




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

 www.em-consulte.com



Recommandations formalisées d'experts

Prise en charge pré- et interhospitalière des formes graves de prééclampsie[☆]

Prehospital management of severe preeclampsia

F. Trabold^{a,*}, K. Tazarourte^{b,c}

^a Service de santé et de secours médical, SDIS 68, 7, avenue Joseph-Rey, 68000 Colmar, France

^b Département d'anesthésie-réanimation, CHU de Bicêtre, 78, rue du Général-Leclerc, 94275 Le Kremlin-Bicêtre, France

^c Pôle urgence-réanimation, Samu 77, centre hospitalier Marc-Jacquet, 77000 Melun, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Disponible sur Internet le 30 mars 2010

Mots clés :

Prééclampsie
 Prise en charge
 Préhospitalier

Keywords:

Prehospital management
 Preeclampsia
 Eclampsia

R É S U M É

Avant un transport, la concertation des médecins seniors impliqués dans le transfert est indispensable. Une surveillance clinique rapprochée est nécessaire pendant le transport.

L'objectif de contrôle de l'hypertension artérielle sévère est d'obtenir une réduction modérée de la pression artérielle moyenne et d'éviter les grandes variations tensionnelles. Les inhibiteurs calciques utilisés en titration, éventuellement associés au labétalol, sont les médicaments à utiliser en première intention.

Le remplissage vasculaire ne doit pas être systématique en préhospitalier, il est indiqué devant des signes manifestes d'hypovolémie comme par exemple la chute brutale de la pression artérielle lors de l'introduction des médicaments hypotenseurs.

Les benzodiazépines injectables peuvent être utilisées en préhospitalier pour le traitement de la crise convulsive.

Si un traitement par le sulfate de magnésium a été instauré chez une femme en PE avec signes neurologiques, il peut être poursuivi pendant le transfert.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

A B S T R A C T

Prior to transport, agreement must be reached among all the senior medical staff members involved in the transfer. Tight clinical surveillance is necessary during the transport.

The aim of the pharmacological control of a severe hypertension is to allow a moderate reduction of the mean arterial blood pressure as well as dampening the large pressure variations. Boluses of calcium channel inhibitors, eventually combined with labetalol, are to be used as first line treatment.

Systematic fluid expansion prior to admission is not recommended. However, it is indicated if obvious signs of hypovolaemia are present, such as a sudden drop in blood pressure, secondary to the initiating of an antihypertensive therapy.

It is possible to use i.v. benzodiazepines for the treatment of eclampsia in the prehospital setting.

If magnesium sulfate therapy has been initiated in a preeclamptic woman with neurological signs, it may be continued during her transport.

© 2010 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

C'est le plus souvent lors d'un accident aigu (notamment l'éclampsie) que sont sollicités les services d'urgence (centre 15, centre de traitement des alertes 18 dans le cadre d'un prompt secours, ou numéro d'urgence européen 112) : il s'agit alors pour le médecin régulateur de suspecter le diagnostic de PE, de déclencher les moyens adaptés, ou de les compléter le cas échéant. Le Samu peut par ailleurs être sollicité pour organiser le transfert secondaire de la parturiente vers un centre périnatal de niveau adapté (transfert interhospitalier).

[☆] Ce texte a fait l'objet d'une publication dans l'ouvrage « Prise en charge multidisciplinaire de la prééclampsie », publié sous l'égide du Collège national des gynécologues et obstétriciens, de la Société française de médecine périnatale, de la Société française de néonatalogie et de la Société française d'anesthésie et de réanimation. Paris: Elsevier-Masson 2009.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : Fabien.Trabold@sdis68.fr (F. Trabold).

Si l'incidence exacte de prise en charge des formes graves de PE en médecine préhospitalière est mal précisée (probablement augmentée dans les populations de bas niveau socioéconomique [1] en raison d'un mauvais suivi de la grossesse [2,3]), les intervenants préhospitaliers sont souvent confrontés aux formes graves.

2. Modalités de régulation et/ou de traitement de l'alerte

En France, la centralisation des appels à caractère médical et/ou urgent s'effectue par le biais des numéros téléphoniques 15 (Samu), 18 (sapeurs-pompiers) et 112. L'interconnexion téléphonique et informatique des deux services permet systématiquement à ceux-ci de se renseigner et de s'alerter mutuellement. La régulation médicale du Samu a la responsabilité d'une écoute permanente pour les problèmes d'aide médicale urgente. Les médecins régulateurs doivent être en mesure d'adapter la réponse au degré de gravité de l'appel. Deux situations peuvent se rencontrer : l'appel d'une parturiente ou d'un membre de son entourage pour l'apparition de symptômes mal définis, ou l'appel d'un établissement de soins pour transférer vers une structure mieux adaptée une patiente avec une PE préalablement diagnostiquée (transfert in utero).

2.1. Détection des signes de PE lors de l'appel

Les présentations cliniques de PE sont nombreuses et pas toujours spécifiques. Une des difficultés de la régulation médicale est de détecter dès l'appel les éléments devant faire évoquer le diagnostic et les signes de complications, et de ne pas retarder l'envoi d'une équipe médicale. L'apparition d'une douleur épigastrique intense, de nausées et vomissements, de céphalées rebelles, de troubles de la vue, de troubles de la conscience ou d'une crise convulsive sont des éléments majeurs d'orientation diagnostique et de gravité devant justifier l'envoi d'une équipe médicale. Une symptomatologie plus fruste devra faire rechercher la notion d'un suivi pour HTA et/ou PE, d'une prise de poids récente associée à l'apparition d'œdèmes des membres inférieurs. Le moindre doute devra faire engager un moyen médicalisé et envisager un transport de la parturiente vers un centre périnatal de type adapté pour la mère et l'enfant (voir [4]).

2.2. Transfert interhospitalier maternel in utero

La loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de Santé publique fixe pour objectif de réduire, d'ici 2008, la mortalité périnatale à un taux de $5,5 \cdot 10^{-3}$ naissances et la mortalité maternelle à un taux de $5 \cdot 10^{-5}$ accouchements. Afin de contribuer à la réalisation de cet objectif, la circulaire du 21 juin 2006 prévoit que soient établies des recommandations spécifiques pour une meilleure organisation des transferts in utero ou en post-partum immédiat [5]. Cette circulaire prévoit que la demande de transfert, l'orientation et la préparation du transport des femmes enceintes entre établissements doivent être prévues et décrites par des protocoles établis par les professionnels concernés. Cette organisation centralisée doit fonctionner de manière permanente et mettre en relation entre eux des professionnels de la périnatalité. La proximité entre l'organisation mise en place et le Samu doit être recherchée, au mieux géographiquement, sinon avec des moyens de transmission adaptés.

Dans le cas d'un transport médicalisé, le médecin régulateur est associé à la décision de prise en charge.

Dès lors, un transfert in utero peut impliquer la présence d'une équipe médicale et la mise à disposition d'un monitoring pour surveiller en continu les constantes hémodynamiques de la patiente (électrocardioscope, mesure automatisée non invasive

de la pression artérielle, mesure de la saturation percutanée en O_2). Une évaluation régulière du rythme cardiaque fœtal (RCF) est possible en cours de transport [6].

Il existe des contre-indications classiques au transfert in utero : l'HRP, l'état hémodynamique instable, les anomalies sévères du RCF, une HTA non contrôlée par le traitement ou l'apparition de complications sévères.

3. Bilan clinique en préhospitalier

Le bilan clinique en préhospitalier est maternel et fœtal : il consiste à faire le diagnostic de PE s'il n'est pas fait, à éliminer les diagnostics différentiels et à évaluer la gravité de la PE, notamment par l'évaluation du retentissement sur les organes cibles.

3.1. Bilan maternel

3.1.1. Bilan clinique

L'interrogatoire et la consultation du carnet de suivi de grossesse, s'il existe, permettent de mieux préciser le contexte des événements pathologiques nécessitant la prise en charge [7].

Le diagnostic de PE à la phase préhospitalière repose sur :

- la mesure de la pression artérielle. En raison d'une sous-estimation usuelle des moniteurs de PA automatiques, la pression artérielle est au mieux mesurée manuellement chez une femme au repos en décubitus latéral gauche (30°) ou demi-assise (45°) en utilisant un brassard de taille adaptée (particulièrement chez la femme obèse), le bras à hauteur du cœur ;
- l'existence d'une protéinurie qui peut être estimée en préhospitalier sur des urines fraîches à l'aide de bandelettes réactives ;
- l'existence d'œdèmes d'apparition brutale le plus souvent (prise de poids) ou de localisation à des régions non déclives (visage, mains).

Les signes de gravité traduisant le caractère multiviscéral de la PE sont à rechercher systématiquement par l'examen clinique :

- une HTA sévère caractérisée par une PAS > 160 mmHg et/ou une PAD > 110 mmHg [8,9]. L'association d'une PAS > 160 mmHg (indépendamment du niveau de PAD) et d'une PE sévère ou une éclampsie est un facteur de risque d'accident vasculaire cérébral hémorragique [10] ;
- les signes de gravité cardiorespiratoire de la PE relèvent d'une physiopathologie complexe [11–13] pouvant conduire à une authentique cardiomyopathie dilatée dans les formes sévères, avec œdème pulmonaire ;
- les signes de gravité neurologique témoignent de l'atteinte encéphalique : hyperréflexie ostéotendineuse, somnolence, confusion mentale, céphalées et troubles oculaires peuvent précéder la crise convulsive ;
- les signes de gravité rénale : une oligurie ou une anurie témoigne d'une insuffisance rénale dont le mécanisme physiopathologique peut être complexe (atteinte glomérulaire et/ou tubulaire), mais qui traduit le plus souvent une réponse physiologique normale à l'hypovolémie relative de la PE ;
- les signes de gravité de la sphère digestive avec douleur épigastrique, nausées et vomissements. Les douleurs abdominales sont quasi constantes lors de l'apparition du syndrome HELLP (90 % des cas).

Les complications de la PE sont résumées dans le **Tableau 1** [14]. En pratique, l'examen clinique vise au diagnostic de la PE et

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2747105>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2747105>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)