

CONGRÈS FRANCO VIETNAMIEN DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE
HANOÏ 11 – 12 MAI 2015
HO CHI MINH 14 – 15 MAI 2015

PRISE EN CHARGE DE LA PRE-ECLAMPSIE ET DE SES COMPLICATIONS



COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES
ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS

RECOMMANDATIONS 2008
POUR LA PRATIQUE CLINIQUE



Recommandations Formalisées d' Experts

Prise en charge des
complications de la
pré-éclampsie

SFAR-CNGOF-SFMP-SFP

Docteur Gilles DAUPTAIN

Gilles.dauplain@ch-gonesse.fr

Les recommandations

□ 154 affirmations

- 139 accord fort (méd >7)
- 15 accord faible (méd >7, divergences)

□ 76 recommandations (littérature ou consensus professionnel)

- 47 Grade 1+ : il faut
- 10 Grade 1- : il ne faut pas....
- 19 Grade 2+ : il est possible de....
- 0 Grade 2- : il est possible de ne pas...

✓ **DEFINITIONS**

✓ **Prise en charge générale**

✓ **Gestion des complications**

✓ **Après la naissance**

DEFINITIONS (Consensus professionnel)

Grade 1

□ HTA gravidique (HTG) : PAS ≥ 140 mm Hg et/ou PAD ≥ 90 mm Hg, survenant après 20 SA et disparaissant avant la fin de la 6ème semaine du postpartum

□ Pré éclampsie (PE) : association d'une HTG à une protéinurie ($> 0,3$ g/24h)

DEFINITIONS (Consensus professionnel)

Grade 1

Pré-éclampsie Sévère :

PE avec au moins l'un des critères suivants :

- HTA sévère (PAS \geq 160 mm Hg et/ou PAD \geq 110 mm Hg)
- atteinte rénale avec : oligurie (< 500 ml/24h) ou créatinine > 135 μ mol/L, ou protéinurie > 5 g/j
- OAP ou barre épigastrique persistante ou **HELLP syndrome**
- éclampsie** ou troubles neurologiques rebelles (troubles visuels, ROT poly cinétiques, céphalées),
- thrombopénie <100 G/L-1
- Hématome Rétro Placentaire (HRP) ou retentissement foetal (RCIU).**

DEFINITIONS (Consensus professionnel)

Grade 1

- ❑ PE précoce : survenant avant 32 SA
- ❑ HELLP syndrome : association d'une hémolyse, une cytolyse hépatique et d'une thrombopénie.
- ❑ Eclampsie (E) : survenue d'une crise convulsive tonico-clonique en rapport avec une pathologie hypertensive de la grossesse
- ❑ Patientes à risque élevé : Patientes ayant eu au moins un **antécédent de PE sévère et précoce**



LA COLLECTION DE LA SFAR
SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ANESTHÉSIE ET DE RÉANIMATION

RÉANIMATION DES FORMES GRAVES DE PRÉ-ÉCLAMPSIE

Conférence d'experts

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ANESTHÉSIE
ET DE RÉANIMATION
en collaboration avec
la SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE MÉDECINE PÉRINATALE
la SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PÉDIATRIE
et le COLLÈGE NATIONAL DES GYNÉCOLOGUES
OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS



ELSEVIER

**PRE-ECLAMPSIES GRAVE
SEVERES**

HTA grave:

TA systolique ≥ 160 mm Hg
et/ou

TA diastolique ≥ 110 mm Hg

OU présence de l'un de ces signes....

- Douleurs épigastriques, nausées, vomissements
- Céphalées persistantes, hyperréflexivité OT, troubles visuels
- Protéinurie $> 3,5$ g/L
- Créatininémie > 100 $\mu\text{mol/L}$
- Oligurie < 480 ml/24H
- Hémolyse
- Transaminases $> 3 \times N$
- Thrombopénie $< 100\ 000/\text{mm}^3$

✓ **DEFINITIONS**

✓ **PRISE EN CHARGE GÉNÉRALE**

✓ **Gestion des complications**

✓ **Après la naissance**

Prise en charge générale

Organisation de la prise en charge en réseau (consensus professionnel)

- ❑ (G2+) En cas de **grossesse avec antécédents de PE**, si le déroulement actuel est normal, il est **possible que le suivi** soit effectué par les professionnels de proximité sous couvert d'une consultation préalable du Gynécologue Obstétricien (GO),
- ❑ (G1+) En cas de forme **non sévère de PE**, il est **recommandé que l'évaluation clinique et paraclinique soit effectuée par le GO en hospitalisation**
- ❑ (G1+) En cas de forme sévère, l'hospitalisation s'impose **immédiatement**

Prise en charge générale

Organisation de la prise en charge en réseau (consensus professionnel)

- (G1+) Il est recommandé de **choisir le lieu de naissance** en fonction de l'âge gestationnel, des critères de gravité maternel et/ou foœtaux, et la nécessité éventuelle du recours à un service de réanimation pour la mère et l'enfant.
- (G1+) Il est recommandé que les protocoles soient élaborés en commun dans un réseau de santé périnatale.

Prise en charge pré et inter-hospitalière

- ❑ (G1+) Avant un transfert in utero, il est recommandé d'organiser une **information des parents**, sur les enjeux maternels et foetaux.
- ❑ (G1+) Il est recommandé que les **médecins seniors** des structures impliquées dans le transfert **se concertent et que les moyens adaptés soient mobilisés sans délai**.
- ❑ (G1+) Il est recommandé, pendant le transport, d'effectuer une **surveillance clinique de la conscience, et d'installer un monitoring** de la fréquence cardiaque (électrocardioscope), de la fréquence respiratoire, de la saturation pulsée en oxygène, de la mesure discontinue de la pression artérielle et, chez la patiente intubée, de la capnométrie en continu
- ❑ (G2+) En cas d'anomalies du rythme cardiaque foetal, **la naissance dans l'établissement d'accueil initial**, quel qu'en soit le type, doit être envisagée

Prise en charge pré et inter-hospitalière

- ❑ (G1+) Il est recommandé de **poursuivre le traitement de l'hypertension artérielle** sévère pour la contrôler pendant le transport selon les principes définis dans l'algorithme
- ❑ (G2+) Il est possible de **poursuivre la prévention primaire de l'éclampsie par le sulfate de magnésium (MgSO₄)** pendant le transfert.
- ❑ (G2+) Il est possible d'utiliser les **benzodiazépines injectables en préhospitalier dans le traitement de l'éclampsie**

Prise en charge hospitalière des PE (consensus professionnel)

- ❑ (G1+) L' enregistrement du rythme cardiaque fœtal (RCF), la biométrie fœtale obtenue par échographie et les examens Doppler fœtaux sont recommandés pour l'évaluation fœtale.
- ❑ (G1+) Il est recommandé de débiter la corticothérapie, à un terme adapté, (deux fois 12 mg de bétaméthasone à 24 heures d'intervalle) pour maturation fœtale le plus précocement possible après le diagnostic, notamment avant un transfert.
- ❑ (G1+) Une **surveillance répétée de la numération plaquettaire est recommandée dans les formes sévères de la pré-éclampsie.**

Prise en charge hospitalière des PE (consensus professionnel)

- ❑ (G1+) Au cours de la PE sévère, il est recommandé de traiter l'HTA selon l'algorithme présenté diapos suivantes.
- ❑ (G1+) Lorsque la pression artérielle diastolique est $>$ à **110 mmHg**, ou la pression artérielle systolique $>$ à **160 mmHg**, il est **recommandé de débiter** un traitement antihypertenseur.

Pression artérielle systolique > 160mmHg

PAS > 180mm HG ou

PAM > 140 mm Hg

TRAITEMENT D'ATTAQUE

Nicardipine :

Bolus 0,5-1mg puis

**Perf : $1\mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}\cdot\text{min}^{-1}$
4 à 7 mg en 30 min**

OU

**(Dihydralazine $5\text{ mg}\cdot\text{h}^{-1}$
30')**

OU (SO4Mg QS)

PAS < 180mm Hg

PAM < 140mm Hg

ENTRETIEN

Nicardipine

$1-6\text{ mg}/\text{H}^{-1}$

OU

Labétalol IV 5 – 20 Mg +/- H

OU

(Dihydralazine

**$1-3\text{ mg}\cdot\text{h}^{-1}$
ou SO4Mg QS)**

Évaluation efficacité et tolérance à m30

Évaluation efficacité et tolérance à m30

140 < PAS < 160 mm Hg
100 < PAM < 120 mm Hg
Poursuivre Tt. d'entretien
Nicardipine 1-6 mg / H
Ou
Labétalol 5 – 20 mg / H

PAS < 140mm Hg
PAM < 100mm HG
Diminuer ou **ARRÊTER**
Le Traitement

PAS >160 mm Hg
PAM > 120mm Hg
BITHÉRAPIE :
Nicardipine 6mg / H
+
Labétalol 5 - 20 mg / H
Ou
Clonidine 15- 40 µg / H
(C.I β bloquants)

EFFETS SECONDAIRES
(Céphalées- Palpitations)
1/ Réduire Poso. Nicardipine
2/ Associer
• soit Labétalol
5 - 20 mg / H
• soit Clonidine
15- 40 µg / H
(C.I β bloquants)

Ré-évaluation après 30 Min. puis toutes les heures

Prise en charge hospitalière des PE (consensus professionnel)

- ❑ (G1-) **L'expansion volumique systématique** n' est pas recommandée car il n'a pas été démontré une amélioration du pronostic maternel ou néonatal et elle peut induire un œdème aigu du poumon (OAP).
- ❑ (G2+) **L'expansion volémique prudente est possible en cas de chute brutale et significative de la pression artérielle** lors de l' introduction des médicaments vasodilatateurs.
- ❑ (G2+) **Lorsqu' une exploration de la situation hémodynamique doit être effectuée chez la femme prééclampsique, l' échographie doit être privilégiée**, le monitoring invasif de la pression artérielle pulmonaire n'est justifié qu' exceptionnellement.

Prise en charge hospitalière des PE (consensus professionnel)

- ❑ (G1+) En cas de PE sévère, la **prévention de la crise d'E par du MgSO4** est recommandée devant l'apparition de **signes neurologiques (céphalées rebelles, ROT vifs, troubles visuels)** et en l'absence de contre-indication (insuffisance rénale, maladie neuromusculaire).
- ❑ (G2+) Le schéma thérapeutique initial comporte un **bolus (4 g)** de MgSO4 puis une perfusion IV continue de **1 g/h**
- ❑ (G1+) La **surveillance du traitement** par MgSO4 doit reposer sur une évaluation répétée de la **conscience** (Score de Glasgow = 15), de la **présence des ROT**, de la **fréquence respiratoire (>12 c/mn)** et de la **diurèse (>30 mL/h)**.
- ❑ (G1+) En cas de manifestations cliniques de **surdosage**, la perfusion doit être arrêtée, l'injection de gluconate de calcium envisagée et la magnésémie mesurée.

CRITERES D'ARRET DE LA GROSSESSE (Consensus professionnel)

- ❑ (G2+) En cas de PE non sévère au-delà de 36 SA, il faut envisager d'interrompre la grossesse.
- ❑ (G1+) Une PE sévère au delà de 34 SA est une indication à l'arrêt de la grossesse.
- ❑ (G1+) En cas de PE sévère avant 24 SA, une IMG doit être clairement discutée avec les parents.

CRITERES D' ARRET DE LA GROSSESSE (Consensus professionnel)

(G1+) Les indications d' arrêt de la grossesse dans les PE sévères

entre 24 et 34 SA sont :

□ Pour raisons maternelles :

- Immédiates : HTA non contrôlée, éclampsie, OAP, HRP, *Thrombopénie* <50.000, Hématome sous capsulaire hépatique
- Après corticothérapie pour maturation foetale (si les conditions maternelles et fœtales permettent de prolonger la grossesse de 48 heures)
- Insuffisance rénale d' aggravation rapide et/ou oligurie (< 100 mL / 4 heures) persistante
- Signes persistants d' imminence d' une éclampsie (céphalées ou troubles visuels), douleur épigastrique persistante, HELLP syndrome évolutif.

CRITERES D' ARRET DE LA GROSSESSE (Consensus professionnel)

(G1+) Les indications d' arrêt de la grossesse dans les PE sévères
entre 24 et 34 SA sont :

- ❑ Pour raisons fœtales :
- ❑ décélérations répétées du RCF, Variabilité à court terme < 3 ms,
- ❑ au delà de 32 SA : RCIU sévère ou inversion du flux diastolique ombilical.
- ❑ (G2+) Lorsque l' interruption de la grossesse est décidée sans qu' il y ait une nécessité absolue d' arrêt immédiat, il est possible de déclencher l' accouchement après maturation cervicale.

Indications fœtales d'extraction en cas de PE sévère (2000)

- ❑ **Avant 26 SA:** l'indication ne sera que maternelle.
- ❑ **Entre 26-28 SA:** Décélération répétées ou variabilité à court-terme (VCT) < 2,6 ms.
- ❑ **Entre 28 et 32 SA:** VCT < 3 ms; vasodilatation cérébrale; Manning < 4
- ❑ **Entre 32-34 SA:** Anomalies du RCF
- ❑ **Après 34 SA:** le déclenchement ou l'extraction ne se discutent pas.

Anesthésie chez une femme en pré-éclampsie (1)

- ❑ G1+) Une **évaluation la plus précoce possible** des patientes est recommandée en vue d'une anesthésie
- ❑ (G1+) Il est recommandé d'effectuer un **bilan d'hémostase dans un délai le plus court possible** avant de faire une anesthésie périmédullaire. Seuils = 75000 pl/mL pour A.P.D, 50000pl/mL pour rachi-anesthésie
- ❑ (G2+) La prise d'**Aspirine, indiquée pour la prévention de la PE, ne constitue pas, en soi, une contre-indication à la réalisation d'une anesthésie péri-médullaire** si :
 - ▶ 1/ la patiente ne prend pas d'autres médicaments altérant l'hémostase,
 - ▶ 2/ le bilan d'hémostase est compatible avec la réalisation d'une ALR.

Anesthésie chez une femme en pré-éclampsie (1)

- (G1+) Pour le travail, il est recommandé de mettre **rapidement en place une analgésie périmédullaire** parce qu'elle est bénéfique pour l'évolution de la pression artérielle et pour l'hémodynamique utéro-placentaire, et parce qu'elle facilite la prise en charge en cas de recours à une césarienne.

- (G2+) La valeur seuil des plaquettes recommandée est de **75 G.L-1** pour réaliser une anesthésie péridurale, et de **50 G.L-1** pour la rachianesthésie à condition que :
 - 1/ la thrombopénie soit stable sur plusieurs numérations successives,
 - 2/ l'acte anesthésique soit réalisé par un opérateur entraîné,
 - 3/ la parturiente bénéficie d'une surveillance neurologique en postpartum,
 - 4/ la patiente thrombopénique n'a pas reçu d'aspirine au cours des 3 derniers jours .

Anesthésie chez une femme en pré-éclampsie (1)

- ❑ (G2+) En cas de rachianesthésie, il est recommandé de **limiter le remplissage vasculaire préalable aux cristalloïdes à un maximum 1000 ml** et de réduire ou suspendre le traitement antiHTA administré par voie IV jusqu' à l' installation complète du bloc.
- ❑ (G1-) La dose test adrénalinée **n'est pas recommandée** chez la femme pré-éclamptique.
- ❑ (G2+) Il est **possible de pratiquer une ALR après une crise d' éclampsie** si les conditions suivantes sont toutes réunies :
 - ❑ la femme a repris conscience,
 - ❑ elle n' a pas de déficit neurologique,
 - ❑ son état clinique est stable.
- ❑ (G1+) En cas de convulsions **subintrantes et/ou de troubles de la conscience**, l' anesthésie générale est recommandée.

Anesthésie chez une femme en pré-éclampsie (1)

- ❑ (G1+) En cas d'anesthésie générale, il est recommandé de faire une **évaluation des critères d'intubation difficile** immédiatement avant l'induction,
- ❑ (G2+) Il est possible d'utiliser l'oxytocine (Syntocinon®) pendant et après le travail.
- ❑ (G1-) La méthylergométrine (Méthergin®) est **contre indiquée** chez la femme pré-éclamptique.

ASPIRINE ET PERIDURALE (2000)

- ❑ La prise d'aspirine, éventualité en principe rare, n'est **pas une contre-indication formelle à l'anesthésie loco-régionale**, sous réserve de l'absence de perturbations associées de l'hémostase. (Si N. Plaquettes > seuils, valeurs stables, pas d'aspirine dans les 3 jours)
- ❑ Pour chaque cas, une évaluation du rapport bénéfice-risque sera réalisée.
- ❑ La décision doit être prise localement, si possible en présence de l'ensemble de l'équipe concernée.
- ❑ En cas de doute, le **principe de précaution** doit être privilégié.

✓ **DEFINITIONS**

✓ **PRISE EN CHARGE GÉNÉRALE**

✓ **GESTION DES COMPLICATIONS**

✓ **Après la naissance**

ECLAMPSIE

- ❑ (G1+) En cas de **troubles visuels atypiques** ou persistants, il est recommandé d'effectuer un **fond d'œil et une IRM**, ou à défaut une **TDM**.
- ❑ (G1+) Le MgSO₄ **est recommandé** car son efficacité est supérieure au diazépam, à la phénytoïne et à l'association (*phénergan, dolosal, largactyl*) pour le **traitement d'une crise en cours** et pour la **prévention de sa récurrence**
- ❑ (G2+) *En cas de récurrence critique, l'administration d'une dose **additionnelle** de 1,5 à 2 g IV est possible*
- ❑ (G1+) Après la dernière crise, il est recommandé de maintenir une perfusion de MgSO₄ pendant une **durée de 24 heures**

PRE-ECLAMPSIE ET ATTEINTE RENALE (Consensus professionnel)

- ❑ (G1+) Il est recommandé de rechercher, **dès le premier examen prénatal**, des maladies rénales par l'emploi des bandelettes urinaires. En cas de positivité des bandelettes, il faut évaluer la protéinurie (seuil : 300 mg/j) et le sédiment urinaire (seuil : 10 hématies.mm⁻³).
- ❑ (G1+) Il est recommandé d'évaluer la fonction rénale en cas de signes évocateurs de néphropathie (antécédents, HTA précoce, syndrome urinaire...) en se souvenant que, dès le milieu de grossesse, **une créatininémie >90 µmol/L est pathologique** (G1+)
- ❑ Un avis spécialisé est recommandé devant la découverte de signes de néphropathie, quel que soit le terme, **afin d'instituer une prise en charge conjointe** (obstétricien, néphrologue, anesthésiste-réanimateur)

PRE-ECLAMPSIE ET ATTEINTE HEPATIQUE

- ❑ (G1-) L'administration de **corticoïdes pour le traitement du HELLP syndrome** n'est pas recommandée car elle n'améliore pas le pronostic maternel et/ou néonatal.
- ❑ (G1-) En cas de HELLP syndrome, le recours à la plasmaphérèses pour réduire la morbi-mortalité maternelle, n'est pas recommandé.

HEMATOME RETRO-PLACENTAIRE (Consensus professionnel)

- (G1-) *L' échographie n' est pas recommandée pour le dépistage de l'HRP chez les patientes à risque.*
- (G1-) En cas d'antécédent d'HRP isolé, aucune thérapeutique préventive spécifique n'est recommandée pour une grossesse ultérieure.

✓ **DEFINITIONS**

✓ **PRISE EN CHARGE GÉNÉRALE**

✓ **Gestion des complications**

✓ **APRÈS LA NAISSANCE**

PRONOSTIC DES ENFANTS NES DE MERE EN PRE-ECLAMPSIE (Consensus professionnel)

- ❑ (G1+) Il est recommandé **d' informer les pédiatres** des thérapeutiques administrées aux mères.
- ❑ (G1+) En cas de prématurité ou de RCIU, il est recommandé au pédiatre et à l'obstétricien **d' informer conjointement** les parents des risques encourus.
- ❑ (G2+) En cas de HELLP syndrome sévère et surtout en cas de SHAG, il est possible de discuter un dépistage néonatal du déficit en LCHAD. A défaut, il est conseillé une surveillance attentive du nourrisson et la réalisation d'un profil des acides gras à chaîne longue en cas d'altération clinique.

SUIVI DU POST-PARTUM PRECOCE (Consensus professionnel)

- ❑ (G1+) Après l'accouchement, il est recommandé d'effectuer une **surveillance stricte clinique et biologique pendant au moins 48 heures**, elle comporte :
 - ▶ 1/ une surveillance rapprochée de la pression artérielle avec adaptation thérapeutique en fonction des chiffres tensionnels. (cf. figure 1)
 - ▶ 2/ **l'évaluation quotidienne des apports hydriques, du poids et de la diurèse.**
- ❑ (G1+) Pour les femmes présentant une défaillance organique, une hospitalisation en secteur de réanimation ou une surveillance continue est recommandée.
- ❑ (G1+) Une surveillance **tensionnelle bi-hebdomadaire** et une consultation chez un médecin sont recommandées dans les **2 à 3 premières semaines du post-partum**.
- ❑ (G1+) Lors de la consultation postnatale réglementaire, il est recommandé de vérifier la normalisation tensionnelle et la disparition de la protéinurie.
- ❑ (G2+) En l'absence de facteurs de risque et d'anomalies biologiques, il est possible de prescrire une contraception oestro-progestative lors de la consultation post natale.

SUIVI A LONG TERME

- ❑ (G1+) Si l'HTA et/ou la protéinurie persistent 3 mois après l'accouchement, il est recommandé de prendre un avis médical spécialisé.
- ❑ (G1-) Il ne faut pas pratiquer un examen histologique rénal en postpartum, sauf dans un des cas suivants : 1/insuffisance rénale persistante, 2/signes d'affection systémique, 3/protéinurie persistant plus de 6 mois après l'accouchement.
- ❑ (G1+) Il est recommandé de **rechercher des anticorps antiphospholipides** après une PE sévère et précoce.
- ❑ (G1-) Il n'est pas recommandé de pratiquer un bilan de thrombophilie héréditaire, sauf dans l'un des cas suivants : 1/antécédents personnels ou familiaux de maladie veineuse thromboembolique, 2/PE précoce, 3/ association à un RCIU sévère, à un HRP ou à une mort fœtale in utero.
- ❑ (G1+) Un suivi spécialisé précoce (avant 14 SA) est recommandé pour les grossesses ultérieures, chez toute femme aux antécédents de PE précoce.
- ❑ (G1+) Il est recommandé de surveiller l'ensemble des facteurs de risque cardio vasculaires, rénaux et métaboliques au long cours après une PE sévère.

CAM ON NIEU...