

# Prise en charge d'une forme sévère de prééclampsie (PE)

## 1. Définitions

### Rappels

- HTA gravidique : PAS  $\geq$  140 mmHg et/ou PAD  $\geq$  90 mmHg survenant  $>$  20 SA et régressive avant 6 semaines postpartum.
- Prééclampsie = HTA gravidique + protéinurie  $>$  à 0,3 g/24h

**PE sévère** : AU MOINS l' UN des critères suivants :

- HTA sévère (PAS  $\geq$ 160 mmHg et/ou Pad  $\geq$ 110 mmHg)
- Atteinte rénale : oligurie  $<$  500 mL/24h (soit 20 mL/heure) ; ou créatinémie  $>$  135  $\mu$ mol/L ou protéinurie  $>$  5g/24h.
- OAP
- Barre épigastrique persistante
- HELLP syndrome : hémolyse (anémie, schizocytes, LDH augmentés), cytolysé hépatique ( $>$ 3 N) et thrombopénie ( $<$  100 G/L).
- Troubles visuels, ROT vifs, polycinétiques , céphalées persistantes
- Eclampsie
- Thrombopénie  $<$  100 G/L
- HRP
- Retentissement foetal

**Toute patiente hospitalisée pour PE doit être vue en CS d'anesthésie si dossier non fait ou revue par l'anesthésiste même s'il existe déjà un dossier antérieur.**

**Prise en charge impliquant obstétricien, pédiatre et anesthésiste**

**HTA sévère = débuter un traitement antihypertenseur.**

**Maturation foetale par Célestène 12 mg /24 h pendant 48 h si prématurité !**

## 2. Critères d'hospitalisation

Mère	Foetus
<p>Aggravation de l'HTA malgré traitement per os bien conduit</p> <p>Prise de poids brutale, oedèmes diffus</p> <p>Céphalées, troubles visuels, ROT vifs</p> <p>Nausées, vomissements, douleur épigastrique ou hypocondre droit</p> <p>Dyspnée</p> <p>Réduction de la diurèse quotidienne</p> <p>Protéinurie &gt; 1gr/24h</p> <p>Elévation brutale de la créatinémie</p> <p><b>&gt;&gt; Une créatinémie &gt; 90 µmol/L (dès le milieu de grossesse) est pathologique !</b></p> <p>Hyperuricémie (&gt; 350 µmol/L ou variation de +60 en 1 mois)</p> <p>Thrombopénie &lt; 100 G/L , ou variation -50 G/L</p> <p>Cytolyse hépatique</p> <p>Hémoconcentration</p> <p>Hémolyse : présence de schizocytes, augmentation de bilirubine et LDH, baisse haptoglobine)</p>	<p>Stagnation poids, hypotrophie</p> <p>Diminution des MAF</p> <p>Anomalies du RCF</p> <p>Anomalies doppler</p> <p>Oligoamnios</p>

## 3. Eléments de surveillance au cours de l'hospitalisation

Clinique	Paraclinique (garder urines de 24 h !!)
<p><b>/24H</b></p> <p>Poids/jour ; oedèmes</p> <p><b>/4H</b></p> <p>Diurèse,+/- BU (proteinurie)</p> <p>Recherche /4h de céphalées,,troubles visuels, dyspnée, douleur abdominale</p> <p>Contrôle des ROT (vifs ?) , état de Conscience</p> <p>Dynamap X 1 /4h pdt 24h puis espacer à x1/8H si PA stabilisées.</p> <p>SpO2/4h si dyspnée</p> <p><b>Foetus</b> : RCF/ doppler/Manning</p>	<p><b>/24H</b></p> <p>Bilirubine, haptoglobine, LDH, CPK</p> <p>Iono sanguin, uricémie, créatinémie</p> <p>Iono urinaire et protéinurie/ 24h</p> <p><b>/12h voire /8h</b> selon gravité</p> <p>ASAT/ALAT</p> <p>NFS, plaquettes, schizocytes</p> <p>TP/TCA/ fibrinogène</p> <p>BU avec recherche de protéinurie</p> <p><b>ECHO</b> abdominale <b>SI HELLP</b> syndrome grave (recherche hématome sous capsulaire)</p>

## 4. Traitement en antépartum

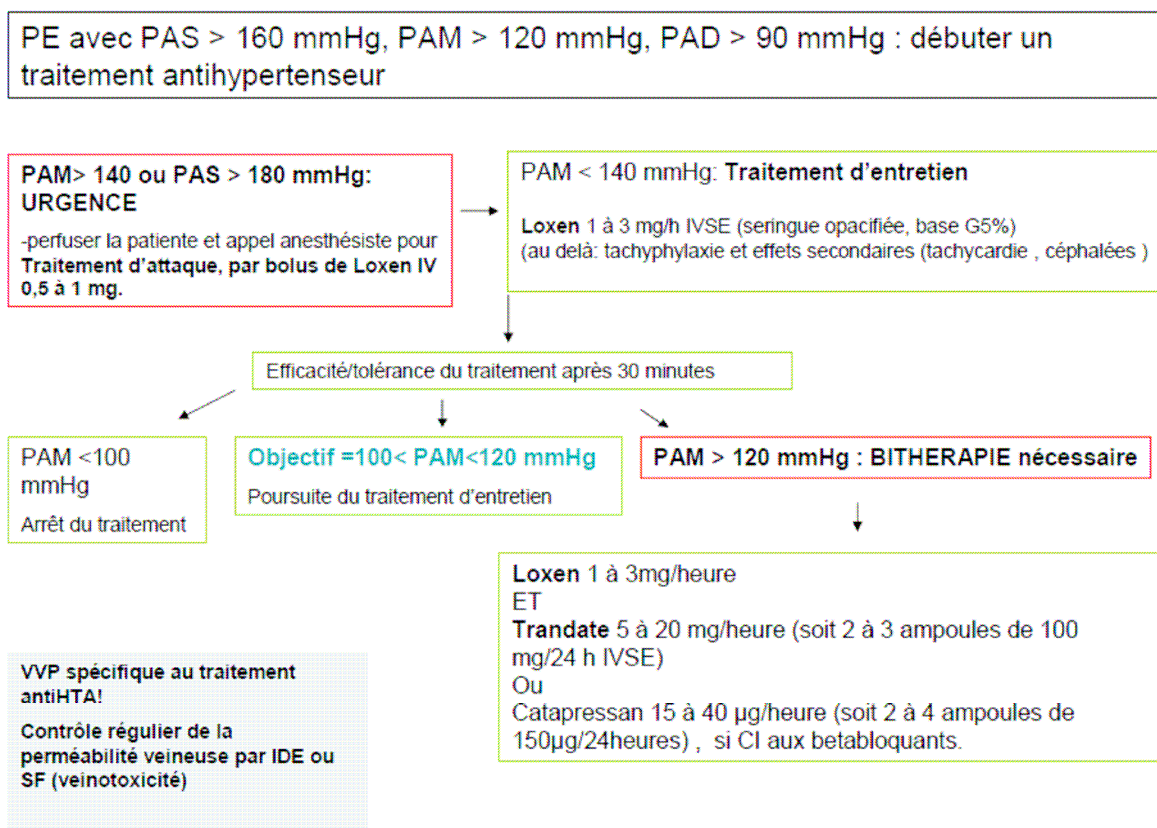
### Antihypertenseurs

La nicardipine (Loxen) est le traitement de première intention (inhibiteur Ca)  
Le labétolol (Trandate) atténue la tachycardie (car Bêta-) réflexe secondaire à la vasodilatation provoquée par la nicardipine.

La clonidine (Catapressan) sera utilisée en troisième ligne, si CI aux bêtabloquants.

#### En pratique :

- Sur VVP spécifique +++, contrôlée régulièrement (veinotoxicité)
- Loxen sur une base de G5%, à préparer en seringue de 50 mL.
- anesthésiste prévenu dès insuffisance de la monothérapie ou si critères d'urgence!



### Sulfate de Mg

Il est indiqué en prévention de la crise d'éclampsie si PE sévère AVEC signes neurologiques: céphalées rebelles, ROT polycinétiques, troubles visuels, et en l'absence de CI (maladie neuromusculaire, insuffisance rénale).

Modalités : Surveillance patiente scopée , si besoin en SSPI.

Il est possible de l'associer au LOXEN si nécessaire .

**Dose : 4g en 30 min IVSE puis entretien 1g/heure IVSE.**

Surveillance / 30 minutes : conscience, ROT, diurèse (> 30mL/h), FR (> 12/min) , magnésémie/ 12h .

**La toxicité dépend des taux sériques :** si > 5 mmol·l<sup>-1</sup> : ROT abolis, dépression respiratoire voire arrêt cardiaque (à 12 mmol·l<sup>-1</sup>).

Arrêt et dosage immédiat de la magnésémie si signes de surdosage.

**Antidote : gluconate de calcium 1 gr = 10 mL en IVL**

### **Remplissage vasculaire**

Quantifier impérativement les **entrées/sorties/24 heures**

Risque : OAP++

Le volume de G5% utilisé comme vecteur du Loxen ne doit pas dépasser 250 mL/24Heures.

Base Polyionique G5% maximale de **1500 mL/24 h** si à jeun ,

Limiter les apports hydriques per os (quantifier les carafes)

Prescription des solutés perfusés ! Pas de diurétiques en prépartum !

### **En cas d'oligurie**

- remplissage 500 ML de RL ou NaCl 9/1000 ,

- à renouveler une fois en cas de persistance de l'oligurie, associé à Lasilix 20 mg IVD.

**Transfusion** : discuter plaquettes si < 50 G/L ; et si besoin correction d'une coagulopathie ++.

**FO, IRM et/ou TDM si troubles visuels persistants.**

**Eclampsie** : la crise d'éclampsie est une **URGENCE vitale +++**

**Libération des voies aériennes supérieures (Guédel), O2**

**Appel immédiat de l'anesthésiste (2241 mater/2236 bloc)**

**Traitement immédiat:**

- **Rivotril 2 mg IVD**, (ou Valium 10 mgr IV)

- **IOT si coma Glasgow < 8** (pentothal, célocurine)

- **Contrôle HTA impératif** par bithérapie (cf)

- **poursuite du Rivotril 0,25 à 0,5 mg/h IVSE**

- **sulfate de magnésium** selon le même protocole qu'en prévention de la crise (cf ci dessus) **à poursuivre 24 heures après la dernière crise (cf surveillance)**

- **association possible au Loxen**

- **décision avec obstétricien de faire accoucher/ ou extraction fœtale**

## 5. Critères d'interruption de la grossesse

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

Pour raison maternelle :

- Immédiates : HTA non contrôlée, éclampsie, OAP, HRP, *Thrombopénie* <50.000, Hématome sous capsulaire hépatique
- Après corticothérapie pour maturation foetale (si les conditions maternelles et fœtales permettent de prolonger la grossesse de 48 heures) : insuffisance rénale d'aggravation rapide et/ou oligurie (< 100 mL / 4 heures) 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 : Décélération répétées du RCF, Variabilité à court terme < 3 ms, contrôlée, *RCIU* sévère au-delà de 32 SA, *Diastole ombilicale artérielle inversée*, au-delà de 32 SA

## 6. Anesthésie

**Bilan de coagulation et plaquettes récentes impératives** pour l'ALR péri médullaire.

**Aspirine préventive** : n'est pas une CI en soit tant que TP, TCA, Fg et plaquettes corrects, et pas d'autres traitements interférents avec l'hémostase.

**Seuils de plaquettes : Péridurale 75 G/L / Rachianesthésie 50 G/L**

**A 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

**Si rachianesthésie pour césarienne : limiter le remplissage à 1 L de cristalloïdes, arrêter le traitement antihypertenseur jusqu'à installation complète du bloc. Reprise selon PAM.**

**ALR après éclampsie : possible si conscience revenue normale, pas de déficit neurologique, état clinique stable.**

**AG si troubles de conscience, attention éviter la poussée hypertensive à l'induction.**

## 7. Prise en charge postpartum

**Surveillance** : ATTENTION le risque d'aggravation clinique et biologique est important. La surveillance est identique pendant 48 h. Le risque d'aggravation d'un HELLP syndrome est important jusqu'à J4.

- Poids/jour
- diurèse/jour ;
- bilan entrées/sorties
- dynamap x1/8h ,
- contrôle de la biologie (NFS plaquettes, TP, TCA, Fibrinogène, recherche de schizocytes, ionogramme sanguin, urée, créatinine, LDH, ASAT, ALAT, protéinurie des 24h)
- x 48 h .**

**La crise d'éclampsie peut survenir encore dans les 8 jours post-partum !  
Le contrôle tensionnel reste essentiel.**

- Réduction des apports liquidiens (total IV et per os : 1 L/24 h), injection de diurétiques (maxi 40 mg/j de Lasilix) si besoin, prescription uniquement par l'anesthésiste. L'indication est large en postpartum en cas de rétention hydrosodée compte tenu des modifications de la volémie et du risque d'oedème pulmonaire
- Traitement **antihypertenseur** adapté aux chiffres tensionnels et à un éventuel allaitement : poursuite de la **voie IV pendant 24 h avant relais oral +++:**
  - Loxen LP 50 mg (1à 3 cp/j)
  - et/ou Aldomet 250 (1 à 1,5 g/j),
  - et/ou Trandate (1à 3 cp à 200 mgr /j)

Ces anti HTA autorisent l'allaitement.

Le sulfate de magnésium a les mêmes indications qu'en ante-partum et nécessite le transfert en SSPI/réanimation.

L'existence d'une hémolyse doit conduire à un contrôle plus strict de la PA.

**- CI au Parlodel !**

**- PREVENTION DU RISQUE THROMBO-EMBOLIQUE +++ :**

- BAT

**- et dès que plaquettes > 100 G/L**, débuter HBPM (Lovenox 0,4 mL Scut/j) pendant une durée de 15 j si forme modérée et 4 à 6 semaines si sévère avec HELLP syndrome.

- Corticoïdes dans le HELLP syndrome : n'améliorent pas le pronostic maternel ou fœtal, non recommandés.

Ils peuvent cependant accélérer la réascension plaquettaire (dexaméthasone IV 12 mg/12 h jusqu'à plaquettes > 100 G/L)

- pas de sortie d'une patiente aux TA non contrôlées ou présentant encore des signes fonctionnels d'HTA !

**A distance** : consultation néphrologique ou bilan thrombophilie à distance dans les formes précoces ou très sévères.

Ce bilan sera réalisé en fonction des antécédents personnels et familiaux, de la gravité clinique et biologique et de l'anatomopathologie placentaire. Ce bilan est orienté vers la **recherche d'une pathologie auto-immune ou d'une thrombophilie**.

Une **consultation néphrologique** (recherche d'une néphropathie, ionogramme sanguin et urinaire, échographie rénale) peut être réalisée pendant l'hospitalisation post-partum.

A distance, recherche d'un déficit en protéine S (au delà de 10 semaines post-partum).

**Indication du bilan de thrombophilie** : Il se justifie en cas de :

- Avortements à répétition
- Mort foetale
- RCIU sévère
- HRP
- Eclampsie ou récursive
- Antécédents familiaux ou personnels (collatéraux du 1<sup>er</sup> ou 2<sup>e</sup> degré de thrombose veineuse ou artérielle)

Suivi spécialisé pour les grossesses ultérieures qui seront effectuées sous aspirine.

**Mise à jour Dr L. LEY, avril 2012**