

Que faire devant une protéinurie 0,35mg/L ?

Nicolas Fontanarosa
Gynécologue-Obstétricien



LA PREECLAMPSIE: Une survenue plus probable chez les nullipares



La pré-éclampsie survient dans 70 à 75% des cas lors d'une première grossesse.

Environ 5% des grossesses s'accompagnent de pré-éclampsie. Dans la plupart des cas, un suivi permet d'éviter les complications graves. Mais dans **1 cas sur 10, une forme sévère survient**

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE Chapitre II : Examens de prévention durant et après la grossesse (Articles R2122-1 à R2122-17)

Négatif	<0,1 g/l
Traces	0,15 g/l
+	0,3 g/l
++	1 g/l
+++	3 g/l



Une recherche de l'albuminurie et de la glycosurie doit être réalisée à **chacun des 7 examens obligatoires de suivi de grossesse, soit tous les mois à partir du troisième mois.**

Cette recherche peut être effectuée, notamment, à l'aide de **bandelettes urinaires** ou à partir de **dosages du glucose et de l'albumine.**



À jeun ou pas à jeun ?

Pas à jeun



Moment de prélèvement

N/A

La GLYCOSURIE n'a pas d'intérêt durant la grossesse

La recherche d'une glycosurie reste obligatoire à chaque consultation prénatale. Pourtant, au cours de la grossesse et du fait de l'abaissement physiologique du seuil rénal de filtration du glucose, la glycosurie n'est pas un reflet fiable de la glycémie et ne doit donc pas être utilisé comme test de dépistage. Une glycosurie élevée n'est pas le signe d'un DG.

—> Vérifier le contexte de la grossesse

Plusieurs facteurs de risque de pré-éclampsie ont été identifiés :

- un antécédent de pré-éclampsie
- une grossesse multiple
- une première grossesse (nulliparité)
- une [hypertension chronique](#), une [pathologie rénale](#) ou encore un [diabète](#)
- une [obésité](#)
- être âgée de plus de 40 ans ou de moins de 18 ans,
- des antécédents familiaux de pré-éclampsie (mère, grand-mère...)
- un syndrome des ovaires polykystiques (SOPK)
- une [maladie auto-immune](#) (LES)
- un changement de partenaire sexuel ou une insuffisance à l'exposition du sperme de son partenaire (port prolongé du préservatif)

Maternels	Immunologiques	Liés à la grossesse
Âge (< 17 ans, > 40 ans)	Nulliparité	Grossesse gémellaire
Diabète	Changement de partenaire	Antécédent de pré-éclampsie
HTA chronique		Môle hydatiforme
Néphropathie chronique	Exposition au sperme courte (préservatifs)	Anomalies chromosomiques
Thrombophilies		
Facteurs ethniques		

—> Pas d'inquiétude avant 20 SA

- * La prééclampsie n'apparaît qu'après 20SA**
- * Exception: adresser la patiente au néphrologue si l'albuminurie est significative avant 20SA**

—> Jeter un oeil au rapport (P/C) > 30mg/mmol Protéinurie/Créatininurie

(P/C) élevé + TA \geq 14/9 après 20SA = pré éclampsie.

La norme en obstétrique est un rapport P/C < 30mg/mmol.

Une valeur P/C \geq 30mg/mmol est une valeur anormale

—> Prescrire une protéinurie des 24h après 20 SA

- * Rassurer si $<0,3\text{g}/24\text{h}$
- * Consultation prénatale au plus vite si $\geq 0,3\text{g}/24\text{h}$ avec réévaluation des facteurs de risque, mesure de la TA, évaluation clinique à la recherche de signes de gravité, évaluation obstétricale (HU, MAF, +/- échographie, BCF+-RCF)
- * Un bilan complémentaire peut être envisagé au cas par cas: NFS PLAQUETTES, ASAT ALAT, CREATININEMIE, LDH, ...

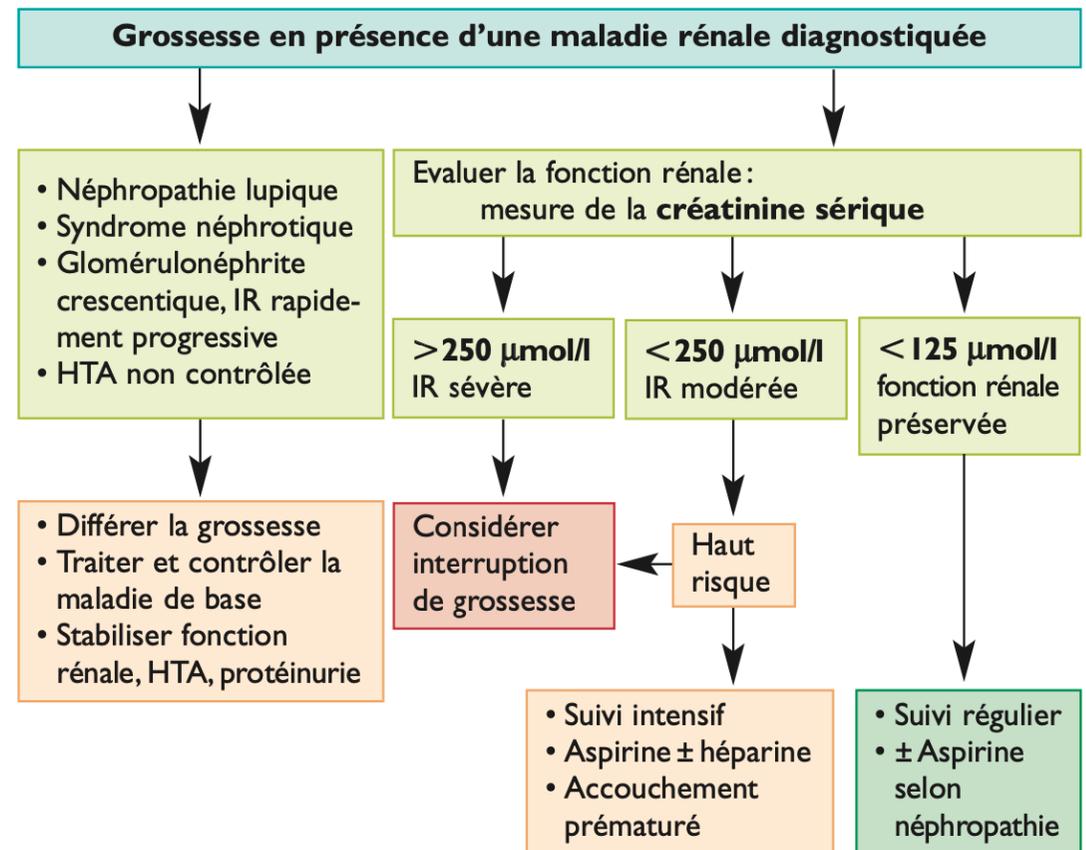
→ Vérifier fonction rénale si la protéinurie est significative

* Créatininémie

Type	Physiopathologie	Etiologie	Caractéristiques
Glomérulaire	Augmentation de la perméabilité de la BFG aux protéines	Glomérulopathie primaire ou secondaire	Protéines de haut PM > 50% albumine
Tubulaire	Diminution de la réabsorption tubulaire des protéines librement filtrées	• Maladie tubulaire ou interstitielle	• Protéines de bas PM < 50% albumine
Surcharge	Augmentation de la production de protéines de bas PM	• Gammopathie monoclonale • Myoglobine	• Chaînes légères • Bandelette urinaire
Physiologique	• Augmentation d'angiotensine II ou noradrénaline • Augmentation de la pression veineuse rénale	• Insuffisance cardiaque • Fièvre • Convulsion • Exercice physique intense	Principalement de l'albumine

—> Quand adresser? Avis néphrologique

* **AVANT LA GROSSESSE**
si néphropathie préexistante



—> Quand adresser? Avis néphrologique

* **PENDANT la grossesse:**

- Si protéinurie $\geq 3\text{g}/24\text{h}$ (syndrome néphrotique)
- Si Insuffisance rénale aiguë

Causes d'IRA

- * **IRA FONCTIONNELLE** par **déshydratation extracellulaire** pouvant compliquer des vomissements abondants.
- * **IRA ORGANIQUE :**
 - **Hémorragie de la délivrance** (nécrose tubulaire aiguë due à un état de choc voire nécrose corticale, *a fortiori* si des agents procoagulants ou antifibrinolytiques ont été utilisés)
 - **Stéatose aiguë gravidique** (nécrose tubulaire aiguë avec accumulation intra-tubulaire de lipides)
;
 - **Embolie amniotique** (nécrose tubulaire aiguë, et cas exceptionnels de débris amniotiques dans le parenchyme rénal)
 - **Microangiopathie thrombotique** dans le post-partum, plus rarement dans les jours ou semaines qui précèdent le terme.

—> Quand adresser? Avis néphrologique

- * **APRES la grossesse**

- Si la patiente n'a jamais été explorée auparavant pour exclure une origine rénale de l'hypertension

Post Partum

Trois mois après l'accouchement, une **consultation de néphrologie** est recommandée pour établir le **diagnostic final** (HTA chronique, HTA gravidique et/ou pré-éclampsie, surajoutée ou pas), confirmer que l'HTA et la protéinurie **ont disparu en l'absence de tout traitement**. C'est aussi l'occasion d'identifier une **cause** à cette pré-éclampsie, notamment une **néphropathie sous-jacente** qui justifierait une biopsie rénale, ou une maladie auto-immune à explorer.

Les femmes ayant accouché précocement (avant 34 SA) ou d'un enfant hypotrope dans un contexte de pré-éclampsie ont une augmentation de leur risque cardiovasculaire au long cours (à titre indicatif, elles rejoignent les hommes, pour le risque de cardiopathie ischémique, d'artérite oblitérante, et d'accident vasculaire cérébral). Il faut donc préconiser chez elles des **mesures hygiéno-diététiques** et un **suivi au long cours**, pour dépister régulièrement les facteurs de risque traditionnels connus (**HTA, diabète, dyslipidémie, obésité, tabac**)

CONCLUSION

- * 1 albuminurie pour chaque examen prénatal de la grossesse
- * Dépistage prééclampsie (>20SA)
- * Dépistage néphropathie quelque soit le terme de la grossesse et en post partum