

Pré-éclampsie - Eclampsie



Présentation typique :

- HTA gravidique : PAS > ou = 140 mmHg et/ou PAD > ou = 90 mmHg entre la 20^e SA et la 6^e semaine du post-partum
- Protéinurie > 0.3 g/j

Signes de gravité :

- PAS > ou = 160 mmHg ou PAD > ou = 110 mmHg
- Crise convulsive, troubles neurologiques (troubles visuels, ROT polycinétiques, céphalées)
- OAP
- Oligurie (< 500 ml/j)
- Hématome rétro-placentaire ou retentissement foetal

PIEGES :

- Hypoxie : OAP, remplissage excessif
- Gélamines contre-indiqués
- Sulfate de Mg seulement si crise convulsive ou troubles visuels
- Célestène après avis réa / gyneco

Prise en charge immédiate

Symptomatique et étiologique

Accouchement

- **Contrôle tensionnel** : objectif tensionnel : PAM < 100 mmHg ou PAS < 140 mmHg :
 - PAS > 180, ou PAM > 140, ou PAD > 110 mmHg : Loxen bolus 0.5 – 1 mg IVD puis 4 – 8 mg/h IVSE
 - PAS entre 160 – 180, PAM entre 120 – 140 : Loxen 1 à 6 mg/h (incrémenter de 0.5 mg/h toutes les 15 min.
 - Si PAM > 120 mmHg ou PAS > 160 mmHg, associer au Loxen : Labétolol 5 à 20 mg/h ou Clonidine 12 à 42 µg/h (CI BB)
 - Objectif atteint: diminuer voire arrêt du traitement
- **Remplissage vasculaire** au NaCl 0.9% et position latérale G (lever Sd cave inférieur.
- Si crise convulsive ou troubles visuels sévères (scotome) : Sulfate de magnésium: 4 g IV sur 30 min puis 1 g/h IVSE (arrêt si signes de surdosage : abolition des ROT et/ou faiblesse musculaire et/ou dégradation de la vigilance)
- si convulsions : Valium 10 mg IV
- Convulsions subintrantes ou coma : IOT séquence rapide // intubation difficile +++

Orientation

- PE non sévère : maternité niveau 2 ou 3
- PE sévère : maternité niveau 3
- Réanimation

Message clé :

Contrôle tensionnel
Loxen
Sulfate de magnésium
valium