

Item 17, item 218 : Principales complications de la grossesse – Pré-éclampsie et syndrome pré-éclamptique (Évaluations)

Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF)

Date de création du document 2010-2011

QCM DE PRE-REQUIS

QUESTION 1/5 :

Quant à la physiologie rénale au cours de la grossesse :

- A - Pendant la grossesse le débit sanguin rénal augmente de 25 à 30 %.
- B - Le débit urinaire augmente autant que le débit sanguin rénal au cours de la grossesse.
- C - La filtration glomérulaire augmente plus que le flux plasmatique pendant la grossesse.
- D - Il y a diminution des valeurs sériques de la créatinine et de l'uricémie pendant la grossesse.

(Réponse : ABD)

QUESTION 2/5 :

Quant au développement placentaire :

- A - Le placenta est constitué à partir du cytotrophoblaste et du syncytiotrophoblaste.
- B - La circulation embryonnaire s'établit vers le 18-21e jour.
- C - Les villosités placentaires persistent autour de l'œuf tout au long de la grossesse.
- D - Les cotylédons se trouvent sur la face fœtale.

(Réponse : AB)

QUESTION 3/5 :

Quant au développement placentaire dans les hypertensions gravidiques :

- A - La pré-éclampsie n'est pas due à l'hypertension artérielle en elle-même.
- B - L'hypertension artérielle gravidique et sa protéinurie sont le résultat d'une insuffisance placentaire.
- C - L'anomalie de placentation caractéristique de l'hypertension artérielle gravidique est en rapport avec un défaut de la seconde invasion trophoblastique des artères spiralées du myomètre qui survient vers la fin du troisième trimestre.
- D - Ce défaut de seconde invasion trophoblastique des artères spiralées est responsable d'une ischémie placentaire à la faveur de thromboses, qui arrivée à un certain seuil provoque une toxémie gravidique.

(Réponse : AB)

QUESTION 4/5 :

Quant à la tension artérielle au cours de la grossesse :

- A - 10 à 15 % des femmes sont hypertendues au cours de la grossesse.
- B - Les conditions de mesure de la tension artérielle peuvent influencer le résultat.
- C - La tension artérielle diminue pendant la première moitié de grossesse par rapport à la tension habituelle de la patiente.
- D - La tendance hypertensive est plus prononcée le soir chez la femme enceinte.

(Réponse : ABC)

QUESTION 5/5 :

Quant aux modifications maternelles au cours de la grossesse :

- A - Gain de poids de 8 à 12 kg.
- B - L'utérus passe de 50 g à 1000 g au cours de la grossesse.
- C - Le dosage du fibrinogène est plus élevé au cours de la grossesse.
- D - Le débit cardiaque maternel augmente de 100 % pendant la grossesse.

(Réponse : AB)

QCM

QUESTION 1/3 :

À propos des signes cliniques de gravité devant une HTA gravidique à 34 semaines d'aménorrhée :

- A - Pression diastolique à 110 mm Hg**
- B - Prurit abdominal**
- C - Reflux gastro-œsophagien**
- D - prise de poids de 4 kg en une semaine**
- E - Hauteur utérine = 25 cm**

(Réponse : ADE)

QUESTION 2/3 :

Quels sont les signes faisant craindre l'imminence d'une crise d'éclampsie chez une femme enceinte hypertendue ?

- A - Céphalées**
- B - Crampes**
- C - Prurit**
- D - Douleurs épigastriques**

(Réponse : AD)

QUESTION 3/3 :

Quels sont les signes faisant craindre l'imminence d'une crise d'éclampsie chez une femme enceinte hypertendue :

- A - Abolition des réflexes ostéo-tendineux**
- B - Nausées**
- C - Bourdonnements d'oreille**
- D - Prise de poids de 4 kg en trois jours**
- E - Phosphènes**

(Réponse : CDE)

CAS CLINIQUE : PRE-ECLAMPSIE ET SYNDROME PRE-ECLAMPTIQUE

Scénario :

Mme N., 29 ans, primigeste, est adressée à 33 SA pour prise en charge d'une pré-éclampsie sévère. La grossesse s'est déroulée normalement jusque-là et la précédente consultation prénatale, à 29 SA, n'avait montré aucune anomalie. Ce jour, Mme N. a présenté brutalement des céphalées violentes, des douleurs en barre épigastriques et des phosphènes qui l'ont amenée à consulter mais ont rétrocedé depuis. L'examen d'entrée montre :

- absence de plaintes fonctionnelles,
- pression systolique entre 160 et 170 mm Hg,
- diastolique entre 100 et 110 mm Hg,

- poids = 65 kg (51 kg avant la grossesse) avec une prise de poids de 3 kg depuis une semaine,

- hauteur utérine = 25 cm,

- trois croix d'albuminurie à la bandelette.

QUESTION 1/5 :

Dans cette observation, quels signes cliniques témoignent d'un syndrome pré-éclamptique ?

Réponse attendue :

- Pré-éclampsie : triade HTA – protéinurie – œdèmes apparue au 3e trimestre,

- Signes fonctionnels, même transitoires : céphalées, phosphènes, douleurs épigastriques,

- Prise de poids brutale (3 kg en une semaine).

La hauteur utérine est insuffisante pour l'âge gestationnel, faisant suspecter un RCIU. Cependant, cet élément de gravité fœtale n'est pas nécessaire au diagnostic de pré-éclampsie.

QUESTION 2/5 :

Quels autres éléments cliniques devez-vous rechercher ?

Réponse attendue :

- Pour évaluer la gravité maternelle :

- réflexes ostéo-tendineux vifs, diffusés, polycinétiques, témoins d'une hyperexcitabilité neurologique,

- surveillance constante : réapparition de signes fonctionnels, poussées hypertensives, diurèse (oligurie ?).

- Pour évaluer le retentissement fœtal :

- mouvements actifs,

- activité cardiaque.

- Pour évaluer les conditions obstétricales en vue d'une terminaison rapide de la grossesse :

- contractions utérines ?

- modifications cervicales au toucher vaginal ?

QUESTION 3/5 :

Quels examens complémentaires demandez-vous ?

Réponse attendue :

- biologie : groupe rhésus (2 déterminations si non faites), RAI, NFS Plaquettes, créatininémie, uricémie, TP et TCA +/- facteurs de la coagulation, fibrinogène, D-dimères, ASAT, ALAT, LDH, protéinurie quantitative sur échantillon puis sur 24 heures,
- échographie obstétricale avec biométrie fœtale, Doppler utérin, ombilical et cérébral fœtal,
- enregistrement cardiotocographique.

QUESTION 4/5 :

Le bilan montre : protéinurie = 5 700 mg/l, uricémie = 453 μ mol/l, retard de croissance intra-utérin sévère avec poids fœtal estimé à 1 400 g (normale à 33 SA : environ 2 000 g), oligoamnios. Le Doppler utérin montre une incisure protodiastolique bilatérale franche et une diminution de la vélocité diastolique. Le reste du bilan biologique, le Doppler ombilical et cérébral fœtal et l'enregistrement cardiotocographique sont normaux. Commentez ces résultats.

Réponse attendue :

- La protéinurie à 5,7 g/l, l'hyperuricémie, le RCIU sévère et l'oligoamnios sont des signes de gravité imposant une extraction fœtale à brève échéance,
- L'altération du Doppler utérin annonce un risque potentiel de complication aiguë (hématome rétroplacentaire, éclampsie...),
- Cependant, il n'y a pas de signes cliniques, biologiques ou cardiotocographiques de gravité immédiate,
- À 33 SA, on peut proposer de temporiser 48 heures, le temps nécessaire à l'action d'un traitement corticoïde pour prévention de la maladie des membranes hyalines.

QUESTION 5/5 :

Quelle est votre Conduite À Tenir (CAT) dans l'immédiat ?

Réponse attendue :

- hospitalisation,
- bilan préopératoire et consultation d'anesthésie,
- à 33 SA, corticothérapie pour prévention de la maladie des membranes hyalines,

- voie d'abord veineuse de gros calibre, sonde urinaire,
- surveillance étroite : conscience, pouls, TA, respiration, diurèse, RCF

Traitement médical immédiat :

- antihypertenseurs à la seringue électrique,
- selon les cas et pour certains : perfusion d'albumine pour corriger l'hypovolémie et l'œdème, anticonvulsivants (sulfate de magnésium notamment).

Le traitement obstétrical est la terminaison de la grossesse,

- en général par césarienne à 33 SA,
- la discussion porte sur le moment exact : dans cette forme sans signes de gravité immédiate à 33 SA, il est logique de temporiser 48 heures pour permettre au traitement corticoïde d'atteindre son efficacité optimale.