

PRE-ECLAMPSIE

ECLAMPSIE

GENERALITES

- **DEFINITION:**

Etat spécifique de la grossesse :

apparaît avec la grossesse, et disparaît après elle , mais peut persister

Associe:

HTA à partir de 20 SA

Protéinurie **supérieure ou égale** 0,3 gr / 24 heures

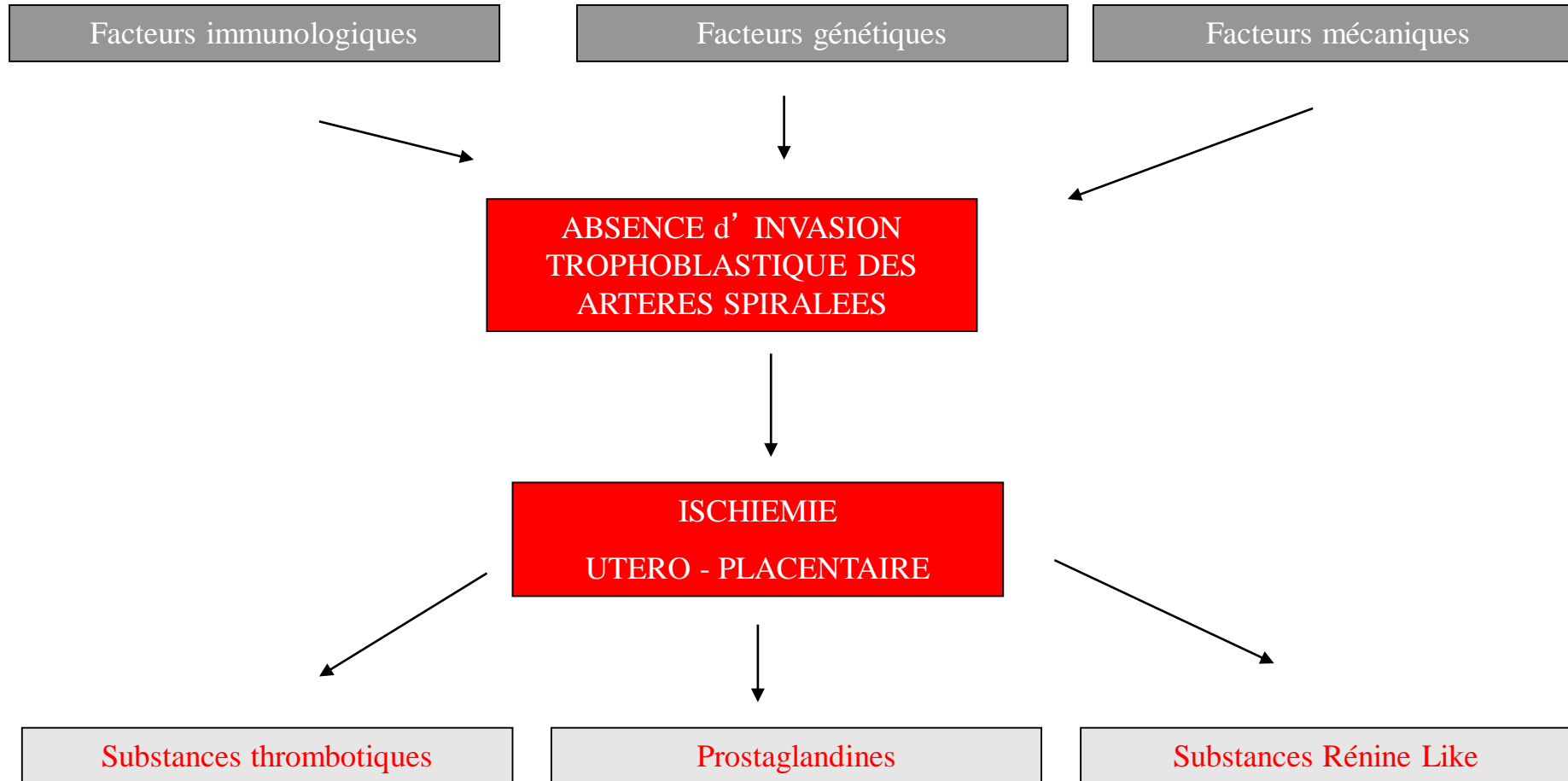
GENERALITES

INTERET:

- Cadre des Syndromes Vasculo – Rénaux (SVR)
- Terminologies
 - Maladie gravidique tardive (Merger)
 - Néphropathie gravidique
 - Toxicose , Gestose
 - TOXEMIE

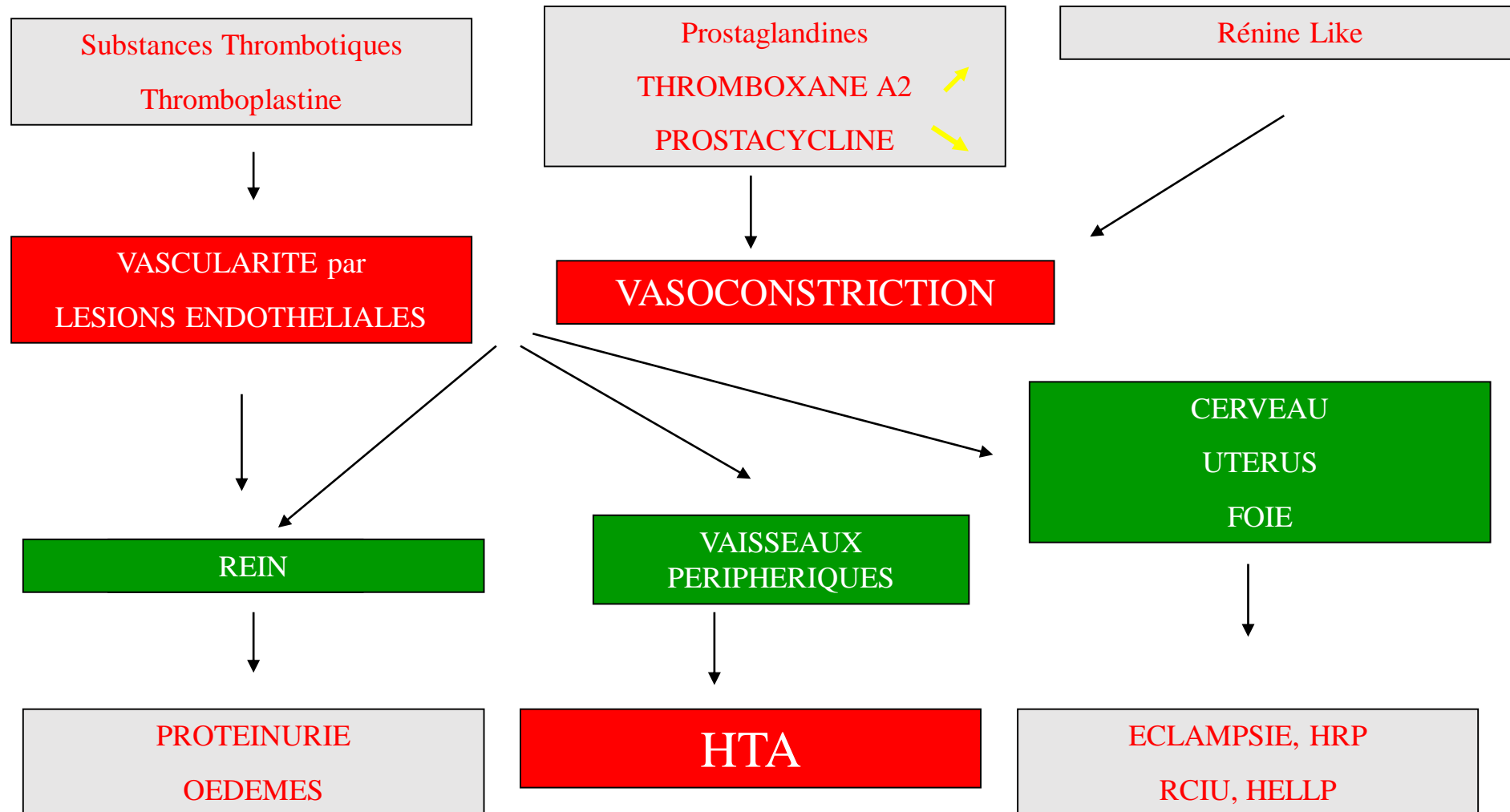
GENERALITES

PHYSIO - PATHOLOGIE



GENERALITES

PHYSIO - PATHOLOGIE



DIAGNOSTIC

1. DIAGNOSTIC POSITIF

1.1. CDD

- **Systematique**
- **Fortuite**
- **Signes fonctionnels**
- **Complications**

1.2. Interrogatoire

- **Signes fonctionnels**
- **Antécédents**
- **Grossesse en cours**

II) DIAGNOSTIC

1. DIAGNOSTIC POSITIF

1.2. Interrogatoire

- **Antécédents**

Recherche des facteurs de risque

- **Age : < 18 ans ou > 40 ans**
- **ATCD familiaux d' HTA**
- **ATCD personnels médicaux:**
 - ✓ **HTA**
 - ✓ **Diabète**
 - ✓ **Néphropathie**
 - ✓ **Obésité**

II) DIAGNOSTIC

1. DIAGNOSTIC POSITIF

1.2. Interrogatoire

- **Antécédents**
 - **ATCD personnels obstétricaux**
 - **Toxémie = PRE - ECLAMPSIE**
 - **Hypotrophie**
 - **Mort fœtale in utéro**
 - **HRP**
- **Grossesse en cours : GG ?**

II) DIAGNOSTIC

1. DIAGNOSTIC POSITIF

1.2. Interrogatoire

- **Signes fonctionnels**

- **Oedèmes « matinaux »**

- **Gonflement du visage**
- **Difficulté à enfiler/retirer les bagues**

- **S. Neurologiques:**

- ✓ **Céphalées**

- **Siège : frontal ou « en casque »**
- **Intensité : variable modérée → importante**

II) DIAGNOSTIC

1. DIAGNOSTIC POSITIF

1.2. Interrogatoire

- **Signes fonctionnels**

- **Troubles Visuels:**

- Baisse acuité visuelle, diplopie, sensation de mouches volantes, phosphènes

- **Troubles auditifs**

- Acouphènes

- **Troubles digestifs**

- Nausées
- Douleurs épigastriques

II) DIAGNOSTIC

1. DIAGNOSTIC POSITIF

1.3. Examen général +++

❖ **Prise de la TA : HTA, signe majeur**

➤ **Technique de mesure** : rigoureuse

- Appareil de qualité
- Brassard : 1 tour de bras + 2/3
- Bras nu, à hauteur du cœur : **DEMI – ASSISE**, bras posé sur une table.
- Après **15 mn de repos**, en dehors de toute anxiété, à distance de l'examen obstétrical
- Répéter après intervalle de 4 heures

II) DIAGNOSTIC

1. DIAGNOSTIC POSITIF

1.3. Examen général +++

❖ **Prise de la TA : HTA, signe majeur**

➤ Résultats

✓ HTA/ Pré éclampsie **modérée**

- $90 \text{ mm Hg} < \text{minima} \leq 100 \text{ mm Hg}$
- $140 \text{ mm Hg} < \text{maxima} < 160 \text{ mm Hg}$

✓ HTA / Pré éclampsie **sévère**

- $\text{minima} > 100 \text{ mm Hg}$
- $\text{maxima} \geq 160 \text{ mm Hg}$

II) DIAGNOSTIC

1. DIAGNOSTIC POSITIF

1.3. Examen général +++

❖ Protéinurie

- Par test à la bandelette réactive
- Résultat : protéinurie à ++ , ou plus

II) DIAGNOSTIC

1. DIAGNOSTIC POSITIF

1.3. Examen général +++

❖ Oedèmes

➤ Inconstants, tardifs

➤ Caractères

- « Blancs »
- Froids
- Mou , « prenant le godet »
- Déclives
- Matinaux
- Évolutifs

II) DIAGNOSTIC

1. DIAGNOSTIC POSITIF

1.3. Examen général +++

❖ Oedèmes

➤ Caractères

✓ Evolutifs

- Commencent aux pieds, la région lombaire (empreinte des draps), les mains → « boudinées » donnant le « **signe de la bague** », le visage → bouffi (traits effacés et, faciès lunaire)
- Ascensionnent → cuisses → partie basse de l' abdomen ; au maximum « **membres inférieurs en poteaux** »

✓ Pathologiques

II) DIAGNOSTIC

1. DIAGNOSTIC POSITIF

1.3. Examen général +++

❖ Oedèmes

➤ Caractères

✓ PATHOLOGIQUES

- Survenue brutale
- Prise de poids

❖ Oligurie

- Inconstante
- Svt tardive

Diurèse < 400 ml / 24 heures

II) DIAGNOSTIC

1. DIAGNOSTIC POSITIF

1.3. Examen général +++

1.4. Examen Obstétrical

1.5. Examens paracliniques

Biologie essentiellement

- **Protéïnurie avec albuminurie prédominante**
- **Technique : dosage pondéral sur urines des 24 heures**
- **Résultats : albuminurie significative =**
 - ≥ 300 mg / 24 heures**
 - $\geq 0,3$ gr / 24 heures**

II) DIAGNOSTIC

2. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

II) DIAGNOSTIC

2. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

1.1. Devant chiffres tensionnels élevés

- Brassard inadéquat (petit)
- Patiente stressée

1.2. Devant une protéinurie / bandelette

- Infection urinaire
- Antiseptique sur récipient de recueil

1.3. Devant des œdèmes

- Cardiopathie : œdème dur, permanent
- Malnutrition : pli de dénutrition
- Phlébite : œdème inflammatoire (chaud, rouge, douloureux) et unilatéral

II) DIAGNOSTIC

2. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

1.4. Autres associations HTA et grossesse

❖ HTA CHRONIQUE (HTAC)

- HTA **antérieure** à la grossesse
- Svt découverte avant 20 SA
- Protéinurie **inférieure à 0,3 gr / 24 heures**
- HTA persiste après la grossesse

II) DIAGNOSTIC

2. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

1.4. Autres associations HTA et grossesse

❖ **PRE ECLAMPSIE SURAJOUTEE**

- HTA antérieure à la grossesse
- Svt découverte avant 20 SA
- Protéinurie **supérieure à 0,3 gr / 24 heures**
- Persiste après la grossesse

II) DIAGNOSTIC

2. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

1.4. Autres associations HTA et grossesse

❖ HTA isolée ou HTA gravidique

- TA normale avant grossesse
- HTA survient pendant la grossesse
- Protéinurie **inférieure** à 0,3 gr / 24 heures

II) DIAGNOSTIC

3.DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

II) DIAGNOSTIC

3. DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

❖ Facteurs étiologiques

➤ Facteurs génétiques

✓ ATCD familiaux d' HTA : mère ++, sœur

➤ Facteurs Immunologiques

✓ Nullipares

✓ Absences prolongées du conjoint

✓ Multipares avec changement de procréateur

✓ Maladies auto-immunes : ex = Polyarthrite Rhumatoïde

II) DIAGNOSTIC

3. DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

❖ Facteurs étiologiques

➤ Terrain

- ✓ Obésité
- ✓ Diabète
- ✓ Hyperlipémie
- ✓ Age > 40 ans
- ✓ Surdistension utérine (Grossesse Gémellaire)

II) DIAGNOSTIC

4. DIAGNOSTIC DE RETENTISSEMENT

II) DIAGNOSTIC

4. DIAGNOSTIC DE RETENTISSEMENT

REPOSE SUR UN BILAN COMPLET

1. Bilan clinique

❖ Examen obstétrical

- DDR
- Examen général : Poids, taille, IMC, diurèse (courbes)
- Examen obstétrical :

❖ Examen somatique complet:

II) DIAGNOSTIC

4. DIAGNOSTIC DE RETENTISSEMENT

2. Bilan para clinique

❖ Biologique

➤ Hématologique : NFS → apprécier

- Taux Hémoglobine (anémie ?)
- Taux Hématocrite (hémococoncentration ? si > 40%)
- Taux de plaquettes

➤ Biochimique

- Glycémie
- Bilan rénal : protéinurie des 24h, ionogramme sanguin, créatininémie, uricémie
- ECBU

II) DIAGNOSTIC

4. DIAGNOSTIC DE RETENTISSEMENT

2. Bilan para clinique

❖ Echographie

- Biométrie (BIP, CA, LF) permet
 - d'estimer l'âge gestationnel et
 - de rechercher un RCIU ou une HYPOTROPHIE
- Quantité de liquide amniotique
- Aspect du placenta
- Etude des flux fœtaux placentaires / Doppler

II) DIAGNOSTIC

4. DIAGNOSTIC DE RETENTISSEMENT

2. Bilan para clinique

❖ **Monitoring cardiocardiographique**

➤ Anomalies ?

- Diminution des oscillations
- Diminution de la réactivité
- Décélérations
- Rythme plat

II) DIAGNOSTIC

4. DIAGNOSTIC DE RETENTISSEMENT

2. Bilan para clinique

❖ ECG, Echocardiographie

❖ Fond d'œil

II) DIAGNOSTIC

4. DIAGNOSTIC DE RETENTISSEMENT

Recherche les **complications** éventuelles possibles

4.1 Complications maternelles

❖ **Eclampsie**

- Complication paroxystique → état convulsif suivi d' un état comateux
- Survient au 3^{ème} trimestre, Accouchement, ou dans les 48h post - partum

II) DIAGNOSTIC

4. DIAGNOSTIC DE RETENTISSEMENT

4.1 Complications maternelles

❖ Eclampsie

➤ Clinique : 4 phases

- Invasion 1–2 mn
- Tonique 30 ' '
- Clonique 1–2 mn
- Coma
- Urgence vitale nécessitant une réanimation médicale énergique

1. Eclampsie

Phase d'invasion: 1minute

- Sans aura,
- Contractions localisées à la face (grimaces)
- Globes oculaires roulent dans l'orbite et s'immobilisent latéralement (nystagmus)
- Membres supérieurs en pronation
- Membres inférieurs non concernés

1. Eclampsie

Phase tonique: 30secondes

- Contractures généralisées
- Tête renversée
- Face : mâchoires (trismus), yeux révulsés
- Tronc : muscles respiratoires (Apnée+ cyanose)
- Membres supérieurs en flexion

1. Eclampsie

Phase clonique:1-2 minutes

Mouvements saccadés de tout le corps sauf les membres inférieurs

1. Eclampsie

Phase de coma post - critique

- Hébétude
- Mydriase bilatérale
- Respiration stertoreuse
- Pas de perte d'urines lors de la crise
- Amnésie après la crise

II) DIAGNOSTIC

4. DIAGNOSTIC DE RETENTISSEMENT

4.1 Complications maternelles

❖ Hématome rétroplacentaire

- Apanage de la Multipare âgée; Habituellement au 3^{ème} trimestre
- Urgence majeure mettant en jeu le pronostic vital
- **Clinique : douleur brutale et violente, métrorragie minime de sang noir et contracture utérine**
- Traitement médico-chirurgical
 - Réanimation
 - Évacuation rapide de l'utérus

II) DIAGNOSTIC

4. DIAGNOSTIC DE RETENTISSEMENT

4.1 Complications maternelles

❖ HELLP syndrome

➤ Syndrome biologique

- **HE**molyse
- Elévation des transaminases hépatiques (**L**iver)
- Thrombopénie (**L**ow **P**laquets)

➤ Complique la pré éclampsie

➤ Pronostic vital en jeu

➤ Peut → hématome sous – capsulaire du foie

II) DIAGNOSTIC

4. DIAGNOSTIC DE RETENTISSEMENT

4.1 Complications maternelles

❖ OAP

- Complique une poussée d' HTA
- Clinique : dyspnée , respiration stertoreuse, râles crépitants pulmonaires

❖ CIVD

- Complique la prééclampsie
- Toujours présente; au moins latente = biologique
- Isolée ou associée à HELLP syndrome

II) DIAGNOSTIC

4. DIAGNOSTIC DE RETENTISSEMENT

4.1 Complications maternelles

❖ Insuffisance cardiaque

- Complique souvent une poussée d' HTA
- Surtout : HTA Chronique

❖ Autres

- Décollement de rétine
- Hématome sous – capsulaire du foie

II) DIAGNOSTIC

4. DIAGNOSTIC DE RETENTISSEMENT

4.1 Complications maternelles

❖ Souffrance fœtale chronique

➤ Risque si

- Minima > 110 mm Hg
- Uricémie > 60 mg / l
- Protéinurie élevée
- Créatininémie élevée

➤ Signes

- D'abord Hypotrophie → RCIU

II) DIAGNOSTIC

5. DIAGNOSTIC DE GRAVITE

5.1 Critères cliniques

- Tension artérielle : PAD \geq 110 mmHg ou PAS \geq 160 mmHg
- Tr neurologiques : céphalées , troubles visuels, hyperréflexie ostéo – tendineuse
- Anomalies rénales : oligurie, protéinurie \geq +++
- An . Hépatiques : douleur épigastrique en barre,

II) DIAGNOSTIC

5. DIAGNOSTIC DE GRAVITE

5.2 Biologiques

- Protéinurie : > 3 gr / 24 heures
- Hyperuricémie > 60 mg / l
- Élévation de créatinémie
- Élévation des transaminases
- Anémie sévère < 7 gr/dl
- Thrombopénie < 100.000 / ml

II) DIAGNOSTIC

5. DIAGNOSTIC DE GRAVITE

5.3 Autres

- Diminution des MAF
- RCIU < 3ème percentile
- Oligoamnios
- Anomalies / enregistrement du RCF
- Anomalies / Doppler Artère ombilicale

TRAITEMENT

1. BUTS

- Contrôler la tension artérielle
- Eviter les complications maternelles et foetales

2. MOYENS

❖ Mesures hygiéno-diététiques

➤ Repos :

- allongé, en **DLG** ,
- au moins 12 heures/jour
- Si nécessaire avancer congé de maternité ou Hospitaliser

➤ Régime normoprotidique **JAMAIS DE REGIME SANS SEL**

II) TRAITEMENT

2. MOYENS

❖ Médicaux

➤ Anticonvulsivants

- Benzodiazépines : Diazépam (cp, amp inj)
- Sulfate de Mg : ampoules injectables

➤ Antihypertenseurs

- Centraux : Alphaméthyl Dopa / Aldomet®
Cp de 250 et 500mg
Max 2 gr/jour

II) TRAITEMENT

2. MOYENS

❖ Médicaux

➤ Antihypertenseurs

- Centraux : Clonidine / Catapressan®

Amp inj et Cp de 250 et 500mg

Risque rebond si arrêt brutal de perfusion

II) TRAITEMENT

2. MOYENS

❖ Médicaux

➤ Antihypertenseurs

- B bloquants: ex = Labétolol / Trandate®
Cp de 200mg; Amp inj 50 mg
Max 1200 mg / jour
- Vasodilatateurs
ex : dihydralazine / Népressol®
Cp de 1 – 5 mg; Amp inj 25 mg

II) TRAITEMENT

2. MOYENS

❖ Médicaux

➤ Antihypertenseurs

- Inhibiteurs calciques :

ex = nifédipine / Adalate® (**cp 10 mg**)

nicardipine / Loxen (amp inj)

- Inhibiteurs de l'enzyme de conversion : **CONTRE - INDIQUES**
- **Autres** : misoprostol, solutés de remplissage, Bêtaméthasone ...

II) TRAITEMENT

2. MOYENS

❖ Obstétricaux

- Forceps
- Césarienne

II) TRAITEMENT

3. INDICATIONS

Elles sont Fonction

- Du Terme, et de
- Sévérité

II) TRAITEMENT

3. INDICATIONS

❖ PRE ECLAMPSIE MODEREE

- Repos
- Sédatifs : Diazépam 5mg : 1cp × 2 / j
- TT antiHTA **si diastolique > 100 mm Hg**
- Aldomet 500 : 1 cp × 3 / j
- Absence d'amélioration : associer Loxen 20 mg , 1 cp × 3 / j
- Surveillance de la grossesse (réf bilan)

II) TRAITEMENT

3. INDICATIONS

❖ PRE ECLAMPSIE MODEREE

➤ Avant 37 SA

- Retour à domicile , Repos ,Counseling
- CPN hebdomadaires
- **Accouchement à envisager à 37 SA**

➤ Après 37 SA

- Procéder à l' accouchement
- Bishop favorable : Déclenchement
- Bishop défavorable : Césarienne

II) TRAITEMENT

3. INDICATIONS

❖ PRE ECLAMPSIE SEVERE

A/Hospitaliser

B/ Surveillance étroite / Support

- Maternelle :TA, Diurèse, champs pulmonaires, conscience, réflexes, TS, TC, NFS
- Fœtale : RCF

II) TRAITEMENT

3. INDICATIONS

❖ PRE ECLAMPSIE SEVERE

C/ Traitement anti HTA par voie parentérale

- Catapressan® Amp 0,15 mg en IV suivie 3 amp dans 500ml de sérum glucosé
- **Loxen® 1 Amp 5 mg dans 500 ml sérum glucose**
- Adapter le débit en fonction de la TA

II) TRAITEMENT

3. INDICATIONS

❖ PRE ECLAMPSIE SEVERE

D/ Interrompre la grossesse dès que possible

Objectif c' est atteindre 34 SA

- Avant 34 Semaines : surveillance étroite + corticothérapie pour prévenir la maladie des membranes hyalines
12 mg de Bêtaméthasone en IM à renouveler 24heures après
- A partir de 34 semaines : interrompre la grossesse par césarienne

II) TRAITEMENT

3. INDICATIONS

❖ PRE ECLAMPSIE SEVERE (éclampsie)

D/Traitement anti convulsivant: SULFATE DE MAGNESIE: deux protocoles

➤ Intra-veineuse

- Dose de charge

Injecter 4g de sulfate de magnésium dans 250 CC sérum glucosé isotonique en 20mn.

- Dose d'entretien

Injecter 1g de sulfate de magnésium en IV lente toutes les heures

Poursuivre le traitement de sulfate de magnésium jusqu' à l' accouchement

II) TRAITEMENT

3. INDICATIONS

❖ PRE ECLAMPSIE SEVERE

D/Traitement anti convulsivant: SULFATE DE MAGNESIE

➤ Intra-musculaire

- Dose de charge

Injecter 4g de sulfate de magnésium en **IVLENTE** en 5mn.

Injecter 5g de sulfate de magnésium en IM profonde dans chaque fesse.

- Dose d'entretien

Injecter 5g de sulfate de magnésium en IM toutes les 4 heures, tour à tour dans chaque fesse .

Poursuivre le traitement de sulfate de magnésium jusqu' à l' accouchement

II) TRAITEMENT

3. INDICATIONS

❖ PRE ECLAMPSIE SEVERE

D/ Traitement anti convulsivant : SULFATE DE MAGNESIE

- Avant de renouveler l' injection, s' assurer que :

La fréquence respiratoire ≥ 16 mvts /mn,

Réflexes rotuliens sont présents,

Diurèse ≥ 30 ml / heure (ou 120ml / 4 heures)

- Sinon, interrompre ou différer le traitement
- En cas d' arrêt respiratoire faire respiration assistée et administrer **1 g de gluconate de calcium en IV lente.**

II) TRAITEMENT

3. INDICATIONS

❖ PRE ECLAMPSIE SEVERE

D/ Alternative Traitement **anti convulsivant : DIAZEPAM**

- Par voie intraveineuse
- Dose de charge: Injecter 10 mg de diazépam en **IV LENTE** / 2mn
- Dose d'entretien: Perfusion 40mg dans 500ml Sérum glucosé

Ne pas dépasser 30 mg / 1 heure et 100mg /24 heures, car risque de dépression respiratoire, qu' il faut prendre en charge par un ventilation assistée

II) TRAITEMENT

4. PREVENTION

❖ Population cible : facteurs de risque

- HTAC
- ATCD HTA de grossesse / Pré Eclampsie
- ATCD obstétricaux pathologiques (Avortement, MFIU, Hypotrophie, HRP)
- Terrain : obésité, tr glucidiques, Tr lipidiques

II) TRAITEMENT

4. PREVENTION

❖ **But** : réduire l'incidence d'HTA sévère ; réduire l'incidence des complications de la pré éclampsie

❖ **Conduite**

- Acide acétylsalicylique : 100 mg /j de 13 SA à 36SA
- Calcium : 2 gr / jour

CONCLUSION

- Pathologie fréquente
- Pathologie grave
- Cause morbi-mortalité maternelle et périnatale
- Prévention primaire difficile
- Pec : surveillance étroite de la grossesse