La consultation de médecine interne du post-partum
Pourquoi? Pour qui? Quand? Comment?

Pr Pourrat, CHU Poitiers

Définitions

1 consultation

pas seulement des examens complémentaires. Il faut faire une synthèse entre le médecin traitant, l'obstétricien, le gynécologue de ville...

2 médecine interne au sens large

un médecin en plus de l'obstétricien.

Pourquoi?

1 pour établir des diagnostics

A) diagnostic précis de la pathologie de la grossesse

B) diagnostic d'une maladie préexistante a la grossesse : bilan étiologique

d'une HTA
d'une uronéphropathie chronique:uropathie chronique, GNC
d'une maladie générale:
d'une thrombopénie chronique : PTI.

2 pour expliquer et commenter ce qui s'est passé

A) à la patiente (et à son conjoint)

B) aux médecin(s) traitant(s)

3 pour faire des propositions

A) pour la contraception

B) pour les grossesses ultérieures éventuelles : préciser les modalités de surveillance et de traitement.

4 pour faire de la prévention

prise en charge des facteurs de l'artériosclérose : HTA limite, intoxication tabagique...

Pour qui ?

1 pour toute hypertension artérielle

même HTA gestationnelle isolée ou même HTA chronique

Pour vérifier si le bilan étiologique a été fait et est bien normal hyperaldostéronisme normokaliémique, malformations urinaires...

2 Pour toute pré-éclampsie

a) Pré-éclampsie typique : syndrome vasculorénal typique de la primipare.

b) Pré-éclampsie atypique

Syndrome vasculorénal dissocié
Syndrome vasculorénal absent mais syndrome HELLP
Même en l'absence de complications maternelles ou foetales.

3 Autres pathologies maternelles

Thrombopénie, tableau atypique hépatique...

4 Pathologie uniquement foetale

RCIU, MFIU.

Quand ?

1 Avant la sortie de la Maternité

Consultation ou simple analyse médico-obstétricale du dossier

2 A distance

a) Vers six à huit semaines

b) Vers trois à six mois

3 Lors d'une nouvelle grossesse

a) Dès le début de la grossesse

b) Dans le troisième mois

c) Dans le sixième mois

d) Analyse du dossier médico-obstétrical à l'accouchement.

Comment?

1 Approche clinique

a) Interrogatoire : chiffres tensionnels antérieurs, antécédents uro-néphrologiques, critères de l'ARA...

b) Examen physique : tension artérielle, souffle sur le trajet des artères rénales, examen général.

2 Bilan biologique

a) Protéinurie des 24 heures

b) Auto-anticorps : une fois

c) Plaquettes : à vérifier six semaines après l'accouchement

d) Thrombophilie : RPCA, protéines C et S, AT III +/- biologie moléculaire

e) Dosages hormonaux: ARP et aldostérone plasmatique en hospitalisation de 24 heures. Rarement (si suspicion d'HTA réno-vasculaire ou d'origine surrénalienne)

3 Bilan radiologique

a) Echographie rénale systématiquement

b) Doppler des artères rénales si suspicion de sténose ou dysplasie

c) ASP en cas d'antécédent de colique néphrétique ou d'hématurie macroscopique

d) UIV : jamais en première intention, sauf en cas d'histoire urologique bien documentée (très rare)

e) Artériographie rénale : exceptionnellement, uniquement sur des signes évocateurs cliniques et/ou biochimiques et/ou hormonaux et/ou écho doppler

4 PBR : très exceptionnellement

Soit en cas d'insuffisance rénale

Soit en l'absence de disparition complète de la protéinurie après deux à six mois.

Bilan de thrombophilie

Niveau 1 (pathologie peu grave)

Prééclampsie mineure ou modérée,
Syndrome Hellp peu grave
HRP > 32 SA
RCIU < 3ème percentile de Leroy

Bilan auto immun seulement.

Niveau 2 (pathologie grave)

Pré-éclampsie précoce (avant 32 SA)
HRP (avant 32 SA)
FCS itératives (>2) du T1
FCS tardive et mort foetale in utero (20 à 32 SA)
Syndrome Hellp grave (CS ou transfusion plaquettes)
RCIU précoce et/ou sévère et/ ou récidivant.

Bilan auto-immun + HCY + protéines de la coagulation.

Niveau 3 (très grave ou récidive)

Prééclampsie très précoce (avant 28 SA)
Prééclampsie récidivante malgré l'aspirine
RCIU sévère et précoce (avant 28 SA)
RCIU récidivant malgré l'aspirine.

Faire l'ensemble du bilan thrombophilique (biologie moléculaire).

Schéma de surveillance

à 10 SA: échographie, protéinurie, plaquette autres bilans ; +/- aspirine

une fois/mois : TA, poids, protéinurie

à 22-24 SA: écho-doppler artères utérines

à 24-26 SA: consultation médicale

2 fois/mois à partir de 26 SA: TA, poids, protéinurie, uricémie, plaquettes

1 fois/8- l0 jours à partir de 32 SA.

Aspirine

Oui si antécédent précoce ou grave ou récidivant, dès 10 semaines d 'aménorrhée, à la dose de 150 mg/j.

Traitement de l'HTA gravidique (1)

HTA mineure: D 90 à 100 mm Hg repos et surveillance

HTA modérée : de 100 à 110 mm Hg : Aldomet 250 à 500 mg 2 à 3 fois /j

HTA sévère : Diast > 110 ou Syst > 180 mm Hg : hospitalisation immédiate, Loxen 0.5 à 1 mg/1 et remplissage au Ringer-lactate

HTA menaçante: Diast > 125 mmHg et/ou Syst >200mmHg:

bolus IV de Loxen 0.5 mg en 1 minute, puis après 2 minutes, 1 mg/mn (dose totale max 10 mg), transfert immédiat en Réanimation

ou Médiatensyl 0.4 mg/kg en 20 secondes, renouvelé éventuellement idem 2 à 5 minutes plus tard.