



PRISE EN CHARGE DE LA PATIENTE AVEC UNE PRÉ-ÉCLAMPSIE SÉVÈRE (SFAR, CNGOF – 2020)



Définition et score de prédiction

Pré-éclampsie = HTA gravidique (PAS \geq 140 mmHg et/ou PAD \geq 90 mmHg) ET protéinurie \geq 0,3 g/24h.

Pré-éclampsie sévère = \geq 1 parmi :

- HTA sévère (**PAS \geq 160 mmHg** et/ou **PAD \geq 110 mmHg**) ou non contrôlée
- Protéinurie $>$ 3 g/24h
- Créat \geq 90 μ mol/L ou oligurie \leq 500 mL/24h ou \leq 25 mL/h
- Thrombopénie $<$ 100 000/mm³
- ASAT/ALAT $>$ 2N
- Douleur épiG ou hypochondre droit « en barre »
- Douleur thoracique, dyspnée, OAP
- Sg neuro (céphalées ++, tb visuels/auditifs, ROT vifs/diffus/polycinétiques)

Signes de gravité :

- **PAS \geq 180 mmHg** et/ou **PAD \geq 120 mmHg**
- **Douleur épiG ou hypochondre droit** « en barre » persistante/intense
- **Céphalées sévères** malgré ttt, **tb visuels/auditifs** persistants, **ROT** vifs/diffus/polycinétiques, **tb conscience**
- **Détresse respi**, OAP
- **HELLP sd**
- **Insuffisance rénale aiguë** (créat x2 ou +96)

NB : Aucun score de prédiction n'est recommandé

Prise en charge thérapeutique

Quand traiter ?

- **PAS \geq 160 mmHg** et/ou **PAD \geq 110 mmHg** au repos $>$ 15 min
- *IV si :*
 - o \geq 1 signe de gravité (*IV bolus si PAS $>$ 180 ou PAD $>$ 120*)
 - o HTA sévère malgré mono- ou bithérapie PO
- Si voie IV, relais PO systématique après contrôle

Quels traitements ?

Anti-hypertenseurs :

- **1^{ère} int° : Labétolol**
- 2^e int° (*échec monothérapie ou CI β -B*) :
 - o IV : **Nicardipine**, Urapidil
 - o PO : **Nicardipine**, alpha-méthyl-dopa

→ Obj : PAS $<$ 160 et PAD $<$ 110

Sulfate de magnésium :

- Si \geq 1 sg **CLINIQUE de gravité** ou **éclampsie**

NON recommandé : remplissage systématique, glucoCTC

Sulfate de Mg \downarrow risque d'éclampsie, d'HRP

Quelle surveillance ?

- Unité permettant monitoring maternel + RCF continu
- ETT/écho pulmonaire : \emptyset reco mais probable intérêt pour monitorer remplissage et trancher entre risque d'hypo-perfusion VS OAP

Obj : détecter précocément hypoT/brady maternelles responsables de TdR foetal

Critères d'arrêt de grossesse

Objectif :

- Poursuite grossesse **jusqu'à 34 SA**
- PAS de césarienne systématique
- Si éclampsie : **stabilisation maternelle + sulfate de Mg** AVANT décision de naissance

→ **STOP grossesse ssi : détresse immédiate maternelle ou fœtale**

Prise en charge anesthésique

Césarienne : préférer **anesthésie périmédullaire**

Si AG : **bolus de RÉMIFENTANIL 0,5 µg/kg** pour ↓ csq hémodynamiques

Prise en charge postpartum

- **Sulfate de Mg** : **ssi éclampsie** (éviter récursive)
- **Anticoagulant préventif** : **selon score de risque** (préE sévère = FdR de thrombose)
- PAS de diurétique systématique (∅ efficace)
- **Imagerie cérébrale** : **systématique** (éliminer PRES, HSA, AVC ...)