

DEFINITIONS

HTA GRAVIDIQUE	PAS \geq 140mmHg et/ou PAD \geq 90mmHg, survenant après 20 SA
PREECLAMPSIE	HTA GRAVIDIQUE + d'une protéinurie $>$ 0,3g/24h
PREECLAMPSIE SEVERE	PREECLAMPSIE + au moins un des critères suivants : <ul style="list-style-type: none"> • HTA sévère (PAS \geq 160 mmHg et/ou PAD \geq 110 mmHg) • Oligurie $<$ 500ml/24h ou créatininémie $>$ 135μmol/l ou protéinurie $>$ 5g/j • OAP ou barre épigastrique ou HELLP syndrome (hémolyse + cytolyse hépatique + thrombopénie) • Eclampsie ou troubles neurologiques rebelles (troubles visuels, ROT polycinétiques, céphalée) • Thrombopénie $<$ 100 000 G/l • Hématome rétroplacentaire ou retentissement fœtal
ECLAMPSIE	CRISE CONVULSIVE TCG + pathologie hypertensive de la grossesse

PRISE EN CHARGE D'UNE PREECLAMPSIE SEVERE

MESURES NON SPECIFIQUES

Mise en **décubitus latéral gauche**, O₂ SB
Surveillance : SpO₂, FC, TA (si monitoring : surveillance du rythme cardiaque fœtal)

MESURES SPECIFIQUES

SULFATE DE MAGNESIUM :

Dose de charge : 4g (si $<$ 70kg) 6g (si $>$ 70kg) en 20 minutes IVSE
Dose d'entretien : 1g/h (si $<$ 70kg) 2g/h (si $>$ 70kg) IVSE
=> à poursuivre pendant 24 heures sous couvert de la surveillance des ROT

Signes de surdosage

diminution ROT, hypoventilation, hypotension, bradycardie = si présents :
Arrêt du TTT + injection de 1g de GLUCONATE DE CALCIUM IVL, dosage magnésémie

CONTROLE DE LA PRESSION ARTERIELLE :

Pression artérielle systolique \geq 160 mmHg

PAS \geq 180 OU PAM \geq 140 - Traitement d'attaque : NICARDIPINE en bolus IV : 0.5 à 1 mg, puis perfusion : 4 à 7 mg en 30 min	PAS $<$ 180 OU PAM $<$ 140 - NICARDIPINE en perfusion : 1 à 6 mg/h ou LABETALOL en perfusion : 5 à 20 mg/h
---	--

Efficacité et tolérance du traitement anti-hypertenseur après 30 min

PAS $<$ 140 OU PAM $<$ 100 - Diminuer ou arrêter progressivement le traitement	140 \leq PAS $<$ 160 OU 100 \leq PAM $<$ 120 - Poursuivre le traitement d'entretien : NICARDIPINE en perfusion 1 à 6 mg/h ou LABETALOL : 5 à 20 mg/h	PAS \geq 160 OU PAM \geq 120 - Passage en bithérapie NICARDIPINE en perfusion 1 à 6 mg/h associée à LABETALOL : 5 à 20 mg/h ou CLONIDINE : 15 à 40 μ g/h (si CI aux β -)	Effets secondaires (céphalées, palpitations..) - Réduire la posologie de la NICARDIPINE - Associer LABETALOL 5 à 20 mg/h ou CLONIDINE 15 à 40 μ g/h (si CI aux β -)
--	--	--	--

Ré-évaluation après 30 min puis toutes les heures

SI ECLAMPSIE :

En plus du TTT de la PREECLAMPSIE

BENZODIAZEPINES IV

CLONAZEPAM 1mg ou MIDAZOLAM 0,2mg/kg IV

DISCUTER L'INTUBATION

si hypoxie, GCS <9, EME, indication opératoire en urgence

INDUCTION :

THIOPENTAL 5 à 7mg/kg IVL

(CI : porphyrie, allergie barbiturique, insuffisance hépatique cardiaque rénale, hypovolémie non contrôlée)

+ CELOCURINE 1mg/kg IVD

puis entretien

EXTRACTION FŒTALE EN URGENCE

à la maternité de proximité

INDICATION IMAGERIE CEREBRALE A PROGRAMMER A L'ARRIVEE

à la recherche d'un diagnostic différentiel : pré éclampsie non connue, absence de réveil rapide, signes de localisation neurologique

TRANSFERT VERS MATERNITE DE NIVEAU ADAPTE :

Si > 24SA et/ou estimation poids fœtal < 1500g : Niveau 3 (CHU CAEN, CHERBOURG)

Si > 32SA et > 1500g : Niveau 2b (LISIEUX, AVRANCHES)

Si ≥ 34SA et >1700g : Niveau 2a (Clinique du Parc CAEN, ST LO, FLERS, ALENCON)

Si > 36SA et absence de pathologie associée Niveau 1 (BAYEUX, ARGENTAN, L'AIGLE, COUTANCES)