

Quand suspecter un risque de prééclampsie au cabinet du MG

Mots clés :

Grossesse,
Éclampsie,
HTA,
Facteur de
risque,
Dépistage.

La prééclampsie est l'une des 3 causes de morbidité obstétricale majeure, première responsable de mortalité maternelle et périnatale. Selon des données britanniques, un meilleur repérage des femmes à risque, une détection précoce et des mesures de surveillance appropriées auraient pu modifier favorablement les résultats dans 46% des morts maternelles et 65% des morts fœtales liées à la prééclampsie^{1,2}. Une revue systématique³ a recensé et hiérarchisé les facteurs de risque présents aux visites anténatales. Conformément à la méthodologie du NICE (National Institute for Clinical Excellence), un groupe de travail multidisciplinaire anglais a proposé un complément spécifique sur ce point² aux recommandations sur le suivi habituel des grossesses normales.

Prééclampsie : risque majeur de la grossesse

La prééclampsie se définit par l'apparition après 20 semaines de grossesse, chez une femme auparavant normotendue, d'une pression artérielle diastolique (PAD) ≥ 90 mmHg et d'une protéinurie $\geq 0,30$ g/24h². Elle atteint 1 à 3% des femmes enceintes. Mais une TA $\geq 140/90$ peut être trouvée dans 10 à 15% des grossesses et majore le risque de prééclampsie. La prééclampsie est responsable de pathologie fœtale (retard de croissance in utero, mort fœtale ou périnatale) et maternelle (hématome rétroplacentaire, œdème aigu du poumon, éclampsie, mort)⁴.

Des facteurs de risque identifiés

Une revue systématique de 52 études contrôlées³ en a précisé l'importance :

L'âge ≥ 40 ans double le risque, quelle que soit la parité. Les données américaines suggèrent qu'il augmente de 30% chaque année après 34 ans.

La nulliparité ou un intervalle de 10 ans ou plus entre grossesses successives triple le risque.

Une grossesse multiple triple le risque.

Une prééclampsie antérieure septuple le risque pour la grossesse suivante.

Une **histoire familiale** de prééclampsie triple le risque.

Une pression artérielle en début de grossesse $\geq 130/80$ mmHg double le risque, ainsi qu'une **augmentation de l'IMC** (index de masse corporelle).

Les maladies préexistantes augmentent le risque : HTA, diabète insulino-dépendant, néphropathies, mala-

dies auto-immunes, syndrome des antiphospholipides (primitif ou en cas de lupus ou maladie analogue).

Des recommandations britanniques²

En début de grossesse : demander un avis spécialisé s'il existe un ou plusieurs facteurs de risque.

Réévaluer régulièrement le risque de prééclampsie à 16, 28, 34, 36, 38, 40 et 41 semaines, même en l'absence de facteurs de risque. Notamment après **20 semaines**, rechercher une élévation tensionnelle, pas toujours sévère (une femme dont la PAD devient ≥ 90 mmHg va développer une prééclampsie 1 fois sur 2), une protéinurie, et les signes cliniques de prééclampsie : céphalées, troubles visuels, douleur épigastrique et/ou vomissements, réduction des mouvements fœtaux. L'association à l'HTA de protéinurie, céphalées et douleur épigastrique sont des signes de gravité nécessitant le déclenchement de l'accouchement dans les 48 h.

Des moyens thérapeutiques limités⁴

Les antihypertenseurs (alpha-méthyl-dopa, inhibiteurs calciques d'action prolongée, β -bloquants cardiosélectifs) sont utiles pour baisser la PA, mais ne modifient pas la maladie. Les IEC sont contraindiqués. Le plus important est le repos, le conseil obstétrical, et en cas de signe de gravité le déclenchement prématuré de l'accouchement. La prévention par aspirine (100mg/j), conseillée en France en cas de facteurs de risque⁴, est d'efficacité controversée⁵.

Que peut-on conclure pour la pratique ?

- La prééclampsie est rare, mais le risque peut augmenter de façon importante en fonction des facteurs de risque. A l'exception du repos et de l'indication de déclenchement prématuré, les traitements préventifs possibles sont d'efficacité discutée. **La découverte d'une prééclampsie impose le conseil obstétrical rapide avec évaluation du risque.** L'urgence est fonction de l'importance des chiffres de PA et de l'association à une protéinurie.

- L'existence de facteurs de risque impose une **surveillance particulièrement attentive de la femme enceinte.** La recommandation britannique souligne l'importance pour cette surveillance des unités d'évaluation de jour attachées aux services d'obstétrique. Il reste à mettre en place les pratiques collaboratives entre médecine de ville et médecine hospitalière nécessaires à ce suivi.

- **La surveillance régulière de la pression artérielle et la recherche de la protéinurie restent les deux exigences majeures du suivi de toute femme enceinte.**

Références :

- 1 - Greer IA. Pre-eclampsia matters. *BMJ* 2005 ; 330 : 549-50.
- 2 - The pre-eclampsia community guideline : how to screen for and detect onset of pre-eclampsia in the community. *BMJ* 2005 ; 330 : 576-80.
- 3 - Duckitt K, Harrington D. Risk factors for pre-eclampsia at antenatal booking: systematic review of controlled studies. *BMJ* 2005 ; 330 : 565-7.
- 4 - Merviel Ph. Prééclampsie: mesurer la pression artérielle des femmes enceintes. *Rev Prat MG* 2004 ; 670 : 1325-8.
- 5 - Solomon CG, Seely EW. Preeclampsia. Searching for the cause. *N Engl J Med* 2004 ; 350 : 641-2.