

PRÉ-ÉCLAMPSIE (PE) NON SÉVÈRE			RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE 2023 - CNGOF	Recommandation			Qualité de preuve				
				Faible	Forte	Absente	Très Basse	Basse	Modérée	Élevée	
Dépistage précoce de la PE		En population générale	Il est recommandé de ne pas réaliser en routine de dépistage précoce de la pré-éclampsie à l'aide d'algorithme dans le but de réduire la morbidité maternelle ou périnatale.								
Prévention de la pré-éclampsie	Prévention par aspirine (à faible dose)	En population générale	Il est recommandé de ne pas prescrire d'aspirine afin de réduire la morbidité maternelle ou périnatale.								
		Dans la population des femmes nullipares	Il est recommandé de ne pas prescrire d'aspirine dans le seul but de réduire la morbidité maternelle ou périnatale.								
		Chez les femmes enceintes ayant un antécédent de pathologie vasculaire placentaire	Il est recommandé de prescrire de l'aspirine à faible dose afin de prévenir la morbidité maternelle ou périnatale.								
		Chez les femmes à risque ayant un diabète préexistant	Les données de la littérature sont insuffisantes en nombres et en qualité pour émettre une recommandation quant à l'intérêt de l'aspirine pendant la grossesse pour prévenir la morbidité maternelle ou périnatale.								
		Chez les femmes à risque enceintes d'une grossesse multiple	Les données de la littérature sont insuffisantes en nombres et en qualité pour émettre une recommandation quant à l'intérêt de l'aspirine pendant la grossesse pour prévenir la morbidité maternelle ou périnatale.								
		Chez les femmes à risque ayant une HTA chronique	Les données de la littérature sont insuffisantes en nombres et en qualité pour émettre une recommandation quant à l'intérêt de l'aspirine pendant la grossesse pour prévenir la morbidité maternelle ou périnatale.								
		Chez les femmes à risque ayant une pathologie rénale chronique	Les données de la littérature sont insuffisantes en nombres et en qualité pour émettre une recommandation quant à l'intérêt de l'aspirine pendant la grossesse pour prévenir la morbidité maternelle ou périnatale.								
		Chez les femmes avec un antécédent de pathologie vasculaire placentaire, il est recommandé	De prescrire de l'aspirine à une dose de 100 à 160 mg pour prévenir la morbidité maternelle ou périnatale.								
			De prescrire de l'aspirine idéalement avant 16 SA et au plus tard avant 20 SA pour prévenir la morbidité maternelle ou périnatale, notamment pour réduire la mortalité périnatale.								
			De ne pas initier l'aspirine après 20 SA si l'aspirine n'a pas déjà été débutée.								
			De ne pas prescrire un traitement par aspirine en préconceptionnel. Mais l'initier pendant la grossesse avant 16 SA pour prévenir le risque d'autres pathologies vasculaires placentaires.								
De ne pas poursuivre l'aspirine jusqu'à l'accouchement pour réduire la morbidité maternelle ou périnatale, et ainsi de l'arrêter à partir de 36 SA.											
		De prescrire l'aspirine le soir ou au coucher plutôt qu'à un autre moment de la journée.									

PRÉ-ÉCLAMPSIE (PE) NON SÉVÈRE			RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE 2023 - CNGOF	Recommandation			Qualité de preuve				
				Faible	Forte	Absente	Très Basse	Basse	Modérée	Élevée	
Prévention de la pré-éclampsie	Prévention par HBPM	Dans une population à risque	Il est recommandé de ne pas administrer des HBPM en plus de l'aspirine en comparaison à l'aspirine seule afin de réduire la morbidité maternelle et périnatale.								
	Supplémentation calcique	En population générale	Les données sont insuffisantes en nombres et en qualité pour émettre une recommandation quant à la supplémentation calcique pour réduire la survenue d'une pré-éclampsie.								
		Chez les femmes nullipares	Il est recommandé de ne pas prescrire une supplémentation calcique systématique afin de prévenir la survenue d'une pré-éclampsie.								
		Dans une population à risque	Les données de la littérature sont insuffisantes en nombre et en qualité pour émettre une recommandation quant à l'intérêt d'une supplémentation calcique au cours de la grossesse pour réduire la survenue d'une pré-éclampsie pour réduire la morbidité maternelle et périnatale.								
	Supplémentation en vitamine D	Population générale	Les données de la littérature sont insuffisantes en qualité pour émettre une recommandation concernant l'intérêt d'une supplémentation en vitamine D Au cours de la grossesse afin de réduire la survenue de pré-éclampsie.								
		Population à risque	Les données de la littérature sont insuffisantes en qualité et en nombre pour émettre une recommandation quant à l'intérêt d'une supplémentation en vitamine D au cours de la grossesse de PE afin de réduire la morbidité maternelle et périnatale.								
	Automesure de la pression artérielle	Tant chez les femmes ayant une HTA chronique ou gravidique que chez les femmes ayant d'autres facteurs de risque	On ne constate pas de réduction de la morbidité maternelle ou périnatale par la pratique de l'automesure de la pression artérielle. Dans une population à risque de pré-éclampsie, il est recommandé de ne pas initier une autosurveillance de la pression artérielle au cours de la grossesse en complément de la surveillance habituelle dans le seul but de réduire la morbidité maternelle ou périnatale.								
	Activité physique	Toute population sauf C-I médicales ou obstétricales	L'activité physique pendant la grossesse semble associée à une diminution de certaines complications obstétricales ; à encourager.								
	Intérêt d'une restriction alimentaire en sodium	Population générale	Les données de la littérature sont insuffisantes en qualité et en nombre pour émettre une recommandation quant à l'intérêt d'une restriction alimentaire en sodium pendant la grossesse pour réduire la survenue d'une pré-éclampsie en population générale.								
	Prise en charge de la pré-éclampsie	Suspicion de pré-éclampsie		Il est recommandé de <b>ne pas utiliser en routine</b> le dosage du PlGF ou du ratio sFLT1/PlGF dans le seul but de réduire la morbidité maternelle et/ou périnatale.							
Pré-éclampsie avérée			Il est recommandé de ne pas utiliser en routine le dosage du PlGF ou du ratio sFLT1/PlGF dans le seul but de réduire la morbidité maternelle et/ou périnatale.								

PRÉ-ÉCLAMPSIE (PE) NON SÉVÈRE			RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE 2023 - CNGOF	Recommandation			Qualité de preuve				
				Faible	Forte	Absente	Très Basse	Basse	Modérée	Élevée	
Prise en charge de la pré-éclampsie	Pré-éclampsie confirmée		Les données de la littérature comparant la protéinurie des 24 H au rapport Protéinurie/Créatininurie sont insuffisantes en nombre et en qualité pour émettre une recommandation quant au mode de surveillance de la protéinurie.								
	Prises en charge ambulatoire en cas de pré-éclampsie		Les données dans la littérature sont insuffisantes en nombre et qualité pour déterminer si une prise en charge ambulatoire est associée à une augmentation de la morbidité maternelle et néonatale en comparaison à une prise en charge hospitalière.								
	Traitement antihypertenseur en cas de pré-éclampsie non sévère	Dans une population de femmes ayant une pré-éclampsie non sévère	Il est recommandé de prescrire un traitement antihypertenseur par voie orale en cas de pression artérielle systolique mesurée entre 140 et 159 mmHg et/ou de pression artérielle diastolique mesurée entre 90 et 109 mmHg à plusieurs reprises et au repos, pour réduire la morbidité maternelle ou périnatale.								
	Déclenchement entre 34 et 37 SA en cas de pré-éclampsie non sévère	Femmes présentant une pré-éclampsie non sévère	L'induction de naissance entre 34 SA et 37 SA permet de réduire uniquement l'HTA maternelle sévère mais augmente l'incidence de la prématurité modérée. En tenant compte de la balance bénéfices/risques pour la mère et pour l'enfant, il est recommandé de ne pas induire systématiquement la naissance chez les femmes présentant une pré-éclampsie non sévère entre 34 SA et 37 SA.								
		Femmes avec une pré-éclampsie non sévère diagnostiquée entre 37 SA et 41 SA	Il est recommandé d'induire la naissance pour réduire la morbidité maternelle.								
		Femmes avec une pré-éclampsie non sévère	Il est recommandé de réaliser une tentative de voie basse en l'absence de contre-indication obstétricale.								
Prise en charge d'une femme après une pré-éclampsie (bilan de thrombose)	Bilan de thrombophilie après une pré-éclampsie non sévère isolée (sans thrombose)	Chez les femmes ayant un antécédent de pré-éclampsie isolée	Il est recommandé de ne pas réaliser un bilan à la recherche d'une thrombophilie héréditaire car il n'y a pas d'association entre la présence d'une thrombophilie et la survenue d'une pré-éclampsie. Nous ne disposons pas de données sur les complications maternelles à long terme dans cette population.								
	Bilan de SAPL après une pré-éclampsie non sévère isolée après 34 SA (sans thrombose)	Chez les femmes ayant présenté une pré-éclampsie après 34 SA	Il est recommandé de ne pas réaliser un bilan à la recherche d'un SAPL.								
	Bilan de SAPL après une pré-éclampsie non sévère isolée avant 34 SA (sans thrombose)	Chez les femmes ayant présenté une pré-éclampsie avant 34 SA	Les données de la littérature sont insuffisantes en nombre et en qualité pour émettre une recommandation quant à l'intérêt de la réalisation systématique d'un bilan à la recherche d'un SAPL.								

PRÉ-ÉCLAMPSIE (PE) NON SÉVÈRE			RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE 2023 - CNGOF			Recommandation			Qualité de preuve			
						Faible	Forte	Absente	Très Basse	Basse	Modérée	Élevée
Prise en charge d'une femme après une pré-éclampsie (suivi après une pré-éclampsie)	Place d'une consultation médicale spécialisée	Chez les femmes ayant présenté une pré-éclampsie	L'absence de données évaluant les bénéfices d'une consultation médicale spécialisée ne permet pas d'émettre une recommandation quant à son intérêt en routine pour réduire les complications maternelles ou obstétricales ultérieures.									
	Intervention non médicamenteuse pour réduire les complications maternelles à long terme		Les données de la littérature sont insuffisantes en nombre et en qualité pour émettre une recommandation quant à l'intérêt d'une intervention non médicamenteuse pour réduire les complications à long terme.									
	Suivi médical à long terme	Néanmoins, en raison du risque élevé de développer une HTA chronique à moyen terme et du risque accru de complications cardio-vasculaires à long terme, il est recommandé d'informer les femmes ayant présenté une pré-éclampsie de la nécessité d'un suivi médical pour surveiller la pression artérielle et prendre en charge de possibles autres facteurs de risque cardio-vasculaires.										

Pré-éclampsie non sévère :

**Définition** : association après 20 SA d'une HTA systolique  $\geq 140$  mmHg et/ou diastolique  $\geq 90$  mmHg, d'une protéinurie  $\geq 0,3$  g/24 h ou un ratio Protéinurie / Créatininurie  $\geq 30$  mg/mmol.

Les avantages cliniques de l'utilisation de nouvelles définitions plus larges restant à démontrer au risque d'augmenter l'utilisation des ressources de santé sans améliorer les devenir maternels et périnataux, il a été décidé de ne pas élargir la définition de la Pré-éclampsie.

Rappel des facteurs de risques principaux de pré-éclampsie :

Antécédents de pré-éclampsie, HTA chronique, diabète préexistant.  
Lupus, SAPL et Néphropathie chronique.