

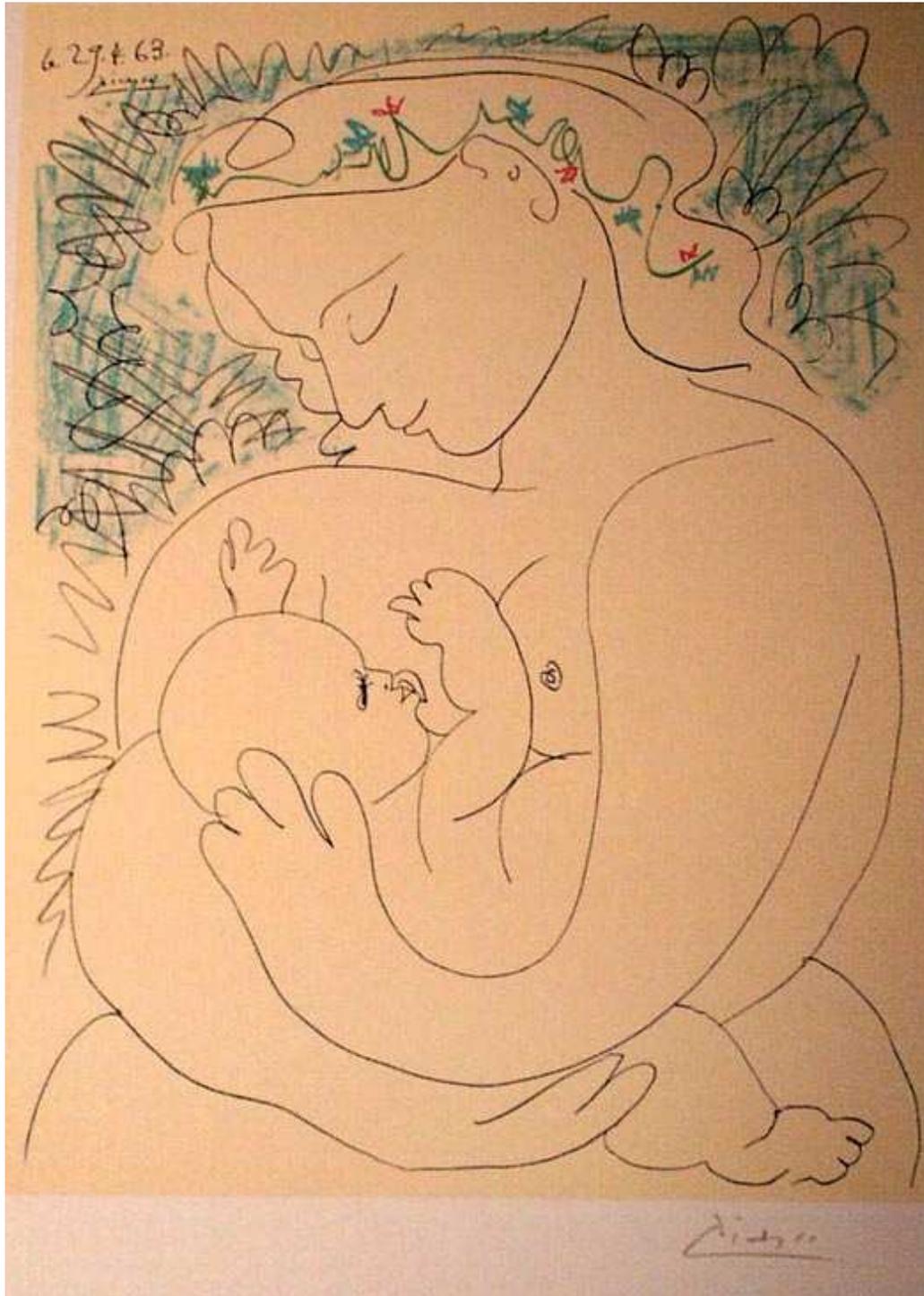
Situations critiques en obstétrique
Session congrès national Paris 2011

Prééclampsie grave

Dr Anne-Sophie Ducloy-Bouthors
Dr Karim Bourzoufi
Dr Stephane Langlois
Pr Philippe Deruelle
Pr Benoit Vallet
Maternité Jeanne de Flandre
pôle anesthésie réanimation obstétrique
CHRU Lille France

Recommandations Formalisées d'Experts
Prise en charge multidisciplinaire
de la pré éclampsie

SFAR, CNGOF, SFMP, SFP



PE grave

= toute PE qui induit

➤ **Morbidité maternelle:** Défaillance multiviscérale de la PE
et/ou

➤ **Interruption de la grossesse avant terme**

=

HTA maligne

Insuffisance rénale

OAP défaillance cardiaque

Eclampsie Amaurose Coma

Accident vasculaire cérébral

Insuffisance hépatique cytolyse

Hypoxie fœtale infarctus placentaires

Hématomes: HRP, hématome intracérébral, hématome souscapsulaire du foie

Thromboses: microangiopathie hémolytique & thrombotique, embolie pulmonaire

Recommandations Formalisées d'Experts

G1+ Définitions (consensus professionnel)

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

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

PE Sévère : PE avec au moins l'un des critères suivants :

- HTA sévère (PAS ≥ 160 mm Hg et/ou PAD ≥ 110 mm Hg)
- atteinte rénale: oligurie (< 500 ml/24h) ou créatinine $> 135\mu\text{mol/L}$, ou protéinurie > 5 g/j
- OAP dysfonction myocardique
- barre épigastrique persistante ou HELLP syndrome
- Eclampsie ou troubles neurologiques (visuels, ROT polycinétiques, céphalées),
- thrombopénie $< 100 \text{ G.L}^{-1}$
- Hématome Rétro Placentaire (HRP) ou retentissement fœtal.

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

Les leçons des enquêtes de mortalité maternelle: 25% des MM De quoi meurent les patientes prééclamptiques?

3 Pre-eclampsia and eclampsia

James Neilson

CEMACH 2003-2055

Table 3.2

Numbers of deaths from pre-eclampsia or eclampsia; United Kingdom 2003-05.

Triennium	Cerebral					Pulmonary				Hepatic			Total	
	Intracranial haemorrhage	Subarachnoid	Infrat.	Oedema	All	ARDS	Oedema	Other	All	Rupture	Failure/ necrosis	Other		All
1985-87	11	0	0	0	11	9	1	2	12	0	1	3	4	27
1988-90	10	2	2	0	14	9	1	0	10	0	1	2	3	27
1991-93	5	0	0	0	5	8	3	0	11	0	0	4	4	20
1994-96	3	1	0	3	7	6	2	0	8	2	1	2	5	20
1997-99	7	0	0	0	7	2	0	0	2	2	0	5	7	18
2000-02	9	0	0	0	9	1	0	0	1	0	0	4	4	14
2003-05	10	0	2	0	12	0	0	0	0	0	2	4	6	18

- Mme M 38 ans BMI 31 primigeste primipare 31SA a été prise en charge en primaire par le SMUR pour malaise consécutif à une grippe (céphalées myalgies) et gastroentérite (nausées, barre épigastrique) depuis 5j.
- Elle est orientée directement vers votre SSPI: PA: 182/109mmHg, FC:108bpm, SaO²:97; céphalées phosphènes réflexes vifs polycinétiques; barre épigastrique; pétéchies sous le brassard.
- Votre diagnostic?



Prééclampsie

Quelle gravité? Quelle urgence?

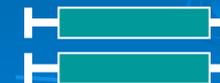
4 critères de gravité. Urgence au traitement médical

1. Traiter l'HTA maligne et l'encéphalopathie hypertensive

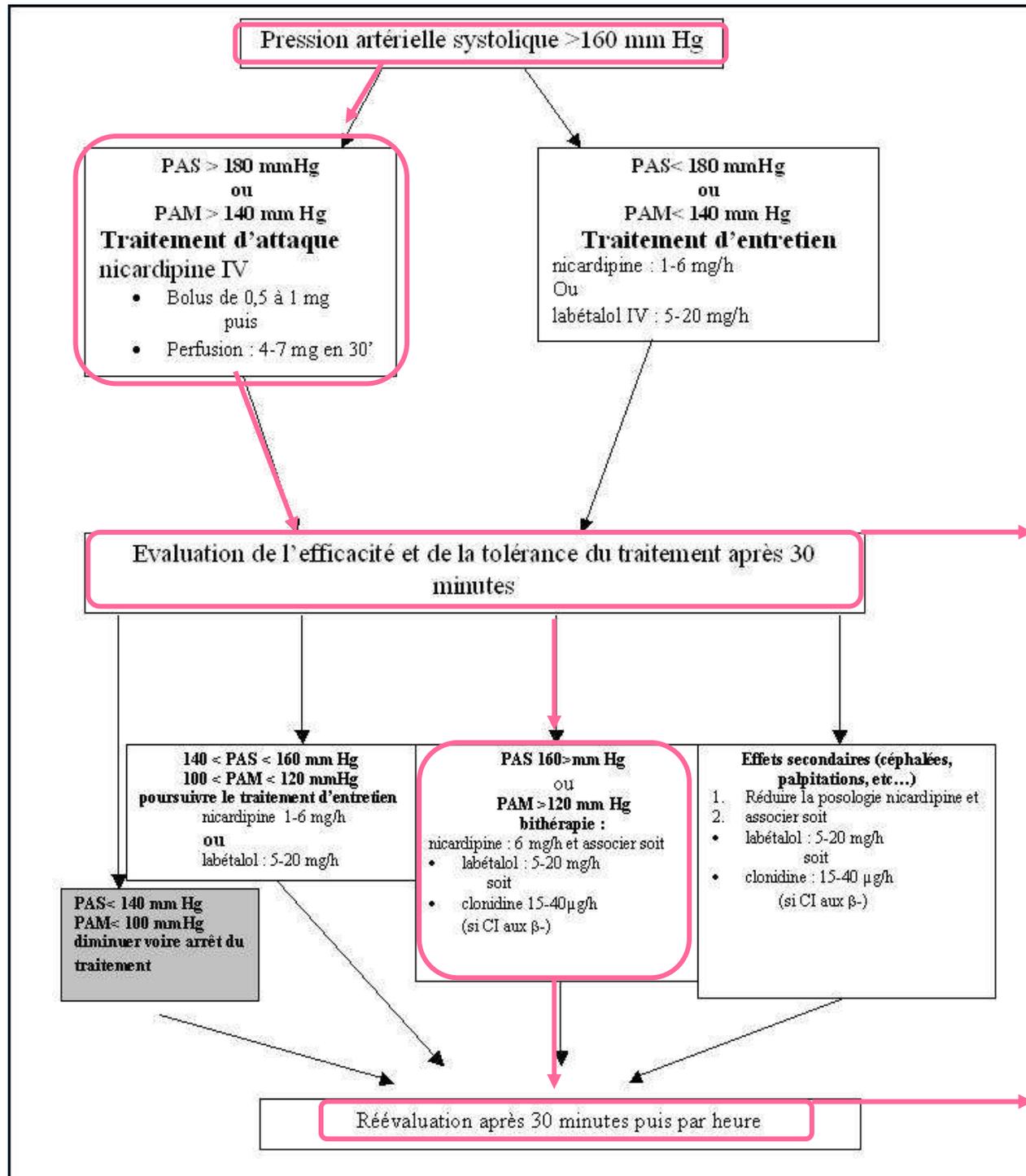
Algorithme de prise en charge de l'HTA



PA 162/98 mmHg
Persistance des céphalées
Flou visuel, phosphènes



PA 157/92 mmHg
0 céphalée
Flou visuel, ROT vifs



Eclampsie - Cécité corticale

- Origine du flou visuel:
 - Oédème papillaire,
 - Décollement rétinien
 - Cécité corticale
- Prodromes de l'éclampsie:
 - Céphalées phosphènes
 - ROT vifs polycinétiques
 - Flou visuel

2. Prévenir ou traiter l'éclampsie

Sulfate de Magnésium MgSO₄ ampoules 1,5g

Bolus 4g puis 1g/h pendant 48h

Surveillance ROT, céphalées, signes neuro focalisation

Surdosage Irénale: surveiller diurèse.

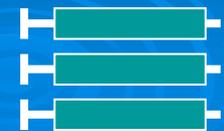
Effets secondaires : prolonge curarisation,

relâchement musculaire strié (relâchement musculaire squelettique et anomalies dose dépendante du rythme cardiaque)

relâchement musculaire lisse (vasodilatation par inhibition calcique, relâchement utérin jusque atonie).

Bloque l'excitotoxicité sur les récepteurs NMDA.

Potentialise l'analgésie.



Prise en charge hospitalière des PE (consensus professionnel) (Neurol)

(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

→ Régression des troubles visuels et de l'hyperéfléxie. PA155/92mmHg.

3. traiter la microangiopathie thrombotique et le syndrome inflammatoire systémique maternel

- Hb: 10,2 (= -3) g/dl, schyzocytes 3,5%
haptoglobine: 0,08 = hémolyse
- urée :0,45 g/l, Créatinine : 12mg/l
= Σ d urémique
- TGO 125, TGP 140 = cytolyse
- NP : 102 G/mm³ (-60) = low platelets
- FG: 6,8g/l AT 45% D Dimères 4250 µg/ml
- CRP :256
= HELLP Syndrome + SISM

Pré éclampsie et atteinte hépatique

(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.

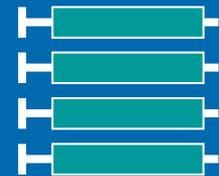
(G1-) En cas de HELLP syndrome, le recours à la plasmaphérèses pour réduire la morbi-mortalité maternelle, n'est pas recommandé.

Corticothérapie

Amélioration de la maturité pulmonaire fœtale
Effet bénéfique clinique et biologique sur HELLP
Sans gain de morbidité maternofoetale démontrée

▶ Bétaméthasone 12mg*2/24h pendant 48h IV ou IM

Baisse variabilité du rythme cardiaque fœtal



Césarienne en urgence différée

Choix du type d'anesthésie

- Consultation préanesthésique, information, balance des risques
- Contrôle NP 82 G/mm³
- Evaluation intubation MIII œdème visage
- Eviter le pic hypertensif
- MgSO₄ prolonge la curarisation
- Préférer la rachianesthésie opérateur expérimenté
- Pas ou peu de vasopresseurs
- Accompagnement

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.

(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.

(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)

(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 (2)

(G2+) En cas de rachianesthésie, il est recommandé de **limiter le remplissage vasculaire préalable aux cristalloïdes et 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 (3)

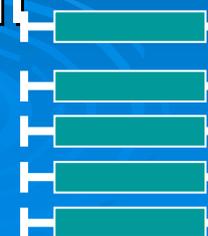
(G1+) En cas d'anesthésie générale, il est recommandé de faire une **évaluation des critères d'intubation difficile** immédiatement avant l'induction, *de pratiquer une induction en séquence rapide avec intubation*, de veiller à la **prévention de la poussée hypertensive** induite par l'intubation trachéale et de prévoir systématiquement le risque **d'extubation à problème**

(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.

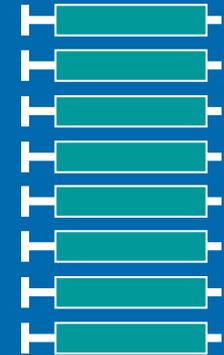
4. Prévenir et traiter l'œdème aigu pulmonaire

- Césarienne sous rachianesthésie (aiguille g25 L3-L4. Bupivacaine 11 mg Sufenta 2,5µg Morphine 100µg. Niveau T4. Ephedrine 3mg). Saignement 250ml.
- Naissance enfant ♀ 1160g Apgar 5/8 retard croissance harmonieux intubation surfactant CPAP transfert en réanimation
- PA 100/70 mmHg après la délivrance
- puis 160/90mmHg céphalées phosphénées
- Diurèse per op =10ml
- Toux, montée des crépitants → O₂ lasilix VNI
- Orientation en secteur de soins intensifs



5. Prévenir et traiter les complications post-partum

- PA mal contrôlée 160/90 à 180/100mmHg
 - NP 45 G/mm³
 - Reprise diurèse Résolution de l'OAP.
O² masque hte concentration
 - Persistance des céphalées, réapparition du flou visuel, vertiges et hémiparésie gauche.
 - Indication IRM:
 - Zones hypodensité lobe occipital et pariétal droit microthrombotique microischémique
 - Œdème cérébral diffus
 - Pétéchies diffuses sur toute la corticale. Pas d'hématome
- ➔ MgSO₄ + HBPM prophylactique



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.**

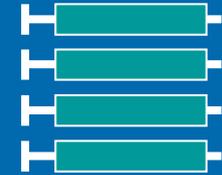
(G1+) Le MgSO_4 **est recommandé** car son efficacité est supérieure au diazépam, à la phénytoïne et à l'association (*phénergan, dolosal, largactyl*) pour le **traitement d'une crise en cours** et pour la **prévention de sa récurrence**

(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 MgSO_4 pendant une **durée de 24 heures**

5. Prévenir et traiter les complications post-partum

- PA mieux contrôlée 140/80mmHg
- NP 35 G/mm³
- Fg 6,8g AT 65%
- Tachycardie anxiété
- douleur thoracique droite discrète



- Diagnostic par angioscanner d'une embolie pulmonaire non massive → HBPM curatif



Conclusion

- La prééclampsie grave met en jeu de façon immédiate le pronostic vital maternel par la défaillance de l'unité utérofoetoplacentaire et de multiples organes: rein, cerveau, foie, cœur-poumons.
- La prééclampsie grave met en jeu à moyen et long terme le pronostic maternel par la persistance du risque vasculaire et thrombotique.