Dr A. DjJEBBARI. Anesthésie réanimation maternité CHUO

LA PRE-ECLAMPSIE

MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE EN URGENCE

DÉFINITION

HTA :

Tension artérielle systolique (TAs) > 140mmHg) selon OMS et JNC

Tension artérielle diastolique (TAd) >90mmHg).

	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)	Degré de sévérité
Stade 1	140 – 159	90 - 99	Légère
Stade 2	160—179	100—109	Modérée
Stade 3	≥180	≥110	Sévère

CLASSIFICATION DE L'HTA SELON LE « JOINT NATIONAL COMMITTEE ON PREVENTION, DETECTION, EVALUATION AND TREATMENT OF HIGH BLOOD PRESSURE ».

HTA très sévère : MALIGNE : PAS ≥ 210 , PAD ≥ 120 , FO : hémorragie et œdème

PRESSION ARTERIELLE MOYENNE (PAM)

- ⇨ PAM = (PAs + 2 PAd) / 3 .
- ⇨ Valeur comprise entre 105 et 120.
- ⇨ Reflet des débits régionaux.

Les urgences hypertensives se caractérisent par une souffrance aiguë des organes cibles de l'HTA (cerveau, cœur, vaisseaux, rein,) qui met en jeu le pronostic vitalen absence de traitement adapté

Elles nécessitent une hospitalisation en unité de soins intensifs avec monitorage continu de la pression artérielle, la mise en route d'un traitement par voie parentérale à objectif précis ainsi que des examens complémentaires.

➔ Intérêt d'un matériel adapté:

- Moniteurs de surveillance continue PNI, FC, SAO2,…
- Matériel d'administration continue de médicaments IV : seringue auto -pulsée

LES URGENCES HYPERTENSIVES

➔ Encéphalopathie hypertensive, Press- syndrome, AVC hémorragique et thrombotique.
➔ Insuffisance cardiaque congestive, cardiopathie ischémique, dissection aortique.
➔ Insuffisance rénale aiguë. Glomérulonéphrites aiguës.
➔ Pré-éclampsie et éclampsie.

LES DÉSORDRES HYPERTENSIFS GRAVIDIQUES :

- HTA gravidique (HTAG) : après 20 semaines d'aménorrhée.

- Pré-éclampsie (PE) : HTAG ou HTA chronique associée à une protéinurie sup à 300 Mg /J avec des Œ dèmes d'apparition récente

-Pré-éclampsie sévère

Si La pré –éclampsie survient chez une hypertendue chronique (apparition de protéinurie après 20 semaines d'aménorrhée +/- œdèmes) **: HTA chronique avec pré –éclampsie surajoutée ou de surimpression.**

SIGNES D'ORIENTATION

Maternels :

Douleurs abdominales

Nausées, vomissements

Céphalées, troubles visuels

Malaise, Prise de poids rapide

Œdèmes

Fœtaux:

Retard de croissance intra utérin (RCIU)

MALADIE DES THÉORIES

- Maladie du placenta : les lésions anatomo-pathologiques sont de type ischémique.
- Anomalie d'implantation placentaire avec réduction ou absence d'invasion vasculaire trophoblastique avec des artères utéro-placentaires fines et peu contractiles.
- Maladie systémique : maternelle et fœtale.

LA PRÉ-ÉCLAMPSIE (PE) : urgence hypertensive

- Mise en jeu du pronostic maternel : syndrome de défaillance multiviscérale.
- Mise en jeu du pronostic fœtale : souffrance fœtale.
- Une des premières causes de mortalité maternelle et d'admission en réanimation.
- Prise en charge multidisciplinaire : obstétricien, anesthésiste réanimateur, pédiatre.
- Pathologie concernant 0,5 à 2 % des grossesses menaçant à la fois la vie de la mère et du fœtus.
- Incidence estimée entre 1 à 3 % des grossesses chez les nullipares et entre 0,5 à 1,5 % chez les multipares.
- En cas d'HTAG le risque de développer une PE est entre 15 et 25 %.

LA PRÉ-ÉCLAMPSIE SÉVÈRE (ou grave)

- TA S > 160 mm Hg et TAD > 110 mm Hg
- Céphalées, ROT vifs, troubles visuels
- Nausées, vomissements, douleur épigastrique
- Protéinurie > 3,5 Gr / 24 H
- Débit urinaire < 20 ml / H
- Créatinémie > 100 umol /L
- Hémolyse
- Elévation des ASAT et ALAT
- Thrombopénie < 100 G / mm 3

Dr A. DjJEBBARI. Anesthésie réanimation maternité CHUO

PROTEINURIE

Dépistée par bandelettes réactives urinaires et pesée pondérale des 24 heures

Positive et significative à 2+ et supérieure ou égale à 300 milligrammes par 24 heures

PRISE EN CHARGE

- Hospitalisation en unité de grossesse à risque.
- Surveillance maternelle et fœtale.
- Prescrire un traitement antihypertenseur.
- Décision collégiale du jour et des modalités d'accouchement.

SURVEILLANCE

Chez la mère :

- Pesée, topographie et importance des œdèmes
- Dyspnée, douleur abdominale
- Céphalées, troubles visuels
- Reflexes ostéo -tendineux
- Surveillance semi continue de la TA, SAO 2, FC
- Surveillance biologique : Ht, plaquettes, bilirubine, haptoglobine, uricémie, créatinémie, transaminases, LDH, schizocytes

Chez la mère : (Non systématique)

-ECG -Echocardiographie -Fond d'œil

Chez le fœtus :

- Echographie obstétricale
- Doppler : vélocimétrie ombilicale et cérébrale antérieure
- Rythme cardiaque fœtal.

CONSÉQUENCES SYSTÉMIQUES

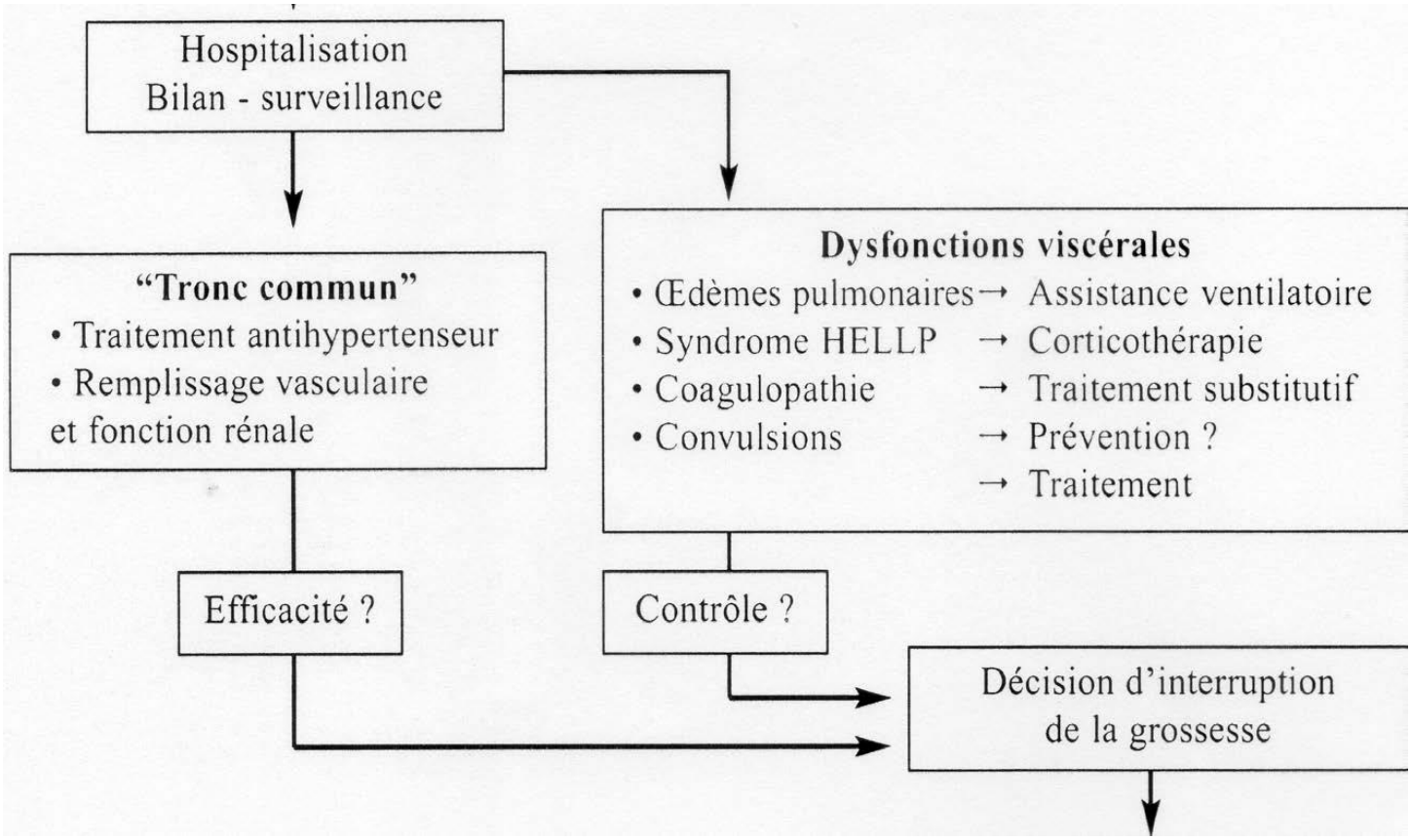
- Cérébrale : spasme artériolaire → encéphalopathie, convulsions : ECLAMSIE
- Micro angiopathie hépatique : Syndrome HELLP
- Troubles de la coagulation
- OAP
- Retard de croissance et souffrance fœtale.

IMAGERIE

En cas d'encéphalopathie et convulsions :

- Résonnance magnétique : en première intention si accessibilité
- Encéphalopathie occipitale postérieure réversible. (PRESS Syndrome)
- Tomodensitométrie cérébrale

Diagnostic de gravité de la pré- éclampsie



Préparation à l'accouchement

TRAITEMENT

Médications anti-hypertensives

Surveillance maternelle et fœtale

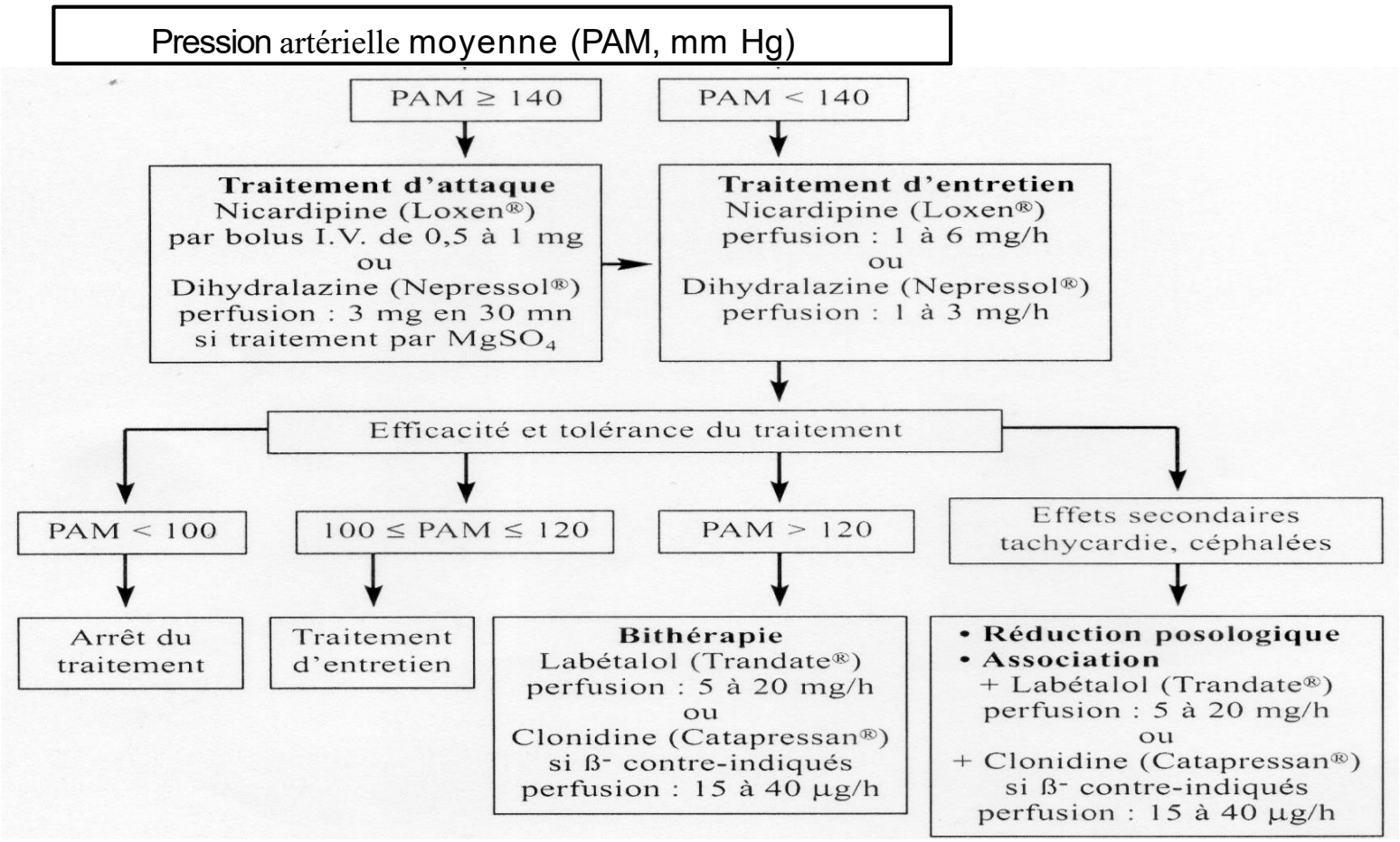
Programmation et choix des modalités de l'accouchement

Les médications anti hypertensives et grossesse :

- Inhibiteurs calciques, bétabloquants d'action antihypertenseur centrale.
- Contre -indication des IEC, ARA2 et diurétiques.

TRAITEMENT DE L'HTA

- Voie veineuse : Titration et bolus IV.
- Objectif de PAD entre 90 et 105 ou PAM entre 105 et 120.
- Baisse progressive de la TA.
- **Nicardipine** : bolus de 0,5 mgr à 1 mg puis perfusion continue de 1 à 6 mgr / heure.
- **Labétolol** : 5 à 20 mgr / heure.
- **Clonidine** : 15 à 40 ugr / heure si CI aux B Bloquants.



- En cas de prodromes d'éclampsie : sulfate de magnésium : dose de charge de 4 gr IV puis 1gr / 6H pendant 24 heures.
- En cas de convulsions : Benzodiazépines, narcotiques et assistance respiratoire.
- Corticothérapie à visée de maturation pulmonaire fœtale.

PRISE EN CHARGE OBSTÉTRICALE

- ✓ Si terme précoce : décision collégiale multidisciplinaire.
- ✓ Terme > 34 semaines : accouchement envisagé dès stabilisation de la maladie.
- ✓ L'interruption de la grossesse est envisagée en cas de pronostic fœtal mauvais, en cas d'aggravation rapide de l'état maternel et en cas de souffrance fœtale.

PRONOSTIC

- HTA permanente dans 6 à 15%.
- IMC élevé.
- Risque cardiovasculaire : AVC et maladie coronaire.
- Pour les enfants : prédisposition à l'HTA, diabète type 2.