

# Eclampsie

Cours de 5ème année de médecine

Présenté par :

Dr : MEZAACHE-H

**Maitre assistante en gynécologie obstétrique**

## Plan

- I. **Introduction-définition.**
- II. ***Clinique.***
- III. ***Diagnostic différentiel.***
- IV. ***Complications.***
- V. ***Prise en charge.***

### **I. Introduction –Définition :**

C'est une urgence qui engage le pronostic maternel et foetal.

Elle nécessite l'appel et la mobilisation de toute l'équipe de garde.

Éclampsie se définit comme la survenue, chez une patiente présentant des signes de pré-éclampsie, de convulsions et/ou de troubles de la conscience ne pouvant être rapportés à une autre cause neurologique.

La crise éclamptique est le plus souvent liée à un vasospasme cérébral.

Les céphalées, les troubles visuels, la survenue de douleurs épigastriques et de réflexes ostéotendineux vifs sont les seuls signes cliniques prédictifs.

Dans 85 % des cas, l'un d'entre eux est présent.

- Elle est parfois inaugurale et peut poser des problèmes diagnostiques
- Elle survient dans 30 % des cas en post-partum et dans 50 % des cas avant 37 SA.
- Les facteurs de risque sont principalement le jeune âge (< 20 ans) et le manque de surveillance prénatal.

### **II. CLINIQUE :**

L'éclampsie est précédée d'une phase plus ou moins longue de signes de pré-éclampsie qu'il est important de bien dépister.

- Céphalées frontales ou en casque pulsatiles, somnolence et vertiges dans 60 à 80 % des cas ;
- troubles oculaires avec diminution de l'acuité visuelle, phosphènes, amaurose transitoire ;
- bourdonnement d'oreilles ;
- hyperréflexie ostéotendineuse, clonies des extrémités.
- La crise d'éclampsie évolue en quatre étapes comme une crise d'épilepsie :
  - phase d'invasion (5 à 30 secondes) intéressant la face, le cou et les membres inférieurs ;
  - phase tonique (30 secondes) correspondant à une hypertonie généralisée ;
  - phase clonique (1 à 2 minutes) où tous les muscles sont animés de mouvements saccadés ;
  - phase d'hébétude : cette phase peut laisser la place à un réel coma en cas de répétition des crises mimant alors un véritable « état de mal épileptique ».
- La crise convulsive débute typiquement par des fasciculations péribuccales.
- La crise se généralise ensuite rapidement.
- Elle est tonicoclonique (hypertonie de tout le corps, tête en hyperextension, yeux réversés, mâchoire crispée, morsure de langue, respiration bloquée puis bruyante avec de grands mouvements des membres).
- La crise est ensuite suivie d'une phase post-critique pouvant aller jusqu'au coma.
- La crise est de courte durée mais peut récidiver.
- Une mort fœtale peut survenir au cours de la crise.
- Contrairement à la crise d'épilepsie, il n'y a habituellement pas de perte d'urine en raison de l'oligurie.

### ***III. Diagnostic différentiel :***

- Le diagnostic différentiel avec une crise d'épilepsie, en particulier chez les patientes ayant un antécédent d'épilepsie sans notion de pré-éclampsie.
- Il est alors indispensable de rechercher une protéinurie sur bandelette urinaire. Une protéinurie significative confirmera l'existence d'une pathologie vasculaire et le diagnostic d'éclampsie.
- La crise d'éclampsie peut être en effet inaugurale, en l'absence d'hypertension sévère. Elle impose le transfert dans la maternité la plus proche pour une extraction fœtale par césarienne en urgence pour sauvetage maternel et fœtal.

### ***IV. Complications :***

- ***Complications rénales :***
- La vasoconstriction artérielle et la lésion endothéliale provoquent une réduction de la filtration glomérulaire.
- La protéinurie est la traduction de l'atteinte rénale.

- L'insuffisance rénale aiguë anurique est rare. Elle apparaît généralement chez des femmes présentant une hypertension artérielle chronique ou une néphropathie vasculaire préexistante.
- **Œdème aigu pulmonaire (OAP) :**  
 Cette complication reste non exceptionnelle et est responsable d'une hypoxémie pouvant nécessiter une assistance ventilatoire.
- **Anomalies de l'hémostase :**
- CIVD (coagulation intraveineuse disséminée) :
  - correspondent essentiellement à une activation pathologique de la coagulation.
  - la CIVD peut être hémorragique par une consommation excessive des facteurs de coagulation
  - Il en résulte une diminution du fibrinogène, des plaquettes et une augmentation des PDF et des D-dimères
  - Le traitement de ces anomalies consiste en une extraction fœtale en urgence avec apport de facteurs de la coagulation.

#### **V. PRISE EN CHARGE :**

- C'est une urgence qui engage le pronostic maternel et fœtal.
- La patiente sera mise en position latérale de sécurité, les voies aériennes seront dégagées.
- À la phase aiguë de la crise, une dose unique de diazépam (Valium®, 1 ampoule [10 mg] en IV ou IM) ou de clonazépam (Rivotril®, 1 ampoule [1mg] en IV ou IM) doit être administrée sous couvert de l'assurance d'une ventilation efficace.
- La possibilité d'une assistance respiratoire doit être envisagée à tout moment.
- Une extraction fœtale en urgence par césarienne doit être alors réalisée et l'administration de sulfate de magnésium doit débuter sans tarder.
- Le sulfate de magnésium est en effet le traitement de référence en prévention de la récurrence de l'éclampsie (prévention secondaire).
- Le vasospasme cérébral est probablement un des mécanismes prédominants dans la survenue d'une crise d'éclampsie et justifie donc l'administration de médicaments vasodilatateurs, tels que le sulfate de magnésium.
- Il faut aussi corriger une erreur thérapeutique pouvant aggraver une crise d'éclampsie : l'hypotension artérielle secondaire à un traitement antihypertenseur trop agressif a un effet catastrophique sur la pression de perfusion cérébrale.
- En post-partum immédiat, la surveillance de la patiente sera réalisée en réanimation.
- Dans la majorité des cas, l'amélioration neurologique est rapide après la naissance de l'enfant.
- Un scanner, ou IRM cérébrale, systématique à la recherche d'un œdème ou d'une hémorragie cérébrale peut se discuter en post-partum.