

# La pré-éclampsie : SAU et pré-hospitalier

Dr Anne Launoy  
Réanimation chirurgicale, Hautepierre



# La pré-éclampsie, **qu'est-ce que c'est ?**

Pathologie spécifique de la grossesse

Mettant en jeu le **pronostic vital maternel et foetal**

Physiopathologie

Définition

Diagnostic

Conduite à tenir

Défaut d'invasion trophoblastique

Anomalie de la vascularisation  
utéro-placentaire

**Ischémie placentaire**

**Libération de molécules toxiques pour l'endothélium maternel  
(radicaux libres, VGEF...)**

Atteinte endothéliale maternelle diffuse

Perméabilité capillaire  
œdème interstitiel (OAP)  
protéinurie  
hypovolémie...

Microthromboses  
HELLP, thrombopénie  
troubles de l'hémostase

Vasoconstriction  
HTA, vasospasme cérébral

# La pré-éclampsie, qu'est-ce que c'est ?

## Définition

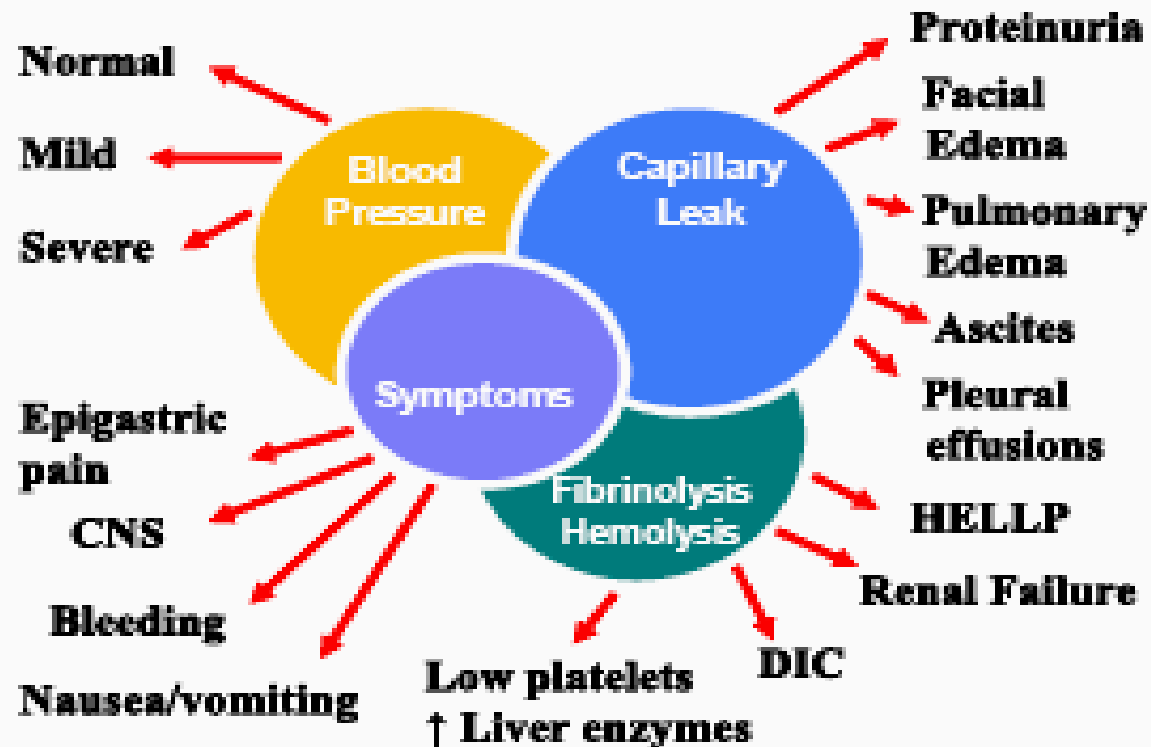
- Pré-éclampsie
  - PAs  $\geq$  140 mmHg et/ou PAd  $\geq$  90 mmHg + protéinurie/BU ( $>$  0,3 g/24h, 2 +) 2<sup>ème</sup> trimestre (20 SA)
- Pré-éclampsie sévère
  - PAs  $\geq$  160 mmHg et/ou PAd  $\geq$  110 mmHg et/ou au moins une complication
- Complications :
  - Troubles neurologiques rebelles (troubles visuels, céphalées, réflexes ostéo-tendineux polycinétiques) ou éclampsie
  - OAP
  - Barre épigastrique persistante
  - Thrombopénie  $<$  100 G/l, HELLP syndrome
  - Atteinte rénale (oligurie  $<$  500 ml/24h, ou créatinine  $>$  135  $\mu$ mol/l, ou protéinurie  $>$  5 g/24h)
  - HRP (contracture utérine, métrorragies, choc)
  - Retentissement foetal (RCIU)

# La pré-éclampsie, comment je fais le diagnostic ?

Beaucoup de symptômes, aucun spécifique

FIGURE 1

Overlapping role of hypertension, capillary leak, maternal symptoms, and fibrinolysis/hemolysis in the spectrum of atypical preeclampsia



## • Signes fonctionnels

- Malaise général
- Douleurs abdominales (barre)
- Nausées, vomissements
- Dyspnée, essoufflement
- Céphalées inhabituelles
- Anomalies visuelles (mouches volantes, cécité)
- Convulsions « convulsions + grossesse = éclampsie »
- Contracture utérine, métrorragies

## ● Signes à l'examen clinique

- HTA (prise correcte)
- Oedèmes (visage, mains +++)
- Réflexes ostéo-tendineux vifs, polycinétiques
- Œdème pulmonaire
- Oligurie
- Douleur de l'hypocondre droit, du creux épigastrique
- Ictère

# La pré-éclampsie, y a-t-il des pièges cliniques ?

Formes précoces (< 20 SA)

Formes tardives (après l'accouchement)

Formes sans HTA

Formes sans protéinurie.....



**Toujours y penser !!**

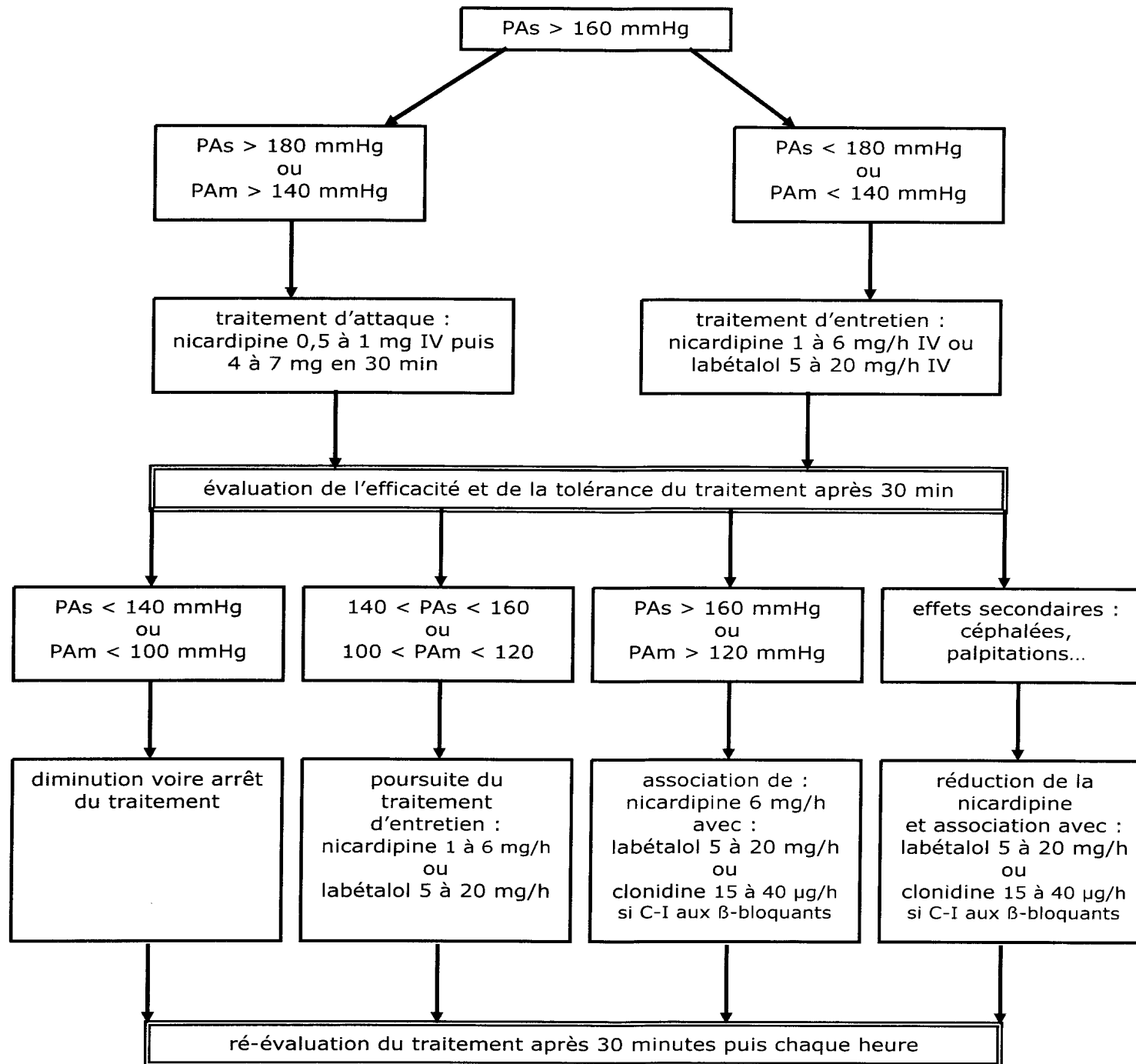


## La pré-éclampsie, **qu'est-ce que je fais ?**

- Hospitalisation
- Installation (DL+++), surveillance (scope, PA, SpO2, neuro-ROT)
- Bilan biologique (confirmation du diagnostic, évaluation des organes)
  - Protéinurie
  - Reins : uricémie, créatinine, urée, électrolytes
  - Foie/HELLP ? = hémolyse, cytolyse, thrombopénie
    - NS (Hb, plaquettes), bilirubine T et C, haptoglobine, ASAT, ALAT, LDH, crase
  - Autres : troponine I, GDS si dyspnée
- « Imagerie » : +/- Rx pulmonaire, +/- écho abdo, +/- ECG
- **Cs obstétricale**, +/- réanimateur

## La pré-éclampsie, comment je traite ?

- Le seul traitement **curatif** est **l'arrêt de la grossesse**.
- Le reste n'est que **symptomatique**, avec pour buts :
  - Protection maternelle, +/- prolongation de la grossesse
  - Mais jamais au prix d'un risque maternel majeur
- Traitement hypotenseur
  - Si  $PA_S \geq 160$  et/ou  $PA_D \geq 110$  et/ou  $PA_M \geq 120$  mm Hg
  - Selon l'algorithme diapositive suivante
  - Par **inhibiteur calcique IV** en première intention (nicardipine)
  - Attention au fœtus +++



## Et l'éclampsie, comment je traite ?

- Prévention =  $MgSO_4$  (signes neurologiques, prévention de la récursive)
  - perfusion continue 1 g/h
- Traitement =  $MgSO_4$ 
  - bolus 4 g en 10 min, puis perfusion continue 1g/h
  - BZD, phénytoïne possibles mais moins efficaces
- Surveillance ++ :
  - Score de Glasgow et réflexes ostéo-tendineux +++
  - Nr > 12 c/min
  - (DH > 30 ml/h)

## La pré-éclampsie, comment je traite ?

- HELLP : rien de spécifique
- Remplissage si chute de TA : cristalloïdes, 💣 OAP, 💣 diurétiques
- Si nécessité d'intubation : 💣 intubation difficile
- Fœtus : avis obstétrical +++
  - Surveillance du rythme cardiaque fœtal
  - Corticoïdes pour maturation pulmonaire fœtale avant 34 SA  
(12 mg de bétaméthasone, précocément, avant le transfert, x 2)

## Et en pré-hospitalier, **quelles recommandations ?**

- Régulation primaire :
  - Signes justifiant l'envoi d'un SMUR = pré-éclampsie sévère (cf tableau suivant)
  - Orientation selon état maternel et fœtal
    - possibilité de réanimation maternelle / plateau médico-technique
  - Intérêt +++ du réseau de périnatalité (obstétriciens, anesthésistes-réanimateurs, SAMU-SMUR, pédiatres, urgentistes)
- Transport :
  - ceinturée
  - décubitus latéral à partir de 18 SA

terme	symptômes	diagnostics à évoquer
post partum (jusqu'à 15 jours)	hémorragie	hémorragie de la délivrance
	convulsion	éclampsie
3 <sup>ème</sup> trimestre	l'enfant est né	accouchement réalisé
	contraction, douleur abdominale (lombaire), métrorragie, envie de pousser, perte des eaux	accouchement imminent
	antécédent de césarienne ou notion de traumatisme majeur, douleur abdominale intense, baisse des mouvements fœtaux actifs	rupture utérine
2 <sup>ème</sup> , 3 <sup>ème</sup> trimestres	métrorragie peu abondante de sang noir, douleur abdominale intense et permanente, absence de mouvements fœtaux actifs	hématome rétro-placentaire
	métrorragie abondante de sang rouge avec caillots, contractions	placenta praevia hémorragique
	céphalée, douleur abdominale, prise de poids, nausée, trouble visuel	pré-éclampsie
	convulsion	éclampsie
1 <sup>er</sup> trimestre	malaise, douleur abdominale, métrorragie	grossesse extra-utérine rompue

# Conclusion

- Pathologie grave : défaillance multi-organes maternelle.
- Y penser chez toute femme enceinte qui ne va pas bien ( $\geq 2^{\text{ème}}$  trimestre).
- Envoi d'un SMUR si PE sévère.
- Hospitalisation en maternité de niveau adapté (gravité de la mère et prématurité de l'enfant).

→ Réseau

- Traitement hypotenseur, prévention de l'éclampsie.
- Appel obstétricien +++



# Références



- Recommandations formalisées d'experts 2010 SFAR-SFMU
- Urgences obstétricales extra-hospitalières
- A paraître (sfar.org)

Texte court : AFAR 2009 ; 28 : 275-281 ou sfar.org