



Prise en charge d'une patiente pré-éclampsique en maternité et en salle d'accouchement

A) Définitions

1. Pré-éclampsie

HTA > 140/ 90 mmHg au repos (au moins à deux reprises, avec un brassard adapté à hauteur du cœur, patiente assise)

+ une protéinurie significative :

- Tigette urinaire $\geq 1+$ de protéine
- Rapport protéine/créatinine sur échantillon urinaire ≥ 0.3 (mg/dL)
- Protéinurie de 24h > 300 mg / 24h

OU + un des critères suivants même en l'absence de protéinurie :

- Thrombopénie (plaquettes < 100.000 μ L)
- Insuffisance rénale (créatinine sanguine > 1.1mg/dL ou x2 en l'absence de pathologie rénale concomitante)
- Dysfonction hépatique : cytolysse hépatique (TGO et/ou TGP 2x les normes), douleurs sévères et persistantes hypochondre droit et/ou épigastrique
- Œdème aigu du poumon (OAP)
- Symptômes neurologiques ou visuels

Signes de sévérité (« prééclampsie sévère ») : un seul critère suffisant

- HTA sévère : PAs ≥ 160 mmHg ou PAd ≥ 110 mmHg
- Thrombopénie < 100.000/ μ L
- Insuffisance rénale (créatinine > 1.1 mg/dL ou x2)
- Dysfonction hépatique (cytolysse 2x normes et/ou barre épigastrique)
- OAP
- Signes neurologiques ou visuels

2. HELLP syndrome (= diagnostic biologique)

- Hémolyse (anémie; LDH>2x la norme; bilirubine > 1.2mg/dL; haptoglobine effondrée)
- Transaminases augmentées (2x la norme)
- Thrombopénie (plaquettes < 100.000/ μ L)

3. Eclampsie

Crise convulsive tonico-clonique généralisée ne pouvant être attribuée à une autre cause.

B) Bilan à réaliser

- Relecture du dossier médico-obstétrical
- Evaluation clinique générale (évaluation des conjonctives, signe du godet, œdème généralisé, auscultation pulmonaire, ROT)
- Score de Bishop
- Prise des paramètres maternels et monitoring fœtal
- Prise d'un échantillon urinaire (tigette et rapport protéine/créatinine à demander en urgence)
- Bilan sanguin :
 - Numération de la formule sanguine (NFS)
 - Groupe sanguin + RAI
 - TCA/INR/Fibrinogène
 - Protéine sérique
 - Créatinine /urée /acide urique
 - Ionogramme
 - TGO/TGP/Bilirubine/LDH
 - Haptoglobine
 - Schizocytes
- Echographie fœtale
 - Profil biophysique (avec CTG)
 - Présentation
 - Biométries-EPF (estimation poids fœtal)
 - Evaluation Dopplers complète : artères utérines, ombilicale, cérébrale moyenne et ductus veineux.
 - Evaluation du placenta
- Frottis streptocoque B si pas encore réalisé

C) Prise en charge

- Informer l'équipe d'anesthésie-réanimation ainsi que l'équipe de néonatalogie de la présence de la patiente à la maternité
- Critères d'extraction immédiate :
 - ARCF : tracé pathologique
 - HRP et enfant vivant
 - HTA incontrôlable malgré un traitement maximal
 - Eclampsie (après stabilisation)
 - OAP réfractaire
- Pour une extraction différée, en l'absence des critères ci-haut :

1. Pré-éclampsie sans signe de sévérité (maternelle et/ou fœtale)

Pas d'indication de transfert in utero (TIU) à ce stade.

Hospitalisation en antépartum pour réalisation d'un bilan mais suivi ambulatoire possible ensuite si bilan sans signe de gravité

Jusqu'à 36 semaines 6 jours

- Hospitalisation en antépartum (réalisation d'un bilan)
- Maturation fœtale si < 34SA
- Prise de tension toutes les 3 heures durant le bilan
- Protéinurie de 24h
- Bilan sanguin répété après 48h si valeurs limites
- Monitoring fœtal
- Echographie-dopplers
- Mesure de la diurèse, à répéter le lendemain si valeur anormale

Si bilan sans signe de sévérité et de RCIU => surveillance ambulatoire avec :

- Education de la patiente (revenir si céphalée, d+ épigastriques, trouble de la vision etc ..)
- Monitoring foetal 2 à 3 x /semaine avec prise des paramètres
- Echographie-dopplers 2x / semaine
- Bilan sanguin (cfr § B) 1 x / semaine

A partir de 37 semaines

- Hospitalisation
- Extraction fœtale par voie basse a priori. Maturation médicamenteuse ou mécanique du col si nécessaire.
- Traitement de l'HTA si HTA sévère apparaît (cfr annexe 2)
- Traitement par MgSO₄ si apparition de signe(s) de prééclampsie sévère (cfr point 2).

2. Pré-éclampsie avec signe(s) de sévérité

Avant 24 semaines

- Hospitalisation
- Interruption médicale de grossesse (IMG) à discuter
- Traitement HTA si HTA sévère (PAs ≥160mmHg ou PAd ≥ 110mmHg) (cfr annexe 1)
- Traitement par MgSO₄ (cfr annexe 2)

Entre 24 et 34 semaines

- TIU à discuter avec les anesthésistes et les néonatalogues sur base de la clinique, de la biologie, de l'échographie fœtale et en fonction des moyens de prise en charge maternelle et fœtale de l'hôpital référant
- Hospitalisation en unité MIC

- Maturation fœtale par corticoïdes : bêtaméthasone (Célestone®) 2x12mg à 24h d'intervalle ou dexaméthasone 4x6mg à 12h d'intervalle)
- Traitement de l'HTA si PAs ≥ 160 mmHg ou PAd ≥ 110 mmHg (cfr annexe 1)
- Traitement par MgSO₄ (cfr annexe 2)
- Expectative armée vs extraction fœtale après 48 heures à discuter

Contre-indications à une attitude attentiste au-delà de 48 heures :

- HTA sévère non contrôlée
- Insuffisance rénale d'apparition brutale ou en majoration
- Dysfonction hépatique sévère et/ou hématome sous-capsulaire
- Troubles de la coagulation non améliorés par la thérapeutique
- Hématome rétroplacentaire (HRP)
- Reverse flow au doppler ombilical ou du ductus veineux
- Arrêt de croissance fœtale après 32SA
- Anamnios
- Mise en travail spontanée

Voie basse à discuter en fonction de l'âge gestationnel, de l'état et de la présentation fœtal, du Bishop (sous réserve des conditions obstétricales générales) et de l'urgence maternelle.

Après 34 semaines

- Hospitalisation
- Extraction fœtale selon les possibilités obstétricales (voie basse à priori)
- Traitement de l'HTA si PAs ≥ 160 mmHg ou PAd ≥ 110 mmHg (cfr annexe 1)
- Traitement par MgSO₄ si céphalées ou signes neurologiques (cfr annexe 2)
- Surveillance intensive dans le postpartum immédiat

D) Cas particuliers : prise en charge du HELLP Syndrome et de l'Eclampsie

1. HELLP Syndrome

- Hospitalisation en unité MIC
- Maturation fœtale (cfr PE sévère § C2)
- Extraction fœtale après les 48 heures de maturation foetale même si amélioration temporaire des valeurs biologiques par la maturation fœtale, si l'état maternel le permet
- Transfusion de plaquettes si $< 20.000/\mu\text{L}$ (objectif de 40 à 50.000/ μL pour permettre la césarienne)
- Voie basse autorisée après 32 semaines si les conditions médicales et obstétricales sont réunies.
- Traitement de l'HTA si PAs ≥ 160 mmHg ou PAd ≥ 110 mmHg (cfr annexe 1)
- Traitement par MgSO₄ (cfr annexe 2)

2. Eclampsie

- Traitement par MgSO₄ (cfr annexe 2), supérieur au diazépam (Valium®) tant dans le traitement de la crise que dans la prévention de la récursive

- Stabilisation de l'HTA (cfr annexe 1)
- Extraction fœtale après stabilisation rapide de l'éclampsie et de l'HTA sévère. Accouchement par voie basse autorisé si stabilisation acquise, conditions obstétricales remplies (dont Bishop favorable), pas de contre-indication fœtale (>32SA) et à condition d'être dans un délai maximum de 24h.

E) Dans le post-partum (PP)

- En unités de soins intensifs, au MIC ou en maternité selon les paramètres cliniques, paracliniques et biologiques (à discuter avec l'anesthésiste - réanimateur)
- Poursuite du traitement par MgSO₄ pendant 48h
- Adaptation du traitement anti-hypertenseur en fonction du profil de la PA
- Bilan sanguin (cfr §B) à réaliser à J1 et à répéter si l'évolution clinique n'est pas favorable
- Surveillance de la pression artérielle (PA) : minimum 72 heures en hospitalier et 7 à 10 jours à domicile (rôle du médecin traitant); cibles tensionnelles : 140/90mmHg
- Surveillance de la diurèse
- Bas anti-stase
- Thromboprophylaxie si forme sévère de prééclampsie et également selon le mode d'accouchement et la présence de facteurs de risques thrombophiliques
- Dépistage de formes sévères de pré-éclampsie d'apparition inaugurale dans le postpartum (prééclampsie du PP chez une patiente hypertendue en fin de grossesse, HELLP syndrome ou crise d'éclampsie)
- Contrôle cardiologique et néphrologique à 3 mois de l'accouchement.

Annexe 1 : Traitement de l'HTA

Indication formelle : PAs \geq 160mmHg ou PAd \geq 110mmHg

Objectifs : PAs entre 130 et 150 mmHg / PAd entre 80 et 100 mmHg

Traitements :

- HTA légère (PAs \geq 140mmHg ou PAd \geq 90mmHg) non traitée
- HTA modérée (PAs \geq 150mmHg ou PAd \geq 100mmHg)
 1. Aldomet 250 mg de 0.5 à 3 grammes par jour (UCL)
Catapressan 0,15mg 1 à 3 cp /jour (ULg)
 2. Adalat 30 mg en une à trois prises /jour
 3. Trandate (100 à 1200 mg) en deux à trois prises /jour
- HTA sévère (PAs \geq 160mmHg ou PAd \geq 110mmHg)
 1. Rydène (IV : 0.5mg en IV lente (15') puis 2 à 4 mg heure)
 2. Trandate (IV : premier bolus de 20mg en 10 min puis 5 à 20mg/h)
 3. Catapressan (IV : 15-40 μ g/heure) (ULg)

Annexe 2 : Traitement par sulfate de Magnésium (MgSO₄)

- Dose de charge : 4 gr en IV sur 30 minutes
- Dose d'entretien : 1 à 2 gr/heure jusqu'à 48h après l'accouchement

- Si nouvelle crise : 2 à 4 grammes IV en 5 minutes
 - Surveillance horaire jusqu'à stabilisation de la magnésémie puis toutes les 4h : fréquence respiratoire, saturation pulsée en oxygène, présence du réflexe rotulien, diurèse, pression artérielle, fréquence cardiaque, niveau de conscience
 - Zone thérapeutique de la magnésémie : 1,6-2,8 mmol/L
 - En cas de surdosage : Gluconate calcique (1g en IV sur 10 minutes) = antidote
- Références

Références :

- Hypertension in pregnancy. The management of hypertensive disorders during pregnancy, National Institute for Health and Clinical Excellence clinical guideline, 107, 2010.
- The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Task Force on Hypertension in Pregnancy. Hypertension in pregnancy. Data, 2013.
- Leanos-Miranda A., Marquez-Acosta J., Romero-Arauz F., Cardenas-Mondragon G. M., Rivera-Leanos R., IsordiaSalas I., Ulloa-Aguirre A., Protein : creatinine ratio in random urine samples is a reliable marker of increased 24-hour protein excretion in hospitalized women with hypertensive disorders of pregnancy, Clin. Chem., 53, 1623-8, 2007.
- Societe francaise d'anesthesie et College national des gynecologues et obstetriciens, Multidisciplinary management of severe pre-eclampsia (PE). Experts' guidelines 2008. Ann. Fr. Anesth. Reanim., 28, 275-81, 2009.
- Abalos E., Duley L., Steyn D. W., Antihypertensive drug therapy for mild to moderate hypertension during pregnancy, Cochrane Database Syst. Rev., 2, CD002252, 2014.
- G.Lambert, JF.Brillant, G.Harstein, V.Bonhomme, PY.Dewandre. Preeclampsia : an update. Acta Anaesth.Belg., 2014,65,137-149.
- Duley L., Gulmezoglu A. M., Henderson-Smart D. J., Chou D., Magnesium sulphate and other anticonvulsants for women with pre-eclampsia, Cochrane Database Syst. Rev., CD000025, 2010.
- Sibai B.M., Etiology and management of postpartum hypertension-preeclampsia, Am. J. Obstet. Gynecol., 206, 470-5, 2012.
- Magee L., von Dadelszen P., Prevention and treatment of postpartum hypertension, Cochrane Database Syst. Rev., 4, CD004351, 2013.

Protocole élaboré par le groupe périnatal du GGOLFB : Sophie Alexander, Patricia Barlow, Pierre Bernard (directeur), Gilles Ceysens, Maité Delfosse, Patrick Emonts, Philippe Jadin, Clotilde Lamy, Delphine Leroy, Philippe Petit, Christine Van Linthout, Louise Watkins-Masters, 2017