

| | | |
|---|-------------------------------------|------------------------------|
|  | PRE ECLAMPSIE ET ECLAMPSIE : | PRO/ORH/___ |
| | Définition et prise en charge | DATE : Version 1 – Mars 2025 |
| | | Page 1 |

| <u>REDACTION</u> | <u>VERIFICATION</u> | <u>APPROBATION</u> |
|---|--|--|
| Dr Capucine COULON Dr Elodie CLOUQUEUR Dr Françoise LE GOUEFF Dr Anastasia CHUDZINSKI Dr Charlotte CAUDRELIER Dr Anne-Sophie BAPTISTE Dr Mathieu DE VITA Dr COPPIN | Membres de la commission « Protocoles » d'OREHANE | Membres du conseil scientifique d'OREHANE |

Ce document a été élaboré par les professionnels du DSRP ORÉHANE sur la base des recommandations scientifiques en vigueur à la date de rédaction du protocole. Celui-ci ne constitue pas une référence obligatoire pour les professionnels des Hauts-de-France mais est une synthèse de recommandations et/ou de la littérature existante. Chaque professionnel ou établissement est donc libre de l'utiliser ou non dans le cadre de sa pratique professionnelle.

PERSONNEL CONCERNE

Gynécologues obstétriciens, médecins anesthésistes-réanimateurs, pédiatres, sage-femmes, IADE, IDE gynécologie

1. Préambule

La prééclampsie (PE) constitue la 2ème cause de mortalité au niveau national après l'hémorragie du post-partum. Elle complique **3 à 5 % des grossesses**.

La précocité du diagnostic et du traitement est une nécessité absolue. En effet, un traitement inadéquat ou retardé risque de favoriser l'apparition de **complications graves sources de morbi-mortalité maternelle et fœtale**.

2. Acronymes

| | |
|---|---|
| AG = âge gestationnel | N = normale |
| Anti-HTA = antihypertenseurs | OAP = œdème aigu du poumon |
| ARAI : antagonistes du système rénine-angiotensine II | PA = pression artérielle |
| ARCF = anomalies du rythme cardiaque fœtal | PAD = pression artérielle diastolique |
| ATCD = antécédent | PAS = pression artérielle systolique |
| BPCO = bronchopathie chronique obstructive | PLS = position latérale de sécurité |
| BU = bandelette urinaire | PMF = service de pathologie materno-fœtale |
| BVR = bilan vasculorénal | PU = protéinurie |
| CI = contre-indication | QLA = quantité de liquide amniotique |
| Cp = comprimé | RCIU = retard de croissance intra-utérin |
| EPF = estimation du poids fœtal | RDV = rendez-vous |
| ERCF = enregistrement du rythme cardiaque fœtal | RPC = rapport créatininurie/créatininurie |
| ES = effets secondaires | ROT = réflexes ostéotendineux |
| FC = fréquence cardiaque | SA = semaines d'aménorrhée |
| FDR = facteur de risque | SAP = seringue auto-pulsée |
| FR = fréquence respiratoire | SAPL = syndrome des anticorps anti-phospholipides |
| HELLP = Hemolysis Elevated Liver enzymes Low Platelet | SF = sage-femme |
| HRP = hématome rétro-placentaire | SpO2 : saturation en oxygène |
| HTA = hypertension artérielle | SVAD = sonde vésicale à demeure |
| IADE = infirmier.e anesthésiste | TA = tension artérielle |
| IEC = inhibiteurs de l'enzyme de conversion | TIU = transfert in utero |
| IV = intraveineux | Ttt = traitement |
| IVSE = intraveineux à la seringue électrique | USC = unité de soins continus |
| LA = liquide amniotique | VVP = voie veineuse périphérique |
| LP = libération prolongée | |
| MgSO4 = sulfate de magnésium | |
| MT = médecin traitant | |

3. SOMMAIRE

1. Définitions + tableau signes de gravité/critères de sévérité
2. Prise en charge prééclampsie + tableau récapitulatif
3. Traitements antihypertensifs per os
4. Traitements antihypertensifs IVSE
5. Traitements antihypertensifs bolus IV
6. Eclampsie
7. Consultation post natale

1. Définitions

- **HTA**

- HTA gravidique

- PAS \geq 140 mm Hg et/ou PAD \geq 90 mm Hg après 20 SA et résolutive 6 semaines après l'accouchement
- HTA légère si PAS = 140-159 mm Hg ou PAS = 90-109 mm Hg
- HTA sévère si PAS \geq 160 mm Hg ou PAD \geq 110 mm Hg

- HTA chronique si HTA préexistante ou HTA < 20 SA

- **Prééclampsie**

HTA \geq 140 et/ou 90 mm Hg + protéinurie significative : protéinurie des 24 heures \geq 0.30 g/24 h (ou rapport protéinurie/créatininurie \geq 0.3 g/g)

Chez une patiente \geq 20 SA

La prééclampsie est dite précoce si elle survient avant 34 SA.

👉 Formes atypiques: En l'**ABSENCE d'une protéinurie**, la PE peut être diagnostiquée si l'HTA est associée à un ou plusieurs des **signes de gravité** suivants :

- Thrombopénie $<$ 100 000/mm³ ;
- Perturbation du bilan hépatique avec transaminases supérieures à deux fois la normale ;
- Insuffisance rénale aiguë avec une créatinine plasmatique $>$ 11mg/l ou le doublement de la créatinine en l'absence d'autres causes ;
- Œdème pulmonaire ;
- Apparition de troubles visuels et cérébraux.

- **Prééclampsie sévère si au moins un des signes suivants :**

- HTA \geq 160 et/ou 110 mm Hg ou HTA non contrôlée
- Douleur abdominale épigastrique et/ou douleur de l'hypochondre droit en barre persistante ou intense
- Douleur thoracique, dyspnée, OAP
- Signes neurologiques : céphalées sévères ne répondant pas au traitement, troubles visuels ou auditifs persistants, ROT vifs diffusés et polycinétiques.
- Oligurie \leq 500 mL/24h ou \leq 25 mL/h
- Protéinurie $>$ 3g/24h
- Créatininémie \geq 10 mg/L (ou 90 μ mol/L)
- Thrombopénie $<$ 100 000/mm³
- Cytolyse hépatique avec ASAT/ALAT $>$ 2 N

- **Signes de gravité (à rechercher)**

- PAS \geq 180 et/ou PAD \geq 120 mm Hg
- Barre épigastrique ou douleur de l'hypochondre droit
- Céphalées sévères ne répondant pas au traitement, troubles visuels (phosphènes, flou visuel) ou acouphènes persistants, déficit neurologique, troubles de conscience, réflexes ostéotendineux vifs, diffusés et polycinétiques
- Eclampsie
- Détresse respiratoire, œdème aigu du poumon
- HELLP syndrome = hémolyse (LDH $>$ 600 UI/L) + TGO/TGP $>$ 2N + thrombopénie $<$ 100000/mm³
- Insuffisance rénale aiguë = doublement des valeurs de créatininémie ou créatininémie \geq 11 mg/L
- ARCF sévères ou HRP

| | PREECLAMPSIE SEVERE : définition | Signes / Critères de gravité |
|------------------------------------|--|---|
| SIGNES CLINIQUES | Oligurie ≤ 500 mL/24h ou ≤ 25 mL/h | |
| | PAS ≥ 160 mmHg <i>et/ou</i> PAD ≥ 110 mmHg ou non contrôlée | PAS ≥ 180 mmHg <i>et/ou</i> PAD ≥ 120 mmHg |
| | Douleur thoracique, dyspnée, OAP | Détresse respiratoire, OAP |
| | Douleur abdominale épigastrique <i>et/ou</i> douleur de l'hypochondre droit « en barre » persistante ou intense | |
| | Signes neurologiques : <ul style="list-style-type: none"> • Céphalées sévères ne répondant pas au traitement • Troubles visuels ou auditifs persistants • ROT vifs, diffusés et polycinétiques • Déficit neurologique, trouble de la conscience • Éclampsie | |
| SIGNES FCÉTAUX/PLACENTAIRES | | ARCF HRP |
| SIGNES BIOLOGIQUES | Protéinurie $> 3g/24$ heures* | |
| | Cytolyse hépatique avec ASAT/ALAT $> 2N^*$ | HELLP syndrome <i>Hémolyse (LDH>600 UI/L) + TGO/TGP $> 2N$ + thrombopénie $<100000/mm^3$</i> |
| | Thrombopénie $< 100\ 000/mm^3^*$ | |
| | Créatininémie ≥ 10 mg/L ou ≥ 90 μ mol/L* | Insuffisance rénale aiguë : doublement de la créatininémie ou créatininémie $>$ 11 mg/L |

2. Prise en charge prééclampsie

A. Examen clinique/biologique/prise en charge initiale

- Œdèmes membres inférieurs, dyspnée
 - TA (monitorage de la TA pendant le monitoring), BU, poids,
 - Examen neurologique : recherche de signes neurosensoriels
 - Réflexes ostéotendineux
 - Diurèse
 - Pose d'une voie veineuse périphérique
- Bilan vasculorénal standard :**
- Numération globulaire
 - Fonction rénale : ionogramme, créatininémie
 - TGO/TGP
 - Protéinurie des 24 heures
 - Bilan de coagulation TP TCK
- Bilan vasculorénal étendu : Ajouter**
- Recherche hémolyse : LDH, Haptoglobine, schizocytes
 - Recherche fibrinolyse : Fibrinogène, D-dimères
 - Albuminémie, protidémie
- Si naissance envisagée :** vérifier la carte de groupe, RAI
- Bilan foetal :**
- Echographie à l'entrée : QLA +/- Doppler, étude du placenta à la recherche d'un HRP, EPF si dernière EPF > 2 semaines ou si RCIU connu,
 - ERCF
- Hospitalisation dans un environnement permettant une surveillance maternelle et foetale rapprochée
- Consultation anesthésie**
- Avertir pédiatre**

B. Traitements, surveillance, indications de naissance

| | Prééclampsie modérée | Prééclampsie sévère Sans signe de gravité | Prééclampsie sévère Avec signe de gravité | Prééclampsie sévère ≥ 180 et/ou 120 mm Hg |
|---|---|---|--|--|
| Traitement anti HTA | Traitement per os possible (cf chapitre 3) | | Traitement IVSE (cf chapitre 4) | Traitement bolus IV (cf chapitre 5) |
| | Mono bi ou trithérapie (en cas d'échec : traitement IVSE) | | | |
| Objectif tensionnel (mmHg) | PA < 140/90 | PA < 160/110 | PA < 160/110 | PA < 160/110 |
| Lieu de surveillance | Ambulatoire ou PMF | PMF ou TIU selon AG | Salle de naissance/USC/TIU ?* | Salle de naissance/USC/TIU ? * |
| Mise en conditions | | 1 VVP | 1 ou 2 VVP Scope SVAD | 2 VVP SVAD ERCF continu |
| Surveillance clinique : PA, poids, diurèse, SNS, ROT, recherche des signes de gravité | <ul style="list-style-type: none"> 3/semaine en ambulatoire Quotidienne en hospitalisation | Quotidienne | Continue | Continue |
| Bilan biologique | BVR standard 3/semaine | BVR standard ou étendu /48h | BVR étendu Quotidien (min) | BVR étendu Quotidien (min) |
| ERCF | 1/J | Minimum 2/J selon clinique maternelle | Minimum 2/J selon clinique maternelle | Minimum 2/J selon clinique maternelle |
| Surveillance échographique | 1/semaine | 2/semaine | /48h (LA Doppler) | /48h (LA Doppler) |
| Corticothérapie | Si AG < 34 SA | | | |
| MgSO ₄ ** (à visée maternelle) | Non | Non | Oui si signes neuro sensoriels | Oui si PA non contrôlée |
| MgSO ₄ ** (à visée fœtale) | Si AG < 33 SA et naissance imminente | | | |
| Naissance : AG maximal | 37 SA | 34 SA | Naissance (Délai envisageable en cas de terme très précoce et signes de gravité seulement biologiques) | Naissance si PA non contrôlée |
| | Analyse anatomopathologique du placenta | | | |
| Surveillance post partum 48h | Clinique BVR + PU J2 | Clinique BVR + PU J1 | Clinique BVR + PU J1 | Clinique BVR + PU J1 |
| HBPM post partum | Selon FDR HBPM 6 semaines | | | |
| Sortie de maternité | <ul style="list-style-type: none"> Contrôle de la PA par le médecin traitement avec réévaluation du traitement Contrôle du BVR/PU si nécessaire Contraception : OP contre-indiqués pendant 6 semaines, privilégier une contraception non hormonale en cas d'HTA déséquilibrée Consultation post natale à 6 semaines avec GO BVR standard et protéinurie sur 24h à prescrire pour la consultation | | | |

*selon discussion MAR/GO/pédiatre

**Sulfate de Magnesium : Bolus 4 g IV en 30' puis entretien 1g/h IVSE

3. Traitement anti-hypertenseur per-os

| Molécule | Posologie | Effets secondaires (ES), Contre-indications (CI) |
|---|---|--|
| Alpha-beta bloquant Labétalol (TRANDATE®) <u>En 1^{ère} intention</u> | 200 mg : ½ cp X 2/j à 1 cp X 3/j | ES : Bradycardie et hypoglycémie néonatale CI : asthme sévère (risque de bronchospasme), troubles de conduction |
| Calcium-bloqueurs Nicardipine (LOXEN®) | LP 50 mg : 1 cp X 2/j ou 20 mg : 1 cp X 3/j | ES : céphalées, vertiges, tachycardie, nausées, bouffées de chaleur CI : 0 |
| Anti HTA central Alphaméthildopamine (ALDOMET®) | 250 mg : 1 cp X 2 /j Jusqu'à 6 cp/j | ES : effet sédatif, hypotension orthostatique, nausées, vomissements, hépatite CI : état dépressif sévère, anémie hémolytique |
| Anti HTA central Clonidine (CATAPRESSAN®) | 0,15 mg : ½ cp X 3/j Jusqu'à 3 cp/j | ES : effet sédatif, hypotension orthostatique, nausées, vomissements, CI : état dépressif sévère, troubles du rythme cardiaque graves |
| Alpha bloquant Urapidil (EUPRESSYL®) | LP 60 mg : 1 cp X 2/j | ES : nausées, vertiges, céphalées, tachycardie CI : 0 |

NB : Possibilité d'associer les traitements en bi ou tri thérapie

*Pendant la grossesse : contre-indication aux IEC, ARAII, inhibiteurs de la rénine, éviter les diurétiques (déconseillés)

Exemple:

- **En 1^{ère} intention** : Labétalol (TRANDATE®) : débiter par un comprimé de 200 mg 1 à 2 fois par jour puis augmentation progressive jusqu'à 200mg x 3/jour
- **En 2^{ème} intention** (toujours avec augmentation progressive : si PAS > 140mmHg et/ou PAD ≥ 90mmHg malgré TRANDATE® OU si contre-indication aux bêta-bloquants*) :
 - Nicardipine (LOXEN®) : commencer par l'ajout de LOXEN® 20 mg jusqu'à 20 mg x 3/jour ou LP 50mg x 2/jour
 - Alpha-méthyl dopa (ALDOMET®) jusqu'à 250mg x 3/jour

4. Traitement anti-hypertenseur IVSE :

Brancher la SAP en direct sur prolongateur 3 voies avec valves anti-retour

OBJECTIF / PAS < 160 mmHg et PAD < 110 mmHg

1^{ère} intention LABETALOL* (TRANDATE®) IVSE

Utiliser en SAP non dilué : 1 ampoule = 100mg/20mL ⇔ 5mg/mL

Vitesse 0.5 à 1 mg/kg/h

***Contre-indications au traitement par LABETALOL (TRANDATE®)**

- ✓ Asthme
- ✓ BPCO
- ✓ Bradycardie
- ✓ ATCD ou présence de trouble de conduction intracardiaque
- ✓ ATCD réaction d'hypersensibilité
- ✓

LABETALOL (TRANDATE) : 1 ampoule de 20 mL = 100 mg

| Poids maternel | 60 Kg | 80 Kg | 100 Kg | 120 Kg |
|---------------------|---------|---------|---------|---------|
| Vitesse 0.5 mg/kg/h | 6 mL/h | 8 mL/h | 10 mL/h | 12 mL/h |
| Vitesse 1 mg/kg/h | 12 mL/h | 16 mL/h | 20 mL/h | 24 mL/h |

Si échec : relai ou ajout NICARDIPINE (LOXEN®) IVSE

Utiliser en SAP non dilué : 1 ampoule = 10mg/10mL ⇔ 1mg/mL

Si bithérapie : débiter à 0.5 mL/h ⇔ 0.5 mg/h puis augmenter de 0.5 en 0.5 jusqu'à maximum 4 mg/h

Si monothérapie (CI labétalol) : débiter à posologie maximale 4 mg/h puis adapter avec tableau ci-dessous

| | | |
|-----|-------------|---|
| PAD | ≥ 90 mm Hg | Augmenter la vitesse de la SAP de 0.5 mL/h (0.5 mg/h), maximum 4 mL/h |
| PAD | 75-89 mm Hg | Laisser la SAP à la même vitesse |
| PAD | 65-74 mm Hg | Diminuer la SAP de 0.5 mL/h (0.5 mg/h) |
| PAD | < 65 mm Hg | Arrêter la SAP |

Si échec : relai ou ajout URAPIDIL (EUPRESSYL®) IVSE

Utiliser en SAP non dilué : 1 ampoule = 50mg/10ml ⇔ 5 g /ml

Posologie : 2 à 12 mL/h ⇔ 10 à 60 mg/h

Si monothérapie (CI labétalol) : débiter à posologie maximale 12 mL/h ⇔ 60 mg/h puis adapter avec tableau ci-dessous

| | | |
|-----|-------------|---|
| PAD | ≥ 90 mm Hg | Augmenter la vitesse de la SAP de 2 mL/h (10 mg/h), maximum 30 mL/h |
| PAD | 75-89 mm Hg | Laisser la SAP à la même vitesse |
| PAD | 65-74 mm Hg | Diminuer la SAP de 2 mL/h (10 mg/h) |
| PAD | < 65 mm Hg | Arrêter la SAP |

Après 4 à 6h de contrôle tensionnel : envisager un relai per os

5. Traitement anti-hypertenseur bolus

1^{ère} intention

→ **LABETALOL (TRANDATE®) IV hors contre-indications** (1 ampoule de 20 mL = 100 mg)

1^{er} bolus 20 mg (4 mL) en IV sur > 2 minutes

Si échec*

2^{ème} bolus de 40 mg (8 mL) en IV sur > 2 min

Si échec*

3^{ème} bolus de 80 mg (16 mL) en IV sur > 2 min

Si échec*

4^{ème} bolus de 80 mg (16 mL) en IV sur > 2 min

Si échec*

Relais LABETALOL IVSE 1 mg/kg/h
et ajout 2nd antihypertenseur IV

Si succès =
PAS < 160 mmHg
PAD < 100 mmHg

Poursuite
LABETALOL IVSE
1mg/kg/h

2^{nde} intention ou si CI labétalol ou en association si échec labétalol seul

→ **NICARDIPINE (LOXEN®) IV (1 ampoule 10 ml = 10 mg)**

Bolus de 0.5 mg IV en > 2 min (possibilité de répéter 3 fois si échec*)

Si échec*

Si succès

Poursuite NICARDIPINE IVSE 4mg/h
et ajout autre antihypertenseur IVSE

Poursuite NICARDIPINE IVSE 4 mg/h

2^{nde} intention ou si CI labétalol ou en association si échec labétalol seul

→ **URAPIDIL (EUPRESSYL®) IV (1 ampoule 10 mL = 50 mg)**

Bolus de 10 mg IV en > 2 min (possibilité de répéter 3 fois si échec*)

Si échec*

Poursuite URAPIDIL 60 mg/h IVSE et ajout autre antihypertenseur IVSE

***Echec = persistance d'une PAS ≥ 180 mm Hg et ou PAD ≥ 120 mm Hg après 10 minutes**

Dès obtention PAS < 180 mm Hg et PAD < 120 mm Hg contrôlée à 10 min,
Poursuite ttt anti HTA IVSE continu à la dose minimale efficace pour PAS < 160 mm Hg et PAD < 110 mm Hg

6. Eclampsie

Crise tonico-clonique = atteinte cérébrale maternelle de la prééclampsie

Complications : coma, état de mal épileptique, hémorragie intracrânienne

PRODROMES

- ✓ Ascension rapide de la PAS
- ✓ Troubles visuels
- ✓ Céphalées rebelles, ROT vifs et polycinétiques
- ✓ Barre épigastrique
- ✓ Agitation, mouvements anormaux (frissons/clonies)

PRISE EN CHARGE

- ✓ Protection de la patiente, barrières, PLS
- ✓ Appel anesthésiste et obstétricien
- ✓ Canule de Guédel
- ✓ Oxygénation maternelle

TRAITEMENT SAP DE SULFATE DE MAGNESIUM MgSO₄

Dose de charge 4 g IVSE en 20 minutes :

1 ampoule 10 mL = 1,5 g de MgSO₄, utiliser pur : 27 mL à 80ml/h sur 20 min



Puis **dose d'entretien 1g/h IVSE** (utiliser pur : 6 ampoules de 10mL à 6,7mL/h)

Surveillance Mg SO₄

- ✓ FC, FR, SpO₂, conscience, diurèse, ROT
- ✓ Avant traitement, à 10' et à 30' de la dose de charge, puis toutes les 4h
- ✓ Antidote immédiatement disponible : gluconate de calcium

ARRET DU TRAITEMENT ET APPEL MAR

- ✓ *FR < 10/min*
- ✓ *Hypotension*
- ✓ *Abolition ROT*
- ✓ *Troubles de conscience*
- ✓ *Diurèse des 4h < 100 ml*

7. Consultation post-natale

- ✓ Information sur la prééclampsie
- ✓ Information sur l'importance du dépistage réguliers des FDR cardio-vasculaires
- ✓ Adresser la patiente en consultation cardiologique et néphrologique (cf tableau)
- ✓ Aspégic grossesse suivante 100 mg/j le soir à initier dès le début de la grossesse, jusque 36 SA. Efficacité non démontrée si débuté après 20 SA.
- ✓ Si prééclampsie sévère et/ou précoce (<34 SA) ou lésions vasculaires sur analyse anatomopathologique du placenta :
 - Recherche SAPL (AC anti-cardiolipine, AC anti-β2GP1, recherche d'anticoagulant de type lupique) : si recherche positive : RDV médecine interne
 - Grossesse ultérieure : Echo Doppler utérin à 26/28 SA, (+ aspégic)

| | |
|------------------------------|---|
| Cs CARDIOLOGIE | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Consultation d'information et d'annonce avec un cardiologue à distance de l'accouchement pour toutes les patientes ayant eu une HTA durant la grossesse afin : <ul style="list-style-type: none"> • D'expliquer le lien entre HTA durant la grossesse et risque cardio-vasculaire et rénal ; • D'insister sur l'importance d'un suivi coordonné multidisciplinaire, d'assurer la mise en place de mesures de prévention ciblées sur l'hygiène de vie et le contrôle des facteurs de risque cardiovasculaires et rénaux. • D'instaurer un suivi cardiologique pour toutes les femmes ayant eu une HTA au cours de leur grossesse et de discuter d'un bilan étiologique d'hypertension artérielle si elle persistait ; • Suivi tensionnel au long cours, même en cas de retour des chiffres de pression artérielle à la normale après l'accouchement, en raison d'un sur-risque persistant cardio-vasculaire et rénal ; • Adaptation du traitement anti-hypertenseur si nécessaire. |
| Cs NEPHROLOGIE | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Consultation de néphrologie à distance de l'accouchement (3 mois) pour toutes les patientes ayant eu une prééclampsie sévère et/ou précoce ou en cas de persistance d'une protéinurie à 1 mois du post partum. |
| CS PRECONCEPTIONNELLE | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Consultation préconceptionnelle pour toute femme ayant une HTA chronique ou ayant eu une HTA gestationnelle durant la grossesse précédente. ✓ Rappeler l'indication d'Aspégic dès le début de la grossesse ✓ Pas d'indication à débiter une anticoagulation préventive associée en l'absence de pathologie sous-jacente. ✓ Pas d'indication à la réalisation d'un dépistage systématique en début de grossesse via PIGF ou ratio sFlt1/PIGF). |

8. Sources

1. **RFE Prise en charge de la patiente avec une pré-éclampsie sévère SFAR 2020,**
<https://sfar.org/prise-en-charge-de-la-patiente-avec-une-pre-eclampsie-severe/>
2. **RPC pré éclampsie sévère CNGOF 2020,**
<https://cngof.fr/app/pdf/RPC//RPC%20DU%20CNGOF/Obst%C3%A9trique/Complications%20de%20la%20grossesse/Pr%C3%A9%20%C3%A9clampsie%202020%20RFE.pdf?x60010>
3. **RPC prééclampsie non sévère CNGOF 2022,**
<https://cngof.fr/app/pdf/RPC//RPC%20DU%20CNGOF/Obst%C3%A9trique/Complications%20de%20la%20grossesse/Pr%C3%A9%20%C3%A9clampsie%202022-severe%20RFE.pdf?x60010>
4. **Référence interne (CH de Tourcoing): Protocole HYPERTENSION ARTERIELLE ET GROSSESSE : DEFINITIONS ET PRISE EN CHARGE**

Annexes : Eclampsie – Fiche SFAR (1)

| Eclampsie | |
|--|--|
| Survenue en Pré ou Post Partum | Diagnostics Différentiels |
| <input type="checkbox"/> D'une crise convulsive tonico-clonique <input type="checkbox"/> D'un trouble de la conscience <input type="checkbox"/> Contexte de Pré éclampsie connue ou non | <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Méningite <input type="checkbox"/> Intoxication AL <input type="checkbox"/> Thrombophlébite Cérébrale <input type="checkbox"/> Embolie Amiotique <input type="checkbox"/> Comitialité ignorée <input type="checkbox"/> Hypo: Glycémie Natrémie |
| APPEL A L'AIDE | |
| <input type="checkbox"/> Oxygéner, DLG <input type="checkbox"/> Libérer VAS, canule Guedel <input type="checkbox"/> Chariot d'urgence, matériel de ventilation <input type="checkbox"/> Monitoring: SpO2, FC, PA, RCF | <input type="checkbox"/> MAR-IADE-IDE <input type="checkbox"/> Obstétricien-SF <input type="checkbox"/> Pédiatre |
| Sulfate de Magnésium = Tt de référence | Anticonvulsivants si CI ou indisponibilité MgSO4 |
| <input type="checkbox"/> Bolus 4 g sur 20 min en prévention secondaire <input type="checkbox"/> Bolus possible 1 à 2 g si récidive <input type="checkbox"/> Relais 1 g/h (poursuivre 24h) <input type="checkbox"/> Surveillance spécifique cf infra | <input type="checkbox"/> Clonazepam (Rivotril®) 0,5 à 1mg IVD <input type="checkbox"/> Midazolam (Hypnovel®) 1 à 3mg IVD <input type="checkbox"/> <i>Si absence BZD action courte: Diazepam (Valium®) 10mg IVL</i> |
| Objectifs de PA | Antihypertenseurs |
| <input type="checkbox"/> PA systolique: 140-160 mmHg <input type="checkbox"/> PA moyenne: 100-120 mmHg | <input type="checkbox"/> Nicardipine (Loxen®) 0.5-1mg IVL relais 1-6 mg/h <input type="checkbox"/> Labetalol (Trandate®) 5-10mg IVL relais 5-20 mg/h <input type="checkbox"/> Uradipil (Eupressyl®) 5-10mg IVL relais 5-30mg/h |
| Pas de récidive | Récidives ou crises subintrantes |
| Réflexion sur lieu, mode et délai naissance en fonction : <input type="checkbox"/> Terme <input type="checkbox"/> Vitalité Fœtale <input type="checkbox"/> Stabilité Maternelle | Préparer: <input type="checkbox"/> Matériel IOT difficile, Sonde IOT 6,5 <input type="checkbox"/> Morphiniques pour limiter pic hypertensif <input type="checkbox"/> Thiopental 5-7mg/kg ou Propofol 2,5mg/kg Réaliser: AG avec IOT et extraction en urgence |
| Surveillance | Alerte |
| <input type="checkbox"/> TA, FC, SpO2, conscience, examen neuro, RCF <input type="checkbox"/> Diurèse (sondage, bandelette) <input type="checkbox"/> Bilan biologique: NF, coagulation, fibrinogène, ionogramme, fonction rénale et hépatique, bilan hémolyse <input type="checkbox"/> MgSO4: pas de dosage sanguin, ROT et FR ++ <i>Antidote spécifique: CaCl2 10% 10ml soit 1g IVL</i> | <input type="checkbox"/> Centre de recours pédiatrique: <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> Réanimation maternelle: <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> Discuter: Scanner / IRM cérébrale maternelle |

Annexes : Eclampsie – Fiche SFAR (2)

| Agent anti-hypertenseur IV | Modalités et précautions d'utilisation | Stratégie de titration par bolus IV (Indication: PAS \geq 180 mmHg et/ou PAD \geq 120 mmHg) | Perfusion continue IVSE |
|---------------------------------|--|--|--|
| Labétalol (TRANDATE®) | <ul style="list-style-type: none"> • A privilégier en première intention • Hors contre-indications : (asthme, BPCO, bradycardie, présence ou antécédent de trouble de conduction intra-cardiaque, antécédent de réaction d'hypersensibilité) | <p>1^{er} bolus: 20 mg en IV sur >2 minutes</p> <p>↓ si échec *</p> <p>2^{ème} bolus: 40 mg en IV sur >2 minutes</p> <p>↓ si échec *</p> <p>3^{ème} bolus: 80 mg en IV sur >2 minutes</p> <p>↓ si échec *</p> <p>4^{ème} bolus: 80 mg en IV sur >2 minutes</p> <p>↓ si échec *</p> <p>poursuite labétalol 1 mg/kg/h IVSE et ajout d'un 2^{ème} antihypertenseur IVSE</p> | <p>0.5 à 1 mg/Kg/h</p> <p>Objectif : PAS < 160 mmHg et PAD < 110 mmHg</p> |
| Nicardipine (LOXEN®) | <ul style="list-style-type: none"> • A privilégier en seconde intention ou en association | <p>Bolus de 0,5 mg en IV sur >2 minutes à répéter 3 fois si échec*</p> <p>↓ si échec *</p> <p>Poursuite nicardipine 4 mg/h IVSE et ajout d'un autre antihypertenseur IVSE</p> | <p>0.5 à 4 mg/h</p> <p>Objectif : PAS < 160 mmHg et PAD < 110 mmHg</p> |
| Urapidil (EUPRESSYL®) | <ul style="list-style-type: none"> • A privilégier en seconde intention ou en association | <p>Bolus de 6,25 à 12,5 mg en IV sur >2 minutes à répéter 3 fois si échec*</p> <p>↓ si échec *</p> <p>Poursuite urapidil 50 mg/h IVSE et ajout d'un autre antihypertenseur IVSE</p> | <p>10 à 60 mg/h</p> <p>Objectif : PAS < 160 mmHg et PAD < 110 mmHg</p> |

* échec = persistance d'une PAS \geq 180 mmHg et/ou d'une PAD \geq 120 mmHg à 10 minutes (dès obtention de la PAS < 180 mmHg et de la PAD < 120 mmHg, contrôlées à 10 minutes, poursuite du traitement antihypertenseur IVSE continu à la dose minimale efficace pour PAS < 160 mmHg et PAD < 110 mmHg)