****

**PRISE EN CHARGE DE LA PATIENTE**

**AVEC UNE PRÉ-ÉCLAMPSIE SÉVÈRE**

**(SFAR, CNGOF – 2020)**

**Définition et score de prédiction**

**Prise en charge thérapeutique**

*Sulfate de Mg ↓ risque d’éclampsie, d’HRP*

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

**Quelle surveillance ?**

* Unité permettant monitorage maternel + RCF continu
* ETT/écho pulmonaire : Ø reco mais probable intérêt pour monitorer remplissage et trancher entre risque d’hypo-perfusion VS OAP

**Quels traitements ?**

**Anti-hypertenseurs** :

* 1ère int° : **Labétolol**
* 2e int° *(échec monothérapie ou CI ß-B)* :
	+ **IV** : **Nicardipine**, Urapidil
	+ **PO** : **Nicardipine**, alpha-méthyl-dopa

🡺 **Obj : PAS < 160 et PAD < 110**

**Sulfate de magnésium** :

* Si ≥ 1 sg CLINIQUE de gravité ou éclampsie

*NON recommandé : remplissage systématique, glucoCTC*

**Quand traiter ?**

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

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

**Pré-éclampsie sévère** = **≥ 1 parmi** :

* HTA sévère (**PAS ≥ 160 mmHg** et/ou **PAD ≥ 110 mmHg**) ou non contrôlée
* Protéinurie > 3 g/24h
* Créat ≥ 90 µmol/L ou oligurie ≤ 500 mL/24h ou ≤ 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 ≥ 180 mmHg** et/ou **PAD ≥ 120 mmHg**
* **Douleur épiG ou hypochondre droit** « en barre » persistante/intense
* **Céphalées sévères** malgré ttt, **tb visuels/auditifs** persistants, **R0T** 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

*RFE SFAR 2020 : Prise en charge de la patiente avec une pré-éclampsie sévère*

*Réalisé par Clara Timsit pour l’AJAR Paris*

**Critères d’arrêt de grossesse**

**Prise en charge anesthésique**

**Prise en charge postpartum**

**d**

**Césarienne** : préférer anesthésie périmédullaire

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

**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

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