

**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

ooooo

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

### 1) Définitions : HTA + PROTEINURIE

- HTA : PAM > 110 ou (PAS  $\geq$  140 mmHg ou PAD  $\geq$  90 mmHg) (assise, repos, à 4h d'intervalle)
- Protéinurie  $\geq$  ++ à la bandelette, à contrôler sur urines de 24 h ( $\geq$  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  $\geq$  160 mmHg ou PAD  $\geq$  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 $\mu$ mol/l
- oligurie avec diurèse < 0,5 ml/kg/h (60 Kg = 30ml/h)
- hémolyse (LDH  $\geq$  600 UI/l)
- ASAT > 3 fois la normale
- thrombopénie < 100 000 / mm<sup>3</sup>
- 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 3 fois/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 ( $< 0,5 \text{ ml/kg/h} = < 360 \text{ ml / 12h pour } 60 \text{ kg}$ )
- surveillance clinique
  - PA non invasive (Dynamap)
  - Respiratoire (auscultation, dyspnée,  $\pm \text{SpO}_2$ )
  - Diurèse horaire, poids quotidien
  - Conscience, céphalées, ROT

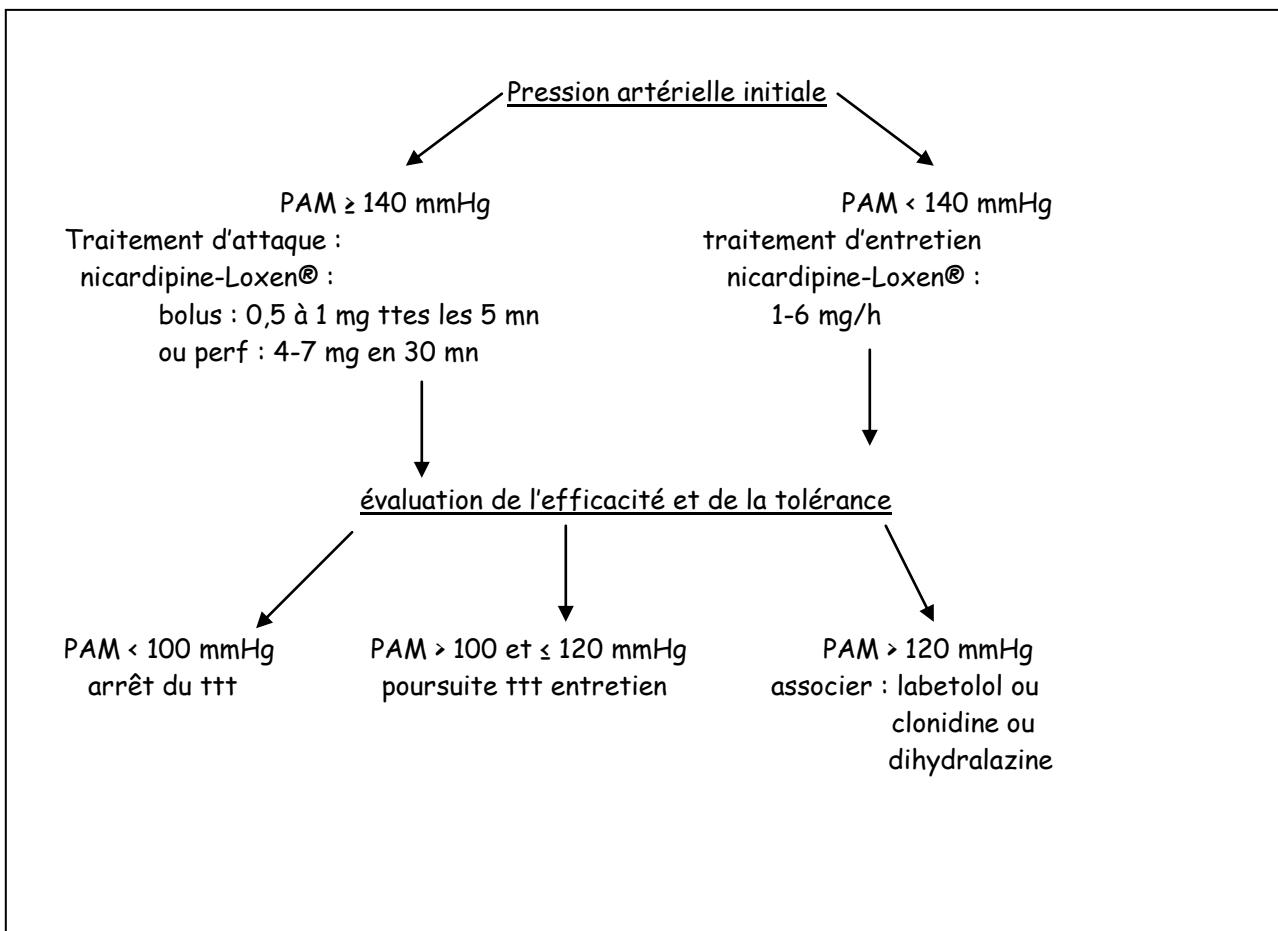
**2017 MISE A DISPOSITION des protocoles médicaux du CHU de Rennes : filière obstétricale**

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 séniormédecin et infirmière 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**

Traitements 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 rotoliens (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 ≤ 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 ++