

CAT devant une crise d'éclampsie

Fiche de procédure appliquée au CHU de Caen

- Eviter
 - Les morsures de langue (canule)
 - Les lésions traumatiques liées aux convulsions
- Position latérale de sécurité en décubitus latéral gauche
 - Risques d'inhalation
 - Circulation fœtale
- Surveillance
 - SpO2 , Hémodynamique maternelle (pouls, TA)
 - Rythme cardiaque fœtal

❖ Traitements

- Oxygénation nasale lunettes 2 l/min
- Sulfate de magnésium :
 - Dose de charge : 4g en 20 min SE (< 70 kgs)
6 g en 20 min (> 70kgs)
 - Dose d'entretien : 1 g/h (< 70 kgs)
2 g/h (> 70kgs)
- Pression artérielle systolique
 - > 160 mmHg : Nicardipine : SE 1 à 6 mg/h
Bolus 0.5 à 1 mg IVD si TA > 180mmHg
 - Patiente déjà traitée par Nicardipine
Associer Labétalol : IVSE 5 à 20 mg/h
 - Surveillance tensionnelle continue
exiger PA systolique Max \leq 160mmHg
ET PA systolique Min \geq 120mmHg

❖ Discuter :

- Intubation :
 - Hypoxie
 - Absence de réveil rapide (5 à 10 min)
 - Indication opératoire en urgence

En ce cas : Rémifentanyl* ou Rapifen* (HTIC)/ Pento/célocurine (crush ind)

- Extraction fœtale en urgence
Césarienne : habituelle ; peut être discutée si prématurité et
 - état maternel stable rassurant post-crise
 - absence de traitement antérieur d'une prééclampsie
 - intérêt d'une maturation pulmonaire fœtale
- Imagerie cérébrale/ recherche diagnostic différentiel
 - Prééclampsie non connue
 - Absence de réveil rapide
 - Signes de localisation neurologiques

❖ Surveillance ultérieure

- Etat neurologique
- Hémodynamique : tension, diurèse
- Evaluation PLURIQUOTIDIENNE des ROT
- Vérifier fonction rénale et sulfate Mg