Contexte : **TA ≥ 140/90 mmHg à partir de 20 SA**

Signes fonctionnels à rechercher :

* Céphalées, phosphènes, acouphènes
* Barre épigastrique
* Oligurie
* Œdèmes des MI et des MS, visage bouffi, OAP
* ROT vifs, polycinétiques, diffusés

Bilan à réaliser :

* **NFS, plaquettes, ionogramme, urée, créatinine**
* **ASAT, ALAT, acide urique, LDH, haptoglobine,**
* **Crase**
* **RAI**
* **Protéinurie des 24h** (+ BU et protéinurie sur échantillon), +/- ECBU
* **Echographie obstétricale** : EPF, doppler utérin, doppler fœtal

Critères de sévérité :

* TA ≥ 160/110 mmHg
* Atteinte rénale : oligurie < 500 cc/24h ou créatinine > 135 µmol/L ou protéinurie > 5 g/24h
* HELLP (hémolyse, transaminases > 2 x la normale, thrombopénie < 100000)
* Troubles neurologiques persistants (céphalées, phosphènes, acouphènes, ROT polycinétiques)
* Barre épigastrique ou douleur de l’HCD persistante
* OAP
* Eclampsie
* HRP
* RCIU sévère et oligoamnios

Prise en charge :

* Hospitalisation si **pré-éclampsie sévère** >> voir protocoles « pré-éclampsie sévère »
* Hospitalisation ou SIG 1 à 2x/semaine si **pré-éclampsie modérée** >> Déclenchement à partir de 37 SA
* SIG 1 à 2x/semaine si **HTA gravidique sans protéinurie** >> Déclenchement non recommandé