Dépistage de la prééclampsie en début de grossesse

La prééclampsie (gestose EPH) touche 2 à 5 % des femmes enceintes et constitue dans les pays occidentaux la cause de mortalité la plus fréquente chez les femmes enceintes. Le diagnostic est posé en apportant la preuve d'une hypertension artérielle et d'une protéinurie. Dans la pathogénèse de la maladie est impliqué un trouble de l'angiogénèse placentaire. Il est désormais possible d'évaluer les risques d'une prééclampsie de la future mère dès l'examen du premier trimestre. En associant les antécédents de la patiente à des paramètres biophysiques et biochimiques, il est en effet possible de déceler plus de 90 % des grossesses au cours desquelles on peut s'attendre à une prééclampsie.

Selon les directives de la International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy une prééclampsie se caractérise par les symptômes suivants :

- Hypertonie gestationnelle : après la 20e semaine de grossesse, tension artérielle ≥140/90 mm Hg chez une femme enceinte jusque-là normotendue.
- Protéinurie (≥ 300 mg/24h démontrés dans des urines de 24h ou ratio protéine-créatinine > 30mg/mmol dans l'urine spontanée) apparaissant après la 20e semaine de grossesse. Cela peut entraîner des œdèmes marqués.

On trouve également des augmentations de l'acide urique, des transaminases, de la phosphatase alcaline, des γ-GT et de la bilirubine. La prééclampsie est également appelée gestose EPH (**e**dema, **p**roteinuria, **h**ypertension – œdème, protéinurie, hypertension). Elle apparaît rarement avant la 20e semaine de grossesse et peut se manifester jusqu'à 14 jours après l'accouchement. La prééclampsie est un stade préliminaire de l'éclampsie et doit être détectée le plus tôt possible. La prééclampsie précoce qui apparaît avant la 34e semaine de grossesse représente une complication grave de la grossesse avec une menace très importante pour la mère et l'enfant.

Outre la détermination classique du quotient sFlt-1/PlGF (à partir de la 20e SG), le dépistage de la prééclampsie au cours du 1er trimestre (entre la 11e et 14e SG) gagne toujours plus en importance. Cela est dû à la fiabilité des algorithmes et à la possibilité d'intervenir pour réduire les risques. Le groupe de travail autour du Prof. Nicolaides [1–4] a ainsi pu montrer dans de nombreuses études qu'en associant les antécédents de la patiente à des paramètres biophysiques et biochimiques (voir tableaux), il était possible de détecter plus de 90 pour cent des grossesses au cours desquelles on pouvait s'attendre à une prééclampsie. Pour ce faire, on utilise les antécédents propres ainsi que les antécédents obstétricaux, l'index de pulsatilité des artères utérines, la pression artérielle moyenne et le marqueur sérique PlGF (Placental Growth Factor). Il est ainsi possible, avec un taux de faux positif de 5 %, de détecter 80 à 90 % des grossesses au cours desquelles se développera une prééclampsie avant la 34e SG, ainsi que, dans environ 61 % des cas, une prééclampsie avant la 37e SG. En cas de risque accru, il est possible de réduire le risque de moitié environ par la prise journalière d'Aspirine 100 avant la 16e SG.

Facteurs qui sont pris en compte lors du dépistage précoce de la prééclampsie :

Facteurs biophysiques : échographie ; tension artérielle, Doppler de l'index de pulsatilité des artères utérines (UAPI) ; origine ethnique ; taille et poids de la femme enceinte.

Données cliniques : Nombre et évolution des grossesses précédentes ; grossesse multiple ; méthode de conception.

Antécédents maternels : Maladie(s) connue(s), en particulier diabète de type I/II, lupus érythémateux systémique, syndrome des anti-phospholipides, hypertonie ; prééclampsie au cours d'une grossesse précédente, antécédents de prééclampsie dans la famille ; statut de fumeur ou non-fumeur ; traitement médicamenteux.

Marqueur biochimique : Placental Growth Factor (PlGF).

Placental Growth Factor (PlGF)
Le facteur de croissance placentaire (PlGF) joue un rôle pro-angiogénique important dans la mesure où il stimule la vascularisation. Cette dernière augmente considérablement à partir du deuxième trimestre de la grossesse et chute au cours du dernier trimestre. Dans le cas d'une prééclampsie, cette augmentation est moindre et la baisse n'est plus marquée.

Analyse

8888	**Profil de dépistage d'une prééclampsie en début de grossesse** Formulaire **M7680** spécial	1 ml Sérum PT 160.00

Littérature :
[1] R. Akolekar et al., Prenat Diagn 2011; 31:66–74
[2] D.Wright et al., Fetal Diagn Ther 2012; 32:171–178
[3] D. Wright et al, Am J Obstet Gynecol 2015; 213:62.e1–10
[4] O.Gorman et al, Am J Obstet Gynecol 2016; 214(1):103