



# CAS CLINIQUE

---

MAGALIE LANGLOIS



# Vous êtes de garde au SAMU, votre bipper sonne :

Femme, 31 ans  
Primipare 32 + 5  
Utérus contractile  
Pré-éclampsie sévère avec HELLP syndrome  
TA élevée initiale  
Protéinurie 0,74  
Réflexes vifs  
Disparition des contractions

Antécédents med : migraine  
Antécédents chir : conisation CIN1 2021 (biopsie CIN2), avulsion dents de sagesse sous AL  
Antécédents familiaux : 0

Allergie : 0  
158 cm  
64 kg avant grossesse  
Poids actuel : 79 kg (+ 15)

G1P1 grossesse spontanée DDG : 23/07/2022  
Echo T1 le 28/09/2022 à 11 SA + 4J : LCC = 50 mm, CN = 1 mm  
Echo T2 le 13/12/2022 à 22 SA + 3J : EPF 520g (54<sup>e</sup> p.), PC, QLA normale; morphologie normale  
**Echo T3 le 21/02/2023 à 32 SA + 3J : EPF 1809g (22<sup>e</sup> p.), PC, QLA normale; bonne croissance**

HT21 1/1000; électrophorèse Hb normale;  
OMS H0 0,74g/l  
H1 1,22g/l

Sérologies :  
Toxoplasmose : négatif  
Rubéole : positif  
VIH : négatif  
Syphilis : négatif  
VHB : négatif  
VHC : négatif  
CMV : négatif

Groupe A+ RAI négatif ce jour

## QCM 1) Concernant cette grossesse :

---

- A) La pré-éclampsie est la 1<sup>e</sup> cause de mortalité maternelle
- B) Les sérologies sont toutes rassurantes, aucun suivi n'est nécessaire
- C) Si le nourrisson naît aujourd'hui, il sera considéré comme grand prématuré
- D) La prise de poids est normale
- E) Les RAI sont (+), il n'y a pas de risque d'allo-immunisation foetale

## CORRECTION QCM 1) Concernant cette grossesse :

---

A) La pré-éclampsie est la 1<sup>e</sup> cause de mortalité maternelle

B) Les sérologies sont toutes rassurantes, aucun suivi n'est nécessaire =  
TOXOPLASMOSE à répéter tous les mois si (-)

C) Si le nourrisson naît aujourd'hui, il sera considéré comme grand prématuré = 32-37 SA -> prématurité modérée

D) La prise de poids est normale = IMC 25,6 -> poids + 7-11kg

E) Les RAI sont (-), il n'y a pas de risque d'allo-immunisation foetale

# Vous interrogez la patiente sur l'histoire récente de la maladie :

---

- Douleurs abdominales depuis 1 semaine, avec des brûlures d'estomac et du sang dans les toilettes quand elle va à la selle. Ses mains et ses chevilles ont gonflé, et elle se sent extrêmement fatiguée, elle dort peu et fait beaucoup de siestes dans la journée.
- Détartrage il y a 2 semaines, traitée par Byrodogyl (spiramycine + métronidazole) pour un abcès dentaire.
- Son médecin traitant lui a prescrit de l'Oméprazole pour les brûlures d'estomac.
- Ce matin, elle a eu des contractions douloureuses de 6h à 7h.
- A 12h, les contractions reprennent, elle se rend aux urgences.

QCM 2) Devant ce tableau, quels diagnostics suspectez-vous ?

---

A) Pré-éclampsie

B) Infarctus du myocarde

C) Hématome rétro-placentaire

D) Gastro-entérite

E) Menace d'accouchement prématuré

CORRECTION QCM 2) Devant ce tableau, quels diagnostics suspectez-vous ?

---

**A) Pré-éclampsie**

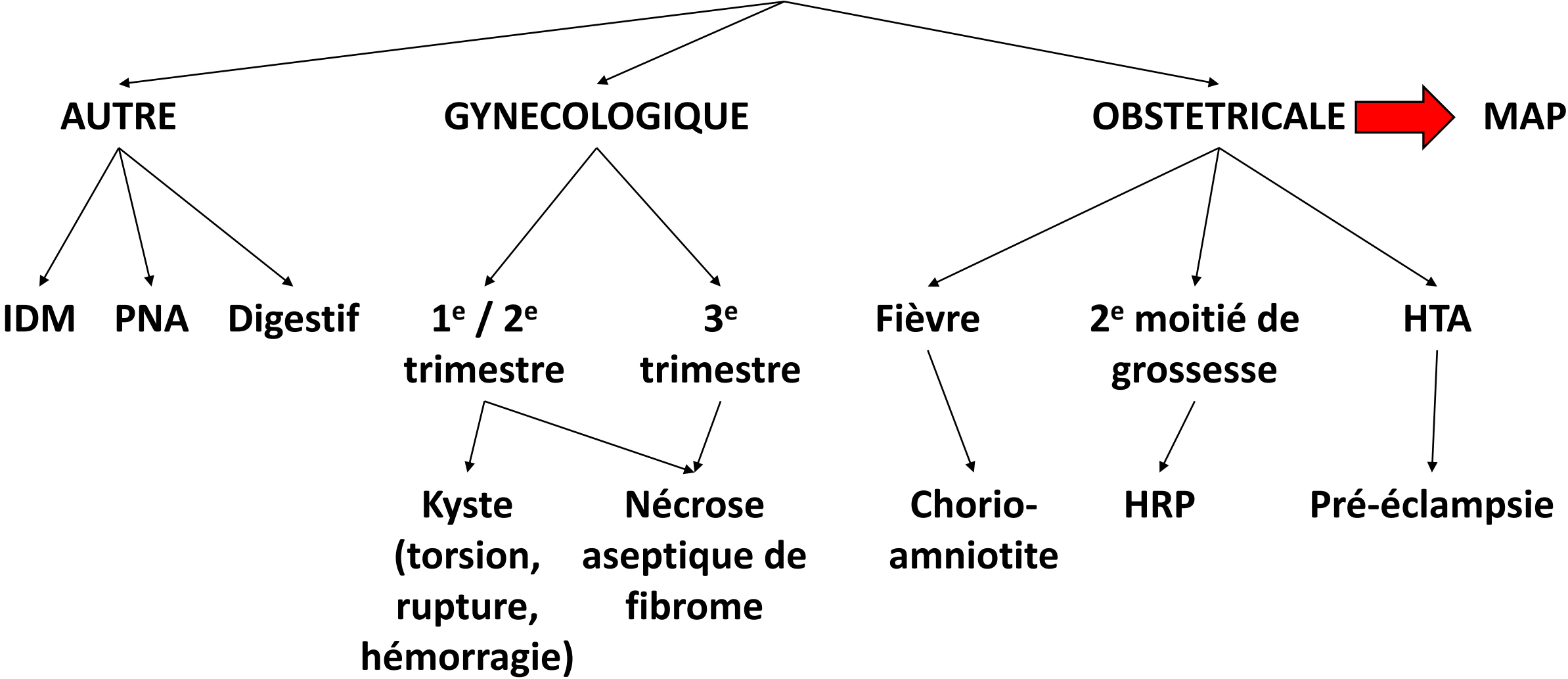
**B) Infarctus du myocarde**

**C) Hématome rétro-placentaire**

**D) Gastro-entérite**

**E) Menace d'accouchement prématuré**

# DOULEUR ABDOMINALE AIGUE





# Les premiers examens cliniques aux urgences retrouvent :

---

La patiente est apyrétique, pas de syndrome inflammatoire.

ECG : rythme sinusal régulier sans anomalie particulière.

Troponine négative.

Le TV trouve une douleur latérale à la palpation, avec un col court, intermédiaire. L'échographie du 3<sup>e</sup> trimestre, réalisée quelques jours plus tôt, montrait une croissance normale et une présentation céphalique.

Consulte ce jour à 32 SA + 5J pour contractions toutes les 10 min

TV : intermédiaire/court/tonique/orifice externe déhiscent.

Présentation céphalique non sollicitant

RCF : fond contractile, RCF normo-oscillant normo-réactif à l'arrivée

**TA 158/94 mmHg**    BU positive 1g/l    **Prot sur échantillon = 0,74 g/l**

**Echographie du col = 12 mm** sans protrusion

**Ces nouvelles données confirment votre suspicion de pré-éclampsie.**

# Etiologie des douleurs abdominales

Étiologies obstétricales	
HELLP syndrome	<ul style="list-style-type: none"><li>- À évoquer dans un contexte d'HTA gravidique ou de <b>prééclampsie</b>, mais parfois inaugural</li><li>- Douleur épigastrique ou de l'hypocondre droit</li><li>- Diagnostic biologique (cf. chapitre 22) ++++</li><li>- Mise en jeu du pronostic maternel et foetal/<b>urgence</b> ++++</li></ul>
Rupture utérine	<ul style="list-style-type: none"><li>- À évoquer chez une patiente qui a un utérus cicatriciel (antécédent de césarienne) et en cours de travail</li><li>- Possible mais exceptionnel en dehors du travail</li><li>- Diagnostic clinique : douleur brutale + déformation utérine + métrorragie de sang rouge</li><li>- Anomalies du RCF constantes ou MFIU</li><li>- Mise en jeu immédiate du pronostic vital foetal et parfois maternel/<b>urgence</b> +++++</li></ul> 
Menace d'accouchement prématuré ou début de travail à terme	<ul style="list-style-type: none"><li>- À évoquer devant des douleurs intermittentes et régulières avant 37 SA (MAP) ou après 37 SA (travail)</li><li>- Toucher vaginal pour évaluer les modifications cervicales</li><li>- RCF normal</li><li>- Cf. chapitre 22 et chapitre 27</li><li>- Mis en jeu du pronostic néonatal possible en fonction du terme (MAP)/<b>urgence</b> +++</li></ul> 

## 2. En faveur d'un **hématome rétroplacentaire**

Les signes cliniques en faveur d'un **hématome rétroplacentaire** sont :

- un contexte vasculaire (âge > 35 ans, HTA, tabac, cocaïne, primipare, prééclampsie);
- une hémorragie peu abondante, noirâtre, incoagulable associée à douleurs utérines brutales, permanentes, qui dominent le tableau;
- un retentissement maternel sévère et sans rapport avec l'abondance des hémorragies : femme prostrée, état de choc, tachycardie mais PA variable, parfois élevée (HTA gravidique, protéinurie);
- une contracture utérine permanente et douloureuse (« ventre de bois »);
- une activité cardiaque foetale non perçue (foetus mort) dans les formes complètes.

QCM 3) Devant ce tableau, quelle est votre prise en charge immédiate ?

---

A) Monitoring fœtal et échographie obstétricale = surveillance RCF, étude des dopplers (RCIU)

B) NFS, frottis, bilan de coagulation = anémie, thrombopénie, CIVD, hémolyse

C) Scanner / IRM cérébral = seulement si crise d'éclampsie

D) Bilan hépatique et rénal = insuffisance rénale, protéinurie, cytolyse

E) Echographie hépatique = hématome sous-capsulaire du foie

CORRECTION QCM 3) Devant ce tableau, quelle est votre prise en charge immédiate ?

A) Monitoring fœtal et échographie obstétricale = surveillance RCF, étude des dopplers (RCIU)

B) NFS, frottis, bilan de coagulation = anémie, thrombopénie, CIVD, hémolyse

C) Scanner / IRM cérébral = **seulement si crise d'éclampsie**

D) Bilan hépatique et rénal = insuffisance rénael, protéinurie, cytolyse

E) Echographie hépatique = hématome sous-capsulaire du foie

La patiente est dilatée à 12mm, le col est intermédiaire.  
Le RCF est normal  
Les résultats du bilan sanguin montrent :

Hb = 13,8 g/dL  
Plaquettes = 120 000

HbA1c = 6,7%

CRP = 32

Fibrinogène = 2,4 g/L

TCA = 1,49

TP = 66%

Acide urique = 646  $\mu\text{mol/L}$   
Créatininémie = 165  $\mu\text{mol/L}$

ASAT = 240 U/L (7N)

ALAT = 336 U/L (6N)

QCM 4) Quel est votre diagnostic ?

A) Hématome rétro-placentaire

B) Allo-immunisation

C) HELLP syndrome

D) Diabète gestationnel

E) Menace d'accouchement prématuré

La patiente est dilatée à 12mm, le col est intermédiaire.  
Le RCF est normal  
Les résultats du bilan sanguin montrent :

Hb = 13,8 g/dL  
Plaquettes = 120 000

HbA1c = 6,7%

CRP = 32

Fibrinogène = 2,4 g/L

TCA = 1,49

TP = 66%

Acide urique = 646  $\mu\text{mol/L}$   
Créatininémie = 165  $\mu\text{mol/L}$

ASAT = 240 U/L (7N)

ALAT = 336 U/L (6N)

CORRECTION QCM 4) Quel est votre diagnostic ?

A) Hématome rétro-placentaire

B) Allo-immunisation

**C) HELLP syndrome**

D) Diabète gestationnel

**E) Menace d'accouchement prématuré**

# MENACE D'ACCOUCHEMENT PREMATURE

La menace d'accouchement prématuré est caractérisée par l'association de modifications cervicales et de contractions utérines (CU) régulières et douloureuses avant 37 SA, soit entre 22 SA et 36 SA + 6 jours. Si l'accouchement survient avant 22 SA, on parle de fausse couche tardive.

## A. Facteurs de risques maternels

Ce sont :

- l'âge : jeune < 18 ans ou élevé > 35 ans;
- la consommation de tabac, de toxiques;
- un bas niveau socio-économique, la précarité, un travail pénible, des trajets longs quotidiens;
- les grossesses rapprochées, de nombreux enfants à charge;
- les troubles psychologiques tels que la dépression, l'anxiété et le stress maternel;
- un traumatisme abdominal, des métrorragies au deuxième ou troisième trimestre.

## B. Causes infectieuses

Ce sont :

- les infections urinaires, les bactériuries asymptomatiques (colonisation urinaire gravidique);
- les infections vaginales;
- la chorioamnionite et/ou la rupture des membranes.

Toute infection peut entraîner, via la fièvre, des contractions utérines.

## C. Causes obstétricales

Ce sont :

- les antécédents d'accouchement prématuré ou d'avortement tardif;
- les causes utérines ou ovulaires :
  - en diminuant la compétence du col : béance cervico-isthmique, conisation, col court mesuré en échographie au cours de la grossesse;
  - en diminuant la taille de la cavité utérine en dehors de la grossesse : utérus diéthylstilbestrol (Distilbène®), malformation utérine, fibrome et utérus polymyomateux;
  - en augmentation la distension utérine au cours de la grossesse : grossesses multiples, hydramnios, macrosomie fœtale.

## 1. Traitement étiologique

**B** Une antibiothérapie adaptée à l'antibiogramme sera prescrite uniquement si une infection est diagnostiquée.

En cas de rupture des membranes, le risque infectieux est important et l'antibiothérapie en cure courte est systématique.

## 2. Traitement symptomatique

La **tocolyse** pendant 48 heures repose sur :

- les inhibiteurs calciques (nifédipine) : ils n'ont pas d'AMM mais représentent souvent le traitement de première intention car une prise orale est possible et le traitement est peu coûteux;
- les antagonistes de l'oxytocine (atosiban) : avec AMM mais souvent utilisés en deuxième intention ou en cas de MAP sévère car il s'agit d'un traitement IV et coûteux.

Les contre-indications strictes à la tocolyse sont les suivantes :

- infection maternofoetale (chorioamnionite);
- rupture des membranes. Il s'agit d'une contre-indication relative. En cas d'âge gestationnel précoce, une tocolyse peut être indiquée en présence de contractions utérines;
- métrorragies importantes;
- anomalies du rythme cardiaque fœtal.

Les mesures symptomatiques comportent également :

- un antipyrétique (paracétamol);
- un antispasmodique (phloroglucinol);
- du repos. On ne préconise pas d'alitement strict car il n'augmente pas le terme d'accouchement et majore de manière importante le risque de maladie veineuse thromboembolique;
- une rencontre de l'équipe de pédiatrie, la préparation à la prématurité éventuelle et un soutien psychologique;
- une injection de gammaglobulines anti-D si la patiente est Rh-, en cas de métrorragies.

QCM 5) A ce stade, quelle est votre prise en charge ?

---

A) Transfert en urgence dans une maternité de type III

B) Tocolyse par inhibiteurs calciques ou oxytocine

C) Corticothérapie par betaméthasone

D) Injection de sulfate de magnésium

E) Toutes les réponses sont fausses



## CORRECTION QCM 5) A ce stade, quelle est votre prise en charge ?

---

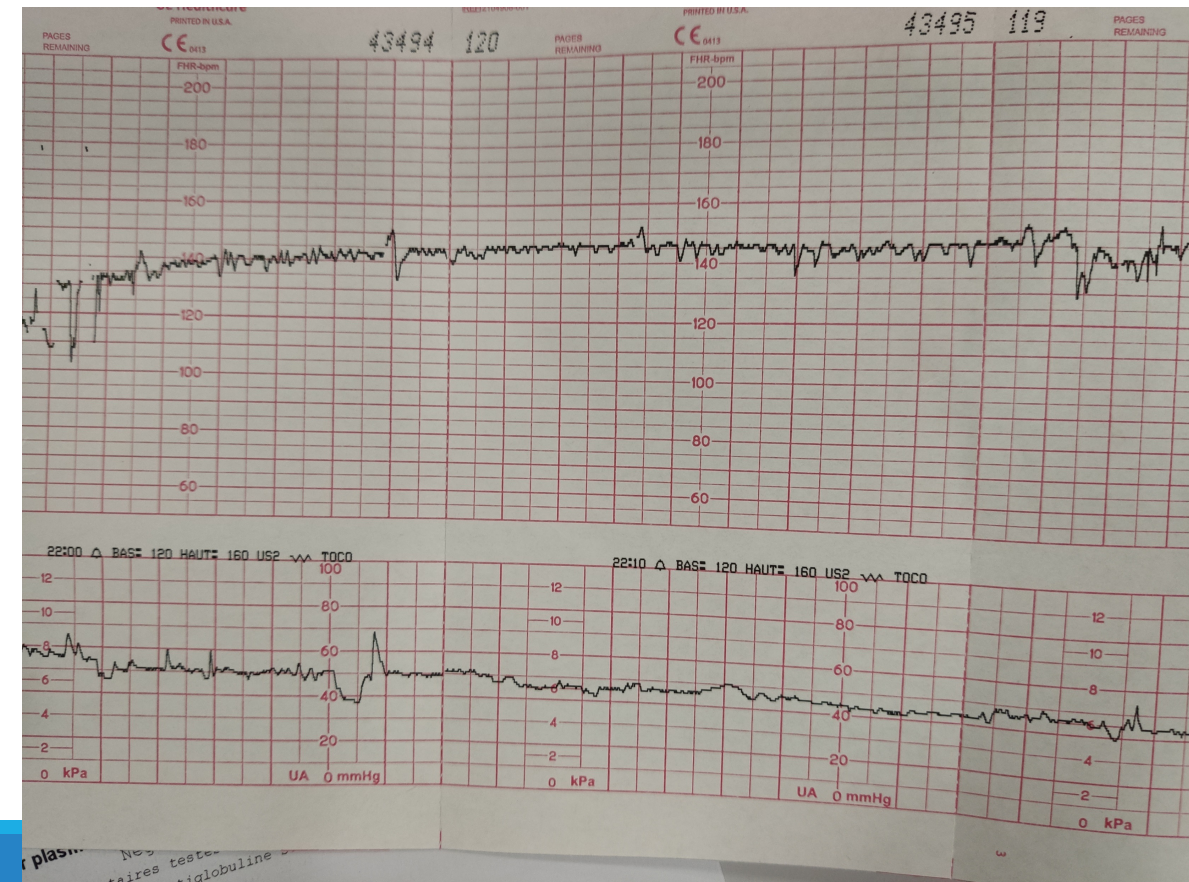
- A) Transfert en urgence dans une maternité de type III = IIB car 32-27 SA
- B) Tocolyse par inhibiteurs calciques ou oxytocine = antagonistes oxytocine
- C) Corticothérapie par betaméthasone = avant 34 SA
- D) Injection de sulfate de magnésium à visée de protection fœtale = avant 32 SA, prophylaxie de la crise d'éclampsie maternelle
- E) Toutes les réponses sont fausses

La patiente reçoit du sulfate de magnésium 4g en IV  
et une dose de charge de corticoïdes (Celesta 4g IV)

Pendant que vous la transportez en AR dans une  
maternité spécialisée, vous relevez ses constantes :

TA = 114/97  
FC = 107 bpm.

A votre arrivée, l'équipe  
réalise un monitoring foetal :



## QCM 6) Comment interprétez-vous ces nouvelles données ?

---

- A) La TA est normalisée, la suite de la PEC sera une surveillance clinique
- B) La patiente est hypotendue et vous la remplissez par 500cc de sérum physiologique
- C) Les micro-oscillations du RCF peuvent être dues à au traitement par corticoïdes
- D) Le RCF micro-oscillant témoigne d'une souffrance fœtale grave
- E) L'ATCD de conisation rend l'interprétation de la longueur du col impossible

# CORRECTION QCM 6) Comment interprétez-vous ces nouvelles données ?

---

- A) La TA est normalisée, la patiente peut rentrer chez elle = **traitement symptomatologique seulement**
- B) La patiente est hypotendue et vous la remplissez par 500cc de sérum physiologique = **pré-éclampsie sévère, risque d'OAP**
- C) **Les micro-oscillations du RCF peuvent être dues à au traitement par corticoïdes**
- D) **Le RCF micro-oscillant témoigne d'une souffrance fœtale grave**
- E) L'ATCD de conisation rend l'interprétation de la longueur du col impossible = **plus court, à prendre en compte**

## QCM 7) Quelle prise en charge proposez-vous ?

---

- A) Tocolyse médicamenteuse
- B) Poursuite du traitement anti-HTA PO et surveillance clinique rapprochée
- C) Poursuite du traitement anti-HTA IV et surveillance clinique rapprochée
- D) Extraction fœtale en urgence = critères de sévérité, indications à l'extraction
- E) Toutes les réponses sont fausses

## CORRECTION QCM 7) Quelle prise en charge proposez-vous ?

---

- A) Tocolyse médicamenteuse
- B) Poursuite du traitement anti-HTA PO et surveillance clinique rapprochée
- C) Poursuite du traitement anti-HTA IV et surveillance clinique rapprochée
- D) Extraction fœtale en urgence = critères de sévérité, indications à l'extraction**
- E) Toutes les réponses sont fausses

# PRISE EN CHARGE DE LA PRE-ECLAMPSIE SEVERE

---

## CRITERES DE SEVERITE

- critères maternels :
  - HTA sévère : PAS > 160 mmHg ou PAD > 110 mmHg;
  - éclampsie;
  - OAP;
  - céphalées persistantes ou troubles visuels;
  - barre épigastrique;
  - oligurie (< 500 ml/24 heures) ou élévation de la créatininémie;
  - protéinurie > 5 g/24 heures;
  - critères de HELLP : ASAT > 2 N, hémolyse, thrombopénie;
- critères fœtaux :
  - RCIU sévère;
  - quantité de liquide amniotique diminuée (oligoamnios).

## CRITERES D'EXTRACTION FOETALE

- critères maternels :
  - crise d'éclampsie;
  - HTA sévère et non contrôlée par une bithérapie antihypertensive;
  - céphalées ou troubles visuels;
  - HRP (clinique ou échographique);
  - CIVD;
  - HELLP syndrome;
- critères fœtaux :
  - rythme cardiaque fœtal pathologique;
  - RCIU important, arrêt de croissance, doppler fœtal ombilical pathologique;
  - oligoamnios sévère.

344 PRÉÉCLAMPSIE

- Génétique : ATCD, peau noire
- Immuno : temps exposition au sperme court
- Physio : âge < 20 ou > 35
- Mère : obésité, diabète, HTA, insu rénale, thrombophilie
- Environnement : hypoxie, stress
- Grossesse : multiple, mole hydatiforme

HTA gravidique > 20 SA (10% grossesses)

- Modérée : 140 - 160 / 90 - 110
- Sévère : > 160/110

Bilans : Doppler artère utérine  
Échographie

**PRÉÉCLAMPSIE**

1ère cause mortalité maternelle  
Défaut d'implantation du placenta dans les artères spiralées  
PA > 140/90 (x2) + protéinurie > 0,3G/24h après 20 SA

Clinique : constantes (PA, FC, FR), oedèmes, diurèse  
Biologie : NFS = anémie, thrombopénie -> HELLP, hémolyse, cytolyse, tub coagulation, bilan hépatique, rénal  
BU  
Échographie : fœtus, foie, +/- scanner, IRM cérébrale si convulsions -> hémorragie, hématome

