul but de réduire la survenue d'une prééclampsie ou de complications maternelles et périnatales.

Ceci signifie que les femmes hypertendues avant la grossesse, qui surveillent déjà leur tension artérielle en routine, peuvent continuer de le faire pendant la grossesse.

En cas de prééclampsie suspectée ou avérée, certains dosages sanguins (PIGF ou ratio sFlt1/PIGF) sont-ils utiles pour réduire les risques maternels et/ou néonataux ?

Il existe depuis quelques années des dosages sanguins qui mesurent le taux de marqueurs biologiques dans le sang de la maman. Certains hôpitaux utilisent actuellement ces marqueurs pour une aide au diagnostic de prééclampsie ou estimer le risque de complications. Il n'y a actuellement pas de bénéfice démontré pour la santé de la maman ou de son bébé à utiliser ce test de manière systématique et généralisée. Il n'est donc pas recommandé de prescrire en routine ces dosages sanguins chez les femmes ayant une prééclampsie suspectée ou avérée.

Quelle prise en charge de la prééclampsie suite au diagnostic ?

Faut-il prendre un traitement pour diminuer la pression artérielle ?

Dans une population de femmes ayant une prééclampsie avec une HTA non sévère confirmée, il est recommandé de prendre un traitement anti-hypertenseur pour réduire le risque de complications maternelles ou néonatales.

Est-il possible, suite à une hospitalisation pour une prééclampsie non sévère stable, de retourner à domicile avant l'accouchement ?

Nous souhaitons tout d'abord rappeler qu'en cas de prééclampsie, une hospitalisation initiale est la règle. Cependant, effectivement, en fonction de l'organisation des soins des maternités et de l'état de santé de la femme, une prise en charge avec une surveillance rapprochée peut être envisagée à domicile.





À quel terme faut-il accoucher quand le diagnostic confirme une prééclampsie non sévère ?

Chez les femmes présentant une prééclampsie non sévère, diagnostiquée entre 37SA et 41 SA, il est recommandé d'induire la naissance.

Chez les femmes présentant une prééclampsie non sévère, diagnostiquée entre 34SA et 37SA, l'induction de naissance est non systématique mais est discutée en fonction de l'état de santé de la mère et de l'enfant à naître.

En cas de prééclampsie avant 34SA, un traitement conservateur est proposé en l'absence de contre-indication pour limiter les conséquences de la prématurité pour l'enfant.

Y a-t-il un mode d'accouchement à privilégier (accouchement par les voies naturelles ou césarienne) ?

Il est recommandé chez les femmes avec une prééclampsie non sévère de réaliser une tentative d'accouchement par voie naturelle en l'absence des contre-indications usuelles.



Quel suivi après une prééclampsie ?

Un suivi spécifique après l'accouchement est nécessaire afin de vérifier la normalisation de la pression artérielle et des protéines dans les urines. Cette surveillance devra être réalisée par un médecin.

Il est important que les femmes ayant présenté une prééclampsie aient un suivi médical régulier tout au long de la vie, du fait d'un risque majoré de complications cardiovasculaires à moyen et long terme.

Il est aussi important que ces femmes respectent les règles hygiéno-diététiques (activité physique, contrôle de la prise de poids, régime alimentaire équilibré, arrêt du tabac) pour diminuer ces complications.

Conseils de la Fédération Française de Cardiologie sur : www.fedecardio.org/je-m-informe/categorie-je-m-informe/comment-reduire-les-risques/



Pour plus d'informations :

Grossesse Santé contre la prééclampsie

grossesse-sante.org

Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

cngof.fr

Rubrique Clinique/RPC