

Samedi sous tension

bedaines au service de consultation sans rendez-vous

3

Annick Plante

- *Hélène, enceinte de jumeaux, en est à 36 semaines de grossesse. Elle vient vous voir pour des vomissements incoercibles. Son plus vieux souffre d'une bonne entérite. Sa pression artérielle s'élève à 136 mmHg/92 mmHg. Vous inquiète-t-elle ?*
- *Tracy, enceinte de son premier enfant, consulte pour une céphalée pulsatile unilatérale grave. Sa pression artérielle est de 152 mmHg/86 mmHg.*
- *Quant à Anabel, sa jambe gauche est œdématiée. Elle craint une thrombophlébite, sa mère en ayant fait une lorsqu'elle était enceinte.*

Laquelle de ces trois patientes allez-vous diriger vers la salle d'accouchement ?

Mettez vos connaissances sur certains symptômes de la grossesse à l'épreuve. Vrai ou faux ?

	Vrai	Faux
1. Quinze pour cent des patientes seront atteintes d'un trouble hypertensif de la grossesse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. On ne doit pas s'inquiéter de l'apparition des nausées et des vomissements en fin de grossesse, car ils ne correspondent qu'à une récurrence d'hyperémèse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. L'obésité peut favoriser l'apparition d'une prééclampsie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Une pression artérielle systolique supérieure à 140 mmHg constitue un critère diagnostique d'une hypertension de la grossesse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. La présence de protéines (1+) à la bandelette urinaire indique une prééclampsie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Les convulsions de l'éclampsie se traitent par des benzodiazépines.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Les migraines diminuent au fur et à mesure que la grossesse progresse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Les triptans peuvent être utilisés pendant la grossesse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. La présence d'œdème aux membres inférieurs annonce une prééclampsie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La D^{re} Annick Plante, omnipraticienne, travaille au GMF La Cigogne et au Département de périnatalité de l'Hôpital Charles LeMoine, à Greenfield Park.

Réponses

1 *Quinze pour cent des patientes seront atteintes d'un trouble hypertensif de la grossesse. FAUX.*

Commençons par une révision des définitions des troubles hypertensifs de la grossesse. Chez toute femme enceinte, l'hypertension est qualifiée :

- d'hypertension préexistante si elle est présente avant 20 semaines de grossesse ;
- d'hypertension de la grossesse si elle apparaît à partir de la 20^e semaine de grossesse.

Le diagnostic de prééclampsie constitue une sous-classe du trouble hypertensif défini ci-dessus :

- si l'hypertension préexistante devient résistante au traitement ; ou
- si on note l'apparition d'une protéinurie OU l'aggravation d'une protéinurie préexistante ; ou
- si l'état hypertensif s'accompagne d'effets indésirables (*tableau I*).

Six pour cent des patientes enceintes seront atteintes d'hypertension de la grossesse, mais seulement de 1 % à 2 % d'entre elles souffriront de prééclampsie¹. L'éclampsie, quant à elle, s'avère l'une des causes de morbidité maternelle les plus fréquentes². Au Canada, de 1993 à 1997, 88,6 femmes sur 100 000 ont souffert d'éclampsie, le taux de mortalité s'élevant à 3,4 pour 1000².

Outre le décès, ces problèmes entraînent de lourdes conséquences. Les complications peuvent être aussi diverses que l'accident vasculaire cérébral, l'œdème pulmonaire et l'insuffisance rénale ou hépatique. Quant au fœtus, les complications vont du retard de croissance à la mort fœtale intra-utérine. Voilà pour quoi il ne faut pas négliger les symptômes d'appel de tels problèmes dans votre cabinet.

2 *On ne doit pas s'inquiéter de l'apparition des nausées et des vomissements en fin de grossesse, car ils ne correspondent qu'à une récurrence d'hypertension. FAUX.*

S'il est assez fréquent que les nausées et les vomisse-

Tableau I

Symptômes associés aux effets indésirables de l'hypertension de la grossesse^{1,4-6}

Vasculaires/pulmonaires

- Œdème pulmonaire
- Douleur thoracique
- Dyspnée

Hépatiques

- Douleur abdominale, épigastrique ou du quadrant supérieur droit
- Nausées et vomissements intenses

Du système nerveux central

- Céphalée nouvelle ou inhabituelle
- Convulsions
- Troubles de la vision

ments reprennent en fin de troisième trimestre, il faut toujours s'assurer qu'ils ne sont pas associés à d'autres manifestations de la prééclampsie³. Retenez-en les quatre principaux symptômes. Ainsi, une céphalée persistante, nouvelle ou inhabituelle, des nausées et des vomissements intenses, une douleur abdominale au niveau de l'hypocondre droit de même que des scotomes ou des scintillements visuels doivent vous faire penser à une prééclampsie. La présence d'un de ces symptômes ne témoigne pas nécessairement d'une prééclampsie. Votre examen vous aidera à déterminer si une évaluation plus poussée s'impose.

Le *tableau I*^{1,4-6} indique d'autres symptômes correspondant aux états indésirables associés à l'hypertension durant la grossesse.

3 *L'obésité peut favoriser l'apparition d'une prééclampsie. VRAI.*

Bien qu'il soit impossible de prédire quelle patiente sera atteinte de prééclampsie, différents problèmes peuvent accroître le risque. Vous en trouverez une liste dans le *tableau II*^{1,4,5,7}. De façon étonnante, il semblerait que le tabagisme a l'effet contraire. Chut ! Ne le dites pas à vos patientes⁶.

Une céphalée persistante, nouvelle ou inhabituelle, des nausées et vomissements intenses, une douleur abdominale au niveau de l'hypocondre droit de même que des scotomes ou des scintillements visuels doivent vous faire penser à une prééclampsie.

Des antécédents de prééclampsie constituent le facteur de risque le plus important, le risque relatif se situant autour de 7,2%⁷. On compte 20,8 cas d'éclampsie pour 10 000 patientes enceintes de jumeaux comparativement à 8,7 pour les femmes attendant un seul enfant¹. Ne négligeons pas les patientes ayant des maladies préexistantes, telles que le syndrome des antiphospholipides ou l'hypertension chronique.

Et, oui, avec la hausse du taux d'obésité, un accroissement de l'incidence de la prééclampsie est à craindre, puisque le risque double lorsque l'indice de masse corporelle dépasse 35 kg/m² avant la grossesse⁷.

4 Une pression artérielle systolique supérieure à 140 mmHg constitue un critère diagnostique d'une hypertension de la grossesse. **FAUX.**

Au-delà de la recherche des symptômes décrits plus tôt et de la présence de facteurs de risque, votre examen doit vous permettre de bien évaluer la pression artérielle de la patiente. On nous martèle ce message, mais répétons-le encore. La patiente doit être assise, avoir les pieds bien appuyés et le bras à la hauteur du cœur. La pression sera mesurée avec un brassard de taille adéquate, anéroïde ou au mercure, après une période de repos de dix minutes. Bien peu d'appareils automatiques sont validés pour la mesure en contexte de prééclampsie puisque la majorité sous-estime alors les valeurs de la pression artérielle. Il est recommandé d'utiliser les bruits de Korotkoff de phase 5 (disparition complète) pour le dépistage de l'hypertension de la grossesse⁴. Toute mesure anormale doit être contrôlée après une période de repos additionnelle de quinze minutes⁵.

Une pression artérielle diastolique qui dépasse 90 mmHg est suffisante pour poser un diagnostic d'hypertension de la grossesse. Au-delà de 110 mmHg, l'hypertension est grave, et vous devez diriger la patiente à la salle d'accouchement.

Une pression artérielle systolique supérieure à 160 mmHg est considérée comme grave et exige aussi une orientation d'emblée à la salle d'accouchement. Notez bien qu'une pression artérielle systolique isolée

Tableau II

Facteurs de risque de prééclampsie^{1,4,5,7}

- Antécédents de prééclampsie
- Affections préexistantes
 - Néphropathie
 - Diabète
 - Syndrome des antiphospholipides
 - Collagénose
- Hypertension chronique ou pression artérielle diastolique ≥ 90 mmHg à la première visite
- Grossesse multiple
- Âge > 40 ans ou < 18 ans
- Nulliparité
- Intervalle ≥ 10 ans entre les grossesses
- Indice de masse corporelle élevé (≥ 35 kg/m²)
- Antécédents familiaux de prééclampsie (mère ou sœur)
- Périodontite

entre 140 mmHg et 160 mmHg ne constitue plus un critère diagnostique de prééclampsie, mais commande un suivi serré du fait que la pression artérielle diastolique risque aussi de s'élever ultérieurement. En outre, une augmentation de la pression artérielle systolique de 30 mmHg et diastolique de 15 mmHg ne permet plus de qualifier une patiente d'hypertendue puisque cette variation se situe dans la fourchette normale attendue durant la grossesse⁴.

Il arrive régulièrement que l'on soupçonne la présence d'un syndrome de la blouse blanche. En effet, chez de 30 % à 70 % des patientes dont la pression artérielle est élevée à la première mesure la valeur sera normale la fois subséquente⁸. Dans le cas contraire, la surveillance ambulatoire ou sur 24 heures pourrait permettre de faire la distinction entre une hypertension vraie et de la blouse blanche.

Par ailleurs, souvenez-vous qu'une patiente peut aussi souffrir de prééclampsie en période du post-partum. La pression artérielle d'une patiente à risque atteindra un pic de trois à six jours après l'accouchement⁵. Il convient donc d'éviter les anti-inflammatoires en période post-partum chez les patientes dont la pression

Une pression artérielle diastolique supérieure à 90 mmHg est suffisante pour poser un diagnostic d'hypertension de la grossesse.

Repère

Tableau III

Administration de sulfate de magnésium^{1,5}

Dose

- Bolus de 4 g à 6 g par voie intraveineuse sur une période de 15 à 20 minutes
- Suivi de perfusion de 1 g/h à 2 g/h
- Ajuster cliniquement ou selon la magnésémie, toutes les 4 heures (cible : de 2 mmol/l à 3,5 mmol/l)
- En cas de récurrence de convulsions pendant l'administration de sulfate de magnésium : ajouter un bolus de 2 g par voie intraveineuse

Antidote

- Gluconate de calcium à 10 %, 10 ml par voie intraveineuse sur trois minutes

est à la limite supérieure de la normale. Il faut également songer à ce diagnostic en présence de symptômes évocateurs chez une patiente ayant accouché récemment.

5 La présence de protéines (1+) à la bandelette urinaire indique une prééclampsie. FAUX.

Pendant un suivi de grossesse, il est recommandé de rechercher une protéinurie à l'aide de bandelettes réactives chez toutes les femmes enceintes présentant un faible risque de prééclampsie. Il faut soupçonner une protéinurie lorsque la mesure obtenue à la bandelette urinaire est supérieure ou égale à 2+⁵.

Dans un contexte de pression artérielle élevée, la patiente n'est plus à faible risque. Il faut donc passer en mode diagnostique, car les bandelettes urinaires ne permettent pas d'exclure une prééclampsie. L'épreuve de référence pour confirmer une protéinurie et ainsi établir le diagnostic de prééclampsie demeure le prélèvement des urines pendant 24 heures. La présence de plus de 300 mg de protéines par jour dans les urines reste la valeur diagnostique. Le ratio protéines/créatinine sur miction aléatoire est de plus en plus utilisé. Maintenant appuyé par la littérature, il permet d'éviter à de nombreuses femmes la tâche fastidieuse de recueillir toutes les mictions d'une journée, prévenant ainsi les erreurs associées à cet examen⁹.

En effet, si vous travaillez en centre hospitalier ou avez accès à certains examens de laboratoire simples, un ratio protéines/créatinine supérieur à 30 mg/mmol (> 260 mg/g) dans un échantillon ponctuel d'urine vous indiquera qu'il faut diriger immédiatement la

patiente vers la salle d'accouchement¹⁰. Avec cette valeur seuil, la sensibilité et la spécificité sont respectivement de 0,84 et de 0,76¹⁰. Une valeur inférieure à 17 mg/mmol (150 mg/g) prédit une protéinurie quotidienne inférieure à 300 mg et est donc considérée comme normale⁹. Des études sont en cours pour mieux préciser la conduite à tenir pour des valeurs intermédiaires.

Selon la gravité du tableau clinique, la protéinurie pourra alors être confirmée de façon classique dans les urines de 24 heures afin d'établir quelle sera la meilleure prise en charge.

Bref, un test plus simple, plus rapide. Pour une fois, tout le monde est content : le médecin et sa patiente ! Ainsi, armé de votre sphygmomanomètre et de l'échantillon d'urine de la patiente, vous avez tous les outils pour déterminer si cette dernière a besoin d'une évaluation plus poussée en salle d'accouchement.

6 Les convulsions de l'éclampsie se traitent par des benzodiazépines. FAUX.

Et si une patiente enceinte, sans antécédents d'épilepsie, se présente en crise convulsive ? En attendant l'obstétricien que vous ne manquerez pas de demander en consultation, vous devez commencer une perfusion de sulfate de magnésium. Vous en trouverez la recette dans le *tableau III*^{1,5}. Les benzodiazépines n'auront aucun effet anticonvulsivant dans un contexte d'éclampsie.

Vous prescrivez du sulfate de magnésium et vous préparez aussi d'emblée l'antidote, soit le gluconate de calcium. Le premier signe de toxicité du magnésium est la perte des réflexes ostéotendineux, suivie de la somnolence, de la dépression respiratoire, de la paralysie et de l'arrêt cardiaque. Évidemment, en plus de l'administration de l'antidote, vous devez cesser la perfusion de sulfate de magnésium.

7 Les migraines diminuent au fur et à mesure de la grossesse. VRAI.

Pendant la grossesse, plus de la moitié des femmes constateront une réduction du nombre de leurs migraines. Certaines auront même une rémission complète tandis que d'autres en verront la fréquence diminuer de moitié¹¹. Les patientes ayant des migraines associées à leur cycle menstruel ou des migraines sans aura sont les plus susceptibles de noter une amélioration.

ration de leur état, généralement dès la fin du premier trimestre.

Vous trouverez, dans le *tableau IV*,¹² le diagnostic différentiel des céphalées pendant la grossesse. Si une patiente souffre d'une céphalée depuis plus de trois jours malgré la prise d'analgésiques ou encore d'une céphalée *de novo* ou qui la réveille la nuit, elle doit être évaluée par un médecin¹¹.

Il en va de même pour une patiente dont la céphalée s'accompagne de symptômes neurologiques focaux ou liés à la prééclampsie (*tableau I*), de confusion ou de somnolence. Il faut alors effectuer d'autres examens. Sachez qu'une tomographie cérébrale peut être faite au besoin pendant la grossesse puisque le rayonnement auquel le fœtus est exposé est inférieur à 10 mrad¹³. Par ailleurs, aucun risque pour le fœtus n'a été signalé en lien avec la résonance magnétique¹³.

8 Les triptans peuvent être utilisés pendant la grossesse. **VRAI.**

Le premier choix d'analgésiques pour tous les problèmes survenant au cours de la grossesse demeure l'acétaminophène. Pour les douleurs modérées ou graves, les anti-inflammatoires tels que l'ibuprofène ou le naproxène sont des choix acceptables avant la 26^e semaine de grossesse¹¹. L'innocuité de cette classe de médicaments est traitée en détail dans l'article de la D^{re} Véronique Proulx intitulé : « Dimanche au service de consultation sans rendez-vous », dans le présent numéro. Les opiacés, tels que la codéine, l'hydro-morphone et la morphine, constituent une solution intéressante. Privilégiez la codéine au premier trimestre, car son profil d'innocuité est mieux établi¹¹. Rappelez-vous cependant que plusieurs personnes ne la métabolisent pas et y sont résistantes.

La migraine persiste ? Il existe d'autres options qui nécessitent toutefois un séjour à l'hôpital, car seule la voie intraveineuse s'est révélée efficace pour ces options. Ainsi, le métoclopramide et la chlorpromazine viendront possiblement à bout d'une céphalée récalcitrante. Pensez à associer ces médicaments à la di-

Tableau IV

Diagnostic différentiel des céphalées pendant la grossesse¹²

Causes fréquentes

- Céphalée tensionnelle
 - ⊕ Mauvaise posture, tension musculaire
 - ⊕ Anxiété
 - ⊕ Fatigue, insomnie
- Migraine
- Sevrage de caféine
- Déshydratation
- Rhinite vasomotrice, sinusite

Causes graves

- Prééclampsie
- Accident vasculaire cérébral
 - ⊕ Hémorragie sous-arachnoïdienne
 - ⊕ Hémorragie cérébrale
- Thrombose veineuse cérébrale
- Hypertension intracrânienne
- Tumeurs cérébrales
 - ⊕ Méningiome
 - ⊕ Adénome hypophysaire
- Méningite

Adapté de : Lebel ML. *La céphalée et la grossesse : un vrai casse-tête*. Colloque médical organisé par le Centre de formation continue de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke sur la médecine obstétricale. 19 mars 2010 ; Magog. p. 91-116. Reproduction autorisée.

phenhydramine pour diminuer le risque de réaction extrapyramidale¹¹.

En dernier recours, le médecin pourra prescrire du sumatriptan. Il s'agit du seul agent de la classe des triptans pour lequel nous disposons de suffisamment de données¹¹. Actuellement, ces données ne semblent pas indiquer d'accroissement du risque de base de malformation¹⁴. Toutes les posologies sont indiquées dans le *tableau V*¹¹.

9 La présence d'œdème aux membres inférieurs annonce une prééclampsie. **FAUX.**

Pendant la grossesse, l'œdème des membres inférieurs est fréquent. L'œdème, même facial, et la prise

Armé de votre sphygmomanomètre et de l'échantillon d'urine de la patiente, vous avez tous les outils pour déterminer si cette dernière a besoin d'une évaluation plus poussée en salle d'accouchement.

Repère

Tableau V

Analgésiques recommandés contre la migraine pendant la grossesse¹¹

Acétaminophène	De 500 mg à 1000 mg par voie orale, toutes les 4 à 6 heures, au besoin (maximum : 4000 mg/j)
AINS	
● Ibuprofène	De 400 mg à 600 mg par voie orale, 4 f.p.j., au besoin
● Naproxène	De 500 mg par voie orale ou intrarectale, 2 f.p.j., au besoin ou 250 mg par voie orale ou intrarectale, 4 f.p.j.
Opiacés	
● Codéine	De 30 mg à 60 mg par voie orale ou sous-cutanée, toutes les 4 à 6 heures, au besoin
● Hydromorphone	De 2 mg à 4 mg par voie orale, toutes les 3 à 6 heures, au besoin, ou de 1 mg à 2 mg par voie sous-cutanée, toutes les 3 à 6 heures, au besoin
● Morphine	De 5 mg à 10 mg par voie orale, toutes les 3 à 4 heures, au besoin, ou de 2,5 mg à 5 mg par voie intraveineuse ou sous-cutanée, toutes les 3 à 4 heures, au besoin
Autres	
● Métoprolol	10 mg par voie intraveineuse, toutes les 6 heures, au besoin
● Chlorpromazine	De 12,5 mg à 37,5 mg par voie intraveineuse, toutes les 6 heures, au besoin
● Sumatriptan	● De 50 mg à 100 mg par voie orale (la dose peut être répétée après 2 heures, maximum : 200 mg/j) ● 6 mg par voie sous-cutanée (la dose peut être répétée après 1 heure, maximum : 12 mg/j) ● De 5 mg à 20 mg par voie intranasale (la dose peut être répétée après 2 heures, maximum : 40 mg/j)

Adapté de : Ferreira E. *Grossesse et allaitement : Guide thérapeutique*. Montréal : Éditions du CHU Sainte-Justine ; 2007. p. 604-5. Reproduction autorisée.

de poids ne constituent donc pas des critères diagnostiques de prééclampsie. On ne note aucune association importante entre ces symptômes et la morbidité ou la mortalité périnatale.

L'œdème du visage et des mains est signalé chez 64 % des patientes normotensives au troisième trimestre. Par contre, jusqu'à 40 % des patientes souff-

rant d'éclampsie ne présentaient pas d'œdème avant le début des convulsions⁴.

L'œdème de la femme peut être particulièrement marqué au niveau de la jambe gauche en raison de la compression de la veine iliaque gauche par l'artère iliaque droite et de la compression de la veine cave inférieure par l'utérus gravide. Évidemment, il faut garder en tête la possibilité d'une thrombophlébite. Dans une étude, 58 accidents thrombo-emboliques sur 60 sont survenus dans la jambe gauche¹⁵. Dans un cas d'œdème unilatéral, il faut ressortir vos bonnes connaissances de médecine générale pour évaluer la patiente. Soulignons que même en l'absence de maladie thrombo-embolique, la concentration des D-dimères s'élève progressivement suivant l'âge gestationnel pour atteindre un pic au début du post-partum. Le dosage des D-dimères est donc d'une utilité bien limitée pendant la grossesse.

En plus du facteur de risque que représente la grossesse gémellaire, Hélène avait une protéinurie à 2+ à la bandelette réactive urinaire. Vous l'avez donc dirigée sans hésiter vers la salle d'accouchement pour une évaluation complémentaire, en ne vous laissant pas distraire par le virus affectant sa famille. Quant à Tracy, qui n'est qu'à 22 semaines de grossesse, une dose d'ibuprofène a résolu sa migraine. Comme il n'y avait aucune protéine à la bandelette urinaire et que son examen neurologique était normal, vous l'avez retournée chez elle en lui recommandant d'aller voir son médecin bientôt pour un suivi de sa pression artérielle. Enfin, considérant les facteurs de risque d'Anabel, c'est plutôt vers la salle d'urgence que vous la dirigez afin d'éliminer la possibilité d'une thrombophlébite. Voilà, vous avez bien travaillé. Vous pouvez aller vous reposer... en attendant dimanche! 🍷

Date de réception : le 22 avril 2011

Date d'acceptation : le 5 juillet 2011

La Dr^e Annick Plante n'a signalé aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

1. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Troubles hypertensifs de la grossesse. Manuel de GESTA – 2^e partie. 17^e éd. Ottawa : La Société ; 2010-2011. p. 1-28.
2. Joseph KS, Shiliang L, Rouleau J et coll. Severe maternal morbidity in Canada, 2003 to 2007: Surveillance using routine hospitalization data and ICD-10CA codes. *J Obstet Gynaecol Can* 2010; 32 (9) : 837-46.

Summary

Saturday – Bellies at the drop-in clinic. Preeclampsia is a frequent pregnancy condition which can have serious consequences for a mother and her baby. Even though it is unpredictable, this condition is associated with many risk factors. It is therefore important to recognize the first signs and symptoms, such as new or unusual headaches, or headaches accompanied by neurological symptoms, severe vomiting, pain in the epigastric or right hypochondriac region and vision problems. Other conditions may be responsible for headaches during pregnancy. Furthermore, edema is not directly related to preeclampsia. Its diagnosis lays on a diastolic blood pressure over 90 mmHg and daily proteinuria exceeding 300 mg. It is possible to estimate proteinuria in the office with a stick test or protein/creatinin ratio to conclude on the emergency of the situation and where to direct the patient.

3. Tabassum F, Maltepe C, Einerson A. Nausea and vomiting in pregnancy is not always nausea and vomiting of pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can* 2010; 32 (10) : 970-2.
4. Helewa ME, Burrows RF, Smith J et coll. Report of the Canadian Hypertensive Society Consensus Conference: 1. Definition, evaluation, classification of hypertensive disorders in pregnancy. *CMAJ* 1997; 157 (6) : 715-25.
5. Magee LA. Diagnosis, evaluation and management of the hypertensive disorders of pregnancy. SOGC clinical practice guideline no. 206. *J Obstet Gynaecol Can* 2008; 30 (3 Suppl. 1) : S1-48.
6. August P, Sibai B. Clinical features, diagnosis and long-term prognosis of preeclampsia. *UpToDate* version 18.3. Site Internet : www.uptodate.com (Date de consultation : le 9 mars 2011).
7. Duckitt K, Harrington D. Risk factors for pre-eclampsia at antenatal booking: systematic review of controlled studies. *BMJ* 2005; 330 (7491) : 565.
8. Brown MA, Mangos G, Davis G et coll. The natural history of white coat hypertension during pregnancy. *BJOG* 2005; 112 (5) : 601-6.
9. Thadhani RI, Maynard SE. Evaluation of proteinuria in pregnancy. *UpToDate* version 18.3. Site Internet : www.uptodate.com (Date de consultation : le 9 mars 2011).
10. Côté AM, Brown MA, Lam E et coll. Diagnostic accuracy of urinary spot protein: creatinine ratio for proteinuria in hypertensive pregnant women: systematic review. *BMJ* 2008; 336 (7651) : 1003-6.
11. Ferreira E. *Grossesse et allaitement : Guide thérapeutique*. Montréal : Éditions du CHU Sainte-Justine ; 2007. 702 p.
12. Lebel ML. *La céphalée et la grossesse : un vrai casse-tête*. Colloque médical organisé par le Centre de formation continue de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke sur la médecine obstétricale. 19 mars 2010; Magog. p. 91-116.
13. Kruskal JB. Diagnostic imaging procedures during pregnancy. *UpToDate* version 18.3. Site Internet : www.uptodate.com (Date de consultation : le 30 mars 2011).
14. Kallen B, Lygner PE. Delivery outcome in women who used drugs for migraine during pregnancy with special reference to sumatriptan. *Headache* 2001; 41 (4) : 351-6.
15. Ginsberg JS, Brill-Edwards P, Burrows RF et coll. Venous thrombosis during pregnancy: leg and trimester of presentation. *Thromb Haemost* 1992; 67 (5) : 519-20.