Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 28 (2009) 275–281

INFORMATION PROFESSIONNELLE

Prise en charge multidisciplinaire de la prééclampsie. Recommandations formalisées d'experts communes

Multidisciplinary management of severe pre-eclampsia (PE). Experts' guidelines 2008

Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar)
Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF)
Société française de médecine périnatale (SFMP)
Société française de néonatalogie (SFNN)

Disponible sur Internet le 24 mars 2009

Mots clés : Recommandations ; Prééclampsie

Keywords: Guidelines; Preeclampsia

GROUPE DE TRAVAIL

Coordonnateur : T. Pottecher (thierry.pottecher@chru-strasbourg.fr), service d'anesthésie-réanimation, hôpital de Hautepierre, 67098 Strasbourg cedex, France
Comité de pilotage : T. Pottecher*[1] (Sfar), D. Luton (CNGOF), V. Zupan (SFNN), M. Collet (SFMP)
Liste des experts et relecteurs en Annexe.

1. MÉTHODOLOGIE

Ce travail d'actualisation d'une conférence d'experts datant de 2000 a été initié par le comité des référentiels de la Sfar avec l'aval du conseil d'administration. Il est le fruit de la collaboration d'un groupe multidisciplinaire d'experts (anesthésiste-réanimateurs, obstétriciens, interniste, néphrologue, hépatologue pédiatre et anatomopathologiste). Ces experts, choisis par leurs sociétés savantes respectives en fonction de leur expérience dans la prise en charge des patientes prééclamptiques, ont produit deux documents en utilisant la méthode GRADE [1,2] :

- un argumentaire (texte long) comportant 22 chapitres qui envisage tous les aspects de la prise en charge, du diagnostic et de la physiopathologie de la prééclampsie (PE). Chaque chapitre est étayé par un support bibliographique. Cet argumentaire sera disponible dans la version électronique des Annales françaises d'anesthésie et de réanimation ;
- un texte court ou recommandations, rédigé dans une optique pratique d'aide aux équipes confrontées à cette pathologie. Ce texte court sera diffusé dans les revues des sociétés participantes et traduit en anglais.

Ces recommandations correspondent à la plupart des chapitres de l'argumentaire, elles ont été, dans un premier temps, rédigées sous forme d'affirmations par les experts en charge des différents chapitres. Dans la mesure du possible, ces affirmations s'appuient sur des données convergentes de la littérature, lorsque la littérature ne permettait pas de les justifier (conditions d'organisation, habitudes, réglementations nationales...) l'affirmation a été considérée comme un consensus professionnel.

Chaque expert a justifié le fond et la forme de chacune des affirmations qu'il a proposées lors d'une séance plénière. À cette occasion des modifications de forme et de fond ont été effectuées par le groupe.

Chacune des affirmations a fait ensuite l'objet d'une cotation selon la méthodologie proposée par la Sfar d'après la RAND/UCLA pour exprimer l'adhésion de tout le groupe aux affirmations produites [3]. Pendant les mois de juillet et d'août 2008, il a été demandé à chaque expert de se prononcer personnellement sur chacune de celles-ci en utilisant un fichier de cotation permettant un vote personnel (entre 0 et 9). Après

[1] Auteur correspondant.

0750-7658/$ see front matter © 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.
doi:10.1016/j.annfar.2009.02.015

un premier tour de cotation, les affirmations qui ne faisaient pas l'objet d'un accord ont été revues par le groupe de pilotage, puis éventuellement reformulées. Ces affirmations reformulées ont fait l'objet d'un second tour de cotation. Lorsque la médiane des cotations est supérieure ou égale à sept il est considéré qu'il y a accord des experts, entre quatre et six, il y a indécision et pour des valeurs inférieures, il y a désaccord. L'accord est dit fort si la dispersion des cotations est peu importante (aucune cotation inférieure à sept), faible dans le cas contraire. Les affirmations qui ont été cotées en accord faible sont reproduites en italique.

Pour donner plus de lisibilité au travail, ces affirmations ont été regroupées par thème pour constituer des recommandations. Au total, les 154 affirmations initiales ont permis de constituer 76 recommandations. En fonction des données de la littérature et leurs conséquences pratiques, la force de ces recommandations a été classée en quatre niveaux :

- G1+ : il faut...
- G2+ : il est possible de faire ;
- G2− : il est possible de ne pas faire ;
- G1− : il ne faut pas faire.

Ce classement a été validé par les experts.

Au total, les 154 affirmations initiales ont fait l'objet d'un accord, fort dans 139 cas et faible dans 15 cas, il n'est pas resté de cas d'indécision après les deux tous de cotation. Quarante-huit recommandations ont été classées G1+, 18 G2+ pour 18 et dix G1−, aucune n'a été classée G2−.

Dans un but de clarification, les recommandations sont regroupées en sept rubriques :

- définitions ;
- information et formation ;
- prévention et prédiction ;
- modalités de prise en charge ;
- gestion des complications ;
- anesthésie et PE ;
- après la PE.

1.1. Définitions (consensus professionnel)

(G1+) Il est recommandé d'utiliser les définitions suivantes :

- HTA gravidique (HTG) : PAS supérieur ou égal à 140 mmHg et/ou PAD supérieur ou égal à 90 mmHg, survenant après 20 SA et disparaissant avant la fin de la sixième semaine du postpartum ;
- PE : association d'une HTG à une protéinurie (> 0,3 g/24 h) ;
- PE sévère : PE avec au moins l'un des critères suivants :
  - HTA sévère (PAS ≥ 160 mmHg et/ou PAD ≥ 110 mmHg),
  - atteinte rénale avec : oligurie (< 500 ml/24 h) ou créatinine supérieure à 135 μmol/l, ou protéinurie supérieure à 5 g/j,
  - OAP ou barre épigastrique persistante ou HELLP syndrome,
  - éclampsie ou troubles neurologiques rebelles (troubles visuels, ROT polycinétiques, céphalées),
  - thrombopénie inférieure à 100 G/l,
  - hématome rétroplacentaire (HRP) ou retentissement fœtal ;
- PE précoce : survenant avant 32 SA ;
- HELLP syndrome : association d'une hémolyse, une cytolyse hépatique et d'une thrombopénie ;
- éclampsie (E) : survenue d'une crise convulsive tonicoclonique dans un contexte de pathologie hypertensive de la grossesse ;
- patientes à risque élevé : patientes ayant eu au moins un antécédent de PE sévère et précoce.

1.2. Information et formation (consensus professionnel)

(G1+) Il est recommandé de sensibiliser les professionnels de proximité (médecins traitant, sage-femme) aux signes devant faire évoquer une PE et de favoriser le repérage des situations à haut risque de PE.

(G1+) Il est recommandé qu'une information soit systématiquement faite aux femmes enceintes :

- sur la nécessité de consulter sans délai dès l'apparition des signes d'alerte, même en l'absence d'antécédents particuliers ;
- afin de comprendre l'organisation des soins périnatals en réseau avec les possibilités de transfert in utero.

(G1+) Il est recommandé que les équipes soignantes prenant en charge les femmes enceintes en PE sachent parfaitement :

- rechercher systématiquement à chaque consultation une HTA, en particulier systolique ;
- utiliser adéquatement le sulfate de magnésium ;
- organiser rapidement la naissance devant l'aggravation rapide d'une PE ou à l'issue d'une éclampsie.

(G2+) Il est conseillé de réaliser, de principe, un examen anatomopathologique du placenta à l'occasion de tout accouchement en cas de PE.

(G1+) Il est recommandé de réaliser un examen anatomopathologique du placenta et une autopsie en cas de décès maternel et/ou fœtal dans le cadre d'une complication de la PE.

1.3. Prédire ou prévenir la prééclampsie ?

(G1+) Aucun critère clinique ou biologique ne prédit la survenue d'une PE dans une population de femmes enceintes tout venant et aucun examen ne peut être recommandé dans un but de prédiction de la PE.

(G2+) Cependant, la réalisation, dans un but prédictif de PE, du Doppler des artères utérines n'est envisageable que chez les patientes à haut risque.

(G1+) La prévention de la PE par l'aspirine à faible dose (75–160 mg/j) est recommandée chez les patientes à haut risque et doit être instituée avant 20 SA.

(G1−) L'utilisation des héparines de bas poids moléculaire n'est pas recommandée comme prévention de la PE, (G2+) elles peuvent être utilisées dans les situations à risque thrombotique.

(G1−) La supplémentation en anti-oxydants, ainsi que l'utilisation de donneurs de NO, ne sont pas recommandées.

(G2+) L'administration de calcium (1,5 g par jour) n'est recommandée qu'en cas de carence calcique avérée.

1.4. Prise en charge de la prééclampsie

1.4.1. Organisation de la prise en charge en réseau (consensus professionnel)

(G2+) En cas de grossesse avec antécédents de PE, si le déroulement actuel est normal, il est possible que le suivi soit effectué par les professionnels de proximité sous couvert d'une consultation préalable du gynécologue obstétricien (GO), idéalement préconceptionnelle, donnant lieu à des recommandations écrites pour le suivi de la femme.

(G1+) En cas de forme non sévère de PE, il est recommandé que le bilan soit effectué par le GO en hospitalisation et qu'un suivi intensifié soit organisé (convention ou protocole écrit).

(G1+) En cas de forme sévère, l'hospitalisation s'impose immédiatement.

(G1+) Il est recommandé de choisir le lieu de naissance en fonction de l'âge gestationnel, des critères de gravité maternelle et/ou fœtale, et la nécessité éventuelle du recours à un service de réanimation pour la mère.

(G1+) Il est recommandé que les protocoles soient élaborés en commun dans un réseau de santé périnatale doté de moyens pour évaluer la qualité de la prise en charge pluridisciplinaire et le suivi de ces protocoles.

1.4.2. Prise en charge pré- et interhospitalière

(G1+) Avant un transfert in utero, il est recommandé d'organiser une information des parents, idéalement conjointe obstétricale et pédiatrique, sur les enjeux maternels et fœtaux.

(G1+) Il est recommandé que les médecins seniors des structures impliquées dans le transfert (obstétricien, pédiatre, anesthésiste-réanimateur, urgentiste) se concertent et que les moyens adaptés soient mobilisés sans délai, selon les protocoles en vigueur au sein du réseau de périnatalité.

(G1+) Il est recommandé de poursuivre le traitement de l'hypertension artérielle sévère pour la contrôler pendant le transport selon les principes définis dans la Fig. 1.

(G2+) Il est possible de poursuivre la prévention primaire de l'éclampsie par le sulfate de magnésium ($MgSO_4$) pendant le transfert.

(G2+) Il est possible d'utiliser les benzodiazépines injectables en préhospitalier dans le traitement de l'éclampsie.

(G1+) Il est recommandé, pendant le transport, d'effectuer une surveillance clinique de la conscience, et d'installer un monitorage de la fréquence cardiaque (électrocardioscope), de la fréquence respiratoire, de la saturation pulsée en oxygène, de la mesure discontinue de la pression artérielle et, chez la patiente intubée, de la capnométrie en continu.

(G2+) En cas d'anomalies du rythme cardiaque fœtal (RCF), la naissance dans l'établissement initial d'accueil, quel qu'en soit le type, doit être envisagée.

1.4.3. Prise en charge hospitalière des prééclampsies (consensus professionnel)

(G1+) L'enregistrement du RCF, la biométrie fœtale obtenue par échographie et les examens Doppler fœtaux sont recommandés pour l'évaluation fœtale.

(G1+) Il est recommandé de débuter la corticothérapie, à un terme adapté, (deux fois 12 mg de bétaméthasone à 24 heures d'intervalle) pour maturation fœtale le plus précocement possible après le diagnostic, notamment avant un transfert.

(G1+) Au cours de la PE sévère, il est recommandé de traiter l'HTA selon l'algorithme présenté Fig. 1.

(G1+) Lorsque la pression artérielle diastolique est supérieure à 110 mmHg ou la pression artérielle systolique supérieure à 160 mmHg, il est recommandé de débuter un traitement antihypertenseur.

(G1−) L'expansion volumique systématique n'est pas recommandée car il n'a pas été démontré une amélioration du pronostic maternel ou néonatal et elle peut induire un œdème aigu du poumon (OAP).

(G2+) L'expansion volémique prudente est possible en cas de chute brutale et significative de la pression artérielle lors de l'introduction des médicaments vasodilatateurs.

(G1+) Lorsqu'une exploration de la situation hémodynamique doit être effectuée chez la femme prééclamptique, l'échographie doit être privilégiée, le monitorage invasif de la pression artérielle pulmonaire n'est justifié qu'exceptionnellement.

(G1+) En cas de PE sévère, la prévention de la crise d'E par du $MgSO_4$ est recommandée devant l'apparition de signes neurologiques (céphalées rebelles, ROT polycinétiques, troubles visuels) et en l'absence de contre-indication (insuffisance rénale, maladies neuromusculaires).

(G2+) Le schéma thérapeutique initial comporte un bolus (4 g) de $MgSO_4$ puis une perfusion IV continue de 1 g/h.

(G1+) La surveillance du traitement par $MgSO_4$ doit reposer sur une évaluation répétée de la conscience (Glasgow = 15), de la présence des ROT, de la fréquence respiratoire ($>$ 12 c/min) et de la diurèse ($>$ 30 ml/h).

(G1+) En cas de manifestations cliniques de surdosage, la perfusion doit être arrêtée, l'injection de gluconate de calcium envisagée et la magnésémie mesurée.

(G1+) Une surveillance répétée de la numération plaquettaire est recommandée dans les formes sévères de PE.

1.4.4. Critères d'arrêt de la grossesse (consensus professionnel)

(G2+) En cas de PE non sévère au-delà de 36 SA, il faut envisager d'interrompre la grossesse.

(G1+) Une PE sévère au-delà de 34 SA est une indication à l'arrêt de la grossesse.

(G1+) En cas de PE sévère avant 24 SA, une IMG doit être clairement discutée avec les parents.

(G1+) Les indications d'arrêt de la grossesse dans les PE sévères entre 24 et 34 SA peuvent être maternelle ou fœtale :

- pour raison maternelle :
  - immédiates : HTA non contrôlée, éclampsie, OAP, HRP, thrombopénie inférieur à 50 000, hématome sous-capsulaire hépatique,
  - après corticothérapie pour maturation fœtale (si les conditions maternelles et fœtales permettent de prolonger la grossesse de 48 heures) : insuffisance rénale d'aggrava-

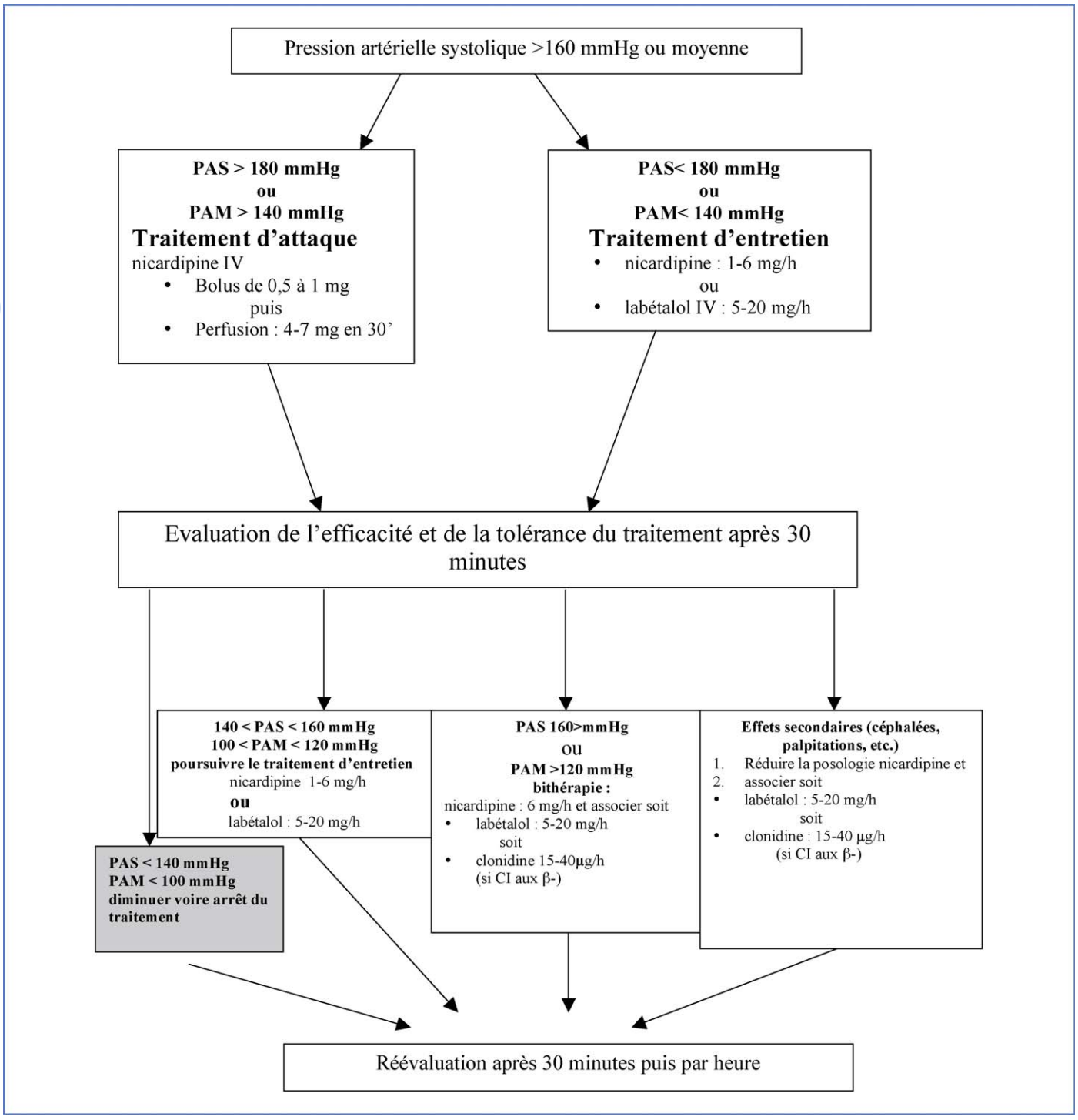


Fig. 1. Algorithme de prescription du traitement antihypertenseur (PAM : pression artérielle moyenne = [PA systolique + 2 PA diastolique]/3).

tion rapide et/ou oligurie (< 100 mm/4 h) persistante malgré un remplissage vasculaire adapté, signes persistants d'imminence d'une éclampsie (céphalées ou troubles visuels), douleur épigastrique persistante, HELLP syndrome évolutif ;

- pour raisons fœtales : décélérations répétées du RCF, variabilité à court terme inférieur à 3 ms, contrôlée, RCIU sévère au-delà de 32 SA, diastole ombilicale artérielle inversée, au-delà de 32 SA.

(G2+) Lorsque l'interruption de la grossesse est décidée sans qu'il y ait une nécessité absolue d'arrêt immédiat, il est possible de déclencher l'accouchement après maturation cervicale.

1.5. Gestion des complications de la PE

1.5.1. Éclampsie

(G1+) En cas de troubles visuels persistants, il est recommandé d'effectuer un fond d'œil et une IRM, ou à défaut une TDM.

(G1+) Le $MgSO_4$ est recommandé car il est supérieur au diazépam, à la phénytoïne et à l'association phénergan, dolosal, largactyl pour le traitement d'une crise en cours et pour la prévention de sa récidive.

(G2+) En cas de récidive critique, l'injection d'une dose additionnelle de 1,5 à 2 g IV est possible.

(G1+) Après la dernière crise, il est recommandé de maintenir une perfusion de $MgSO_4$ pendant une durée de 24 heures.

1.5.2. Prééclampsie et atteinte rénale

(G1+) Il est recommandé de rechercher, dès le premier examen prénatal, des maladies rénales par l'emploi des bandelettes urinaires. En cas de positivité des bandelettes, il faut évaluer la protéinurie (seuil : 300 mg/j) et le sédiment urinaire (seuil : 10 hématies/mm^3).

(G1+) Il est recommandé d'évaluer la fonction rénale en cas de signes évocateurs de néphropathie (antécédents, HTA précoce, syndrome urinaire...) en se souvenant que, dès le milieu de grossesse, une créatinémie supérieure à 90 μmol/l est pathologique et que la formule de Cockcroft est inapplicable.

(G1+) Un avis spécialisé est recommandé devant la découverte de signes de néphropathie, quel que soit le terme, afin d'instituer une prise en charge conjointe (obstétricien, néphrologue, anesthésiste-réanimateur) de la grossesse, permettant, entre autres, d'informer la patiente sur les risques personnels et fœtaux, de discuter l'indication des diurétiques et d'envisager une terminaison de la grossesse en cas d'aggravation rapide de l'insuffisance rénale, de PTT ou de SHU.

1.5.3. Prééclampsie et atteinte hépatique

(G1−) L'administration de corticoïdes pour le traitement du HELLP syndrome n'est pas recommandée car elle n'améliore pas le pronostic maternel et/ou néonatal.

(G1−) En cas de HELLP syndrome, le recours à la plasmaphérèse pour réduire la morbimortalité maternelle, n'est pas recommandé.

1.5.4. Hématome rétroplacentaire (consensus professionnel)

(G1−) L'échographie n'est pas recommandée pour le dépistage de l'HRP chez les patientes à risque.

(G1−) En cas d'antécédent d'HRP isolé, aucune thérapeutique préventive spécifique n'est recommandée pour une grossesse ultérieure.

1.6. Anesthésie chez une femme en prééclampsie

(G1+) Une évaluation la plus précoce possible des patientes est recommandée en vue d'une anesthésie.

(G1+) Il est recommandé d'effectuer un bilan d'hémostase dans un délai le plus court possible avant de faire une anesthésie périmédullaire.

(G2+) La prise d'aspirine, indiquée pour la prévention de la PE, ne constitue pas, en soi, une contre-indication à la réalisation d'une anesthésie périmédullaire si :

- la patiente ne prend pas d'autres médicaments altérant l'hémostase ;
- le bilan d'hémostase (Quick, TCA, fibrinogène, numération plaquettaire) est compatible avec la réalisation d'une ALR.

(G2+) La valeur seuil des plaquettes recommandée est de 75 G/l pour réaliser une anesthésie péridurale et de 50 G/l pour la rachianesthésie à condition que :

- la thrombopénie soit stable sur plusieurs numérations successives ;
- l'acte anesthésique soit réalisé par un opérateur entraîné ;
- la parturiente bénéficie d'une surveillance neurologique en postpartum ;
- la patiente n'ait pas pris d'aspirine au cours des trois derniers jours.

(G1+) Il est recommandé de mettre rapidement en place une analgésie périmédullaire parce qu'elle est bénéfique pour l'évolution de la pression artérielle, pour l'hémodynamique utéroplacentaire, et parce qu'elle facilite la prise en charge en cas de recours à une césarienne.

(G2+) Il est possible d'utiliser l'oxytocine (Syntocinon®) pendant et après le travail.

(G1−) La méthylergométrine (Méthergin®) est contre-indiquée chez la femme prééclamptique.

(G1+) En cas de rachianesthésie, il est recommandé :

- de limiter le remplissage vasculaire préalable aux cristalloïdes et à un maximum 1000 ml ;
- de réduire ou suspendre le traitement antiHTA administré par voie IV jusqu'à l'installation complète du bloc.

(G1−) La dose test adrénalinée n'est pas recommandée chez la femme prééclamptique.

(G1+) En cas d'anesthésie générale, il est recommandé :

- de faire une évaluation des critères d'intubation difficile immédiatement avant l'induction ;
- de pratiquer une induction en séquence rapide avec intubation ;
- de veiller à la prévention de la poussée hypertensive induite par l'intubation trachéale ;
- de prévoir systématiquement le risque d'extubation à problème.

(G2+) Il est possible de pratiquer une ALR après une crise d'éclampsie si les conditions suivantes sont réunies :

- la femme a repris conscience ;
- il n'y a pas de déficit neurologique ;
- l'état clinique est stable.

(G1+) En cas de convulsions subintrantes et/ou de troubles de la conscience, l'anesthésie générale est recommandée.

1.7. Après la prééclampsie

1.7.1. Pronostic des enfants nés de mère en PE (consensus professionnel)

(G1+) Il est recommandé d'informer les pédiatres des thérapeutiques administrées aux mères.

(G1+) En cas de prématurité ou de RCIU, il est recommandé au pédiatre et à l'obstétricien d'informer conjointement les parents des risques encourus.

(G2+) En cas de HELLP syndrome sévère et surtout en cas de SHAG, il est possible de discuter un dépistage néonatal du déficit en LCHAD. À défaut, il est conseillé une surveillance attentive du nourrisson et la réalisation d'un profil des acides gras à chaîne longue en cas d'altération clinique.

1.7.2. Suivi du postpartum précoce (consensus professionnel)

(G1+) Après l'accouchement, il est recommandé d'effectuer une surveillance stricte clinique et biologique pendant au moins 48 heures, elle comporte au minimum :

- une surveillance rapprochée de la pression artérielle avec adaptation thérapeutique en fonction des chiffres tensionnels (Fig. 1) ;
- l'évaluation quotidienne des apports hydriques, du poids et de la diurèse.

(G1+) Pour les femmes présentant une défaillance organique, une hospitalisation en secteur de réanimation est recommandée.

(G1+) Une surveillance tensionnelle bihebdomadaire et une consultation chez un médecin sont recommandées dans les deux à trois premières semaines du postpartum.

(G1+) Lors de la consultation postnatale réglementaire, il est recommandé de vérifier la normalisation tensionnelle et la disparition de la protéinurie.

(G2+) En l'absence de facteurs de risque et d'anomalies biologiques, il est possible de prescrire une contraception estroprogestative lors de la consultation postnatale.

1.7.3. Suivi à long terme

(G1+) Si l'HTA et/ou la protéinurie persistent trois mois après l'accouchement, il est recommandé de prendre un avis médical spécialisé.

(G1−) Il ne faut pas pratiquer un examen histologique rénal en postpartum, sauf dans un des cas suivants :

- insuffisance rénale persistante ;
- signes d'affection systémique ;
- protéinurie persistant plus de six mois après l'accouchement.

(G1+) Il est recommandé de rechercher des anticorps antiphospholipides après une PE sévère et précoce.

(G1−) Il n'est pas recommandé de pratiquer un bilan de thrombophilie héréditaire, sauf dans l'un des cas suivants :

- antécédents personnels ou familiaux de maladie veineuse thromboembolique ;
- PE précoce ;
- association à un RCIU sévère, à un HRP ou à une mort fœtale in utero.

(G1+) Un suivi spécialisé précoce (avant 14 SA) est recommandé pour les grossesses ultérieures, chez toute femme aux antécédents de PE précoce.

(G1+) Il est recommandé de surveiller l'ensemble des facteurs de risque cardiovasculaires, rénaux et métaboliques au long cours après une PE sévère.

Au total, il apparaît qu'au cours de ces huit dernières années, si la compréhension de la physiopathologie de la PE a beaucoup progressé, peu de modifications de prise en charge ont fait la preuve de leur efficacité. Les avancées principales nous semblent concerner principalement l'organisation des soins en réseau et l'importance capitale d'une information de la mère et de son conjoint tout au long de la maladie. Cette information se conçoit au mieux de manière prospective et collégiale permettant aux futurs parents de participer le plus possible aux décisions thérapeutiques.

ANNEXE. LISTE DES EXPERTS ET RELECTEURS

Pilotage		Relecteurs	Sociétés
M. Collet	SFMP	F. Bonnet	Sfar
D. Luton	CNGOF	F. Mercier	
T. Pottecher	SFAR	M.-P. Bonnet	
V. Zupan	SFP	A. Le Gouez	
		M. Bruyere	
Experts		S. Roger-Christoph	
Définitions et conséquences des HTA de la grossesse	N. Berkane	D. Edouard	
Épidémiologie de la PE	F. Goffinet	J.-P. Bellefleur	
Physiopathologie générale de la PE	V. Tsatsaris	D. Benhamou	
Marqueurs prédictifs de la PE	F. Bretelle	A. Launoy	
Le placenta de la PE : correlations anatomocliniques	P. Marcorelles		
Prévention de la PE	P. Deruelle		
Médicaments utilisables au cours de la PE	R. Serreau	S. Marret	SFP
Prise en charge en réseau de la PE	N. Wimer + B. Branger	T. Debillon	
Prise en charge hospitalière de la PE	P. Diemunsch + B. Langer	O. Baud	
Critères et modalités de l'arrêt de la grossesse	B. Haddad	V. Pierrat	
Modalités de transfert des PE	F. Trabold		
Éclampsie	O. Collange	G. Dauptin	CNGOF
Manifestations respiratoires et circulatoires de la PE	J.-F. Brichant	O. Multon	

(*Suite*)

Pilotage		Relecteurs	Sociétés
Rein et PE	B. Moulin	S. Braig	
Foie et PE	G. Ducarme + J. Bernuau	F. Perrotin	
Hématome rétroplacentaire	C. Bohec		
Hémostase et PE	A.-S. Ducloy-Bouthors	A. Serry	CIANE
Anesthésie analgésie et PE	G. Aya		
Pronostic des nouveau-nés de mère en PE	V. Zupan		
Devenir à court terme (trois mois) des mères en postnatal	M. Dreyfus		
Pronostic à long terme des mères	O. Pourrat	Secrétariat	
Aspects médicolégaux de la prise en charge	F. Pierre	G. Arenz	

RÉFÉRENCES

[1] Atkins D, Eccles M, Flottorp S, Guyatt GH, Henry D, Hill S, et al. Systems for grading the quality of evidence and the strength of recommendations I: critical appraisal of existing approaches The GRADE Working Group. BMC Health Serv Res 2004;22:38.

[2] Atkins D, Briss PA, Eccles M, Flottorp S, Guyatt GH, Harbour RT, et al. Systems for grading the quality of evidence and the strength of recommendations II: pilot study of a new system. BMC Health Serv Res 2005;23:25.

[3] GRADE Working Group. Grading quality of evidence and strength of recommendations. BMJ 2004;328:1490.