



# PREECLAMPSIE ATYPIQUE DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE



Dr. S GUEDAOURA  
EPH HASSEN BADI. ALGER



# PLAN



INTRODUCTION - DÉFINITION

INTÉRÊT - ÉPIDÉMIOLOGIE

PHYSIOPATHOLOGIE  
DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

PRESENTATIONS ATYPIQUES

PRISE EN CHARGE - CONCLUSION

## INTRODUCTION

- Un syndrome unique à la grossesse
- Une des causes principales de mortalité et morbidité fœtomaternelles à l'échelle mondiale.

- La complexité de sa physiopathologie
- un très grand polymorphisme clinique, Retard de diagnostic et de la prise en charge.



## PRÉÉCLAMPSIE

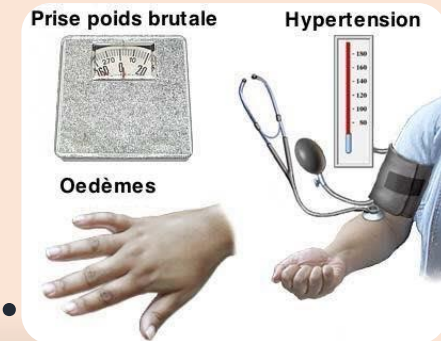
les critères de définition sont périodiquement réévalués par les sociétés médicales.

- Persiste des cas de prééclampsie qui échappent au cadre de ces définitions,
- Nécessité d'un dépistage précoce et une prise en charge adéquate

# DÉFINITION

## PREÉCLAMPSIE

Par le passé....



HTA, PAS  $\geq 140$  mmhg  
PAD  $\geq 90$  mmhg



### Proteinurie

- 1+ ou plus au Labstix
- $\geq 300$  mg/24h



### Oedemes

- Mains, Face
- Non sensitif, non spécifique



APRÈS 20 semaines  
d'aménorrhées

## DÉFINITION

# PREÉCLAMPSIE

Actuellement selon ACOG

HTA, PAS  $\geq 140$  mmhg  
PAD  $\geq 90$  mmhg



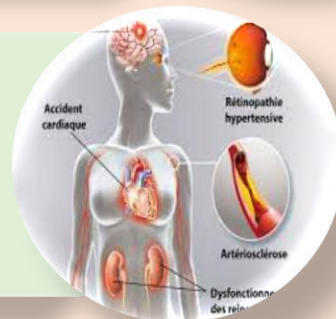
Proteinurie

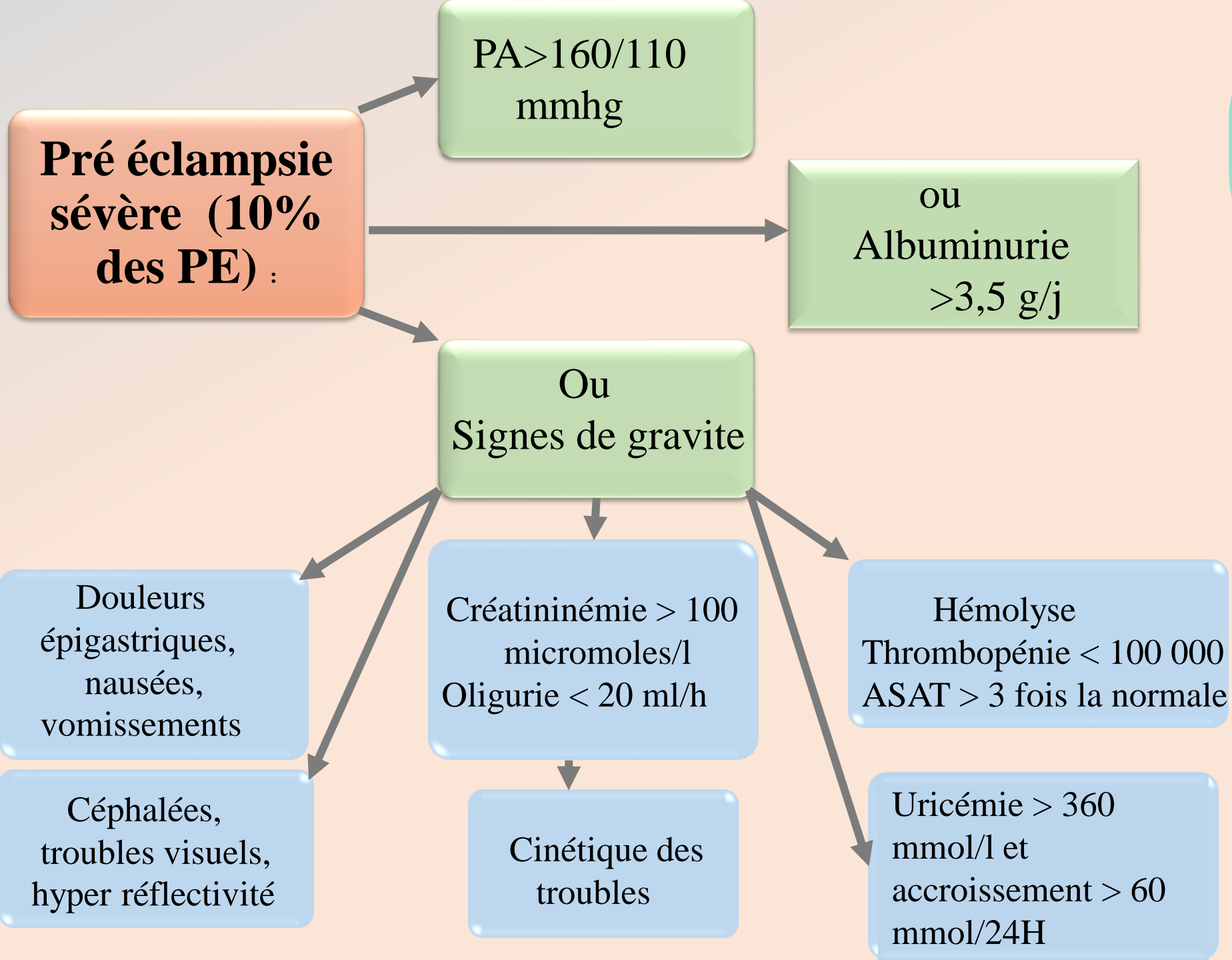
- 1+ ou plus au Labstix
- $\geq 300$  mg/24h



**APRÈS 20 semaines  
d'aménorrhée**

- Une atteinte d'organe unique ou multiple.





## DÉFINITION

# PRÉÉCLAMPSIE ATYPIQUE

Sibai et Stella en 2006 .

Définition quatre entités cliniques selon:

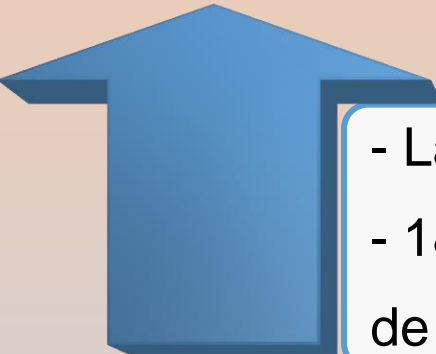
- le terme d'apparition de la prééclampsie (avant 20 semaines d'aménorrhée ou dans le post-partum)
- l'absence de l'un des signes cardinaux de la prééclampsie (formes normotensives ou non protéinuriques).

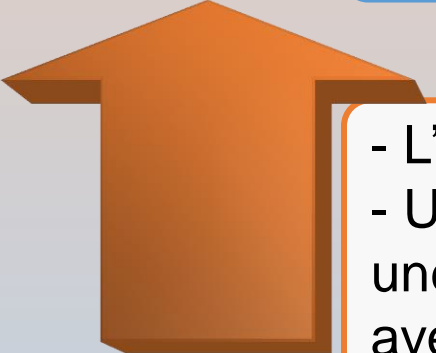
### Définition de la prééclampsie atypique


Entité	Définition
Prééclampsie non protéinurique	Hypertension gestationnelle et $\geq 1$ des critères suivants: <ul style="list-style-type: none"><li>• Symptômes de prééclampsie</li><li>• Hémolyse</li><li>• Thrombocytopénie (<math>&lt; 100\,000/\text{mm}^3</math>)</li><li>• Elévation des tests hépatiques (2 x la limite supérieure de la normale)</li></ul>
Prééclampsie normotensive	Protéinurie gestationnelle plus $\geq 1$ des critères suivants: <ul style="list-style-type: none"><li>• Symptômes de prééclampsie</li><li>• Hémolyse</li><li>• Thrombocytopénie</li><li>• Elévation des tests hépatiques</li></ul>
Prééclampsie-éclampsie $< 20$ semaines d'aménorrhée (SA)	Prééclampsie-éclampsie survenant $< 20$ SA
Prééclampsie-éclampsie du post-partum (PP)	Prééclampsie-éclampsie survenant $> 48$ h après l'accouchement (jusqu'à 6 sem. PP)



# ÉPIDÉMIOLOGIE

- 
- La prééclampsie complique 2 à 8 % des grossesses
  - 18 % des décès maternels dans le monde sont secondaires à des complications de l'EP, avec un nombre de décès estimé à 70 000 par an .

- 
- L'incidence exacte de ces formes atypiques n'est pas connue.
  - Une étude de cohorte colombienne en 2015 les PE atypiques représentent une part significative des pathologies vasculaires placentaires avec une nette prédominance de la forme non protéinurique

- 
- Les facteurs de risque semblent similaires à ceux de la forme classique.
  - La prise en charge est identique à celle de la prééclampsie classique,
  - La décision de l'accouchement est orientée par l'existence ou non de signes de gravité.

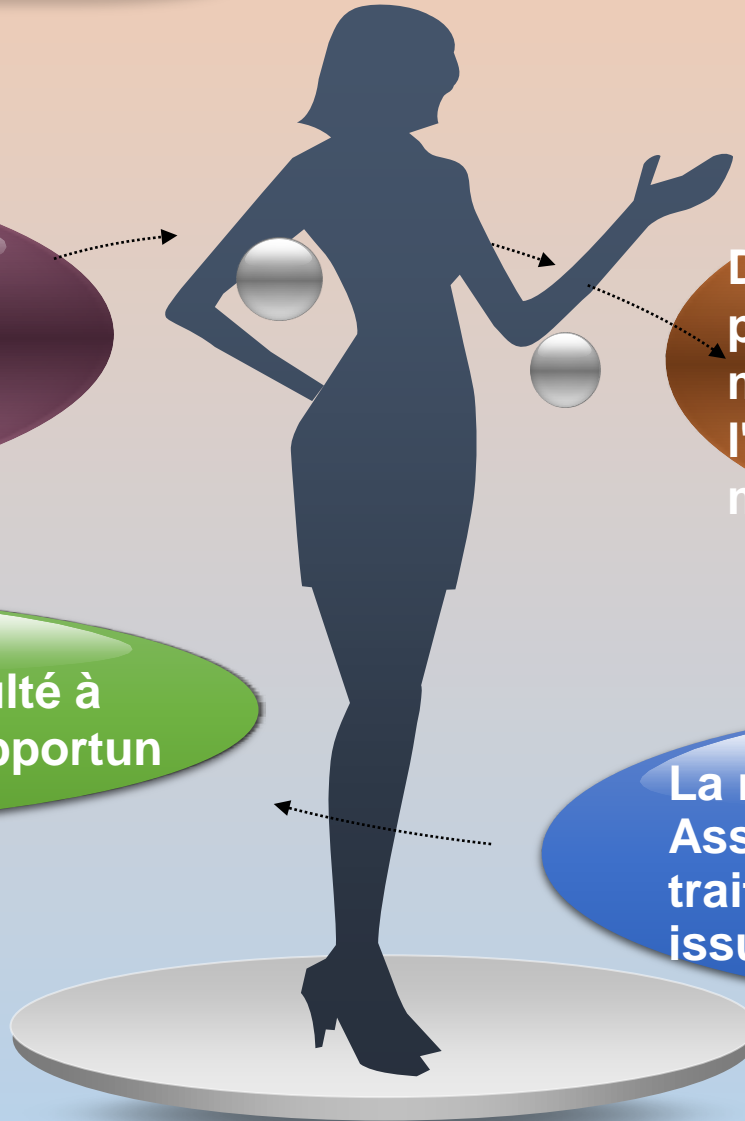
# INTÉRÊT

- Absence de consensus quant à la définition de PE
- Formes atypiques de plus en plus présentes dans notre pratique quotidienne

Apparition imprévisible et difficulté à poser un diagnostic en temps opportun

Dépistage multimodal de la prééclampsie: les facteurs de risque maternels, l'indice de pulsatilité de l'artère utérine, la pression artérielle moyenne et le PIGF sérique.

La nécessité d'une vigilance accrue Assurer un diagnostic et un traitement rapides pour prévenir une issue fatale maternofoetale.



**PRIMUM  
MOVENS**

**PHYSIOPATHOLOGIE**

: invasion trophoblastique réduite des artères spiralées puis utéro-placentaire qui restent sensibles aux agents vasomoteurs

↓  
**Ischémie placentaire**

**RCIU**

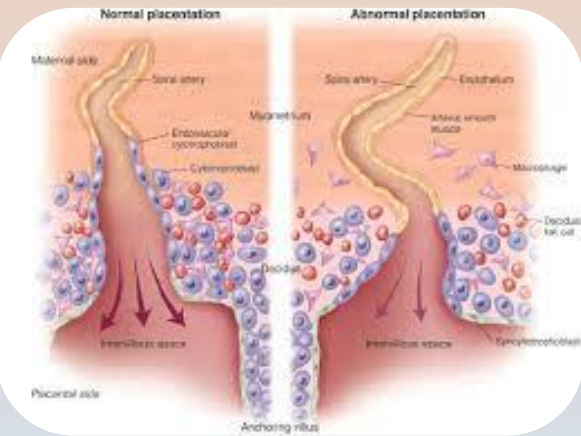
↓  
**Hypoxie placentaire**

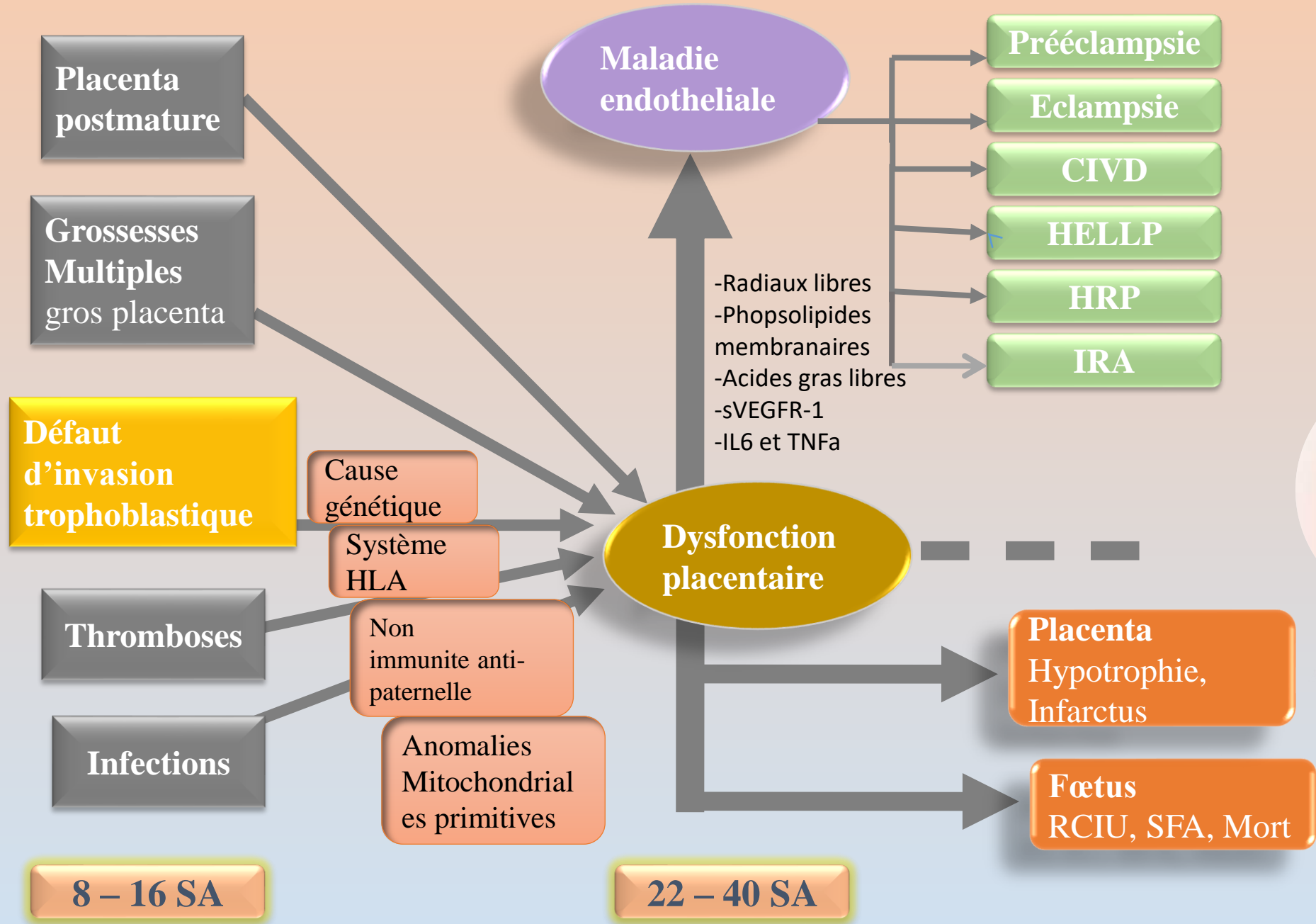
↓  
**Libération de cytokines angiogènes et leurs récepteurs solubles ,débris de cellules trophoblastiques, acides gras libres, des cytokines inflammatoires**

↓  
**Dysfonction endothéliale généralisée**

**PE**

↓  
**Manifestations maternelles cliniques.**





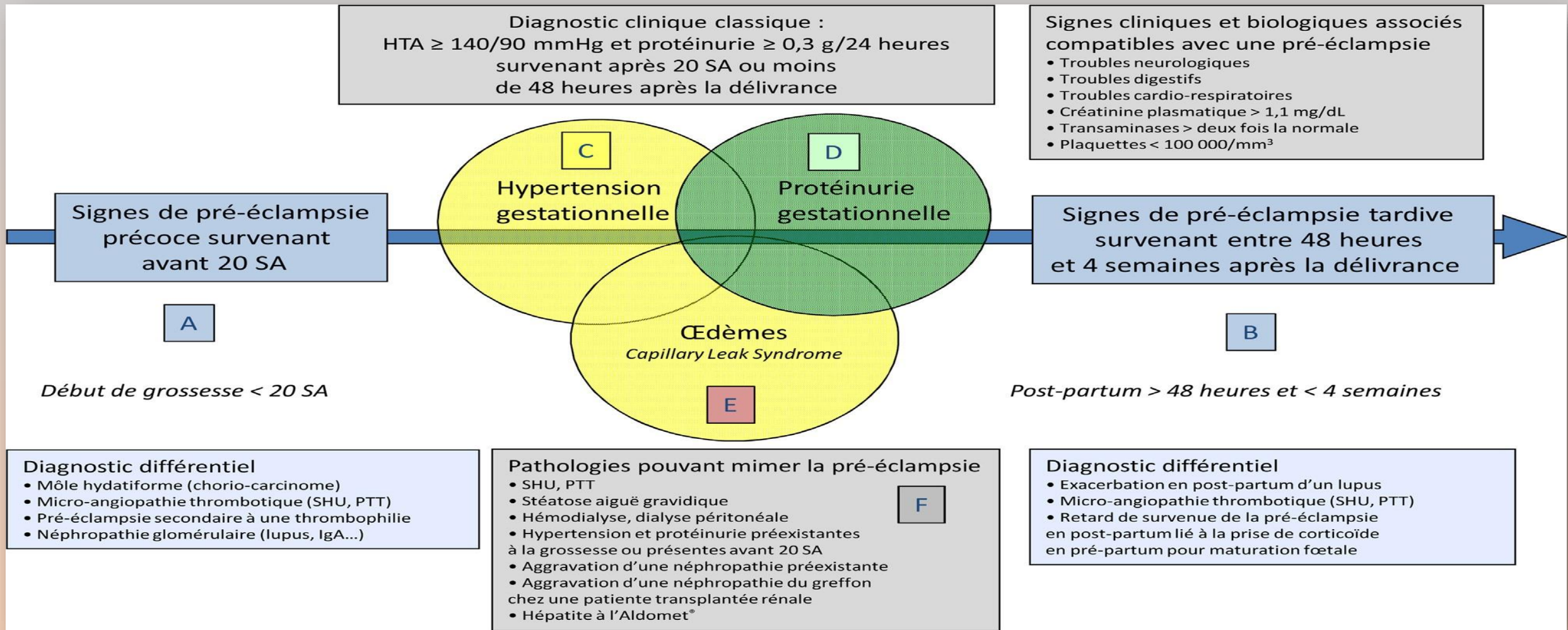


Fig. 6. Intérêts potentiels des facteurs angiogéniques comme biomarqueurs dans le diagnostic des formes atypiques : prééclampsie < 20 SA (A) ou survenant entre 48 heures et 4 semaines après la délivrance (B), prééclampsie se manifestant uniquement par une hypertension gestationnelle (C), une protéinurie gestationnelle (D), des œdèmes (E), et dans les pathologies, avec ou sans néphropathie, pouvant mimer la prééclampsie (F) [96,9]



## PRÉSENTATIONS ATYPIQUES

1

PREÉCLAMPSIE  
SANS HTA

# HELLP Syndrome

- L'hypertension artérielle est la pierre angulaire du diagnostic de la prééclampsie
- Association d'anomalie de l'hémostase à une défaillance multiviscérale, en l'absence de toute HTA

Cliniquement, le mode de présentation du syndrome HELLP est voisin de celui de la prééclampsie.

## HELLP Syndrome

PR SANS HTA

La stéatose hépatique aigue gravidique diagnostic différentiel en présence d'une insuffisance hépatocellulaire aigue

- Une forme sévère de prééclampsie.
- Additionner à une prééclampsie préexistante
- Survenir isolément, avec environ 15% de cas sans hypertension ou protéinurie.

L'identification précoce du syndrome HELLP est essentielle en raison des issues dramatiques materno-fœtales

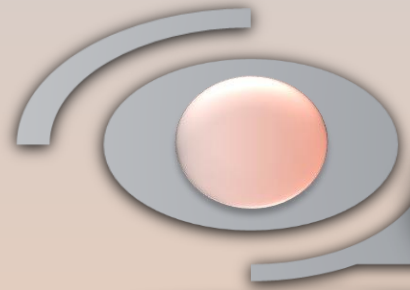
## Protéinurie Gestationnelle

Une excrétion urinaire de protéines de 300 mg/collecte chronométrée sur 24 heures ou une protéinurie positive au Labstix

L'incidence exacte de la protéinurie gestationnelle est inconnue.  
4 % des femmes normotendues présentaient une protéinurie gestationnelle

- Une protéinurie gestationnelle nouvellement apparue doit être surveillée très étroitement pour la détection précoce d'une prééclampsie imminente
- Nécessité de recherche d'une éventuelle maladie rénale préexistante: une pyélonéphrite chronique, néphrite lupique....

- Persistance pendant 8 semaines après l'accouchement, impose la détection d'une atteinte rénale sous-jacente.
- Une protéinurie accompagnée de symptômes cardiorespiratoires, une ascite doit évoquer une cardiomyopathie du péripartum



# PRÉSENTATIONS ATYPIQUES

2

PREÉCLAMPSIE  
SANS PROTEINURIE



# PE SANS PROTEINURIE

L'atteinte rénale de la prééclampsie est une endothéliose capillaire glomérulaire, traduit par l'apparition d'une protéinurie significative > 300 mg par jour.

La présentation initiale de la prééclampsie n'est pas obligatoirement dominée par l'atteinte rénale.

- Selon les directives de l'ACOG de 2013, la protéinurie n'est plus obligatoire au diagnostic de la prééclampsie

- une prééclampsie aprotéinurique ne devrait plus, être considérée comme une forme atypique.

Sample Text

Sample Text

Sample Text



## PRÉSENTATIONS ATYPIQUES

3

PREÉCLAMPSIE  
AVANT 20 SA

## PE AVANT 20 SA

- Rares cas en littérature de prééclampsie avant 20 semaines de gestation touchant des grossesses évolutives sans dégénération molaire du placenta.

- Rechercher les maladies pouvant mimer une prééclampsie: la néphrite lupique, le syndrome hémolytique urémique, le syndrome des antiphospholipides et le purpura thrombotique thrombocytopénique.

- Devant toute crise convulsive associée à une hypertension artérielle et une protéinurie, le diagnostic d'éclampsie doit être considéré jusqu'à preuve du contraire.

En l'absence de diagnostic alternatif, le traitement repose sur l'administration de sulfate de magnésium, une thérapie antihypertensive et l'interruption de la grossesse.



## PRÉSENTATIONS ATYPIQUES

4

PREÉCLAMPSIE  
POST PARTUM

## PE POST PARTUM

Guérison de la PE par la délivrance placentaire, désormais elle peut se manifester jusqu'à six semaines après l'accouchement.

La physiopathologie reste mal illustrées.

L'incidence exacte n'est pas encore déterminée  
Ses facteurs de risque sont ceux de la forme de l'anté-partum.

Étroite surveillance tensionnelle postnatale des patientes à risque,



- 1- Hospitalisation en réanimation.
- 2- Position en DLG et O2
- 3- O2 voies d'abord de gros calibre.
- 4- Monitoring non invasif:  
PNI,FC,FR,SPO2,Electrocardioscope
- 5- Sondage vésical.
- 6- **Traitement de l'HTA selon le protocole des dernières recommandations de la SFAR.\*\*\***
- 7- Prévention ou traitement des crises convulsives le cas échéant (MgSO4 ,BZD)
- 8- Remplissage vasculaire.



**But : maintenir la PAM à 100 mmHg  
et PAD à 95 mmHg  
pour éviter SFA**

## MESURE INITIALE DE LA P.A

PAS > 180 mmHg ou PAM > 140 mmHg **trt d'attaque**  
Nicardipine IV  
Bolus de 0,5 à 1 mg, puis perfusion de 4 à 7 mg en 30'  
(20mg ramenés à 40cc de SSI 9% V=10cc/h)

PAS < 180 mmHg ou PAM < 140 mmHg  
**Traitement d'entretien**  
Nicardipine IV 1 à 6 mg/h  
(20 mg ramenés à 40cc de SSI 9% V=de 2cc/h à 12cc/h)  
Labétatol IV 5 à 20 mg/h

évaluation de l'efficacité et de la tolérance 30'

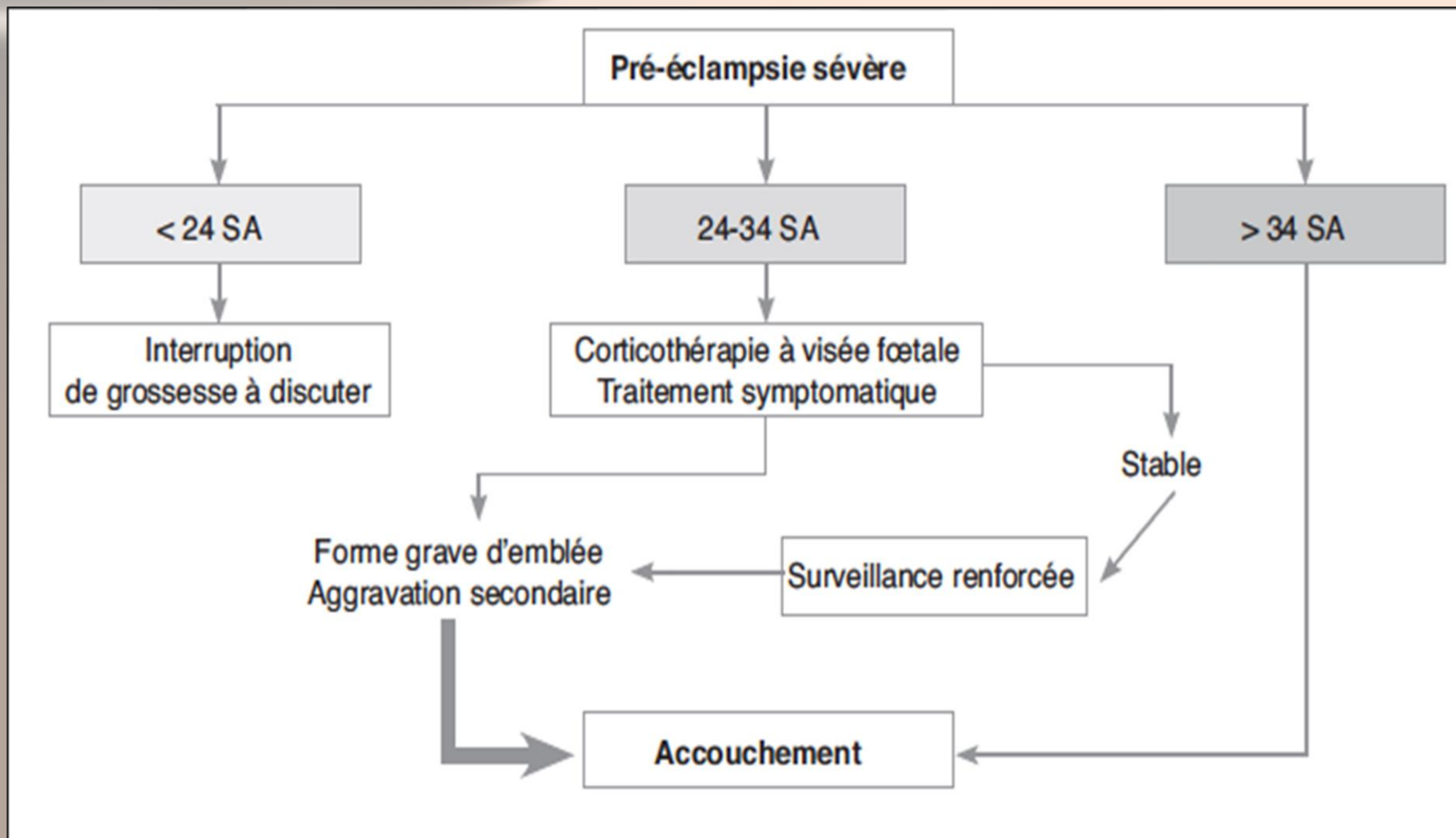
140 < PAS < 160 mmHg  
100 < PAM < 120 mmHg  
**Traitement d'entretien**  
Nicardipine IV 1 à 6 mg/h  
Ou  
Labetalol IV 5 à 20 mg/h

PAS < 140 mmHg  
PAM < 100 mmHg  
baisse ou arrêt du traitement

PAS > 160 mmHg  
PAM > 120 mmHg  
**BITHERAPIE**  
Nicardipine 6mg/h  
Soit clonidine 15 à 40 µg/h  
(4amp ramenés à 48cc de SSI à 9% V=2cc/h)  
**NB:**  
Associations possibles:  
-Avlocardyl+nicardipine  
-Avlocardyl+dihydralazin

**effet secondaire**  
1-Baisse de la nicardipine.  
2-Associer :  
Soit labétalol 5 à 20 mg/h  
Soit clonidine 15 à 40 µg/h

# PRISE EN CHARGE




Prise en charge de la pré-éclampsie sévère selon le terme de la grossesse (HTA et grossesse : consensus d'experts de la Société française d'hypertension





# CONCLUSION

- 
- 01** La prééclampsie atypique est une variété de prééclampsie non entièrement reconnue, Associée à une morbi-mortalité maternelle et périnatale.
  - 02** Nécessité de révision de sa définition classique  
Un dépistage multimodal rigoureux de PE au cours du premier trimestre pour identifier les femmes à Haut risque.
  - 03** L'utilité clinique de biomarqueurs, tels que les facteurs angiogéniques, outils potentiellement prometteurs et utiles à l'identification précoce de la prééclampsie
  - 04** Attirer l'attention des cliniciens sur ces formes atypiques tout en évitant de passer à côté d'une autre pathologie sous-jacente (neurologique, rénale et endocrinologique).
  - 05** Pour l'heure, la prééclampsie atypique ne se dévoile qu'au clinicien avisé, qui saura en déjouer les subtilités en excluant les diagnostics différentiels.

# MERCI

