

## PREECLAMPSIE

Date de la diffusion : 31/08/2005

Version : 1

Rédaction : Dr R. Shojai

Validation: Conseil Scientifique élargi du 31/05/2005

**MENTION RESTRICTIVE** : « Ce protocole de soins est proposé à titre indicatif, et ne saurait être opposable au cas où le praticien en charge du patient estimerait qu'une conduite différente serait plus appropriée, dans le cas général ou dans un cas particulier »

### 1. OBJECTIF

Préciser la définition et la prise en charge de la prééclampsie  
Le terme de « dysgravidie » ne sera plus utilisé.

### 2. PROTOCOLE

#### A. Définitions

##### 1. **Pré éclampsie :**

HTA de novo après 20 SA avec PAS  $\geq 140$  et/ou PAD  $\geq 90$   
avec protéinurie  $\geq 1+$  sur deux prélèvements ou  $>300\text{mg}/24\text{h}$

##### 2. **Pré éclampsie sévère :**

HTA sévère (PAS  $\geq 160$  et/ou PAD  $\geq 110$ ) + protéinurie  $\geq 1+$  ou  $>300\text{mg}/24\text{h}$   
Ou HTA modérée associée à :

- Protéinurie 3+ ou  $>3,5\text{g}/24\text{h}$ , oligurie  $<20\text{ml}/\text{h}$ , créat  $>100\mu\text{mol}/\text{l}$
- Œdème pulmonaire
- Hyper réflexivité, troubles visuels, acouphènes Barre épigastrique persistants
- Thrombopénie  $< 100\ 000$ , ASAT  $> 3\text{N}$ , HELLP Syndrome
- Retentissement fœtal sévère ( RCIU, Oligo amnios )

##### 3. **HELLP Syndrome :**

- LDH  $>600\ \text{UI}/\text{l}$
- Bili Tot  $>$ ou  $1,2\ \text{mg}/\text{dl}$
- ASAT  $> 70\ \text{UI}/\text{l}$
- Plaquettes  $<100.000$

#### B. Transfert Materno Foetal

- Cellule de régulation au centre 15 (9h-21h) (N° 04 91 49 91 91.)
- Toujours médicalisé
  - DLG, O2 par sonde nasale ou masque
  - Abord veineux périphérique de bonne qualité
  - Electrocardioscope, oxymètre de pouls, prise continue de la TA
  - Contact verbal pendant le transport, auscultation cardio-pulmonaire, ROT

### **C. Thérapeutique initiale**

- Admission en salle de réveil /Réa si critères de pré éclampsie sévère
- Patiente à jeun, DLG 15°, scope, PNI, SpO2, 2 VVP, sonde urinaire et diurèse horaire, O2 au masque 6l/min, VVC à discuter au cas par cas.
- Bilan biologique : Groupe, Rhésus, RAI ; 2 US en réserve, NFS, plaquettes, TP,TCA, fibrinogène, D-dimères, Fibronectine, uricémie, Iono, urée, créat, prot, alb, haptoglobine ALAT,ASAT, Bilirubine, LDH , Bandelette urinaire
- **Correction de l'hypovolémie relative** précédant le traitement hypotenseur :  
RL 500ml en 20 min (CI des macromolécules )  
puis relais par RL 4 ml/kg/h de H1 à H4, puis RL 2ml/kg/h  
+ Apport de base G 5 % (+NaCl=4g/l) 80 ml/h.  
*Attention au risque d'OAP*
- **Contrôle de la pression artérielle** après restauration d'une volémie correcte  
But : réduction 30 % sur 1 H puis 140 <PAS <160 ; 85<PAD <95  
Nicardipine (Loxen®) perfusion IV 1µg/kg/min pendant 15 min relais  
1à 6 mg/h  
Associé si besoin au Labétalol (Trandate®) : 10 à 20 mg/h (CI  
asthme)
- **Relance de la diurèse** (but : DH > 80 ml ) :  
Si DH < 80ml après 1<sup>ère</sup> épreuve de remplissage, probable persistance  
d'hypovolémie : privilégier nouvelle épreuve de remplissage (RL 500  
ml) en l'absence de signes d'OAP. Indication de VVC  
Indication du furosémide (Lasilix) à discuter après l'épreuve de  
remplissage  
Indication albumine si albuminémie <20 mg/l (Alb 20 %  
100cc/30min)
- **Sulfate de Magnésium**  
Prévention de la crise d'éclampsie (discussion cas par cas)  
  
Précautions d'emploi  
Sulfate de Magnésium 4g dans une perfusion de 15-20 minutes, puis  
infusion continue de 1 g/heure (poids > 70 kgs : 6g puis 2 g/heure).  
  
Présentation : sulfate de magnésium (MgSO4) 15%, 10ml = 1,5gr.  
CI : insuffisance rénale ; BAV  
Surveillance scope (+++)  
Effets secondaires : abolition ROT (1<sup>ier</sup> signe surdosage), BAV,  
faiblesse musculaire, arrêt respiratoire.  
  
Surdosage :  
Si pas de dépression respiratoire, gluconate de calcium 1 gr en 10 min  
puis diurèse forcée au Lasilix.  
Si arrêt respiratoire : IOT, VA , gluconate de calcium et transfert en  
réa.
- **Corticothérapie anténatale**  
Betaméthasone Celestene Chronodose (amp 6mg)  
2 ampoules soit 12 mg à renouveler à 24h d'intervalle  
1 seule cure

- ❑ **OAP** : Diurétiques (Furosémide), VVC
- ❑ **CIVD** : perfusion de Fibrinogène 0,5 à 0,8 g/Kg  
Plasma Frais Congelé  
Transfusions érythrocytaires

### **Crise d'Eclampsie**

- ❑ Diazépam 10 mg ou clonazépam 1 mg intra-veineux direct ou midazolam (hypnovel : 2 à 5 mg)
- ❑ Envisager la nécessité immédiate d'une intubation en séquence rapide (thiopental + succinylcholine) en cas de troubles respiratoires sévères
- ❑ Oxygénothérapie au masque > 4 l / min
- ❑ Sulfate de Magnésium (bolus 1-2 g iv)
- ❑ Clonazépam en infusion continue ou en bolus (1 mg/heure) après intubation en séquence rapide et ventilation contrôlée.

### **C. Indications d'extraction fœtale en urgence**

- ❑ Eclampsie, CIVD, HELLP syndrome sévère, anomalies sévères du RCF
- ❑ HTA sévère non contrôlé
- ❑ HRP

### **D. Surveillance**

Sur le plan maternel situation contrôlée si :

Clinique : Disparition signes neurologiques

#### **Contrôle HTA**

Reprise diurèse > 80 ml/h

Absence de signes d'OAP.

Biologie : Stabilisation du taux de plaquettes, du TP, des ASAT, de la créat, de l'hémolyse.  
Magnésium

### **E. Anesthésie et pré éclampsie**

Privilégier ALR : rachianesthésie ± cathéter de péridurale.

### **F. Post Partum**

Surveillance en salle de réveil pendant 6h

Transfert en réanimation pendant 24 h si situation toujours instable sinon retour en chambre.

Même après extraction fœtale la maladie peut évoluer pour son propre compte.

Persistance jusqu'à H 72, du risque de défaillance multi viscérale : OAP++ (poussée HTA, réabsorption des oedèmes → diurétique), d'éclampsie, de rupture hépatique, de HELLP.

Risque thrombo-embolique majoré → HBPM 6h après retrait cathéter APD.

## **3. DOCUMENTS DE REFERENCE**

Réanimation des formes graves de prééclampsie, Conférence d'experts, SFAR en collaboration avec le CNGOF, la SFMP, et la SFP, 2000

#### 4. **GLOSSAIRE**

HTA : hypertension artérielle  
PAS : pression artérielle systolique  
PAD : pression artérielle diastolique  
Créat : créatininémie  
RCIU : retard de croissance intra-utérin  
DLG : décubitus latéral gauche  
ROT : réflexes ostéo-tendineux  
VVP : voie veineuse périphérique  
VVC : voie veineuse centrale  
RAI : agglutinines irrégulières  
RL : ringer-lactate  
OAP : œdème aigu pulmonaire  
DH : diurèse horaire  
CI : contre-indication  
BAV : bloc auriculo-ventriculaire  
IOT : intubation oro-trachéale  
PNI : pression non invasive  
VA : ventilation artificielle  
HRP : hématome rétro-placentaire  
ALR : anesthésie loco-régionale  
HBPM : héparine de bas poids moléculaire

#### 5. **DIFFUSION**

- Aux maternités des établissements adhérents au réseau Périnat-Sud,
- Aux sages femmes régulatrices,
- Aux équipes SAMU et SMUR