

Université de Constantine
Faculté de médecine de Constantine
Service de gynécologie et d'obstétrique
De sidi mabrouk

Cours destiné aux étudiants de 5^{ème} année de médecine
Module de gynécologie

L'éclampsie

Fait par Dr CHERGUI T
Maitre assistant

Année universitaire 2012-2013

Docteur CHERGUI Toufik
Maitre Assistant
Gynécologie- Obstétrique
N° Ordre 25/4358

L'éclampsie :

Dr CHERGUI

I-Introduction :

-Prééclampsie : est définie par une HTA gravidique associée à une protéinurie > 300 mg /24 h
-l'éclampsie : complication neurologique de la toxémie gravidique, survient après 20 SA jusqu'à une semaine après l'accouchement. Elle reste une des principales causes de la mortalité maternelle. Elle atteint 1 à 5 % des femmes enceintes hypertendues.

II- Facteurs de risques :

-obstétricaux : nulliparité, l'insémination, la consanguinité, long intervalle entre deux grossesses, grossesses multiples.
-facteurs liés au terrain : obésité, surmenage physique et psychique, grossesses tardives après 40 ans, l'HTA chronique, diabète, antécédents maternels de prééclampsie, les maladies auto-immunes,

III- diagnostic :

1-clinique : deux tableaux :

- a) Troubles mineurs : La prééclampsie :
 - signes fonctionnels : HTA, céphalées, troubles visuels, somnolence, acouphène, douleurs épigastriques en barre, oligurie.
 - signes biologiques : protéinurie des 24 h > ou = à 300mg/24h
 - réflexes ostéo-tendineux vifs.
 - b) Troubles majeurs : l'éclampsie : c'est une crise convulsive généralisée unique ou répétée évolue en 4 phases :
 - phase d'invasion : 5 à 30 s : contractions fibrillaires qui s'installent au niveau de la face et le cou, globes oculaires roulent dans les orbites.
 - phase tonique 30 s : hypertonie généralisée avec membre supérieur en flexion, membre inférieur en extension, tête renversée, trismus, yeux réversés, morsure de la langue, apnée et cyanose du visage.
 - phase clonique : 1 à 2 mn met fin à la menace d'asphyxie les muscles sont animés de mouvements de secousses.
 - phase de coma : le coma survient en cas de répétition des crises
- examen clinique doit être complété par un fond d'œil, ECG.

2-Biologique :

-glycémie et glycosurie, urée, créatinémie, ionogramme, hémato-crite, formule sanguine (thrombopénie), transaminase, acide urique, taux de la prothrombine.

3-échographie et vélocimétrie doppler : hypotrophie fœtale, oligoamnios.

4- scanner cérébral : si troubles de la conscience ou encéphalopathie.

IV- complications :

- 1- Œdème aigu du poumon.
- 2- Insuffisance rénale aiguë.
- 3- Le Hellp syndrome: hémolysis elevated liver enzyme low platelets count.
- 4- Hématome retro-placentaire.
- 5- Hématome sous capsulaire du foie.
- 6- Hémorragie et œdème cérébral.
- 7- Souffrance fœtale aiguë, prématurité ou mort in utero.

V- diagnostic différentiel :

- 1- Thrombose veineuse cérébrale.
- 2- Embolie artérielle cérébrale.
- 3- Embolie amniotique.
- 4- Anévrisme artério-veineux.
- 5- Crise épileptique.

VI- Traitement :

-Hospitalisation.

-collaboration étroite entre anesthésiste, pédiatre et obstétricien.

1-traitement et prévention des crises convulsives :

- assurer la liberté des voies aériennes supérieures.

- oxygénation efficace : 8 L/ min.

- soustraire la patiente du froid, la lumière et le bruit.

- deux abords veineux centraux.

- sonde vésicale ; évaluer la diurèse

- traitement anti convulsivant : valium 10 a 20 mg en IVD ou intra rectale. Ou sulfate de magnésium 2 g en perfusion en 5 mn puis perfusion lente de 1 a 2 g / h

2-traitement antihypertenseur : par voie parentérale.

-hydralazine, clonidine ou nicardipine.

3- Evacuation utérine : reste le véritable traitement :

-voie basse : si mort fœtale in utéro Ou dilatation avancée avec un enfant vivant.

- voie haute pour sauvetage maternel si elle n'est pas en travail quelque soit l'état fœtal.

4-transfusion du sang total, concentré plaquettaire, facteurs de coagulation et héparinothérapie si troubles de l'hémostase.

5- évolution :

-amélioration rapide après l'extraction fœtale.

-la persistance du coma au delà de 4 a 6 heures dans 10% des cas ; demande un scanner cérébral.

6-suivie a long terme :

-risque de récives au cours des grossesses ultérieures.

-Aspirine a 100 mg /j de 14 a 34 SA.

-corticothérapie si maladie auto-immune.