

Conduite à tenir devant une éclampsie

DEFINITION & PRINCIPES

- Eclampsie = Convulsion **tonico-clonique** et/ou **trouble de la conscience** dans un contexte d'hypertension artérielle en l'absence d'un problème neurologique antérieur. L'éclampsie survient après la 20^{ème} semaine d'aménorrhée :
 - dans 50 % des cas pendant la grossesse
 - dans 30 % pendant l'accouchement
 - et dans 20% dans le post-partum

Toute crise convulsive survenant après le 4^{ème} mois de la grossesse doit être considérée comme une éclampsie jusqu'à preuve du contraire et doit donc être traitée comme une éclampsie

- La recherche d'une étiologie ne doit pas retarder la prise en charge de la crise convulsive

L'éclampsie est une urgence obstétricale et la 1^{ère} priorité est de stabiliser l'état maternel

- L'urgence maternelle prime sur l'état foetal
- Le traitement de la crise d'éclampsie doit se faire sans délai
- Dès que l'état maternel est considéré stable, il est impératif d'évacuer l'utérus le plus rapidement possible par n'importe quelle voie. Dans certaines situations, on pourra recourir à l'accouchement par les voies naturelles, mais la césarienne est le plus souvent pratiquée.

La patiente ne doit être transférée qu'une fois stabilisée sur le plan neurologique et tensionnel avec une FC (80-100 btt/mn), une FR > 12 cycles/mn et une TA : PAD (entre 90 et 105 mm de Hg) et PAM : (entre 105 -125 mm de Hg)

Durant le transfert, la patiente doit être obligatoirement :

- munie de deux voies d'abord veineux
- sous **MgSO₄** en dose d'entretien et sous traitement **antihypertenseur**
- **Sous oxygène**
- accompagnée d'un médecin ou éventuellement d'une sage-femme

Ne pas administrer de Nicardipine en bolus

Contre Indication au MgSO₄ : insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine inférieure à 30 ml/min/1,73 m²)

Traitement de la crise d'éclampsie (crise tonico-clonique)

- Disposer la patiente en **position latérale de sécurité** sur le côté gauche
- Mettre la patiente dans un endroit permettant d'éviter le risque traumatique (comme une chute de la parturiente)
- Libérer les voies aériennes : placer une **Canule de Guedel** si la patiente est inconsciente, ce qui permet :
 - d'aspirer les sécrétions oropharyngées (prévention de l'inhalation)
 - et de prévenir la chute et la morsure de la langue
- **Oxygéner** par voie nasale avec un débit de 6 à 8 l/minute ou à défaut au masque
- Poser un **abord veineux** périphérique : 16 G (grise) ou 18 G (verte)
- Administrer **immédiatement** du **sulfate de magnésium** (MgSO₄) à la dose d'attaque en 1^{ère} intention :
 - Diluer 4g (≈ **2,5 ampoules**) de Sulfate de Magnésium dans **150 cc de SSI** à passer en IV en **20 mn** (présentation : ampoule de 1,5 g pour 10 ml)
- **En cas de récurrence**, injection d'une **dose additionnelle de 1,5 à 2 g** (1 à 1,5 ampoules) en perfusion à passer en 20 mn sans dépasser la dose cumulée de 8 g de Sulfate de Magnésium pendant la 1^{ère} heure de traitement
- Monitorer la TA, FC, FR, SPO₂ toutes les 5 minutes
- Sondage vésical systématique avec surveillance de la diurèse + bilan rénal de référence (urée, créatinémie)

Dès la fin de du traitement de la crise, passer au traitement d'entretien

- Prendre les dispositions pour le transfert ultérieur vers un service

De réanimation si l'on est dans une structure disposant d'un bloc opératoire

D'obstétrique ou pourvu d'un bloc opératoire si l'on est dans une structure sanitaire ne disposant pas de bloc opératoire

Traitement d'entretien d'une crise d'éclampsie

La prise en charge de la patiente **après arrêt de la crise tonico-clonique** pour prévenir la récurrence : est basée sur l'administration du **Sulfate de Magnésium (MgSO₄)**

1. Administrer le MgSO₄ en dose d'entretien : en perfusion continue de **1 g à 2 g par heure pendant 48 heures**

Si SE¹ disponible +++

Si SE¹ non disponible

- Diluer 4 ampoules (6g) de MgSO₄ dans 60 cc de SSI à passer à la seringue en 6H (vitesse de 10 cc/h ; 1 cc = 0,1g)
- Renouveler la seringue toutes les 6H pendant 48 heures

- Diluer 2,5 ampoules (3g) de MgSO₄ dans 300 cc de SSI à passer en 3H
- A renouveler pour couvrir les 48h

2. Contrôler l'HTA en administrant de la **Nicardipine (Loxen*)** en perfusion continue de **1 à 6 mg/heure** en utilisant une **2^{ème} voie d'abord**

Si SE¹ disponible +++

Si SE¹ non disponible

- Diluer 1 ampoule de 10 mg (dans 1cc, il y a 1 mg) dans 20 cc de SSI à passer en 6 à 10 h (vitesse de 1 cc/h ; 1 cc = 1 g) selon les chiffres tensionnels

- Diluer une ampoule dans 200 cc de SSI à passer en 4 à 6 h selon les chiffres tensionnels

3. Monitorer en continue la TA, FC, FR, SPO₂.

4. Surveiller les ROT, la FR, la diurèse horaire, l'urée et la créatinine

Si Bloc opératoire disponible +++

Si Bloc opératoire non disponible

- Dès stabilisation, procéder à l'évacuation de l'utérus - Appeler le chirurgien en cas d'absence d'obstétricien
- Transférer la patiente vers un service de réanimation, une fois la crise maîtrisée et l'utérus évacué

Dilatation ≥ 6 cm

Dilatation < 4 cm

Accoucher la patiente par voie basse immédiatement

Transférer la patiente vers une structure disposant d'un bloc opératoire

Les attitudes préconisées, en fonction de l'état d'avancement de la dilatation, sont données à titre indicatif. Le médecin devra apprécier l'imminence de l'accouchement (vitesse du travail, présentation engagée...) **pour déterminer** si la patiente peut être transférée ou si l'accouchement par voie basse doit être effectué sur place. En cas d'accouchement imminent, on favorisera la voie basse. En dehors de ce cas de figure, c'est l'extraction par voie haute qui doit être privilégiée.

Crise tonico-clonique répétée, Etat de mal convulsif et/ou troubles de la conscience (Glasgow ≤ 9)

Si la patiente, malgré le bolus de sulfate de magnésium, continue à convulser ou présente de nouvelles crises sous sulfate de magnésium, ou sombre dans le coma

Deux situations possibles

a- Sur utérus plein (pré-partum)

b- Sur utérus vide (post-partum)

- Extraire le fœtus en urgence par voie haute – si la structure ne dispose pas de bloc, assurer le transfert vers la structure adéquate

- Les mesures de réanimation sont au 1^{er} plan

Dans les deux cas

1. Effectuer une anesthésie générale avec :
 - Induction à séquence rapide (morphinique : Rapifen) + manœuvre de Sellick
 - Penthotal ou Diprivan + curare (Esméron)
 - Intubation oro-trachéale + ventilation assistée
2. Si situation (a) extraire le fœtus.
3. Maintenir le Sulfate de Magnésium en dose d'entretien : en perfusion continue de 1 g à 2 g par heure pendant 48 heures

Si SE¹ disponible +++

Si SE¹ non disponible

- Diluer 4 ampoules (6g) de MgSO₄ dans 60 cc de SSI à passer à la seringue en 6H (vitesse de 10 cc/h ; 1 cc = 0,1g)
- Renouveler la seringue toutes les 6H pendant 48 heures

- Diluer 2,5 ampoules (3g) de MgSO₄ dans 300 cc de SSI à passer en 3H
- A renouveler pour couvrir les 48h

4. Contrôler l'HTA en administrant de la **Nicardipine** (Loxen*) en perfusion continue de 1 à 6 mg/heure en utilisant une 2^{ème} voie d'abord

Si SE¹ disponible +++

Si SE¹ non disponible

- Diluer 1 ampoule de 10 mg (dans 1cc, il y a 1 mg) dans 20 cc de SSI à passer en 6 à 10 h (vitesse de 1 cc/h ; 1 cc = 1 g) selon les chiffres tensionnels

- Diluer une ampoule dans 200 cc de SSI à passer en 4 à 6h selon les chiffres tensionnels

Questions relatives à la prise en charge d'une éclampsie

Quand doit on recourir à l'imagerie médicale ?

1. Si coma post critique > 6 heures
2. Si apparition de signes de localisation en faveur d'un AVC ou d'une thrombose veineuse cérébrale (hémorragie, TVC)
3. Si convulsions persistantes
4. Si convulsions survenant avant la 20ème SA
5. Si éclampsie survient 48 heures après l'accouchement
6. Si éclampsie réfractaire (récidive des convulsions) malgré un traitement adéquat par MgSO4
7. Si persistance des troubles visuels : IRM à la recherche d'une encéphalopathie postérieure réversible (PRES syndrome)

Quels sont les signes évoquant un surdosage en MgSO4

1. Abolition Des ROT ;
2. Faiblesse Musculaire, Flush Cutané ;
3. Nausées, Vomissement ;
4. Somnolence ,
5. Diplopie Ou Troubles De L'élocution ;
6. Paralyse ;
7. Arrêt Respiratoire, arrêt cardiaque.

Que faire en cas de surdosage en MgSO4

- **Arrêter la perfusion de MgSO4**
- **Perfuser du gluconate de calcium : 1 g dans 50 ml de SSI à faire passer en 10 mn (antagoniste du magnésium)**
- **Administrer de l'oxygène**
- **Effectuer une intubation trachéale associée à une ventilation assistée si arrêt respiratoire,**

1. Canule de Guedel
2. Sulfate de Magnésium;
3. Nicardipine (Loxen) en ampoule
4. Masque à oxygène

Quel est le matériel nécessaire pour la prise en charge d'une éclampsie ?

Que faire si dans la structure, il n'y a pas de bloc et pas de médecin

- **Disposer la patiente en position latérale de sécurité sur le côté gauche.**
- **Mettre la patiente dans un endroit permettant d'éviter le risque traumatique (comme une chute de la parturiente).**
- **Placer une Canule de Guedel si la patiente est inconsciente, pour aspirer les sécrétions oropharyngées et prévenir la chute et la morsure de la langue**
- **Oxygéner par voie nasale avec un débit de 6 à 8 l/minute.**
- **Poser un abord veineux périphérique : 16 G (grise) ou 18 G (verte)**
- **Transférer immédiatement la patiente vers une structure disposant d'un bloc opératoire**