

	<b>PRÉ-ÉCLAMPSIE SIMPLE</b>		
	Réseau Périnatal de La Réunion	www.repere.re Onklet Protocoles Obst / NN	Création octobre 2019 Validation : Club PE 11/08/2020 MAJ 28/06/2021 ; 15/06/2023

## Objectif – domaine d'application

- **Dépistage et prise en charge de la pré-éclampsie simple (non sévère),**
- Surveiller l'évolution maternelle et fœtale, éviter l'évolution vers une forme sévère et les complications maternelles et fœtales.
- Définir la stratégie thérapeutique : critères de traitement conservateur de la grossesse versus extraction fœtale.

## Abréviations - références

AG : âge gestationnel	FDR : facteur de risques	MAF : mouvements actifs fœtaux	RA : rachi anesthésie
ALR : anesthésie loco régionale	FR : fréquence respiratoire	MAPA : mesure ambulatoire de la pression artérielle	RCF : rythme cardiaque fœtal
CI : contre-indication	GO : gynécologue obstétricien	MG : médecin généraliste	SA : Semaines d'aménorrhée
DC : doppler cérébral	HRP : hématome rétro placentaire	PA : pression artérielle	SF : sage-femme
DO : doppler ombilical	HTAG : hypertension artérielle gestationnelle	PAD : pression artérielle diastolique	SFAD : surveillance sage-femme à domicile
ECT : enregistrement cardio-tocographique (monitoring)	IDE : infirmière	PAS : pression artérielle systolique	SIG : surveillance intensive de grossesse (HDJ)
EPF : estimation du poids fœtal	LA : liquide amniotique	PE : pré-éclampsie	VCT : variation à court terme du RCF

Haute Autorité de Santé (HAS). Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des risques identifiés. HAS ; 2007, mise à jour mai 2016. [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi\\_des\\_femmes\\_enceintes\\_-\\_recommandations\\_23-04-2008.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf)

Réseau Périnatal Champagne-Ardenne, Protocole Hypertension artérielle gravidique- Pré éclampsie- Eclampsie- HELLP Syndrome, novembre 2015, [www.reseau-sante-ca.org](http://www.reseau-sante-ca.org)

Réseau Sécurité Naissance, Prise en charge de la Pré-Eclampsie, protocole obstétrical 5bis, version 3, avril 2017, [www.securite-naissance.e-santepaca.fr](http://www.securite-naissance.e-santepaca.fr)

Réseau Ombrel, protocole Pré éclampsie, avril 2015, [www.ombrel.fr](http://www.ombrel.fr)

Université médicale virtuelle francophone, item 17, item 218 : principales complications de la grossesse – pré-éclampsie et syndrome pré éclampique, 210-2011

HTA et grossesse, Consensus d'Experts de la Société Française d'Hypertension Artérielle (SFHTA), avec le partenariat du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), décembre 2015, [www.sfhta.org](http://www.sfhta.org), [www.cngof.fr](http://www.cngof.fr)

ACOG 2018\_Low-dose aspirine use during pregnancy / Aspirine à faibles doses pendant la grossesse, 2018

Pré éclampsie, éclampsie, HELLP syndrome : définitions, éléments de diagnostic et de prise en charge, A.Launoy, A.Sprunck, O.Collange, T.Pottecher, Hôpitaux universitaires de Strasbourg, 51<sup>ème</sup> Congrès national d'anesthésie et de réanimation, 2009, Elsevier Masson

RFE commune SFAR-CNGOF, Prise en charge de la patiente avec une pré éclampsie sévère, 2020

ACOG Practice Bulletin No. 202: Gestational Hypertension and Preeclampsia, 2019

RPC CNGOF 2023 Pré éclampsie simple

## 1 – Définitions – Diagnostic :

### A – HTA Gestationnelle :

Définitions de l'HTA au cours de la grossesse (>20SA)	
<b>HTAG</b>	<b>PAS ≥ 140 mmHg et/ou PAD ≥ 90 mmHg</b>
<b>HTAG légère à modérée</b>	<b>PAS = 140-159 mmHg et/ou PAD = 90-109 mmHg</b>
<b>HTAG sévère</b>	<b>PAS ≥ 160 mmHg et/ou PAD ≥ 110 mmHg</b>

- ⇒ **apparition après 20 SA (sans antécédents), jusqu'à 6 semaines dans le post partum,**
- ⇒ **isolée, sans protéinurie.**

**NB : HTA chronique** = préexistante à la grossesse **ou** découverte avant 20 SA, persistante après 6 semaines dans le post partum.

### B – Protéinurie :

Il est recommandé de rechercher une protéinurie par recueil urinaire au moins une fois par mois chez toute femme enceinte. Si la protéinurie est positive (« 1croix » ou 30 mg/ml), il est recommandé de rechercher le ratio P/C.

**Rapport protéinurie/créatinurie : => exclure les 1<sup>ères</sup> urines du matin**

P/C < 30 mg/mmol = pas de protéinurie. Si HTAG, pas de PE.

P/C ≥ 30 mg/mmol = protéinurie pathologique. Si HTAG, PE avérée. (Protéinurie des 24h alors inutile pour poser le diagnostic).

## C – Pré-Éclampsie :

### Pré-Éclampsie :

Association **HTA** (PAS  $\geq$  140mmHg et/ou PAD  $\geq$  90mmHg, contrôlée ou non) + **protéinurie significative** ( $\geq$  0,3 g/24h ou ratio protéinurie/créatinurie  $\geq$  30 mg/mmol) survenant **après 20 SA**.

Pré-Éclampsie Non Sévère / Simple	Pré-Éclampsie Sévère
<p><b>HTA légère ou modérée + protéinurie significative.</b></p> <p>Absence de tous les critères cliniques et biologiques définissant une PE sévère.</p> <p>Évolue dans 10 % des cas vers une PE sévère.</p>	<p><b>PRÉ ÉCLAMPSIE</b> (HTA + PROTÉINURIE)</p> <p><b>ET, au moins un des critères suivants :</b></p> <p><b>HTA sévère</b> (PAS <math>\geq</math> 160mmHg et/ou PAD <math>\geq</math> 110mmHg) ou non contrôlée, Et/ou</p> <p><b>Atteinte rénale</b> : protéinurie <math>&gt;</math> 3 g/24H, oligurie <math>\leq</math> 500ml/24h ou <math>\leq</math> 25mL/h ou créatinémie <math>\geq</math> 90<math>\mu</math>mol/L</p> <p>Et/ou</p> <p><b>Une douleur thoracique, une dyspnée, un OAP,</b></p> <p>Et/ou</p> <p><b>Une douleur abdominale épigastrique et/ou de l'hypochondre droit « en barre » persistante ou intense,</b></p> <p>Et/ou</p> <p><b>Cytolyse hépatique avec ASAT/ALAT <math>&gt;</math>2N</b> (<i>brutale et non expliquée par autre cause</i>),</p> <p>Et/ou</p> <p><b>Thrombopénie <math>&lt;</math> 100 000/mm<sup>3</sup></b> (<i>brutale et non expliquée par autre cause</i>)</p> <p>Et/ou</p> <p><b>Signes neurologiques persistants</b> : céphalées intenses résistantes au traitement, ROT vifs, diffusés et polycinétiques, troubles visuels ou auditifs persistants.</p>

### Critères cliniques ou biologiques de la PE sévère avec signes de gravité :

- PAS  $\geq$  180mmHg et/ou PAD  $\geq$  120mmHg,
- Une douleur abdominale épigastrique et/ou de l'hypochondre droit « en barre » persistante ou intense,
- Des céphalées sévères ne répondant pas au traitement, des troubles visuels ou auditifs persistants, un déficit neurologique, des troubles de la conscience, des ROT vifs, diffusés, et polycinétiques,
- Une détresse respiratoire, un OAP,
- Un HELLP syndrome,
- Une insuffisance rénale aigüe.

*Il existe des formes rares et atypiques de pré-éclampsie. L'absence d'une protéinurie n'exclut pas le diagnostic d'une pré-éclampsie en cas d'HTA gravidique associée à des signes de gravité d'une pré-éclampsie sévère, tels que définis par la SFAR et le CNGOF en 2020.*

### D- Information donnée aux patientes :

Chez les patientes présentant des FDR de PE, il est recommandé d'informer les patientes des signes évocateurs de PE.

Facteurs de risque de pré-éclampsie :

- ➔ ATCD de pré-éclampsie, HTA chronique, diabète préexistant, (*RR les plus élevés*)
- ➔ Lupus, SAPL et néphropathie chronique, (*FDR de niveau élevé*)

Remise de la brochure grand public en annexe « Grossesse santé contre la PE » et information du site <https://grossesse-sante.org/professionnels-sante/> rubrique Professionnels de Santé (brochures téléchargeables).

## E- Utilisation des biomarqueurs sériques PIGF et du ratio sFlt1/PIGF:

Pour information, en unité obstétricale, des biomarqueurs en lien avec la pré-éclampsie peuvent être utilisés :

- En cas d'apparition d'une HTA chez une patiente présentant une protéinurie connue (néphropathie) il est possible de réaliser un dosage du ratio sFlt1/PIGF afin de discriminer une pré-éclampsie.
- Par extension, il est possible de réaliser ce dosage en service de grossesse à risque dans toute situation de doute diagnostique, ou à visée prédictive (rares situations de suivi ambulatoire par exemple).

## 2 – Parcours de soins :

### Prise en charge initiale hospitalière.

Le niveau de l'unité obstétricale doit être adapté à l'AG et/ou à l'EPF :

- en niveau 3 (**CHU Réunion site Nord et site Sud**) si  $\leq 32$  SA,
- en niveau 2B (**CHOR**),
- en niveau 2A (**Clinique Jeanne d'Arc, Clinique Ste-Clotilde, GHER**).

*Si la maternité n'est pas adaptée à l'AG, à l'EPF et/ou à l'état maternel, un transfert materno-fœtal (TMF) doit être envisagé. En cas d'urgence majeure (SFA, PE sévère...), l'extraction fœtale sans délai est indiquée, le TMF maternel et/ou pédiatrique sera secondaire.*

## 3 – Prise en charge initiale :

Diagnostic PE => Hospitalisation en unité obstétricale de niveau adapté		
Évaluation Maternelle		Évaluation Fœtale
Clinique	Biologique	Clinique : HU, MAF
Recherche signes fonctionnels de gravité : <i>par soignants et patiente (informée des signes)</i> : HTA sévère $\geq 160/110$ Oligurie $< 500\text{ml}/24\text{h}$ Œdèmes massifs, poids Barre épigastrique persistante ROT vifs, diffus et polycinétiques Signes neurologiques persistants (céphalées, troubles visuels ou auditifs), éclampsie	NFS, Plaquettes, Coagulation (TP, TCA, fibrinogène) Transaminases (ALAT, ASAT) Ionogramme sanguin avec créatininémie, urée, uricémie. Rapport protéinurie/créatinurie  Si suspicion HELLP : LDH, haptoglobine, schizocytes.	ECT +/- VCT si RCIU ( <i>si VCT disponible</i> ) Échographie : EPF, LA, Dopplers utérins et fœtaux
Consultation d'anesthésie	Mettre à jour : groupe rhésus phénotypé, RAI, sérologies	
Consultation pédiatrique (selon AG)		

Si les états fœtal et maternel le permettent, l'expectative est suggérée jusqu'à 37 SA = PEC conservatrice.

**=> PE non sévère après 37 SA = indication de naissance.**

**=> PE non sévère avant 37 SA : hospitalisation.** Bilan maternel initial (clinique + contrôle tensionnel + bilan biologique +/- instauration traitement anti-HTA) + bilan fœtal.

#### 4 – Surveillance materno-fœtale :

Surveillance en hospitalisation des PE non sévères stables avant 37 SA		
Surveillance Maternelle		Surveillance Fœtale
Clinique	Biologique	
Quotidienne	A H24 puis 2 fois/semaine Ou en cas d'apparition de sf HTA ou de poussée tensionnelle	HU, MAF
Cycle tensionnel x 3/j Bilan entrées/sorties : diurèse, poids. Signes neurologiques : cinétique des ROT, état de conscience, troubles visuels Barre épigastrique Métrorragies	NFS, Plaquettes Coagulation : TP, TCA, fibrinogène Ionogramme sanguin : urée, créatininémie Transaminases : ALAT, ASAT Si suspicion hémolyse : LDH, haptoglobine, schizocytes	ECT quotidien ou pluri quotidien VCT si RCIU Échographie de croissance tous les 15 jours
	<b>Tout bilan biologique perturbé doit être recontrôlé entre H4 et H6</b> (jusqu'à stabilisation)	

#### 5 – Surveillance materno-fœtale ambulatoire :

**Après l'hospitalisation d'évaluation initiale**, la surveillance ambulatoire des **PE simples < 37 SA, sans aucun critère de gravité**, est possible **sous certaines conditions**, en lien avec l'unité obstétricale où l'accouchement est planifié.

Proposition de surveillance à adapter selon le contexte :

- **patiente bien informée** = consulter en urgence au moindre signe fonctionnel de gravité (compliance de la patiente et ayant la possibilité d'être transportée rapidement pour une éventuelle hospitalisation),
- **suivi en alternance ville-hôpital :**
  - suivi de sage-femme à domicile au moins 2 fois par semaine pour surveillance materno-fœtale : TA, recherche signes fonctionnels de PE sévère, analyse bien-être fœtal (MAF, ECT +-VCT)
  - consultation hospitalière au moins 1fois /semaine (SIG) avec surveillance maternelle clinique et biologique + surveillance fœtale (ECT +-VCT, contrôle doppler + QLA, échographie de croissance tous les 15 jours).

## 6 – Traitements :

### A – Objectifs :

Pour les femmes enceintes pré-éclampsiques, initier un traitement antihypertenseur si :

**PAS  $\geq$  140 mmHg et/ou PAD  $\geq$  90 mmHg.**

### B – Molécules anti-hypertensives par voie orale : (par ordre alphabétique)

- **Alphaméthylidopa** Aldomet<sup>®</sup> cp 250 mg (2x250mg/j, max 3000mg/j)
- **Labétalol** Trandate<sup>®</sup> cp 200mg (2x200mg/j, max 800mg/j)
- **Nicardipine** Loxen<sup>®</sup> cp 20 mg (3x20mg/j, max 90) et gélule LP 50 mg (2xLP50mg/j)



#### Molécules contre-indiquées :

Inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC)  
Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA2)  
Les diurétiques doivent être évités.

#### Remarques :

- en cas de TA mal stabilisée nécessitant une association d'anti hypertenseurs, ne pas associer deux inhibiteurs calciques,
- si poussée hypertensive sévère : envisager le recours à un traitement hypotenseur par voie intraveineuse (**cf protocole PE sévère**).
- **cas particulier si MAP associée : si tocolyse indiquée, éviter l'utilisation de tocolytiques ayant une activité anti hypertensive ( nicardipine Loxen<sup>®</sup>),**  
**=> utilisation de l'atosiban (Tractocile<sup>®</sup>) en 1<sup>ère</sup> intention.**

## 7 – Anesthésie :

### A - Analgésie au cours du travail :

#### Particularités :

- APD d'indication médicale.
- L'aspirine (de 75 mg à 160mg) n'est pas une contre-indication à la pratique de l'ALR en l'absence de traitement adjuvant altérant l'hémostase ou de maladie hémorragique constitutionnelle.
- **La dose test adrénalinée n'est pas recommandée.**

#### En cas de thrombopénie :

- APD possible si plaquettes  $> 75\ 000/\text{mm}^3$  **STABLES** sur plusieurs bilans successifs et datant de moins de 6H, ou moins selon la cinétique, par un opérateur entraîné,
- RA possible si plaquettes  $> 50\ 000/\text{mm}^3$  **STABLES** sur plusieurs bilans successifs et datant de moins de 6H, ou moins selon la cinétique, par un opérateur entraîné,
- En cas de thrombopénie de fin de grossesse ( $< 115\ 000/\text{mm}^3$ ) : pas d'ALR si **prise d'aspirine dans les 3 jours** qui précèdent.
- Retrait du cathéter après bilan (NFS, coag), suivi d'une surveillance neurologique.

## B - Anesthésie pour geste obstétrical :

APD, rachis péridurale combinée et rachianesthésie sont possibles en l'absence de troubles de la coagulation.

En cas d'AG, l'intubation doit être considérée comme difficile d'emblée. Évaluer les critères d'intubation.

### SI CODE VERT OU ORANGE

**Si APD en place** : pas de spécificité d'induction (exemple : Xylo 2% adrénalinée 10 mL+10 $\gamma$  de sufentanil).

#### Si RA :

Pré requis : plaquettes > 50 000/mm<sup>3</sup> STABLES sur plusieurs bilans successifs et datant de moins de 2H à 6H par un opérateur entraîné.

Si hypotension post RA : privilégier éphédrine par boli de 3 mg.

### SI CODE ROUGE



#### **AG à haut risque :**

- évaluer les critères d'IOT difficiles immédiatement avant l'induction,
- vidéolaryngoscopie d'emblée à envisager en particulier si critères IOT difficiles (dysphonie, dysphagie ou œdème du visage important),
- réduction du calibre de la sonde d'intubation (œdème), prévoir plusieurs tailles de sonde,
- pré oxygénation dans l'idéal en VSAI, PEEP 5, AI pour VT 6 à 8 ml/kg de poids théorique, ETCO2 branché et fonctionnel
- prévention de la poussée hypertensive à la laryngoscopie (exemple : rémifentanil (ultiva<sup>®</sup>) en bolus 0,5  $\gamma$ /kg ou en alternative alfentanil 10  $\gamma$ /kg ou esmolol 2mg/kg).

#### **En SSPI :**

- prévoir extubation difficile,
- au mieux : test de fuite après dégonflement du ballonnet de la sonde.

#### **Attention :**

**Augmentation de la durée et de la profondeur de curarisation si traitement par MgSO4 ou inhibiteur calcique concomitant.**

### Dans tous les cas :

- Examen anatomopathologique du placenta,
- En l'absence de recommandation nationale concernant le carbécocine (pabal<sup>®</sup>) malgré les données de la littérature rassurantes, préférer oxytocine (syntocinon<sup>®</sup>) avec injection LENTE,
- Limiter le remplissage vasculaire (maximum 1000mL cristalloïdes),
- Suspendre le traitement antihypertenseur IV durant la césarienne,
- Précaution d'emploi acide tranexamique (exacyl<sup>®</sup>) en cas d'éclampsie car abaisse le seuil épileptogène.

### SYNTOCINON<sup>®</sup>

**Posologie dans la prévention de l'HPP en cas d'éclampsie ou de pré éclampsie sévère**

- **Syntocinon<sup>®</sup> : 25 ui dans 25mL de SSI soit 1ui/mL,**
- **IVSE**
- **Débuter à la vitesse 60mL/H jusqu'à administration de 12,5mL (soit 12,5ui sur 12min30s),**
- **Puis vitesse 8mL/H jusqu'à fin de la seringue (soit 12,5ui sur 1H30min),**
- **Puis arrêt.**

## 8 – Post partum :

### A – Post-partum immédiat :

- **Surveillance clinique et biologique pendant au moins 48 heures** : surveillance rapprochée de la PA + signes fonctionnels forme sévère PE +/- adaptation thérapeutique si traitement anti HTA,
- Vérifier la normalisation progressive des anomalies biologiques (bilan biologique vasculo-rénal et urinaire).
- **La PE étant un FdR thromboembolique** en post partum, mettre en place (si besoin) la thromboprophylaxie en fonction des autres FdR identifiés (obésité, atcd MTEV, césarienne, RCIU, ...).

*Rappel : Comme les autres dérivés de l'ergot de seigle, la cabergoline ( DOSTINEX) ne doit pas être utilisée chez les femmes ayant une hypertension induite par une grossesse ou ayant eu une pré-éclampsie.*

### B – Sortie de la maternité :

- **Surveillance tensionnelle bihebdomadaire** (SF, IDE) et une **consultation chez un médecin** (MG, GO) sont recommandées dans les 2-3 premières semaines du post-partum, que le traitement anti-HTA soit poursuivi ou interrompu.
- **Visite post natale à 6 semaines indispensable (GO)** ; vérifier normalisation tensionnelle et disparition de la protéinurie.
- **Bilan étiologique d'HTA** : prévoir une MAPA ; si persistance d'une HTA > 6 semaines, prévoir consultation cardiologue + évaluation et prise en charge des éventuels autres FDR cardio-vasculaires et rénaux.
- Consultation de néphrologie si protéinurie ou HTA persistant à 3 mois.
- Recherche des anticorps antiphospholipides après une PE sévère et précoce, et/ou en cas d'insuffisance placentaire retrouvée à l'examen anatomopathologique.
- Bilan de thrombophilie héréditaire si antécédents personnels ou familiaux de maladie veineuse thromboembolique, si PE précoce, ou si association RCIU sévère, HRP ou MFIU.
- Surveillance tensionnelle annuelle au long cours (persistance du sur-risque cardio-vasculaire et rénal).
- **Contraception** :  
Au long cours, contraception œstroprogestative CI si HTA persistante ; possible si normalisation TA + absence d'anomalies biologiques + absence FDR cardio-vasculaire.

### C – Molécules anti-hypertensives par voie orale autorisées en cours d'allaitement :

- Bêta-bloquants : labétalol (Trandate®) et propranolol (Avlocardyl®)
- Inhibiteurs calciques : nifédipine (Loxen®)
- Antihypertenseurs centraux : méthylidopa (Aldomet®)
- Inhibiteurs de l'enzyme de conversion (captopril, énalapril, bénazépril, quinapril) peuvent être utilisés chez la femme qui allaite, sauf si l'enfant allaité est né prématuré ou s'il a une insuffisance rénale.

## 9 – Prévention :

Place prépondérante des consultations pré-conceptionnelles ou en début de grossesse, en cas d'HTAC ou antécédent HTAG ou pré-éclampsie.

- Supplémentation acide folique 0,4 mg/j, ou 5mg/j si atcd AFTN et/ou diabète et/ou traitement antiépileptique et/ou obésité.
- Si HTAC, adapter le traitement anti-HTA (switch pour une molécule autorisée pendant la grossesse) + bilan complet (fonction rénale, ECG, échographie cardiaque < 1 an, fond d'œil) + bilan des autres FDR (recherche dyslipidémies, troubles glycémies, obésité, aide au sevrage addictions, ...),
- Aspirine chez les femmes enceintes **ayant un atcd de pathologie vasculaire placentaire** :  
Si antécédent de PE et/ou atcd RCIU vasculaire et/ou atcd MFIU et/ou atcd HRP :  
**=> prévention par aspirine (100-160mg/j le soir au coucher), à instaurer idéalement avant 16 SA, et à poursuivre jusqu'à 36SA.**  
**Ne pas initier l'aspirine après 20 SA si non débutée.**
- Suivi de grossesse adapté au niveau de risques identifié : => **PEC adaptée précoce**  
⇒ **antécédent HTAG = Avis A2** « le suivi régulier peut être assuré par une SF ou un médecin, mais l'avis d'un GO est nécessaire. L'avis complémentaire d'un cardiologue peut également être nécessaire. »  
⇒ **HTAC ou antécédent de PE = Suivi B** « le suivi régulier doit être assuré par un GO ».

**+ En population générale, il est recommandé d'encourager la pratique d'une activité physique au cours de la grossesse pour réduire le risque de survenue d'une pré-éclampsie.**

## La prééclampsie, parlons-en !



**C'est important.  
Toute femme enceinte  
est concernée.**

**Qu'est-ce que c'est ?**

La prééclampsie est **une complication sérieuse de la grossesse** associant hypertension artérielle et protéines dans les urines. Elle peut apparaître chez toutes les femmes enceintes :

- En 2<sup>e</sup> partie de grossesse (à partir de 20 semaines).
- Jusqu'à 6 semaines après la naissance.

**À quels signes faut-il faire attention ?**

Contactez rapidement un professionnel de santé ou directement la maternité si vous présentez des saignements vaginaux même minimes, ou plusieurs des signes suivants s'ils surviennent **après 20 semaines d'aménorrhée** :



**Maux de tête importants**



**Douleur en barre sous les côtes de survenue brutale**



**Gonflement rapide du visage**



**Troubles de la vision à types de flou visuel, de mouches volantes ou d'éclairs lumineux**



**Vomissements inhabituels au troisième trimestre de la grossesse**

**Quels tests pendant la grossesse ?**

Des tests sont pratiqués systématiquement pendant le suivi de la grossesse pour dépister la prééclampsie :



**Prise de la pression artérielle** (pour détecter une hypertension).



**Une analyse d'urines** (pour rechercher la présence d'un taux trop élevé de protéines).



**Surveillance du poids** (pour rechercher une prise de poids trop rapide, évocatrice d'oedèmes).

**Quels risques ?**

<p><b>Pour vous :</b></p> <p>Les complications de la prééclampsie sont rares mais peuvent être graves (convulsions (crise d'éclampsie), atteinte de certains organes (rein, cœur, foie ...), AVC. La prise en charge médicale de la prééclampsie vise à diminuer ce risque de complications.</p>	<p><b>Pour votre bébé :</b></p> <p>La prééclampsie peut entraîner un retard de croissance, une naissance prématurée et très rarement un décès in utero.</p>
--	---

**Après une prééclampsie ?**

- **Avoir un suivi médical** avec une surveillance de la tension artérielle **tout au long de la vie**.
- **En cas de nouvelle grossesse**, consulter rapidement un professionnel de santé qui discutera de l'intérêt d'un traitement préventif (aspirine à faible dose).





**#lapreeclampsieparlonsen**

grossesse-sante.org

grossessesantecontrelapreeclampsie

grossesse\_sante

## Pour les femmes déjà touchées par une pré-éclampsie : « Protéger sa santé après une pré-éclampsie » :

### **Ayez un mode de vie le plus sain possible :**

- **Faites une activité physique** (idéalement 30 minutes de marche cinq fois par semaine), et des exercices de renforcement musculaire deux fois ou plus par semaine. Faites quelque chose d'amusant pour garder la motivation. Bouger et courir avec ses enfants peut en faire partie!...
- **Mangez sainement.** Une alimentation variée et équilibrée, donc riche en fibres, en légumes et en fruits, et pauvre en graisses, aide à baisser la tension artérielle. Evitez le surpoids: un Indice de Masse Corporelle (votre poids divisé par votre taille au carré) supérieur à 25 peut augmenter votre risque de maladie cardiovasculaire. N'hésitez pas à demander des conseils à votre médecin (coordonnées diététiciens, associations, site [www.mangerbouger.fr](http://www.mangerbouger.fr), service de nutrition à l'hôpital).
- **Ayez aussi une consommation raisonnable de caféine/théine, d'alcool, de sel et évitez la réglisse** pour aider à abaisser la pression artérielle.
- **Ne fumez pas**, et évitez le tabagisme passif (respirer la fumée des autres). Le tabac augmente la tension artérielle et endommage les vaisseaux sanguins.
- **Combattez le stress** en pratiquant la relaxation, le yoga, ou tout simplement en apprenant à mieux respirer (l'application Respire-relax, téléchargeable gratuitement, peut vous aider).

Cette brochure a été développée par l'association de patientes



Protéger sa santé après une pré-éclampsie

Plus d'informations sur notre site

[www.grossesse-sante.org](http://www.grossesse-sante.org)

et sur nos pages



### **Environ 15 000 femmes sont touchées chaque année en France par une complication grave de la grossesse, appelée pré-éclampsie.**

La pré-éclampsie et les troubles apparentés (tels que le syndrome HELLP et l'éclampsie) peuvent avoir des conséquences très graves pour la mère et l'enfant.

L'Association Grossesse Santé Contre la Pré-Eclampsie est une communauté de patientes, pour aider et informer les femmes ayant eu une pré-éclampsie, en parlant et prévenant des risques en cas de nouvelle grossesse et des risques à long terme pour leur santé.



### **Vous avez plus de risques de refaire une pré-éclampsie lors de vos prochaines grossesses.**

Parlez de votre désir d'enfant à votre gynécologue-obstétricien, idéalement avant de débiter une nouvelle grossesse.

Votre médecin doit évaluer les risques en cas d'une nouvelle grossesse, pour la maman (récidive d'hypertension artérielle, de pré-éclampsie, et de ses complications plus graves) et pour le bébé (risque de retard de croissance in utero, prématurité).

Il vous fera faire les examens nécessaires pour voir comment envisager une nouvelle grossesse, et adaptera le suivi médical de cette grossesse en conséquence.

En cas de grossesse, il est possible que, uniquement si vous avez des antécédents de pré-éclampsie, votre médecin vous prescrive de l'aspirine à faible dose (75-160 mg / jour), car il a été prouvé que cela permet de réduire le taux de récurrence de pré-éclampsie avant terme de manière très significative. Ce traitement est uniquement sur prescription médicale, donc parlez-en avec votre médecin. Si vous avez ce traitement, ne l'oubliez pas, et prenez le bien avant le coucher.

### **Vous avez plus de risques de développer des maladies cardiovasculaires à plus long-terme**

Les femmes atteintes de pré-éclampsie voient :  
- le risque d'hypertension artérielle multiplié par 3  
- le risque de maladie cardiaque et d'accident vasculaire cérébral multiplié par 2, (par rapport à celles qui n'ont pas été touchées).

Ces risques peuvent se réaliser plusieurs années après la grossesse compliquée, et quelquefois plus tard, à la ménopause.

Bien que cela puisse sembler décourageant (car les problèmes semblent s'accumuler), il faut le prendre comme un avertissement, plus que comme une condamnation. Il existe en effet de nombreuses façons pour les femmes de protéger leur santé cardiaque.

Parlez de votre pré-éclampsie et de ses risques à votre médecin traitant pour envisager une surveillance médicale adaptée, incluant la surveillance annuelle de votre poids, de votre pression artérielle, de votre glycémie et de votre concentration de cholestérol.

