



2017 MISE A DISPOSITION des protocoles médicaux du CHU de Rennes : filière obstétricale
Ces protocoles mis à disposition des partenaires du réseau périnatal 35 sont fournis à titre indicatif, ils n'ont pas été validés par la direction du réseau et à ce titre n'engagent pas sa responsabilité. Les textes sont relayés *in extenso*, ils ne peuvent en aucun cas être modifiés ni diffusés hors contexte.

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE RENNES
Département d'Obstétrique, Gynécologie et Médecine de la Reproduction

Professeur P. POULAIN

oooo

CREATION	PROTOCOLE BLOC / GHR / SDC	MISE A JOUR
31 mars 2008	PREECLAMPSIE page 1/3	Mai 2017

1) Définitions : HTA + PROTEINURIE

- HTA : PAM > 110 ou (PAS ≥ 140 mmHg ou PAD ≥ 90 mmHg) (assise, repos, à 4h d'intervalle)
- Protéinurie ≥ ++ à la bandelette, à contrôler sur urines de 24 h (≥ 0,5g/24 h)*ou RPC > 0.5 g/g.

* à terme la réalisation du déclenchement n'attend pas le résultat sur 24 h.

Formes sévères :

HTA sévère : PAM > 120 (PAS ≥ 160 mmHg ou PAD ≥ 110 mmHg)

ou 1 ou plusieurs des signes suivants :

- douleurs épigastriques, nausées, vomissements
- céphalées persistantes, hyper réflexivité ostéo-tendineuse, troubles visuels
- protéinurie > 3 g/24h
- créatininémie > 100 μmol/l
- oligurie avec diurèse < 0,5 ml/kg/h (60 Kg = 30ml/h)
- hémolyse (LDH ≥ 600 UI/l)
- ASAT > 3 fois la normale
- thrombopénie < 100 000 / mm³
- altération de la coagulation (fibrinogène, facteur V...)

2017 MISE A DISPOSITION des protocoles médicaux du CHU de Rennes : filière obstétricale

Ces protocoles mis à disposition des partenaires du réseau périnatal 35 sont fournis à titre indicatif, ils n'ont pas été validés par la direction du réseau et à ce titre n'engagent pas sa responsabilité. Les textes sont relayés *in extenso*, ils ne peuvent en aucun cas être modifiés ni diffusés hors contexte.

2) Dans une forme modérée : HOSPITALISATION INDISPENSABLE

Repos non strict, privilégier des repos en DLG si confortable,

Surveillance maternelle : TA (dynamap), poids (chaque matin dans les mêmes conditions), diurèse, bandelette urinaire, apprécier les oedèmes, réflexes,...

Bilan biologique à l'entrée : préop + ASAT-ALAT + LDH + créatinine + urines 24h.

Ce bilan est complété en cas d'anomalie(s) = cf. formes sévères.

En cas de surveillance prolongée = ce bilan peut être contrôlé 3fois/semaine.

Surveillance fœtale :

3 ERCF par jour (Team Care),

écho Doppler à l'arrivée si non fait récemment, puis Doppler 3 fois par semaine

Traitement (forme modérée) :

- arrêt de grossesse si diagnostic à partir de 36 SA = déclenchement/césarienne selon contexte
- même attitude si 34-35 SA, mais après célestène (donc après 48 heures).
- prolonger autant que possible jusqu'à 34 SA dans les autres cas, en réalisant la ou les cures de célestène.
- Pas de traitement antiHTA, tant que l'HTA n'est pas sévère
on peut se baser sur la pression artérielle moyenne (PAM <110 mm hg) : cf dynamap
- Pas de sulfate de magnésium tant qu'il ne s'agit pas d'une forme sévère.

3) Mise en condition et surveillance d'une forme sévère (P BRANCHU) :

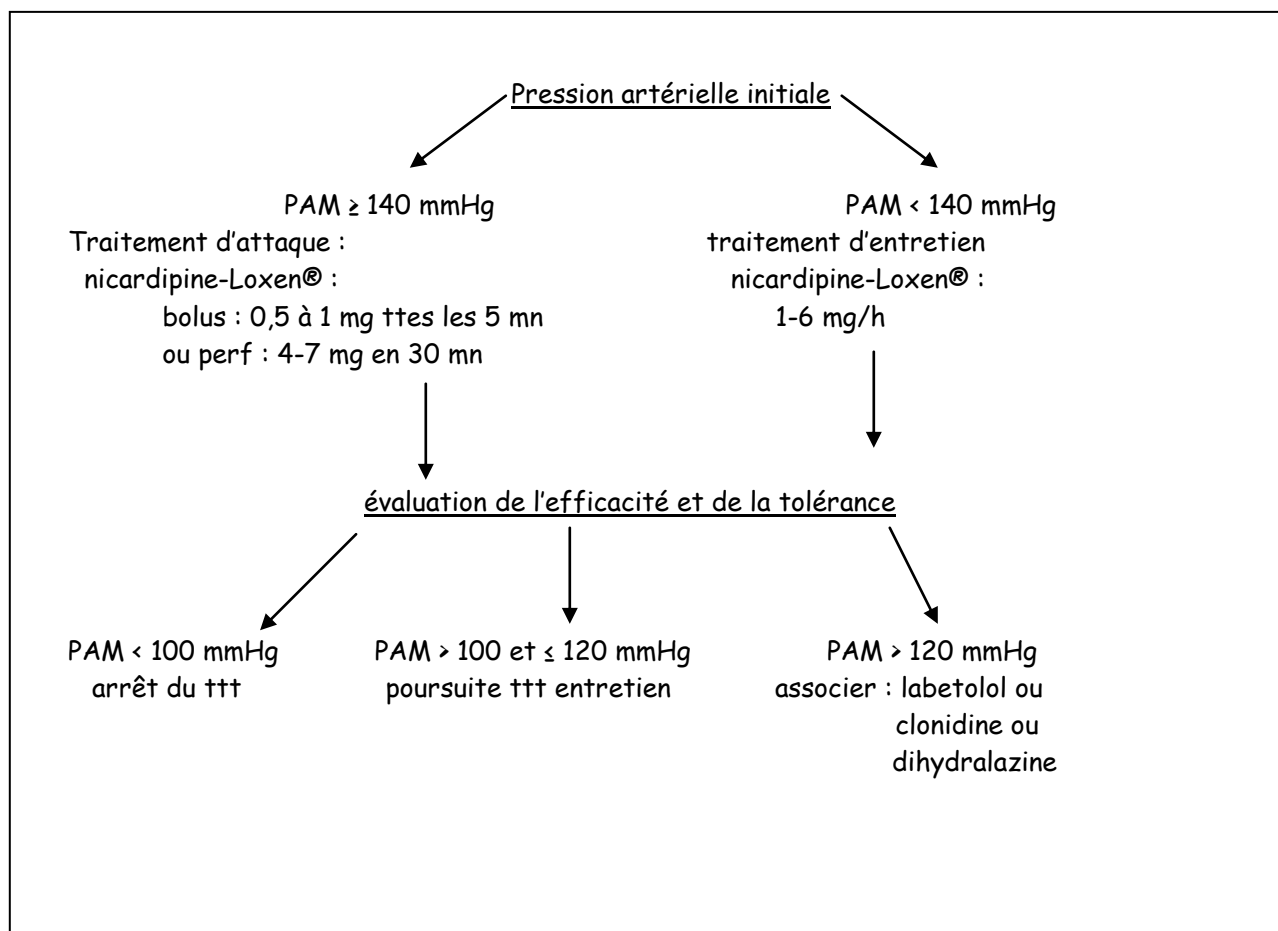
- 1 VVP au moins
- sondage vésical si oligurie (< 0,5ml/kg/h = < 360ml / 12h pour 60 kg)
- surveillance clinique
 - PA non invasive (Dynamap)
 - Respiratoire (auscultation, dyspnée, ± SpO2)
 - Diurèse horaire, poids quotidien
 - Conscience, céphalées, ROT

2017 MISE A DISPOSITION des protocoles médicaux du CHU de Rennes : filière obstétricale
 Ces protocoles mis à disposition des partenaires du réseau périnatal 35 sont fournis à titre indicatif, ils n'ont pas été validés par la direction du réseau et à ce titre n'engagent pas sa responsabilité. Les textes sont relayés *in extenso*, ils ne peuvent en aucun cas être modifiés ni diffusés hors contexte.

- surveillance biologique : fréquence en fonction de l'évolution
 - NFP, TP, TCA, fibrinogène
 - ASAT, ALAT, fibrinogène, LDH, haptoglobine
 - Iono sang, urée, créat
 - Protéinurie des 24 h

Traitement antihypertenseur :

se baser sur la pression artérielle moyenne (PAM) sur Dynamap / tenir l'équipe sénior anesthésiste-obstétricien informée avant de démarrer ++



2017 MISE A DISPOSITION des protocoles médicaux du CHU de Rennes : filière obstétricale
 Ces protocoles mis à disposition des partenaires du réseau périnatal 35 sont fournis à titre indicatif, ils n'ont pas été validés par la direction du réseau et à ce titre n'engagent pas sa responsabilité. Les textes sont relayés *in extenso*, ils ne peuvent en aucun cas être modifiés ni diffusés hors contexte.

4) prévention d'une éclampsie dans une forme sévère = systématique

Traitement rigoureux de l'HTA sévère

Repos strict

Sulfate de magnésium ++ (ci-dessous, rappel du protocole sulfate de magnésium, cf le protocole)

perfusion de 1g/heure pendant 24 h (4 amp + 8ml de RINGER => 8ml/heure).

Contre-indiqué ++, si insuffisance rénale (clairance <30ml/mn) donc prudence si oligurie.

SURVEILLANCE

- réflexes rotuliens (ROT) et fréquence respiratoire+++:

ajuster ou stopper le ttt si abolition des ROT, si fréquence respiratoire < 16/mn, si diurèse < 150 ml/h (élimination rénale)

- **antidote** = gluconate de calcium 1g IVD (amp toujours disponible dans pharmacie bloc, GHR, césar...).

EFFETS SECONDAIRES TRES RARES (en dehors des complications liées au surdosage)

- interaction avec les curares
- allongement du temps de saignement (risque d'hémorragie de la délivrance)
 - flush
 - ischémie sous endocardique transitoire.

NB : traitement par sulfate de Magnésium prolongé en post-partum ++ au moins 48 heures

		BOLUS	ENTRETIEN
Nicardipine	Loxen®	0,5-1 mg ttes les 5 mn max 10 mg	2-6 mg/h
Labetolol	Trandate®	10 mg ttes les 10 mn max 150 mg	5-25 mg/h
Dihydralazine	Nepressol®	5 mg ttes les 5 mn max 20 mg	3-5 mg/h
Clonidine	Catapressan®	-	0,06-0,3 mg/h

2017 MISE A DISPOSITION des protocoles médicaux du CHU de Rennes : filière obstétricale

Ces protocoles mis à disposition des partenaires du réseau périnatal 35 sont fournis à titre indicatif, ils n'ont pas été validés par la direction du réseau et à ce titre n'engagent pas sa responsabilité. Les textes sont relayés *in extenso*, ils ne peuvent en aucun cas être modifiés ni diffusés hors contexte.

5) conduite obstétricale dans une forme sévère

Célestène Chronodose ® (IM): systématique avant 34 SA (voie IV si troubles de la coagulation ou anticoagulation efficace)

arrêt de la grossesse : césarienne systématique si RCIU, si poids estimé \leq 2000gr, si doppler ombilical anormal, si VCT < 5 ...

déclenchement possible uniquement si les conditions sont favorables.

6) Suites de couches : SURVEILLANCE CLINIQUE/BIOLOGIQUE à POURSUIVRE

Surveillance idem, à revoir chaque jour en fonction de l'évolution.

Sulfate de magnésium à poursuivre ++