

	PROPOSITION DE PROCEDURE MEDICALE	
	RESEAU PERINAT GUYANE	PROTOCOLE OBSTETRIQUE N° 4
	Domaine d'application : hospitalier	
ECLAMPSIE		
Rédigée par :	Rédigée par : Dr CARLES gynécologue, CHOG	Date de diffusion :
approuvé par : Dr OUSSEY	approuvé par :	Version : 1
approuvé par :	Validé par : le conseil scientifique en date du 04/11/2010	Total pages : 6

Avertissement : La présente procédure est une proposition du Réseau Périnatal Guyane. Elle ne sera considérée comme effective que lorsqu'elle aura été validée par le ou les responsables médicaux concernés de chaque structure.

1-INTRODUCTION

L'éclampsie, complication neurologique majeure de la pré-éclampsie, est définie par une manifestation convulsive et/ou de troubles de conscience survenant dans un contexte de pré-éclampsie.

Evolution habituelle d'une pré-éclampsie non traitée, elle peut survenir de façon brutale, en fin de grossesse associée à des signes de pré-éclampsie débutante.

30 % des crises surviennent en post-partum en l'absence de traitement préventif.

Prodromes

Augmentation brutale de la PA, troubles visuels, céphalées, agitation

Diagnostic différentiel

Encéphalite herpétique (scanner), thrombophlébite cérébrale (scanner, IRM), accès pernicieux palustre (fièvre), embolie amniotique.

2-TRAITEMENT

PREVENTION PRIMAIRE

Sulfate de Magnésium : ampoule de 10 ml = 1,5 g

Devant l'apparition de signes neurologiques : céphalées, troubles visuels, troubles de la conscience, ROT vifs

Bolus de 3 g (2 ampoules) à 4,5 g (3 ampoules) en 30 min (IV lente) puis perfusion à la seringue électrique (5 ampoules à 50 cc) de 1 g/h (6,6 cc/h) à 1,5 g/h (10 cc/h)

Antidote : 1 g de Gluconate de Calcium en IV lente = 1 ampoule à 10 %

Mot clé : éclampsie

Date de revision :

TRAITEMENT DE LA CRISE

-2-A - REANIMATION IMMEDIATE

- voie veineuse, décubitus latéral gauche, canule de Mayo
- oxygénothérapie 6 l/mn
- bilan sanguin
- sondage vésical et diurèse
- surveillance tensionnelle
- pendant la crise : soit une ampoule de clonazepam Rivotril IVD, soit dose de charge de Sulfate de Magnésium 4,5 g (3 ampoules) IV en 10 min

I-2-B – EXAMEN OBSTETRICAL

Vitalité fœtale et état du col

I-2-C – PREVENTION DE RECIDIVE

- bolus de 4,5 mg de Sulfate de Magnésium si administration préalable de Rivotril
- dose d'entretien de $MgSO_4$: 1,5 g/h à la seringue électrique – 5 ampoules = 50 cc soit 10 cc/h
- si persistance ou récurrence de convulsions, réinjection de 1,5 g = 1 ampoule en IV lente

I-2-D – TRAITEMENT ANTIHYPERTENSEUR

Utilisation de Loxen avec précaution (surveillance rapprochée), Trandate ou Eupressyl (cf protocole de pré-éclampsie)

Ne pas associer loxen et eupressyl, le relai ou le remplacement d'une molécule par une autre doit se faire avec prudence

I-2-E – TRAITEMENT OBSTETRICAL

Césarienne en urgence sous AG sauf en cas de travail avancé avec absence de signe de souffrance fœtale et état maternel non inquiétant.

Il est recommandé de pratiquer un examen anatomopathologique du placenta

3-POST-PARTUM

Transfert en Réanimation si signes maternels de gravité : troubles de la conscience persistants, troubles respiratoires, HTA très sévère, déficit neurologique

- surveillance clinique pluri-quotidienne
- surveillance du traitement par $MgSO_4$: conscience, ROT, fréquence respiratoire, diurèse (> 30 ml/h)

Le dosage de la magnésémie n'est pas nécessaire sauf si signe de surdosage.

- bilan sanguin toutes les 12 h pendant 48 h
- scanner cérébral ou mieux IRM

Mot clé : éclampsie

Date de revision :



Procédure médicale :
« éclampsie »

Page 3 sur 3

- maintien de traitement par $MgSO_4$: 1,5 g/h pendant 24 h puis 1 g/h les 24 h suivantes
 - traitement de l'HTA selon les chiffres tensionnels
 - prévention thrombo-embolique
- Prise en charge post partum : cf protocole pré éclampsie