Protocole de prise en charge de la **pré-éclampsie sévère** en salle de naissance

Pré-éclampsie sévère = urgence hypertensive

HTA avec PAS ≥ 160 mmHg et/ou PAD ≥ 110 mmHg

Débuter ou majorer le traitement antihypertenseur

Hospitalisation
Examen clinique complet
VVP- bilan vasculo-rénal et préopératoire
Cycle tensionnel
ERCF selon terme

Absence de signe de gravité

Traitement antiHTA per os par
Labétalol (trandate®)
ou Nifédipine (adalate®)
ou Nicardipine (loxen®)

Présence d'au moins **un signe de gravité**
ou
échec traitement anti HTA per os en bithérapie

recours à traitement antihypertenseur en IVSE :

titration par bolus IV si PAS ≥ 180 ou PAD ≥ 120
puis
labétalol TRANDATE® IVSE (1ère intention)
ou nicardipine LOXEN® IVSE
ou urapidil EUPRESSYL® IVSE

+/- SULFATE de MAGNESIUM*

Surveillance PA / 10 minutes initialement
Objectif PAS < 160 mmHg et PAD < 110 mmHg

*Sulfate de magnésium (ampoule de 1.5g/10ml, pas de dilution)
dose de charge IV : 4g/30 minutes (soit une seringue de 26ml vitesse 52ml/h)
puis dose d'entretien 1g/h IVSE (soit une seringue de 50ml vitesse 6.5 ml/h)
Surveillance surdosage : abolition ROT , bradypnée
Prévoir gluconate de calcium 1g si surdosage

Pré-éclampsie sévère :

au moins un des critères suivants

- HTA sévère (PAS ≥ 160 mmHg et/ou PAD ≥ 110 mmHg) ou non contrôlée
- protéinurie > 3g/24h
- créatinémie ≥ 90 µmol/L
- oligurie ≤ 500 ml/24h ou ≤ 25 ml/h
- thrombopénie < 100 000/mm3
- cytolyse hépatique avec ASAT/ALAT >2N
- douleur abdominale épigastrique et/ou une douleur de l'hypochondre droit « en barre » persistante ou intense
- douleur thoracique, dyspnée, oedème aigu du poumon
- signes neurologiques : céphalées sévères ne répondant pas au traitement, troubles visuels ou auditifs persistants, ROT vifs, diffus et polycinétiques

Signes de gravité :

- PAS ≥ 180 et/ou PAD ≥ 120
- douleur épigastrique et/ou hypochondre droit en barre, persistante et intense
- céphalées sévères résistantes au traitement
- troubles visuels ou auditifs persistants
- déficit neurologique
- troubles de la conscience
- ROT vifs, diffusés, polycinétiques
- Crise d'éclampsie ⟹ **Sulfate de magnésium***
- Détresse respiratoire, OAP
- HELLP syndrome
- Insuffisance rénale aigüe (doublement de la créatininémie ou créat > 96 µmol/l)

Agent Anti-hypertenseur IV	Modalités et précautions d'utilisation	Stratégie de titration par bolus IV Indication: PAS ≥ 180mmHg et/ou PAD ≥ 120 mmHg	En continu IVSE sur ligne de perfusion dédiée
Labétalol (Trandate®)	en première intention en l'absence de contre-indications **5mg/ml** **NON DILUE**	1er bolus: 20 mg en IV sur >2 minutes ↓ si échec* 2ème bolus: 40 mg en IV sur >2 minutes ↓ si échec* 3ème bolus: 80 mg en IV sur >2 minutes ↓ si échec* 4ème bolus: 80 mg en IV sur >2 minutes si échec* poursuite labétalol 1 mg/kg/h IVSE et **ajout d'un 2 ème antihypertenseur IVSE**	**0.5 à 1 mg/kg/h** Objectif : PAS < 160 mmHg et PAD < 110 mmHg *Traçabilité sur feuille de surveillance*
Nicardipine (LOXEN®)	à privilégier en seconde intention ou en association **1mg/ml** **Non dilué** Dilution avec G5% possible pour éviter effet irritant en cas d'administration prolongée (>24h) prévoir alors une seringue opaque	Bolus de 0,5 mg en IV sur >2 minutes à répéter 3 fois si échec* Poursuite nicardipine jusqu'à 4 mg/h IVSE Puis ajout d'un autre antihypertenseur IVSE	**0.5 à 4 mg/h** Objectif : PAS < 160 mmHg et PAD < 110 mmHg
Urapidil (EUPRESSYL®)	Pas de dilution : ampoules de 50mg/10ml soit 5mg/ml	Bolus de 6,25 à 12,5 mg en IV sur >2 minutes à répéter 3 fois si échec* Poursuite urapidil 50 mg/h IVSE et ajout d'un autre antihypertenseur IVSE	10 à 60 mg/h Objectif : PAS < 160 mmHg et PAD < 110 mmHg

*** échec = persistance d'une PAS ≥ 180 mmHg et/ou d'une PAD ≥120 mmHg à 10 minutes** (dès obtention de la PAS < 180 mmHg et de la PAD < 120 mmHg, controlées à 10 minutes, poursuite du traitement antihypertenseur IVSE continu à la dose minimale efficace pour PAS < 160 mmHg et PAD < 110 mmHg).