

Zeitschrift:	Obstetrica : das Hebammenfachmagazin = la revue spécialisée des sages-femmes
Herausgeber:	Schweizerischer Hebammenverband
Band:	122 (2024)
Heft:	8-9
Artikel:	Prééclampsie en 2024 : où en est-on?
Autor:	Vachette, Maud / Legardeur, Hélène
DOI:	https://doi.org/10.5169/seals-1072747

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 25.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Prééclampsie en 2024: où en est-on?

La prééclampsie est une maladie spécifique à la grossesse. Elle peut se présenter sous une forme sévère avec une atteinte maternelle et fœtale. C'est pourquoi il est important de définir une stratégie claire de prise en charge de cette pathologie. Mise au point des Dres Maud Vachette et Hélène Legardeur (Centre Hospitalier Universitaire Vaudois).

TEXTE :

MAUD VACHETTE ET HÉLÈNE LEGARDEUR

La prééclampsie (PE) est un syndrome spécifique à la grossesse qui touche 3 à 5 % des grossesses et qui est traditionnellement diagnostiquée lorsqu'une femme enceinte présente une hypertension artérielle (HTA) d'apparition récente après 20 semaines d'aménorrhée (SA), associée à une protéinurie, une dysfonction d'organe ou un dysfonctionnement utéro-placentaire (Brown *et al.*, 2018). Malgré les efforts de la recherche pour mieux connaître la physiopathologie et les aspects cliniques de la PE, l'incidence de cette maladie ne diminue pas et reste la principale cause de mortalité maternelle, avec des effets néfastes importants, principalement dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire (Souza *et al.*, 2013). À ce jour, il n'existe aucun traitement pour la PE, si ce n'est l'accouchement et plus particulièrement la délivrance du placenta. Cependant, le repérage de cette pathologie est essentiel pour diminuer les risques materno-fœtaux.

Physiopathologie de la prééclampsie

La cause de la PE n'est pas claire, probablement multifactorielle, mais il y a de plus en plus de preuves qu'un trouble du syncytiotrophoblaste dysfonctionnel est la cause principale, entraînant un état anti-angiogénique (Levine *et al.*, 2004), c'est-à-dire un état qui s'oppose à la formation de nouveaux vaisseaux sanguins. Le syncytiotrophoblaste est une des deux couches tissulaires qui constituent le placenta.

La PE est une situation relativement fréquente à laquelle sont confrontées toutes les équipes d'obstétrique. Dans la majorité des cas, il s'agit de formes non sévères mais la PE peut entraîner des complications graves telles que l'éclampsie, la rupture du foie, l'accident vasculaire cérébral, l'œdème pulmonaire ou l'insuffisance rénale, qui peuvent toutes être fatales (Powe *et al.*, 2011).

Définitions de la PE, du HELLP et de l'éclampsie

En 2018, l'*International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy* (ISSHP) a révisé ses critères diagnostiques de la PE qui se composent actuellement d'une HTA égale ou supérieure à 140/90mmHg au-delà de 20 semaines de grossesse associée à une protéinurie (égale ou supérieure à 0.3g/24h) ou à une dysfonction d'organe ou à un dysfonctionnement utéroplacentaire (Brown *et al.*, 2018).

maines de grossesse associée à une protéinurie (égale ou supérieure à 0.3g/24h) ou à une dysfonction d'organe ou à un dysfonctionnement utéroplacentaire (Brown *et al.*, 2018).

Dysfonction d'organe ou utéroplacentaire

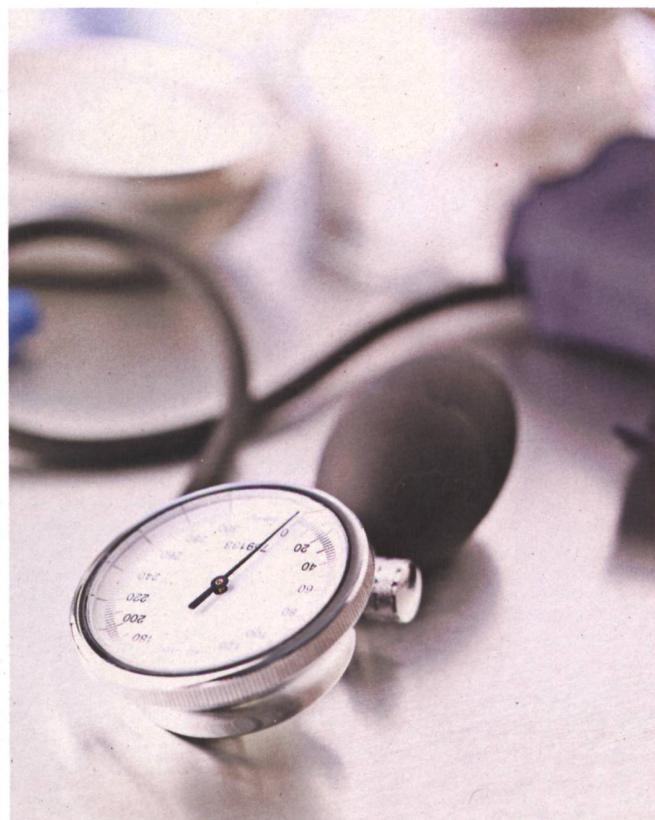
La dysfonction d'organe comprend une insuffisance hépatique (ASAT/ALAT > à deux fois la norme, douleurs de l'hypochondre droit ou épigastriques), une insuffisance rénale (>90mcmol/L ou valeur de base doublée), des complications neurologiques (clonus, céphalées sévères, troubles visuels, troubles de l'état de conscience) ou des complications hématologiques comme une thrombopénie (inférieure à 150G/L) ou une hémolyse (fibrinogène abaissé, haptoglobine <0.1, LDH augmentés).

La dysfonction utéro placentaire est définie par un retard de croissance intra utérin (RCIU), des anomalies du Doppler ombilical ou une mort in utero.

Prééclampsie sévère

L'ISSHP ne propose pas de définition de la PE sévère. Pourtant la différence entre PE non sévère et PE sévère modifie de manière importante la prise en charge. Ainsi l'*American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) en 2020 propose une définition claire de la PE avec manifestations sévères. La PE sévère est définie par un des critères

À ce jour, il n'existe aucun traitement pour la PE, si ce n'est l'accouchement et plus particulièrement la délivrance du placenta.



Afin de poser le diagnostic d'hypertension, il semble acceptable de réaliser un profil tensionnel sur 30 minutes avec des prises de tension aux 5 minutes.

suivants (ACOG, 2020): une HTA égale ou supérieure à 160/110 mmHg, une thrombopénie inférieure à 100G/L (sans autre cause connue), des douleurs de l'hypochondre droit ou une barre épigastrique, un oedème pulmonaire aigu, des symptômes centraux, une insuffisance rénale (créatinine égale ou supérieure à 100 mcmol/L ou valeur de base doublée).

HELLP syndrome

Le HELLP syndrome – *hemolysis elevated liver enzymes low platelet count* – est quant à lui également défini par l'ACOG par une hémolysie importante (schizocytes au frottis sanguin, LDH >600UI/L, haptoglobine <0.1), une cytolysé à 3 fois la norme et une thrombopénie inférieure à 100G/L.

A noter qu'une HTA n'est présente que dans 85 % des cas de HELLP syndromes et n'est pas obligatoire pour poser le diagnostic, tout comme la protéinurie. Les douleurs épigastriques sont présentes dans 90 % des cas et les nausées et vomissements chez 50 % des patientes (Sibai, 1990).

Eclampsie

L'éclampsie est la manifestation convulsive de la PE et l'une des manifestations cliniques les plus graves du spectre de la PE. Elle désigne l'apparition de nouvelles crises tonico-cloniques généralisées ou d'un coma chez une patiente souffrant de PE – parfois non diagnostiquée. La cause précise des crises d'éclampsie n'est pas clairement comprise. Deux modèles ont été proposés,

basés sur l'effet de l'hypertension sur le système vasculaire du cerveau.

Diagnostic

Mesure de la tension artérielle

L'hypertension artérielle obligatoire dans le diagnostic de la PE dépend de la manière dont sont testées les patientes. En effet, dans la littérature, un profil tensionnel devrait être réalisé en position assise ou semi assise – et non en décubitus latéral – après 10 minutes de repos avec un brassard adapté au diamètre du bras de la patiente. Idéalement un profil tensionnel devrait être répété après 4h minimum et jusqu'à 24h dans la littérature afin de confirmer le diagnostic d'hypertension non sévère, mesure peu réalisable en pratique, notamment aux urgences. Afin de poser le diagnostic d'hypertension, il semble acceptable de réaliser un profil tensionnel sur 30 minutes avec des prises de tension aux 5 minutes.

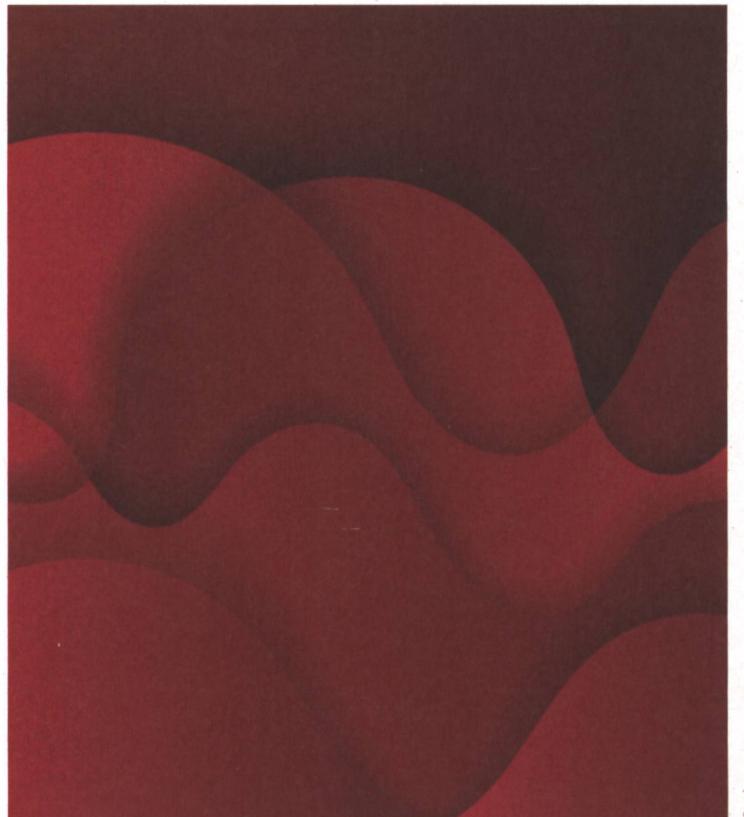
En cas d'hypertension sévère, 2 mesures supérieures ou égales à 160/110mmHg à quelques minutes d'intervalle suffisent pour poser le diagnostic (s. à., 2020).

Bilan d'entrée

A l'admission, une évaluation initiale sera effectuée: profil tensionnel, évaluation des signes cliniques (symptômes centraux, réflexes ostéo tendineux, barre épigastrique), bilan sanguin de gestose (FSS, ASAT, ALAT, bilirubine, LDH, Na, K, créatinine, haptoglobine, SFLT/PLGF), bilan urinaire (stix +/- spot urinaire protéinurie/créatinine +/- sédiment urinaire), CTG, US avec croissance fœtale, Manning, Doppler. Il est important de noter qu'en l'absence d'un hématome rétroplacentaire massif consommant les facteurs de coagulation, aucun trouble de l'hémostase n'est attendu en cas de PE hormis dans cette situation.

Diagnostics différentiels

Une attention particulière doit être donnée à l'interprétation de la protéinurie. En effet,



elle peut se positiver en présence d'une infection urinaire (leucocytes, nitrites), en cas de rupture prématuée des membranes avec écoulement de liquide amniotique ou en présence de sang.

En cas de perturbation des tests hépatiques sans argument clair pour une PE, un diagnostic différentiel de migration lithiasique doit être évoqué.

Utilisation du sFlt1-1/PIGF

Par rapport aux femmes qui ne développent pas de PE, deux marqueurs sont en déséquilibre avec un taux sérique élevé de sFlt1-1 et

se distingue pas de la PE, comme par exemple en cas d'affection rénale chronique, de lupus érythémateux disséminé ou de diabète pré existant avec atteinte rénale (Surbek et al., 2019). Il permet ainsi d'éviter des hospitalisations, d'adapter le suivi ambulatoire et de diminuer les coûts. Sa valeur prédictive positive est de 36,7 %. En cas de résultat prédictif positif, un suivi ambulatoire rapproché ou une hospitalisation est à réévaluer selon la clinique en raison du risque augmenté de développer une PE dans les 4 semaines suivantes.

Contrairement à d'autres pays, la Société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique (SGGG) considère le ratio sFlt1-1/PIGF comme une aide au diagnostic et non un diagnostic en soi. Dans tous les cas, à ce jour, c'est la clinique et l'évaluation habituelle qui prime afin de confirmer ou infirmer un diagnostic de PE (Surbek et al., 2019).

Il semble important de préférer toujours un accouchement par voie basse si les conditions obstétricales, fœtales et maternelles le permettent en tenant compte de la parité, de l'âge gestationnel et du score de Bishop.

une faible concentration sérique de PIGF. Le quotient des deux forme le ratio sFlt1-1/PIGF. Le dosage du sFlt1-1/PIGF constitue depuis une dizaine d'année une aide à la prise en charge surtout en cas de résultat négatif grâce à une forte valeur prédictive négative. Il met en balance les facteurs anti-angiogéniques et pro angiogéniques. Il peut être utilisé dès 20 SA et est défini comme négatif en dessous de 38 quel que soit l'âge gestationnel. Il est prédictif positif entre 38 et 85 avant 34 SA et entre 38 et 110 après 34 SA. Enfin il est considéré comme positif au-delà de 85 avant 34 SA et au-delà de 110 après 34 SA (Verlohren et al., 2014) (voir aussi l'article p. 44).

Sa grande valeur prédictive négative (99,3 % à 1 semaine et 93,4 % à 4 semaines) (Zeisler Harald et al., 2016) permet d'écartier le diagnostic de PE surtout dans les cas de symptômes similaires d'origine incertaine ou en cas de maladie sous-jacente qui du point de vue des symptômes (HTA, protéinurie) ne

Prise en charge

Timing de l'accouchement

Une fois le diagnostic de PE posé selon les critères définis précédemment, il est important d'en évaluer la sévérité. La prise en charge diffère selon le degré de sévérité de la PE, l'âge gestationnel et les conditions maternelles et fœtales. Il semble important de préférer toujours un accouchement par voie basse si les conditions obstétricales, fœtales et maternelles le permettent en tenant compte de la parité, de l'âge gestationnel et du score de Bishop.

Avant 24 SA, un traitement conservateur versus une interruption thérapeutique de grossesse (ITG) sera à proposer selon l'âge gestationnel, le contexte et le degré de sévérité. L'ITG peut notamment être indiquée au cas par cas en raison d'un RCIU majeur avec estimation du poids fœtal <500g avec



Prééclampsie: signes et éléments diagnostiques

La prééclampsie est définie par une HTA gestationnelle survenant ≥ 20 SA à $\geq 140/90$ mmHg associée à ≥ 1 critère suivant (Brawn et al., 2018):

- Protéinurie à ≥ 0.3 g / 24 heures
- Cytolyse hépatique (ASAT/ALAT augmentés à 2x la norme) et/ou douleurs de l'hypochondre droit/barre épigastrique (attention au diagnostic différentiel de migration lithiasique)
- Insuffisance rénale (créatinine à ≥ 90 mcmol/L ou valeur de base doublée)
- Symptômes centraux (clonus, céphalées sévères, troubles visuels, troubles de l'état de conscience)
- Thrombopénie < 150 G/L (sans autre cause connue)
- Hémolyse (fibrinogène abaissé, haptoglobine < 0.1, LDH augmentés)
- Insuffisance rénale avec créatinine à ≥ 90 mcmol/L
- Dysfonction utéroplacentaire (RCIU, anomalies doppler ombilical, MIU)

La prééclampsie sévère est définie par un des critères suivants (s. a., 2020):

- HTA sévère TA $\geq 160/110$ mmHg
- Thrombopénie < 100G/L (sans autre cause connue)
- Douleurs de l'hypochondre droit/barre épigastrique
- Œdème pulmonaire aigu
- Symptômes centraux
- Insuffisance rénale (créatinine à ≥ 100 mcmol/L ou valeur de base doublée)

Le HELLP est un diagnostic biologique associant (s. a., 2020):

- Une hémolyse (schizocytes au frottis sanguin, LDH > 600 U/L, haptoglobine < 0.1)
- Une cytolysse (ASAT/ALAT augmentées à 3x la norme)
- Une thrombopénie (< 100 G/L)

Attention aux diagnostics différentiels: médicaments, virus (Covid, Cytomégalovirus).

arrêt de la croissance et anomalies sévères des Doppler fœtaux ou lors d'une PE sévère avec risque vital maternel avant 24 SA.

Avant 34 SA, une hospitalisation avec cure de maturation pulmonaire est indiquée. Le diagnostic de PE impose un accouchement dès 37 SA en cas de PE non sévère et dès 34 SA en cas de PE avec critères de sévérité.

L'indication d'extraction fœtale peut être maternelle et/ou fœtale. À tout moment, l'indication doit être rediscutée notamment en cas de complications maternelles telles que HTA sévère non contrôlée malgré plusieurs antihypertenseurs par voie intraveineuse, éclampsie, œdème pulmonaire, insuffisance rénale oligoanurique, HELLP syndrome. Il convient également de rediscuter d'une naissance lors des complications fœtales suivantes: arrêt de croissance fœtale, anomalies répétées du CTG.

Traitements anti-hypertenseurs per os

Une étude de Tita *et al.* datant de 2022 retrouve une indication à traiter l'hypertension non sévère (dès 140/90 mmHg) en cas d'hypertension chronique chez les patientes enceintes avec des cibles de tension à 135/85 mmHg permettant d'améliorer la survenue de complications materno-fœtales. Extrapolant ces résultats aux patientes avec une HTA gestationnelle ou une PE, cette étude encourage actuellement les sociétés savantes à proposer un contrôle strict de la tension artérielle durant la grossesse.

Le traitement de choix en prénatal est le Labetalol (Trandate®) per os qui est donné toutes les 8 heures. La dose maximale théorique est de 2400mg/jour. Il peut être augmenté progressivement ou couplé à la Nifédipine. L'avantage majeur du Labetalol est sa bonne tolérance auprès des patientes, son inconvénient est l'effet rebond (s. a., 2020). Il faut donc éviter de le donner en «réserve» mais plutôt essayer d'espacer les prises aux 8h pour couvrir tout le nycthémère.

La Nifédipine (Adalat®) est l'autre anti-hypertenseur le plus utilisé par voie orale. La dose maximale par jour est de 120mg en 2 prises. L'avantage majeur de la Nifédipine est sa longue durée d'action. Néanmoins, de nombreuses patientes relataient des céphalées suite à la prise de Nifédipine, qui est son effet secondaire principal.

L'alpha méthyldopa (Aldomet®) est un médicament connu de longue date et ne constitue pas un médicament de crise car son effet optimal est atteint après 4-5 jours, il a

cependant montré sa bonne efficacité en cas d'hypertension non sévère. Sa dose utile se situe entre 750mg et 1500mg en 2 ou 3 prises avec une dose maximale journalière de 2500mg. Dans certaines situations, il peut être rajouté en 3e ligne.

Traitements anti-hypertenseurs intraveineux

En cas d'hypertension artérielle sévère et réfractaire au traitement per os, le médicament de choix est le Labetolol. Cependant certaines patientes – d'origine africaine pour la plupart – ne répondent pas au Labetolol (Stott *et al.*, 2016); c'est pourquoi il semble pertinent de proposer un traitement alternatif par Nicardipine ou par Hydralazine en cas d'échec.

On réalisera une imagerie cérébrale après gestion de la crise et sans retarder la naissance. Nous recommandons d'effectuer une IRM à la recherche d'une hémorragie, d'un *post reversible encephalopathy syndrome* (PRES) ou d'un syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible. Dans le cas où une imagerie par IRM n'est pas réalisable, un CT-scan sera effectué dans un premier temps pour infirmer ou confirmer un saignement intracrânien.

Surveillance

Surveillance maternel et fœtale

Dans le suivi maternel, il convient de réaliser des bilans biologiques selon la clinique avec formule sanguine simple, ASAT, ALAT, bilirubine, LDH, haptoglobine, Sodium, Potassium et créatinine. La surveillance de la diurèse doit être stricte (> 30 cc/h) et les apports hydriques adaptés en évitant de dépasser 1.5 litre/24heures.

Le suivi fœtal sera assuré par monitoring dont la fréquence est à discuter en fonction de la croissance fœtale, de la quantité de liquide amniotique et des Doppler. Un ultrason de croissance avec Doppler sera réalisé aux 10 jours dans le cas d'une suspicion de RCIU. Une surveillance Doppler plus rapprochée est à discuter si les Doppler fœtaux sont pathologiques.

La tension tend à baisser dans le post-partum immédiat et remonte dans les 3 à 6 jours après la naissance, moment où la plupart des patientes seront retournées à domicile.

Traitements par Sulfate de Magnésium

Le Sulfate de Magnésium permet de traiter une crise d'éclampsie, de prévenir primairement des convulsions en cas de PE sévère, de prévenir une récidive de crise d'éclampsie. Nous le réservons dans la pratique courante aux patientes présentant des symptômes neurologiques bruyants (clonus, céphalées sévères, troubles visuels, troubles de l'état de conscience) ou en cas de barre épigastrique.

Dans la pratique courante, une fois introduit, nous proposons de maintenir le Sulfate de Magnésium en anténatal en général pendant 24 à 36 heures – si possible 6 heures après la 2e dose de maturation pulmonaire – et de le poursuivre 12 à 24 heures en post-partum selon la présentation clinique.

En cas de crise d'éclampsie, il est indispensable d'introduire un traitement de Sulfate de Magnésium, de stabiliser la mère, puis de procéder à la naissance du fœtus.

Hospitalisation vs ambulatoire

En cas de PE non sévère avant 37 SA, la surveillance se fait en hospitalisation et doit se concentrer sur la survenue de signes de sévérité maternelle et fœtale (anomalies CTG et RCIU).

En cas de stabilité et d'absence de critères de sévérité maternelle ou fœtale (RCIU, anomalies Doppler ou CTG), une surveillance en ambulatoire peut être discutée. Aucune étude n'a évalué la fréquence des surveillances nécessaires qui restent à adapter au cas par cas.

On pourrait proposer une sage-femme à domicile 2 fois par semaine avec surveillance clinique et CTG et un contrôle une fois par semaine en milieu hospitalier avec évaluation clinique, profil tensionnel, CTG, bilan biologique et échographie avec Doppler et Manning hebdomadaire. Un contrôle de la croissance fœtale sera réalisé toutes les 2 semaines.

En cas de PE sévère, la prise en charge est toujours hospitalière. Une discussion au cas par cas se fera en fonction de la sym-

tomatologie maternelle, du terme, de l'évaluation fœtale et des conditions obstétricales.

Post-partum

Moniteur de la pression artérielle

Le contrôle de la tension reste essentiel en post-partum; des études révèlent que près de 50 % des femmes présentent une dysrégulation tensionnelle qui peut être occulte (nocturne; ambulatoire) jusqu'à 3 mois post-partum (Thilaganathan & Kalafat, 2019). A noter que la tension tend à baisser dans le post-partum immédiat et remonte dans les 3 à 6 jours après la naissance, moment où la plupart des patientes seront retournées à domicile. De plus, 1,5 % des patientes avec une grossesse physiologique vont développer une PE après 48 h de post-partum (Picon et al., 2024).

Ainsi, la pression artérielle doit être monitrice lors des visites à domicile par la sage-femme et il paraît raisonnable de proposer

un traitement pour des cibles tensionnelles < 140/90 mmHg, par extrapolation avec les patient·e·s adultes en dehors du post-partum. Actuellement il n'existe pas d'études démontrant la supériorité d'un traitement par rapport à un autre.

Après une PE

Pour les patientes ayant eu une PE pendant la grossesse, il est important de poursuivre la surveillance tensionnelle pendant plusieurs semaines. Il est habituel de poursuivre le traitement jusqu'à la visite à 6 semaines du post-partum et de réévaluer l'indication du traitement. Un traitement par inhibiteur de l'enzyme de conversion peut offrir des bénéfices significatifs pour l'amélioration de l'hémodynamique maternelle en post-partum, spécifiquement chez les patientes qui devront bénéficier d'un traitement au long cours. Une précaution particulière doit être prise en cas de prémature ou petit poids si la patiente allaite.

Stratégie de prévention

La survenue de complications hypertensives pendant la grossesse représente un facteur de risque important de complications cardio-vasculaires ultérieures (RR 3.7 HTA future, RR 2.2 pathologies ischémiques cardiaques et RR 1.8 AVC) (Bramham et al., 2024). Il convient donc d'informer les patientes et de mettre en place une stratégie de prévention, ainsi qu'une surveillance adaptée (suivi régulier chez le médecin généraliste, prévention hygiéno-diététique); les patientes doivent être informées du risque de récurrence en cas de nouvelle grossesse; une hygiène de vie stricte préconceptionnelle est essentielle à réduire le risque de récidive.

En cas de PE précoce avant 34 SA ou sévère, il semble judicieux de proposer à la patiente un suivi spécialisé avec un néphrologue et/ou un cardiologue et une prévention par Aspirine cardio 150 mg par jour le soir pour la grossesse ultérieure. ☺

Références

- Bramham, K., Parnell, B., Nelson-Piercy, C., Seed, P. T., Poston, L. et Chappell, L. C. (2014) Chronic hypertension and pregnancy outcomes: systematic review and meta-analysis. *BMJ*; vol. 348, p. g2301, avr. doi: 10.1136/bmj.g2301
- Brown, M. A. et al. (2018) The hypertensive disorders of pregnancy: ISSHP classification, diagnosis & management recommendations for international practice. *Pregnancy Hypertens.*; vol. 13, p. 291-310, juill. doi: 10.1016/j.preghy.2018.05.004
- Levine, R. J. et al. (2004) Circulating angiogenic factors and the risk of preeclampsia. *N. Engl. J. Med.*; vol. 350, no 7, p. 672-683, févr. doi: 10.1056/NEJMoa031884
- Picon, M., Stanhope, K. K., Jamieson, D. J. & Boulet, S. L. (2024) Identification of Distinct Risk Factors for Antepartum and Postpartum Preeclampsia in a High-Risk Safety-Net Hospital. *Am. J. Perinatol.*; vol. 41, no 5 01, p. e267-e274, mai. doi: 10.1055/a-1878-0149.
- Powe, C. E., Levine, R. J. & Karumanchi, S. A. (2011) Preeclampsia, a disease of the maternal endothelium: the role of antiangiogenic factors and implications for later cardiovascular disease. *Circulation*; vol. 123, no 24, p. 2856-2869, juin. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.109.853127
- s. a. (2020) Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin, Number 222. *Obstet. Gynecol.*; vol. 135, no 6, p. e237-e260, juin. doi: 10.1097/AOG.0000000000003891
- Sibai, B. M. (1990) The HELLP syndrome (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets): much ado about nothing? *Am. J. Obstet. Gynecol.*; vol. 162, no 2, p. 311-316, févr. doi: 10.1016/0002-9378(90)90376-i
- Souza, J. P. et al. (2013) Moving beyond essential interventions for reduction of maternal mortality (the WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn
- Health): a cross-sectional study. *Lancet Lond. Engl.*; vol. 381, no 9879, p. 1747-1755, mai. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60686-8
- Stott, D. et al. (2016) Maternal ethnicity and its impact on the haemodynamic and blood pressure response to labetalol for the treatment of antenatal hypertension. *Open Heart*; vol. 3, no 1, p. e000351. doi: 10.1136/openhrt-2015-000351
- Surbek, D., Hodel, M., Baumann, M. & Lapaire, O. (2019) Utilisation du test Flt-1/PIGF dans le diagnostic de la pré-éclampsie. Avis d'experts n. 67. Société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique. www.sggg.ch
- Thilaganathan, B. & Kalafat, E. (2019) Cardiovascular System in Preeclampsia and Beyond. *Hypertens.*; vol. 73, no 3, p. 522-531, mars. www.ahajournals.org
- Tita, A. T. et al. (2022) Chronic Hypertension and Pregnancy (CHAP) Trial Consortium. Treatment for Mild Chronic Hypertension during Pregnancy. *N Engl J Med.*; May 12;386(19):1781-1792. doi: 10.1056/NEJMoa2201295.
- Verlohren, S. et al. (2014) New gestational phase-specific cutoff values for the use of the soluble fms-like tyrosine kinase-1/placental growth factor ratio as a diagnostic test for preeclampsia. *Hypertension*; 2014 Feb;63(2):346-52. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.113.01787.
- Zeisler Harald, M. D. et al. (2016) Predictive Value of the sFlt-1:PIGF Ratio in Women with Suspected Preeclampsia. *N. Engl. J. Med.*; vol. 374, no 1, p. 13-22. doi: 10.1056/NEJMoa1414838.

AUTRICES



Dre Maud Vachette, cheffe de clinique en salle d'accouchement, Service d'Obstétrique, Département Femme-Mère-Enfant, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne. Maud.vachette@chuv.ch



Dre Hélène Legardeur, médecin adjoint. Service d'Obstétrique, Département Femme-Mère-Enfant, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne. Helene.legardeur@chuv.ch