

ITEM 17 : PRINCIPALES COMPLICATIONS DE LA GROSSESSE

ITEM 17 : HEMORRAGIE GENITALE AU COURS DE LA GROSSESSE : CAT

Evaluation du retentissement maternel	<ul style="list-style-type: none"> - TTT en cours : Anticoagulant - Antiagrégant - Quantifier le saignement - Evaluation hémodynamique - Syndrome anémique - Gpe - Rh – RAI + Injection d'Ig antiD dans les 72h si Rh -
Evaluation du retentissement fœtal	<ul style="list-style-type: none"> - Echographie gynéco-obstétrique - Electrocardiographie externe après 25 SA
Bilan étiologique	<ul style="list-style-type: none"> - Terme – Déroulement de la grossesse - Anamnèse : Mode de survenue – Spontanée/provoquée - Signes fonctionnels : Contraction ? – Douleur abdo - Examen physique : Palpation abdominale Hauteur utérine Spéculum : - Saignement d'origine endo-utérine = Métrorragies - Saignement d'origine cervico-vaginale : Cancer du col de l'utérus Cervicite +/- ectropion Lésion traumatique Polype accouché par le col (Abstent° thérapeutique – Risque hémorragique)

ITEM 17 : HEMORRAGIE GENITALE AU COURS DU T1

ETIOLOGIES

/!\ Toute métrorragie du 1^{er} trimestre = GEU jusqu'à preuve du contraire

- GEU +++
- FCS
- GIU évolutive
- Menace de FCS +/- décollement trophoblastique
- Lyse d'un jumeau (Rare – Risque majeur de FCS globale)
- Môle hydatiforme
- Idiopathique

FAUSSE COUCHE SPONTANEE (FCS)

Clinique	<ul style="list-style-type: none"> - Disparition des signes sympathiques de grossesse - Métrorragies de sang rouge d'abondance variable - Douleurs pelviennes hypogastriques de type colique expulsive - TV : Indolore – Col ouvert – Culs de sac vaginaux libres et indolores
Paraclinique	<ul style="list-style-type: none"> - βhCG : ↓ à 48h – Négativation à J7 - Echographie pelvienne : Sac intra-utérin hypotonique en voie d'expulsion – Embryon sans activité cardiaque
Prise en charge	<p>/!\ Le choix thérapeutique dépend de la datation échographique et non théorique (par rapport à la DDR – La grossesse peut s'être interrompue qqs j à qqs s avt les métrorragies</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abstention thérapeutique : < 8 SA – Attente de l'expulsion spontanée - TTT médicamenteux : Cytotec® = Misoprostol (Prostaglandines – Stimule les CU)

	<p>< 8 SA – Echec de l’expectative > 1 semaine – Désir de la patiente Patiente compliant – Surveillance répétée possible – Hémodynamique stable Réévaluation clinico-échographique à 48h - TTT chirurgical par aspiration endo-utérine En urgence : FCS hémorragique > 8 SA – Echec/refus du TTT médicamenteux</p>
Surveillance	<p>- Education : Cs en urgence si métrorragies abondantes ou malaise - Echographie de contrôle à une semaine : Expulsion complète : Arrêt d suivi Pas d’expulsion : TTT médicamenteux ou chirurgical</p>

GIU EVOLUTIVE / MENACE DE FCS

Clinique	<p>- Métrorragies isolées de faible abondance - TV : Col fermé – Culs-de-sac vaginaux libres et indolore – Utérus augmenté de volume dont la taille correspond au terme théorique - Abdomen souple et indolore</p>
Paraclinique	<p>- βhCG x 2 à 48h : Cinétique normale - Echographie Sac intra-utérin contenant un embryon avec activité cardiaque Longueur crânio-caudale correspondant au terme théorique +/- Décollement trophoblastique</p>
Prise en charge	Repos – Surveillance – Echo à une semaine pour vérifier l’évolutivité de la grossesse

MOLE HYDATIFORME = MALADIE GESTATIONELLE TROPHOBLASTIQUE.

= Développement tumoral du trophoblaste – Risque d’évolution en choriocarcinome.

Clinique	<p>- Signes sympathiques de grossesse intenses : Nausées/vomissements incoercibles – Tension mammaire importante - Métrorragies répétées +/- abondantes - TV : Utérus mou anormalement gros pour le terme +/- Ovaires gros et sensibles</p>
Paraclinique	<p>- βhCG anormalement élevé > 100000 - Echographie pelvienne : Image intra-utérine en flocon de neige Pas d’embryon Ovaires polykystiques et volumineux</p>
Prise en charge	<p>- Aspiration endo-utérine + envoi en anapath - Surveillance βhCG jusqu’à négativation - Contraception efficace pendant 1 an minimum - Contrôle régulier des βhCG pendant 1 an minimum Si réascension du taux : Choriocarcinome = TTT par MTX</p>

ITEM 17 : HEMORRAGIE GENITALE AU COURS DU T2

- FCS tardive
- Placenta inséré !\ On ne parle pas de placenta praevia avant le T3
- Hématome rétro-placentaire
- Hématome décidual marginal
- Perte du bouchon muqueux
- Idiopathique

ITEM 17 : HEMORRAGIE GENITALE AU COURS DU T3

/!\ Pas de TV avant l'écho : Risque d'hémorragie cataclysmique si PP

ETIOLOGIES

=H3RP2

- Hématome rétro-placentaire (HRP)
- Placenta praevia (PP)
- Hématome décidual marginal
- Hémorragie de Benckiser
- Rupture utérine
- Perte du bouchon muqueux

HEMATOME RETRO-PLACENTAIRE

= DPPNI = Décollement Prématuro du Placenta Normalement Inséré

FdR	Mnémotechnique : HTA TDM - HTA / Pré-éclampsie - Traumatisme abdominal - Age avancé - Toxique - Dépassement de terme - Multiparité
Clinique	- Douleur abdominale brutale en coup de poignard – Intense – Permanente - Métrorragies de sang noir de faible abondance - Hypertonie utérine = Utérus de bois - HU augmentée +/- état de choc /!\ Tableau clinique pouvant être incomplet : A évoquer devant toute souffrance fœtale isolée - Monitoring fœtal : Signe de SFA – Anomalie du RCF – Hypertonie utérine
Biologie	- Bilan pré-op : Hémostase – Pré-transfusionnel - Bilan HTA
Echographie	/!\ Ne doit pas retarder la prise en charge /!\ Une échographie normale n'élimine pas le diagnostic - Dg + : Image anéchogène en lentille biconvexe entre placenta et utérus - DD : Placenta praevia - C° : Activité cardiaque fœtale ?
Prise en charge	- Urgence vitale : Pas de transfert en maternité de niveau III - Aucun examen complémentaire ne doit retarder la prise en charge - Prise en charge pluridisciplinaire : Obstétricien – Pédiatre – Anesthésiste-Réa - Réanimation maternelle : TTT du choc +/- de la CIVD +/- transfusion – Ig antiD si Rh - - Si fœtus vivant : Extraction fœtale en urgence par césarienne pour sauvetage maternofoetal - Si MFIU : Déclenchement pour accouchement voie basse sous anesthésie péridurale en l'absence de trouble de coagulation grave - Réanimation néonatale
Complication	Mortalité périnatale – CIVD ++ chez la mère

PLACENTA PRAEVIA

= Implantation basse insérée du placenta au niveau du segment inférieur [Latéral – Marginal – Recouvrant]

FdR	- ATCD de PP – Césarienne – Aspiration endoutérine – Endométrite - Age maternel avancé - Multiparité – Grossesse multiple - Fibrome utérin sous-muqueux – Malformation utérine - Tabac
Clinique	- Asymptomatique – Découverte fortuite à l'écho - Métrorragies de sang rouge – Abondance et apparitions variables – En général brutale

Lorraine Waechter - <http://ficheseqn.wordpress.com/>

	- Pas de douleur associée – Utérus souple /!\ TV CI - Monitoring : Tolérance foetale
Paraclinique	- Biologie : Bilan pré-op – Test de Kleihauer - Echographie /!\ avant le TV Voie abdominale et endovaginale Dg + + Localisation du placenta Retentissement : Vitalité – Présentation foetale Recherche décollement placentaire associé
Complications	Maternelle – Mnémotechnique = APHP - Alloimmunisation si mère Rh – - Placenta accreta su PP sur utérus cicatriciel - Hémorragies récidivantes +/- choc hémorragique - Post-partum : Carence martiale – Risque TE Foetale : MFIU – RPM – RCIU – Pré maturité – Présentation dystocique
Prise en charge	PP asymptomatique - Information de la patiente sur le risque hémorragique/les motifs de cs en urgence - Pas d'hospitalisation PP symptomatique : Métrorragies peu abondantes – Tolérances materno-foetale OK - Hospitalisation en maternité adaptée à l'âge gestationnel - Repos – Expectative - CorticoT maturative si < 34 SA - γglobulines antiD si Rh – dans les 72h – Prévention TE - Discuter tocolyse si CU ↑ saignements - Surveillance materno-foetale rapprochée - Si PP non recouvrant : Expectative – Voie basse - PP recouvrant : Césarienne programmée Hémorragie maternelle importante et/ou anomalie du RCF - Extraction foetale en urgence par césarienne pour sauvetage materno-foetal

HEMATOME DECIDUAL MARGINAL

= Décollement d'une portion périphérique du placenta

Clinique	- Métrorragies noirâtres de faible abondance isolée - Examen clinique materno-foetal normal
Paraclinique	- Echographie : Dg + : Zone hypoéchogène à la périphérie du placenta Localisation de l'hématome Pas de souffrance foetale - Biologie : Bilan pré-opératoire – Test de Kleihauer
Prise en charge	Repos + Ig antiD si Rh -

HEMORRAGIE DE BENCKISER

= Hémorragie foetale par rupture d'un vaisseau praevia lors de la rupture des membranes

Clinique	- Métrorragies de sang rouge abondantes - Etat maternel conservé – Pas de douleur abdominale - SFA avec anomalies sévères du RCF
Prise en charge	Extraction foetale en urgence pour sauvetage foetal (Mortalité ~100%)

RUPTURE UTERINE

Terrain	ATCD de césarienne / Utérus cicatriciel
Clinique	- Début brutal pendant le travail

Lorraine Waechter - <http://ficheseqn.wordpress.com/>

	<ul style="list-style-type: none"> - Douleur abdominale violente - Métrorragie d'abondance modérée concomitante - Anomalie du RCF
Prise en charge	Extraction fœtale en urgence pour sauvetage fœtal

ITEM 17 : FIEVRE DURANT LA GROSSESSE

ETIOLOGIES

/!\ Toute fièvre pendant la grossesse = Listéria JPDC

- Listéria = La plus grave
- PNA = La plus fréquente – Droite > Gauche
- Autres infections dangereuses pour la grossesse :
Toxoplasmose – Rubéole – CMV – VIH – VHB – VHC – PVB19 – Fièvre Q
- TVP – EP
- Causes de fièvres indépendantes de la grossesse

NB : Prise systématique de la T° maternelle devant

- Point d'appel infectieux
- MAP
- Menace de FCS
- RPM
- Anomalie du RCF

CLINIQUE

Diagnostic étiologique	<ul style="list-style-type: none"> - Statut vaccinal / sérologique – Notion de contagé - Voyage – Prise médicamenteuse - Situation obstétricale – Signes fonctionnels - Examen clinique complet + examen gynécologique
Retentissement maternel	Signes de choc septique
Retentissement fœtal	<ul style="list-style-type: none"> - Signes de MAP - RCF

PARACLINIQUE

Diagnostic étiologique	<ul style="list-style-type: none"> - NFS_{pq} – CRP - Hémoculture avec recherche de Listeria - PV
Retentissement	<ul style="list-style-type: none"> - Monitoring : Anomalie du RCF – Contractions utérines - Echographie obstétricale +/- Echographie cervicale si modification du col au TV

/!\ Physiologiquement au cours de la grossesse :

- VS augmenté : VS ininterprétable
- Hyperleucocytose : Inquiétant si > 15000/mm³

PRISE EN CHARGE

- TTT ambulatoire sauf si signes de gravité ou MAP
- ATB systématique PO : Amoxicilline 7j – Macrolides si allergie

Lorraine Waechter - <http://fichesecon.wordpress.com/>

- TTT étiologique
- TTT symptomatique : Paracétamol PO

CHORIOAMNIOTITE

Clinique	MAP fébrile <ul style="list-style-type: none"> - Fièvre - Contractions utérines + Modifications cervicales - Douleurs pelviennes diffuses - Liquide amniotique teinté +/- purulent - Tachycardie fœtale
Complications	Fœtale <ul style="list-style-type: none"> - Avortement septique – MFIU - Prématurité induite - Infection néonatale - Séquelles neurologiques graves
Prise en charge	Urgence thérapeutique <ul style="list-style-type: none"> - ATB IV : C3G + Gentamicine - CI absolue à la tocolyse - Si anomalie du RCF + col non dilaté : Extraction fœtale en urgence par césarienne pour sauvetage fœtal si fœtus viable

ITEM 17 : HTA GRAVIDIQUE

CLINIQUE

Définition	- HTA gravidique : PA \geq 140/90 mmHg après 20 SA - HTA gravidique isolée non compliquée : Pas de signes cliniques de gravité Bilan bio normal – Echo obstétricale normale
FdR	- ATCD personnels et familiaux d'HTA gravidique/pré-éclampsie - Age maternel extrême - Comorbidités maternelles : Obésité – HTA chronique – Néphropathie chronique – MAI/SAPL – Insulinorésistance - Grossesse multiple - Nulliparité - Courte durée d'exposition au sperme du père (préservatif - \neq récente du partenaire – Insémination de sperme de donneur)
Signes de gravité	- Céphalées - Phosphènes – Acouphènes - OMI - Douleur épigastrique en barre - ROT vifs - HU insuffisante pour le terme (RCIU) - BU : Pu ?

PARACLINIQUE

Bilan de gravité	- NFSpq – TP, TCA, fibrinogène - Iono – créat – Urée – BHC - LDH – Uricémie - Bilan d'hémolyse
Recherche de pré-éclampsie	BU – Pu des 24h
Retentissement foetal	Echographie obstétricale <ul style="list-style-type: none"> - Vitalité fœtale : Score de Manning - Biométries : RCIU ? - Quantité de liquide amniotique

	- Dopplers ombilicaux
--	-----------------------

PRISE EN CHARGE : HTA gravidique isolée non compliquée

Lieu	- Repos à domicile – Arrêt de travail - Hospitalisation si signes de gravité
TTT	Autorisé pendant la grossesse - Inhibiteur calcique - AntiHTA central - Labétolol (βbloquant) - αbloquant CI pendant la grossesse : Diurétiques – IEC – ARAII – Aténolol – Régime sans sel
Surveillance	Maternelle : Clinicobiologique Fœtale : RCF

ITEM 17 : PRE-ECLAMPSIE

CLINIQUE

Définition	HTA gravidique + Pu \geq 0,3g/j (++) à la BU)
Signes de gravité	- Céphalées - Phosphènes – Acouphènes - OMI - Douleur épigastrique en barre - ROT vifs - HU insuffisante pour le terme (RCIU) - Anomalies du RCF - Oligurie < 500ml/j - HTA \geq 160/110 - Aggravation brutale des oedèmes
Surveillance	- TA x 3/j - Poids/j - Diurèse des 24h/j

PARACLINIQUE

Bilan maternel	- NFSpq – TP, TCA, fibrinogène - Iono – créat – Urée – BHC - LDH – Uricémie - Bilan d'hémolyse - Pu des 24h – ECBU - Bilan pré-opératoire
	Signes de gravité - Pu > 1g/j - Créatininémie > 100* μ M - Hyperuricémie > 70mg/l (> 360 μ M) - Thrombopénie < 100 000 - Hémolyse - Cytolyse hépatique
Bilan foetal	MAF – RCF Echographité obstétricale - Vitalité foetale : Score de Manning - Biométries : RCIU ? - Quantité de liquide amniotique

	- Dopplers ombilicaux
	Signes de gravité
	- RCIU
	- Diminution des MAF
	- Oligoamnios
	- Dopplers pathologiques

NB : Dopplers

Ombilical	Evalue les échanges foeto-placentaires Diastole nulle ou reverse flow = Pathologique
Cérébral	Si hypoxie : Redistribution cérébrale Diastole élevée
Ductus venosus	Ondes négatives = Insuffisance cardiaque foetale

COMPLICATIONS

Maternelles	Fœtales
<ul style="list-style-type: none"> - Eclampsie - Hématome rétro-placentaire - HELLP syndrome - CIVD Fibrinogène < 1g/l – Pq < 50 000/mm ³ – TP < 70% - ↑ DDimères <ul style="list-style-type: none"> - AVC - Décollement de rétine - OAP - IRA oligo-anurique 	<ul style="list-style-type: none"> - Souffrance fœtale chronique : RCIU disharmonieux prédominant sur le PA – Oligoamnios - SFA - MFIU - Prématurité provoquée

PRISE EN CHARGE

Mise en conditions	<ul style="list-style-type: none"> - Hospitalisation en grossesse pathologique dans une maternité adaptée à l'âge gestationnel +/- à proximité d'une réa si gravité maternelle - Transfert in utero si besoin - Repos au lit – Décubitus latéral gauche
TTT	<ul style="list-style-type: none"> - Régime normosodé - TTT antiHTA IV : Loxen – Possible relai PO si pré-éclampsie stable sans signes de gravité Rester > 130/80 sinon hypoperfusion placentaire - Corticothérapie maturative si < 34 SA - Prévention de la pré-éclampsie par sulfate de mg - Anticoagulation préventive
Accouchement	<ul style="list-style-type: none"> - Décision en fonction du terme et du retentissement maternel et fœtal - Si signes de gravité : Extraction fœtale en urgence par césarienne
Surveillance	<ul style="list-style-type: none"> - Maternelle pluriquotidienne : clinicobiologique - fœtale : RCF et MAF x 3/j – Echographie x 2/semaine
A distance	<ul style="list-style-type: none"> - CI à la bromocriptine en post-partum - Bilan vasculorénal à visée étiologique à 3 mois post-accouchement - Bilan de thrombophilie - Aspirine de 15 à 35 SA lors des grossesses ultérieures

ECLAMPSIE

Prodromes	<ul style="list-style-type: none"> - Aggravation de l'HTA – de la Pu – des oedèmes - Céphalées intenses en casque - Somnolence – Tb neurosensoriels (phosphènes – Acouphènes)
------------------	--

Lorraine Waechter - <http://ficheseqn.wordpress.com/>

	- Douleur épigastrique en barre - ROTs vifs
Clinique	Crise convulsive généralisée puis coma
Complication	- Maternelle : EDM – Asphyxie – OAP – C° cérébrales – Décollement de rétine - Fœtale : MFIU
Prise en charge	- LVAS – O2 - Sulfate de Magnésium – BZP IV - Césarienne en urgence pour sauvetage maternel et fœtal dès la fin de la crise - Surveillance rapprochée car risque de récurrence dans les 48h

HELLP SYNDROME

Définition	- Hémolyse - Cytolyse hépatique - Thrombopénie < 100 000/mm ³
Complication	- ↑ mortalité maternofoetale - Eclampsie - CIVD - Hématome sous-capsulaire du foie +/- rupture spontanée → Echographie hépatique systématique si HELLP syndrome
Prise en charge	Extraction fœtale en urgence par césarienne

ITEM 17 : DIABETE ET GROSSESSE

DIABETE GESTATIONNEL

= Intolérance au glucose après 20 SA – Avant 20SA : DT2 méconnu

/!\ Glycosurie pouvant être physiologique durant la grossesse : ne pose pas le diagnostic de diabète gestationnel

Cible du dépistage = FdR de δG	- Age maternel ≥ 35 ans - IMC ≥ 25 - ATCD de diabète au 1 ^{er} degré - ATCD personnels de diabète gestationnel - ATCD personnel d'intolérance au glucose et de glycosurie en dehors de la grossesse - ATCD personnel de MFIU ou de macrosomie fœtale inexplicables
Signes d'appel = HGPO même sans FdR	- Prise de poids excessive - Macrosomie fœtale - Hydramnios NB : Si hydramnios + pas de diabète : Echographie morphologique – Sérologie CMV – PVB19 + caryotype
Modalités	- Si FdR : GAJ au T1 ≥ 1,26g/l : DT2 méconnu pré-existant à la grossesse – Sinon HGPO - A 24-28 SA : HGPO méthode OMS en 1 temps avec 75g de glucose GAJ > 0,92g/l (5,1mM) – GT1h > 1,8g/l (10mM) – GT2h > 1,53 g/l (8,5mM)

DIABETE PRE-EXISTANT A LA GROSSESSE

Bilan	- Grossesse programmée +++ - Equilibre glycémique : HbA1c < 6,5% - Bilan des complications du diabète - Suivi strict
CI	Rétinopathie proliférante = CI à la voie basse Néphropathie sévère – Cardiopathie sévère : CI à la grossesse

COMPLICATIONS

Lorraine Waechter - <http://ficheseqn.wordpress.com/>

	Diabète gestationnel	Diabète pré-existant
Grossesse	HTA gravidique / pré-éclampsie Infections : urinaires +++ - Endométrite	
Accouchement	Traumatismes obstétricaux : Déchirures cervicales ou périnéales Travail plus long : Risque accru d'hémorragie du post-partum	
Foetales	- MAP - Hydramnios : Risque de MAP et RPM - Hypotrophie - MFIU - MMH possible jusqu'à terme - Disproportion foeto-pelvienne : Extraction par césarienne	
		↑ risque de FCS si diabète déséquilibré Malformation : SNC – Cardiaque – Digestive – Voies urinaires
NN	- Macrosomie : Dystocie des épaules – Lésions du plexus brachial – Souffrance neurologique à l'extraction – Décès néonatal - Métabo : Hypoglycémie – Hypocalcémie – Ictère néonatal - Polyglobulie - Prématurité - Cardiomyopathie hypertrophique (régresse en quelques semaines)	
Maternelles à long terme	Récidive du δG Evolution vers DT2 (50% à 10 ans)	Aggravation des miroangiopathies
Enfant à long terme	Obésité – DT2	

PRISE EN CHARGE

Si DT2	- Grossesse programmée - Objectif : Normoglycémie en périconceptionnel - Bilan pré-conceptionnel : Cs préconceptionnelle Evaluation de l'équilibre glycémique maternel : GAJ – GPP – HbA1c Bilan ophtalmo : FO +/- angiographie Bilan rénal : Créat – ECU – Pu des 24h ECG : Grossesse CI si anomalie
Généralités	- PEC ambulatoire multidisciplinaire précoce - Objectifs : GAJ < 0,95g/l – GPP H1 < 1,4 g/l - GPP H2 < 1,2g/l
RHD	- Cs diététique dédiée – Enquête alimentaire - Alimentation équilibrée et diversifiée - Normocalorique : jamais < 1800kcal/j - Normosodée - 3 repas /j +/- 1 collation – Pas de grignotages - Glucides : 50% en privilégiant les IG bas – Eviter la prise de glucides isolée - Protides : 20% en privilégiant les protides d'origine végétale - Lipides : 30% - 1/3 AGS – 1/3 AGMI – 1/3 AGPI – Si DT2 : Limiter le cholestérol - Activité physique adaptée au terme
TTT méd	- Arrêt des ADO si DT2 pré-existant - Insulinothérapie optimisée : Si DT2 : Systématique Si δG : D'emblée si GAJ > 1,3g/l – Si échec des RHD pendant 7-15j sinon
Education	ASG pluriquotidienne – Carnet
Surveillance	- RDV/15j en alternance entre diabétologue et obstétricien - Maternelle : TA – HU – Poids - Pu – Glycémie – Carnet - Fœtale : Echographie obstétricale supplémentaire après 32 SA : Macrosomie ? Surveillance rapprochée du RCF à l'approche du terme car risque ↑ de MFIU
Accouchement	- Césarienne programmée si poids foetal > 4,250kg - Si tocolyse : Eviter les $\beta 2+$ - SI corticoT de maturation : Surveillance glycémique rapprochée +/- insuline
Post-partum	- Encourager l'allaitement maternel - Education – Poursuite des RHD - Glycémie à 6-8 semaines de l'accouchement ou après l'accouchement : dépistage

- POP CI – ADO CI durant l'allaitement

ITEM 17 : VOMISSEMENTS GRAVIDIQUES

Clinique	Vomissements intenses – Perte de poids	
Paraclinique	Retentissement	Iono – Créat – Urée
	Etiologie	- Diabète : BU – Glycémie - CO : HbCO - TSH - Infection : NFSpq – CRP – PV - Cholestase gravidique : BHC

ITEM 17 : STEATOSE HEPATIQUE AIGUË GRAVIDIQUE

Clinique	<ul style="list-style-type: none">- Terrain : Grossesse gémellaire ou garçon- A partir du 5^{ème} mois – Le plus souvent 28 SA- Souvent précédé de contractions utérines- Polydypsie > 3l/j – Très bien tolérée- Nausées – Vomissements+/- Douleur abdo +/- Prurit
Paraclinique	<ul style="list-style-type: none">- Transaminases > 25 N- Hyperuricémie- Bilirubine normale ou peu augmentée- Facteurs de coagulation normaux ou peu diminué- Leucocytes normaux – Créat normal – Echo foie normale- Survie fœtale = 100% à ce stade
Evolution	Quelques jours à quelques semaines
	<ul style="list-style-type: none">- Clinique : ↑ symptômes maternels – Ictère à bilirubine conjuguée- Biologie : Constant : Hyperleucocytose – Hyperuricémie - ↑ créatininémie TP < 50% - FII, VII, X ↓ - Thrombopénie < 100000/mm³ – Pas d'hémolyse- Echographie : +/- hyperéchogénicité hépatique- A ce stade : Fœtus vivant +/- hypotrophe +/- souffrance fœtale aiguë- Pronostic maternel bon si césarienne en urgence mais risque d'hémorragie – ascite – IRA – surinfection bactérienne
	Si poursuite de la grossesse : <ul style="list-style-type: none">- HTP + Ascite- IR- Coma – Décès- MFIU