

La pré-éclampsie

TiToPo infirmiers SSPI

Plan

- Introduction
- Epidémiologie
- Définition
- Risques ?
- Traitement ?
- Conclusion

Epidémiologie

- 4.6 % des grossesses
- Plus fréquent chez les primipares

Facteurs de risque

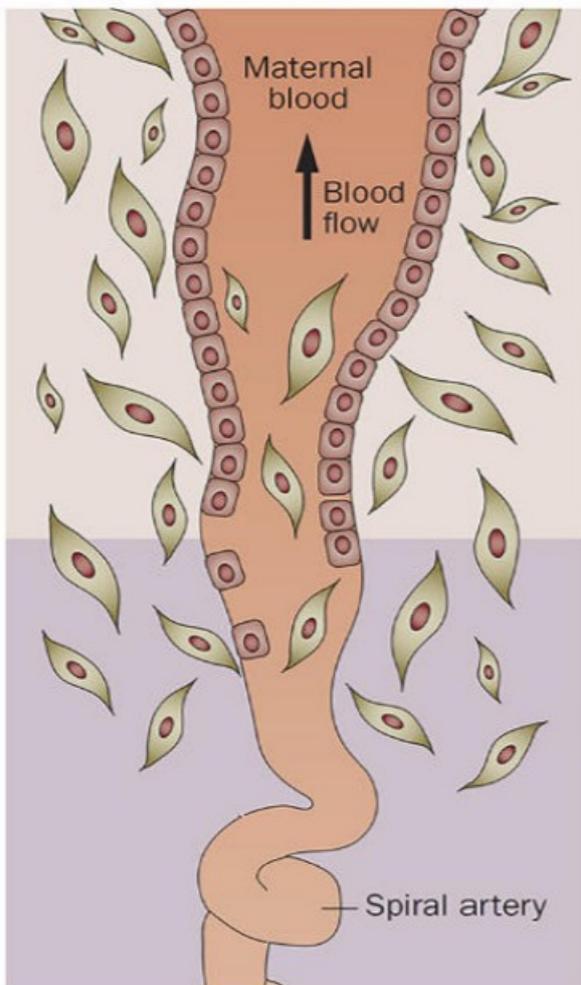
ATCD de

- Prééclampsie
- Diabète, HTA, insuffisance rénale, surpoids, LED, SAPL
- RCIU
- Age maternel > 35 ans
- Grossesses multiples
- ATCD familial de prééclampsie

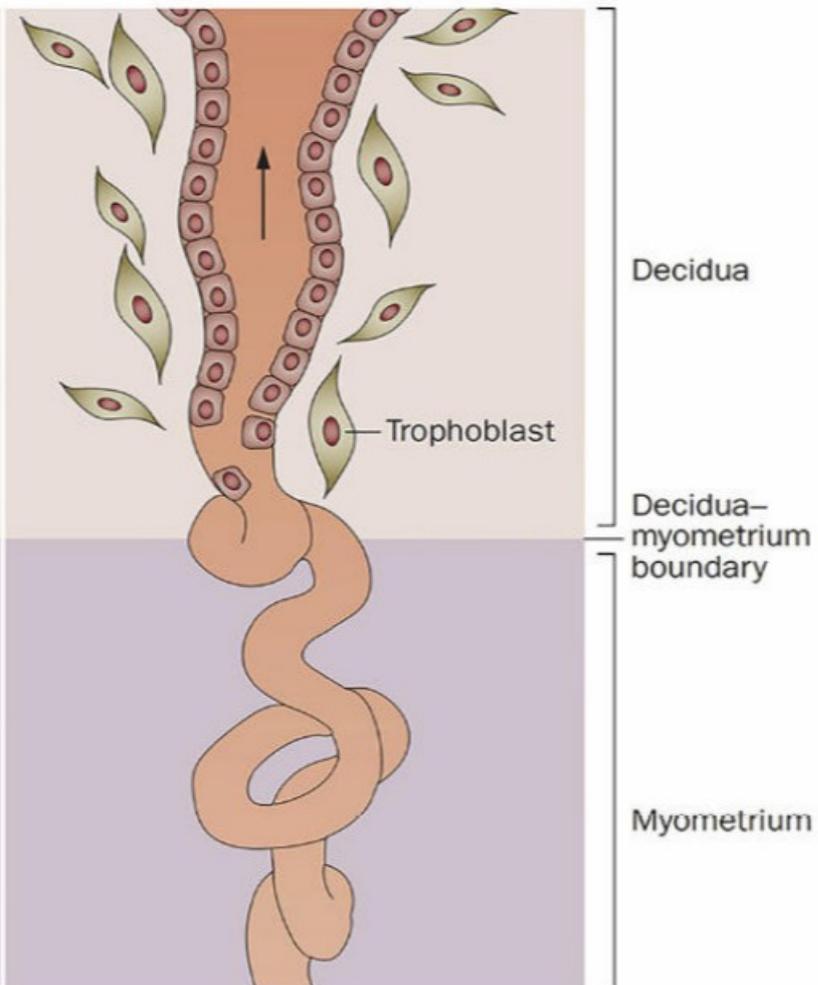
Physiopathologie

- Dysfonctionnement placentaire
- Fixation imparfaite du placenta
- Développement apparemment normal au cours du 1^{er} trimestre
- Risque hypodébit et libération débris placentaire et cellules foetales dans circulation générale

Normal pregnancy



Pre-eclampsia



Ancienne définition

HTA gravidique :

- TAS > 140mmHg et/ou PAD > 90mmHg
- Terme > 20 SA

ASSOCIÉE À

Protéinurie > 0.3g/24h

Nouvelle définition

- TAS > 140 mmHg et/ou TAD 90mmHg

ET APPARITION

- Protéinurie > 0.3g/24H
- Creat > 97.2 μ mol/L
- Plaquette < 100 000/mL
- Cytolyse hépatique > 2x normale
- OAP
- Apparition symptômes cérébraux/visuel

Conséquences

- Flux continu anormal de sang fœtus/mère
- Coagulation sanguine anormale chez la mère
- Production anormale molécules inflammatoires (CRP, TNF...) chez la mère : HTA/souffrance organe
- Pb tolérance immunologique du fœtus

Prise en charge

Surveillance

- Mère : gravité de la pré eclampsie
 - TA, contrôlable ou non par antiHTA
 - Protéinurie
 - Signes cliniques : céphalés, flou visuel, conscience, douleurs, diurèse
- Retentissement foetal
 - Mouvements actifs, rythme cardiaque, hauteur utérine

Traitement médical

- Antihypertenseur
 - Objectif : éviter les complications sévères (hémorragie cérébrale, rupture hépatique, OAP, hématome retroplacentaire...)
 - Bénéfice connue : évite le passage en HTA sévère

Trandate

- Labetolol
- Ampoule de 100mg
- Bolus 20mg en 2 mn
- Titration /10mn, max 300mg
- Pic 5-10', durée 3 à 6h

Nicardipine

- Ampoule 10mg
- IVSE 3 à 9mg/h
- Augmentation /15mn
- Limiter boli

Objectifs tensionnels

140 mmHg < TAS < 160 mmHg

- Si trop bas : diminuer ou arrêter le trt
- Si trop haut : ajouter antiHTA

Céphalées ? Flou visuel ? Réflexes vifs ?

- MgSO₄
- 3g (2 ampoules) puis IVSE
- Surveillance
 - TA
 - ROT
 - Céphalé

Intérêt MgSO₄

- Diminution risque éclampsie (> phénytoïne)
- Diminution HRP
- Diminution IMOC du nourrisson

Magnesium sulphate and other anticonvulsants for women with pre-eclampsia (Review)

Duley L, Gülmezoglu AM, Henderson-Smart DJ, Chou D



THE COCHRANE
COLLABORATION®

Autres..

- Maturation pulmonaire si < 34 SA et risque déclenchement dans la semaine
- Césarienne

Eclampsie

C'est quoi ?

- Survenue d'une crise d'épilepsie ou d'un coma brutale au cours d'une pré-éclampsie
- 1/400 PE, 1/50 PE sévère
- Ante(59%)/Per(20%)/Postpartum(21%)
- Avant : HTA, céphalées, flou visuel, douleur abdo
- Foetus : décélération et accélération

Traitement

- DLG
- O2
- Trt anticonvulsivant : MgSO4
 - 6g dose de charge puis 2g/H
 - Pdt 24/48H
- Trt anti HTA
- Accouchement

HELLP syndrome

H

Émolyse (baisse Hb, augmentation LDH)

EL

elevated liver enzyme (cytolyse hépatique, ASAT, ALAT)

LP

Low platelet (thrombopénie)

Complications

- CIVD 21 %
- HRP 16 %
- Insuffisance Rénale 7 %
- OAP 6 %
- Rupture hépatique 1 %
- Décollement rétinien 1 %

PEC

- Accouchement +++
- Maturation pulmonaire foetale (Dexamethasone)
- MgSO₄

Réflexion

- Pré-éclampsie existe **parce que** mauvaise implantation placentaire
- Poursuivre grossesse **SI** croissance foetale possible **SANS** souffrance maternelle
- Si symptômes maternels = souffrance foetale
LE traitement = accouchement

Conclusion

- Connaitre physiopathologie
- Trt dépendra
 - Du terme :
 - > 36 SA, pas d'intérêt à prolonger
 - < 23 SA, discuter IMG
 - Surveillance foetale
- AntiHTA : diminution souffrance et risque hématorne
- Corticoïde : maturation foetale
- MgSO₄

Merci