

Toxémie gravidique

Définition

Syndrome propre à la grossesse associant hypertension artérielle et/ou protéinurie survenant généralement chez la primipare sans antécédents vasculo-rénaux au 3^e trimestre et disparaît habituellement dans les 6 mois suivant la grossesse

Epidémiologie

- **Fréquence** : 5 à 10 % des femmes enceintes
- **Mortalité maternelle** : 2^e cause
- **Femmes à risque** : primipares, antécédents de toxémie gravidique (x 10), grossesse molaire 1^{er} + 2^e trimestre, obésité, hydramnios, grossesses multiples, anasarques, hauteur utérine excessive, changement de partenaire

Classification (ACGO)

- **Type I** : toxémie gravidique pure, habituellement primipare au-delà de la 20^e SA et disparaît souvent dans les 6 mois suivant l'accouchement.
- **Type II** : HTA chronique, HTA avant la grossesse quel que soit la cause, elle survient habituellement avant la 20^e SA, la récurrence est presque la règle. En absence de protéinurie, le pronostic est plus favorable que dans le type I.
- **Type III** : toxémie gravidique surajoutée, le risque est nettement accru, il s'agit d'une toxémie gravidique de type II sur laquelle vient se greffer une protéinurie au cours du 3^e trimestre
- **Type IV** : HTA isolée de la grossesse, l'HTA apparaît au cours de chaque grossesse pour disparaître au cours des périodes inter-gestationnelles

Physiopathologie

- Mauvaise invasion utéroplacentaire → persistance de l'intima avec la media → hypo-perfusion placentaire → libération de substances → vasoconstriction → HTA hypovolémique
- Au niveau rénal → sub-atteinte glomérulaire → fuite des protéines → protéinurie
- Fœtus → diminution de l'apport nutritionnel → Retard de Croissance Intra-Utérin
- L'anomalie initiale est un trouble précoce de la placentation (anomalie d'invasion des artères spiralées utérines, qui sont de calibre insuffisant et ne perfusent pas correctement le placenta), ceci aboutit à une ischémie placentaire (le placenta ne reçoit pas assez de sang, et donc pas assez d'oxygène et de nutriments).
- **Conséquences maternelles** : facteurs vasoconstricteurs → diminution du calibre des artéioles, augmentation de la pression de perfusion. À cette hypertension s'ajoutent des anomalies liées à la libération par le placenta ischémié de substances toxiques, qui altèrent la paroi des vaisseaux. Ceci aboutit à des lésions vasculaires rénales, hépatiques (micro-angiopathie thrombotique), cérébrales, et des troubles hématologiques (coagulation intravasculaire disséminée, thrombopénie) par action toxique sur les éléments du sang
- **Conséquences fœtales** : le fœtus ne reçoit pas assez de nutriments et d'oxygène, ce qui provoque une souffrance fœtale chronique avec retard de croissance intra-utérin disharmonieux (car tardif, postérieur à la 20^e SA) : le cerveau est privilégié par la vascularisation aux dépens des viscères et des membres : on a un aspect échographique de fœtus araignée (grosse tête et membres grêles). L'ischémie rénale entraîne une diminution de la formation d'urine, et donc un oligoamnios

Diagnostic positif

- **Interrogatoire :**
 - **Antécédents non-obstétricaux :**
 - **Antécédents familiaux :** HTA, diabète, obésité
 - **Antécédents personnels :** âges extrêmes (< 16 ans, > 40 ans), HTA, diabète, obésité, HTA sous œstro-progestatifs
 - **Antécédents obstétricaux :** primiparité, toxémie gravidique, éclampsie, hématome rétro-placentaire, grossesses multiples, Retard de Croissance Intra-Utérin et Mort Fœtale Intra-Utérine, diabète gestationnel
- **Triade clinique :**
 - **Pression Artérielle :** PA systolique ≥ 140 mmHg et/ou PA diastolique ≥ 90 mmHg.
 - Si la PA antérieure est connue, le diagnostic d'HTA est fait si la PAD augmente de 15 mmHg et/ou la PAS augmente de 30 mmHg
 - Une TA $\geq 140/90$ mmHg, constatée au moins à deux moments de la journée, séparées de 4 à 6 heures d'intervalle, permet de poser le diagnostic d'HTA → profil tensionnel
 - Le profil tensionnel consiste en la mesure de la TA sur 4h pendant au moins 24h au repos : au deux bras, brassard adapté, position assise et en décubitus latéral gauche
 - **Protéinurie :** succède toujours à l'HTA, signe de gravité, de type glomérulaire (albuminurie prédominante).
 - **Dosage qualitatif :** bandelettes réactives colorimétriques (LABSTIX *) : $\geq 2x$
 - **Dosage quantitatif :** ≥ 0.3 g/l sur les urines de 24h / ≥ 1 g/l sur échantillon urinaire.
 - Fausse protéinurie des infections urinaires (Examen Cyto-Bactériologique des Urines)
 - **Œdèmes :** signe inconstant, importants, diffus, ne respectent pas la pesanteur, signe de la bague, prise de poids importante >12 kg durant la grossesse et/ou >500 g/semaine pendant les derniers mois → courbe de poids +++

Classification selon la gravité

- **Toxémie gravidique légère :**
 - $90 \leq$ diastolique < 99 mm Hg.
 - $140 \leq$ systolique < 149 mm Hg.
 - Protéinurie ≤ 1 g/24 h.
- **Toxémie gravidique moyenne :**
 - $100 \leq$ diastolique < 109 mm Hg.
 - $150 \leq$ systolique < 159 mm Hg.
 - Protéinurie ≤ 3 g/24 h.
- **Toxémie gravidique sévère :**
 - Diastolique ≥ 110 mm Hg.
 - Systolique ≥ 160 mm Hg.
 - Protéinurie ≥ 5 g/24 h ou 3x-4x sur la bandelette urinaire

Bilan biologique

- **Bilan maternel :**
 - NFS complète, groupage sanguin, Rhésus
 - Bilan d'hémostase
 - Bilan rénal : uricémie, créatinine
 - Protéinurie des 24 heures
 - Bilan hépatique : ASAT/ALAT.
- **Bilan fœtal :**
 - Enregistrement du Rythme Cardiaque Fœtal
 - Echographie (biométrie et Mouvements Actifs Fœtaux)
 - Doppler (utérin, ombilical, cérébral)

Signes de gravité

- **Recherche des signes de pré-éclampsie sévère** : Réflexes Ostéo-Tendineux vifs, céphalées, flou visuel, douleurs épigastriques, vomissements, bourdonnement d'oreille, protéinurie > 1 g/l
- **Auscultation cardio-pulmonaire** : râles

Complications

- **Maternelles** :
 - **Dysgravidie** : hématome rétro-placentaire, éclampsie, HELLP syndrome (Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelet count), hématome sous capsulaire du foie
 - **HTA** : hémorragie rétinienne, OAP, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale aiguë, décès maternel
- **Fœtales** : prématurité induite +++, Retard de Croissance Intra-Utérin, Souffrance Fœtale Aigüe, Mort Fœtale Intra-Utérine, mort néonatale, morbidité néonatale

Eclampsie (15% des HTA)

- Etat convulsif suivie d'état comateux, précédé des signes de pré-éclampsie (céphalées, somnolence, vertige, trouble visuel, bourdonnement des oreilles, trouble digestif, nausées, vomissements, douleur épigastrique en barre)
- **Diagnostic positif** : évolution en 4 étapes :
 - **Phase d'évasion** : les globes oculaires roulent dans l'orbite, fibrillation et enroulement des membres supérieurs, pas d'atteinte de membres inférieurs
 - **Phase tonique** : hypertonie généralisée, apnée et cyanose au visage, mousse au coin des lèvres
 - **Phase chronique** : mouvement saccadé des muscles
 - **Coma** : phase d'hébétude qui ne fait place au coma que si les crises se répètent
- **Evolution de la crise de l'éclampsie** :
 - **Dans l'immédiat** :
 - Guérison immédiate sous l'effet des médicaments
 - En cas d'absence de traitement : répétition de crises, menace de la vie maternelle, asphyxie, défaillance cardiaque, hémorragie
- **Diagnostic différentiel** : épilepsie, tumeur cérébrale, thrombophlébite cérébrale
- **Traitement** : Valium 1 injection IV pour arrêter les convulsions, perfusion de 50 mg de Valium dans 500 cc de glucosé 5% ou perfusion de sulfate dans 500 cc de glucosé 5% à la dose de 100 ml/h
 - **Traitement de la poussée hypertensive** : Nepressol et Trandate en IV à la pompe

Traitement

- **Traitement médicamenteux** :
 - **Sédatifs** : pour permettre à la femme d'accepter le repos au lit (Atarax, Valium, Tranxene)
 - **Antihypertenseurs**

Classe	Médicaments	Présentation	Posologie
Agonistes de récepteurs α -2-adrénergiques	Aldomet (α -méthyl-dopa) Catapressan Clonidine	Comprimés à 250 et 500 mg Ampoules à 250 mg Comprimés et ampoules à 0,15 mg	500 à 2000 mg/j 0,15 à 0,90 mg/j
Vasodilatateurs	Népressol (Dihydralazine) Minipress (Prezosine)	Comprimés et ampoules à 25 mg Comprimés à 1 et 5 mg	75 à 200 mg/j 3 à 9 mg/j
Antagonistes de récepteur β -adrénergique	Ténormine (Aténolol) Sectral (Acebutol)	Comprimés à 100 mg Comprimés à 200 mg	100 à 200 mg/j 200 à 400 mg/j
Antagonistes des récepteurs α - et β -adrénergique	Trandate Labétalol	Comprimés à 200 mg Ampoules à 100 mg	200 à 600 mg/j

➤ **Indications :**

- TA ≤ 14/9 → repos, pas de traitement
- TA sévère si diastole > 11 → traitement
- TA 16/10 → traitement impératif
- Hypertension modérée avec diastolique à 100 mmHg → α-méthyl-dopa (Aldomet) : 1 comprimé toutes les 6h

● **Traitement obstétrical :**

- **Si HTA modérée :** ne jamais dépasser le terme, déclenchement à 37SA
- **Si HTA sévère :**
 - **28 – 32 SA** → il faut essayer d'attendre 32 SA puis césariser
 - **32 – 36 SA** → césarienne si TA mal contrôlée
 - **Si souffrance fœtale** → 36 SA
- **Si TA bien contrôlée :** accouchement par voie basse sauf si l'état maternel exige une évacuation d'urgence

Prévention

- **Primaire :** aspirine à petite dose
- **Secondaire :** dépister et traiter systématiquement toute hypertension artérielle :
 - Augmenter le taux de couverture en consultation prénatale
 - Consultation à toute femme enceinte
 - Prendre la TA systématique (poids, protéinurie, TA)
 - Promouvoir l'éducation sanitaire
 - Améliorer la qualité de la prise en charge de l'HTA
 - Pas de régime sans sel
 - Pas de diurétiques
 - Inscription de produits nécessaires
 - Moindre coût

