

Prééclampsie

ESC_OB_002_Overview

Aperçu général

Durée du scénario : 12 à 15 minutes.

Public cible : Étudiants de médecine, internes et résidents.

Résumé : Patiente de 41 ans, suivie pour DT1 sous insuline, 1GOP, enceinte à 34 SA, grossesse non suivie, consulte aux urgences pour des céphalées intenses. Il s'agit d'une pré éclampsie sévère.

Objectifs critiques :

- Poser le diagnostic positif d'une pré-éclampsie (PE),
- Guetter les complications de la PE,
- Hiérarchiser les examens complémentaires,
- Planifier la prise en charge thérapeutique.

Prééclampsie

ESC_OB_002_Briefing

Signes fonctionnels

Patient(e)	:	41 ans, sexe féminin
Data	:	Poids = 92 Kg, Taille = 167 cm
SF	:	céphalées intenses
Début	:	1 semaine
Signes associés	:	asthénie, douleur en barre épigastrique
Mode d'admission	:	ramenée par sa famille
Signes critiques	:	sensibilité de l'HCD, ROT vifs

Antécédents

Médico-chirurgicaux	:	Diabète insulino-dépendant, sous insuline
Toxiques	:	RAS
Allergies	:	RAS

Signes physiques

Fonction respiratoire	:	FR = 30 c/min, pas de cyanose, SpO2 = 90%
Fonction circulatoire	:	FC = 124 bpm, PA = 190/110 mmHg, auscultation normale
Fonction neurologique	:	GCS = 15/15, pas de déficit, pupilles symétriques,
Examen somatique	:	Sensibilité de l'HCD, ROT vifs, douleur épigastrique en barre, HU = 30 cm
Glycémie	: 2,1 g/L	BU : P +++ Sg - Température : 36,8 °C

Prééclampsie

ESC_OB_002_Scénario

Check-list

Équipement	Drogues et traitements
<input type="checkbox"/> Réanimation respiratoire	<input type="checkbox"/> Anti-HTA
<input type="checkbox"/> Réanimation hémodynamique	<input type="checkbox"/> Bétaméthasone
<input type="checkbox"/> Chariot d'urgence	<input type="checkbox"/> Sulfate de magnésium
<input type="checkbox"/> ERCF	<input type="checkbox"/> Midazolam
<input type="checkbox"/> Moniteur multiparamétrique	

Préparation du simulateur

- Simulateur HF, sexué féminin, enceinte
- Voie veineuse périphérique
- Vêtements simples

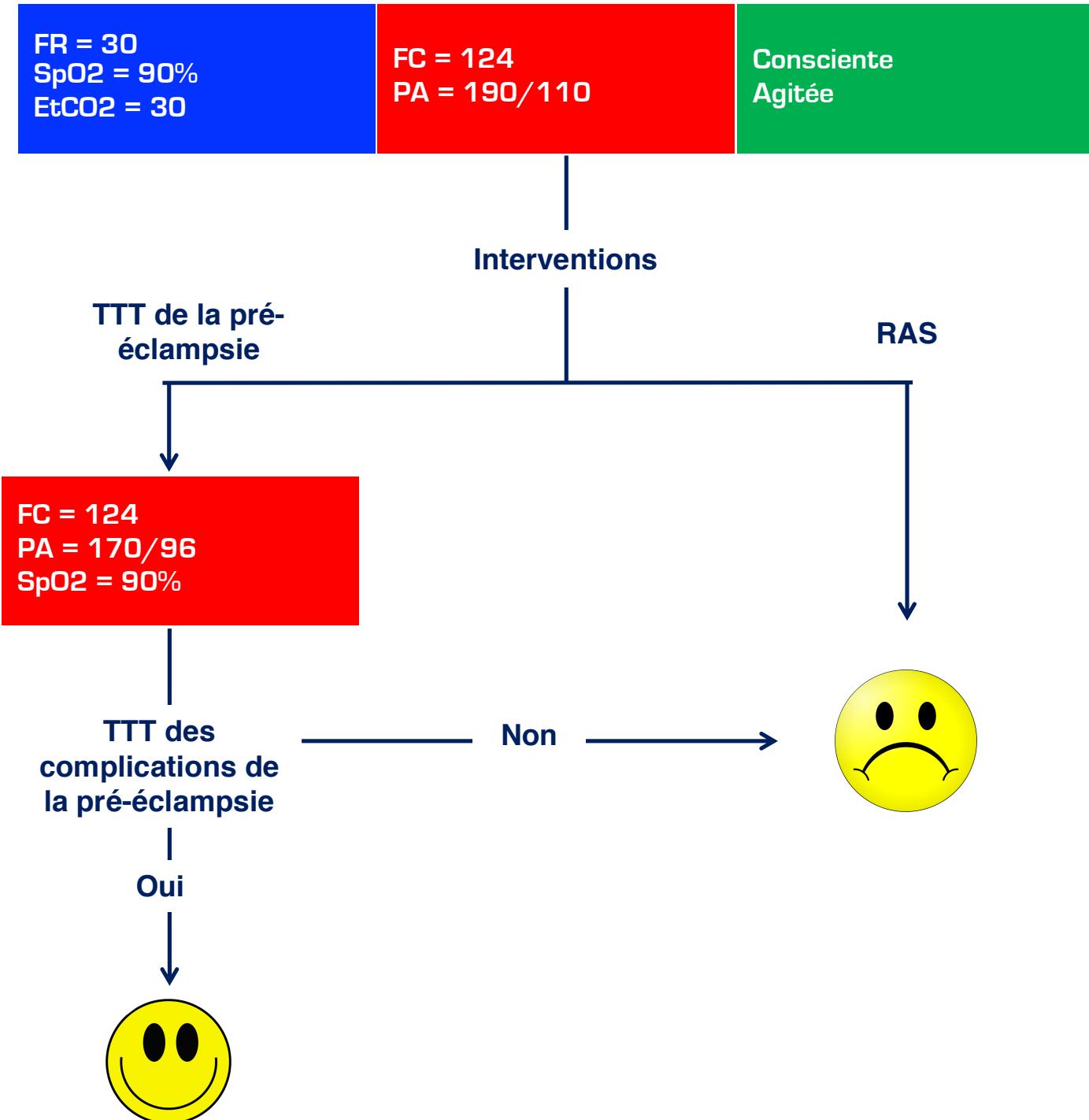
Formateurs

- Instructeur 1 : technicien aux manettes
- Instructeur 2 : briefing et debriefing
- Instructeur 3 : debriefing
- Facilitateur 1 : senior de garde
- Facilitateur 2 : obstétricien de garde

Prééclampsie

ESC_OB_002_Scénario

Baseline



Prééclampsie

ESC_OB_002_Programmation

Baseline

FR = 30 c/min, SpO2 = 90%, auscultation ok

FC = 124 bpm, PA = 190/110 mmHg

EtCO2 = 30 mmHg

Critical

Détresse neurologique

Convulsions

Décélérations fœtales

Landing

FR = 12 c/min, SpO2 = 97%, pas de râles

FC = 110 bpm, PA = 120/70 mmHg

EtCO2 = 35 mmHg

Extraction fœtale

Prééclampsie

ESC_OB_002_Debriefing

Fiche

- La pré-éclampsie (PE) est l'association, à partir de 20 SA, d'une HTA > 140/90 à 2 reprises et d'une protéinurie > 0,3 g/24 heures, l'équivalent de 3 +++ de protéines sur BU,
- L'ischémie placentaire est la base de la physiopathologie de la PE. 2 étapes sont décrites : la première rend compte de l'ischémie placentaire par défaut du processus d'invasion trophoblastique. La seconde est celle des conséquences maternelles systémiques. Le lien entre ces deux étapes est l'expression de substances anti-angiogéniques,
- Une pré-éclampsie est dite sévère à la présence d'au moins l'un des critères suivants : HTA sévère (PAS > 160 mmHg et/ou PAD > 110 mmHg), atteinte rénale avec oligurie (< 500 mL/24 h) et/ou créatinine > 135 µmol/L, ou protéinurie > 5 g/24 h, OAP, barre épigastrique persistante, nausées, vomissements, HELLP syndrome, éclampsie ou troubles neurologiques rebelles (troubles visuels ROT vifs voire polycinétiques, céphalées violentes, phosphènes, acouphènes), HRP ou retentissement fœtal (RCIU),
- Les complications de la PE peuvent être :
 - Maternelles : éclampsie, HRP, CIVD, HELLP syndrome, OAP, IRA, AVC hémorragique,
 - Fœtales : RCIU, prématurité, SFA,
- La prise en charge thérapeutique commence par le conditionnement, mise en repos de la parturiente, privilégier le décubitus latéral gauche,
- Un bilan biologique de retentissement : NFS/Plaquettes (Hémolyse), Bilan d'hémostase (CIVD), Ionogramme sanguin/Urée/Créatininémie (IRA), Bilan hépatique (Cytolyse, Hémolyse), Uricémie (Hyperuricémie), Frottis sanguin (Schizocytes), Haptoglobine (Hémolyse), Groupage-Rhésus/RAI,
- Mise en place d'un traitement anti-HTA : molécule de choix étant les IC (nicardipine) à administrer en IVSE si forme sévère, avec prévention des formes sévères par du sulfate de magnésium,
- Le traitement étiologique reste l'extraction fœtale, en fonction de l'âge gestationnel et la sévérité de la PE,
- Le risque de complication persiste 15 jours après la délivrance,
- Le rôle de la corticothérapie dans la maturation pulmonaire fœtale reste discuté,
- Ne pas oublier l'intérêt du suivi de la grossesse comme moyen de prévention.

Objectifs techniques

- Poser le diagnostic positif d'une PE
- Guetter les complications de la PE,
- Hiérarchiser les examens complémentaires,
- Planifier la prise en charge thérapeutique.

CRM

- Teamwork
- Leadership
- Communication
- Anticipation
- Workload

	Résultat	Références
Hématies	3.5 $10^6/\mu\text{L}$	(3.50-5.30)
Hémoglobine	9.1 g/dL	(10.9-13.7)
Hématocrite	27.8 %	(34.0-40.0)
VGM	80.3 fl	(73.0-86.0)
CCMH	32.6 g/dL	(32.0-36.0)
Leucocytes	11.50 $10^3/\mu\text{L}$	(7.00-12.00)
Neutrophiles	52.0 %	
Soit	6.72 $10^3/\mu\text{L}$	(3.50-6.00)
Eosinophiles	0.6 %	
Soit	0.06 $10^3/\mu\text{L}$	(0.05-0.30)
Basophiles	0.5 %	
Soit	0.01 $10^3/\mu\text{L}$	(< 0.01)
Lymphocytes	10.5 %	
Soit	4.0 $10^3/\mu\text{L}$	(3.50-5.00)
Monocytes	6.0 %	
Soit	0.55 $10^3/\mu\text{L}$	(0.10-1.00)
Plaquettes	76 $10^3/\mu\text{L}$	(150-400)

Hémostase

	Résultat	Références
Temps de Quick Patient	13.3 sec	
Taux de prothrombine	46 %	(70-140)
PDF	15 ug/ml	< 5 ug/ml
TCA Temps témoin	30 sec	
TCA Temps patient	45 sec	(25.0-35.0)
Fibrinogène	1.2 g/L	(2.00-4.00)

Ionogramme

	Résultat	Références
Sodium (Na^+)	134 mmol/L	(135-145)
Potassium (K^+)	5,1 mmol/L	(3.5-5.5)
Calcium (Ca^{2+})	90 mg/L	(90-105)
Chlore (Cl^-)	103 mmol/L	(100-105)
Glycémie	2.01 g/L	(0.70-1.10)
Urée	0.91 g/L	(0.10-0.50)
Créatinine	20 mg/L	(6-12)
GOT (ASAT)	80 UI/L	(< 35)
GPT (ALAT)	110 UI/L	(5-40)
Albumine	35 g/L	(35-55)

Ionogramme

	Résultat	Références
Bilirubine	26 mg/L	(< 10)

Gaz du sang

	Résultat	Références
pH	7.40	(7.35-7.45)
CO ²	40 mmHg	(35-45)
HCO ₃ ⁻	24 mmol/L	(22-26)
PaO ²	89 mmHg	(> 85)
SaO ²	91 %	(95-100)
Lactates	1 mmol/L	(< 2)

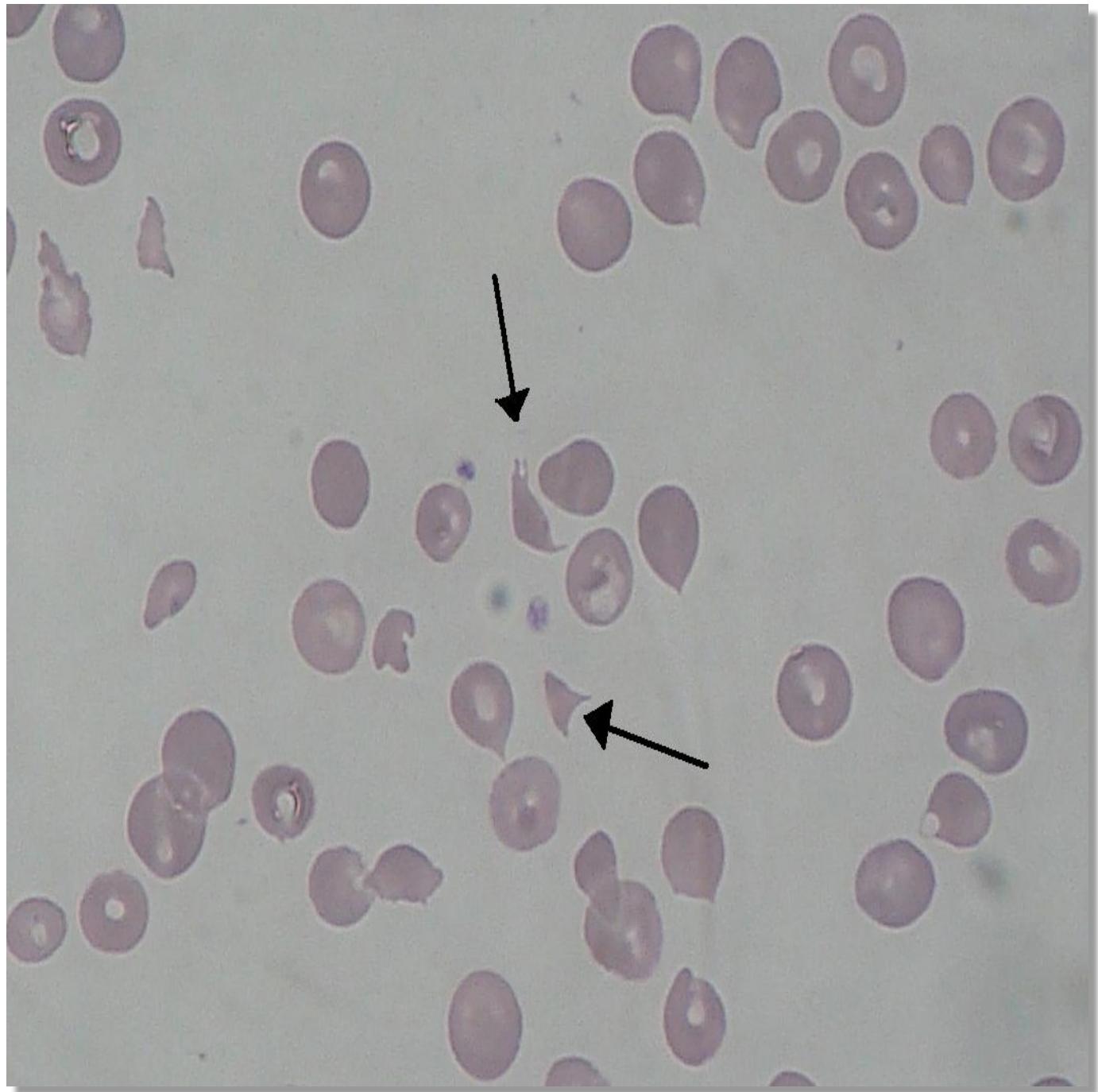
Marqueurs biologiques

	Résultat	Références
Haptoglobine	3.40 g/L	(0.30-2.00 g/L)

Marqueurs biologiques

	Résultat	Références
Acide urique	80 g/L	(35-70 g/L)

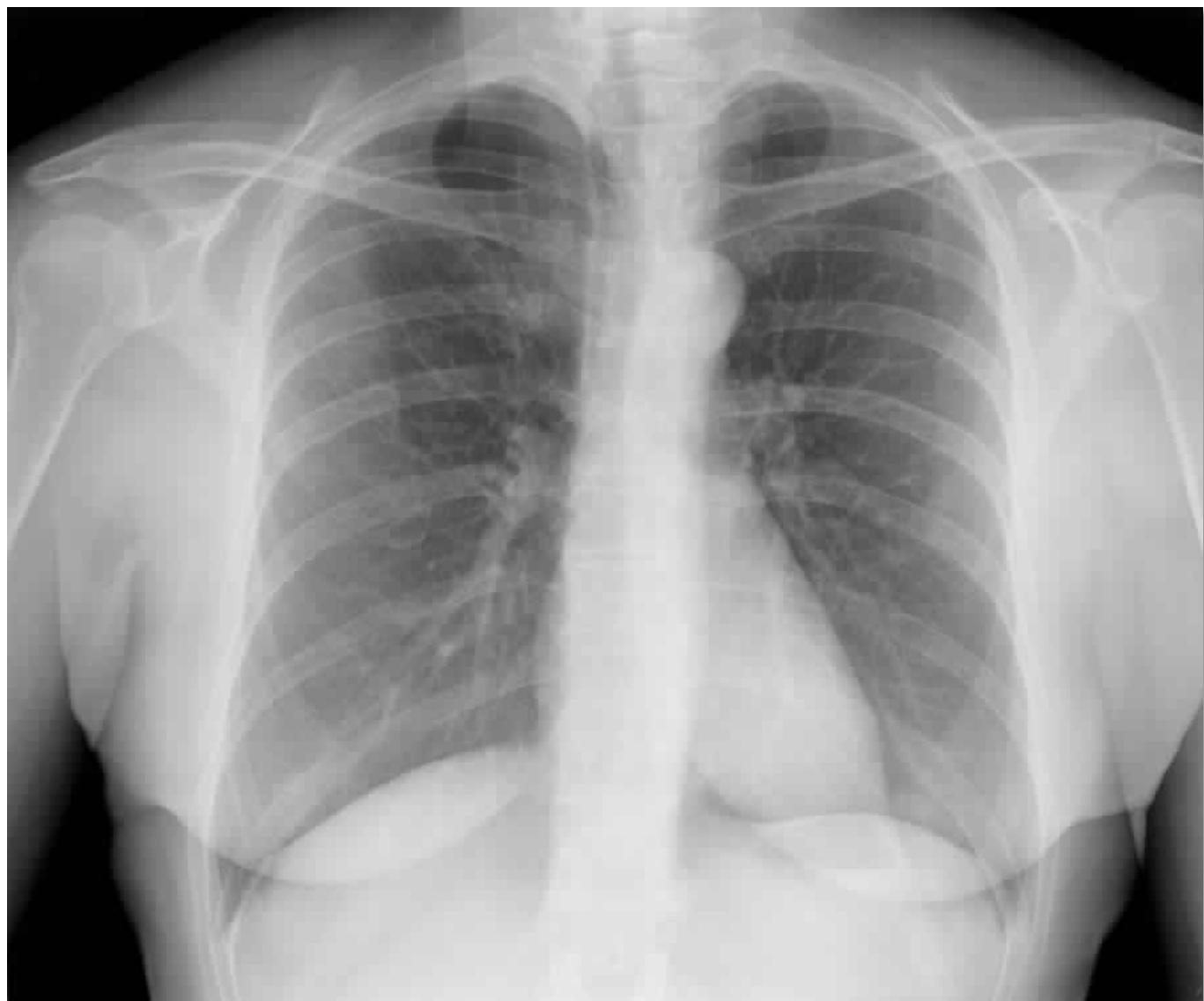
Frottis sanguin

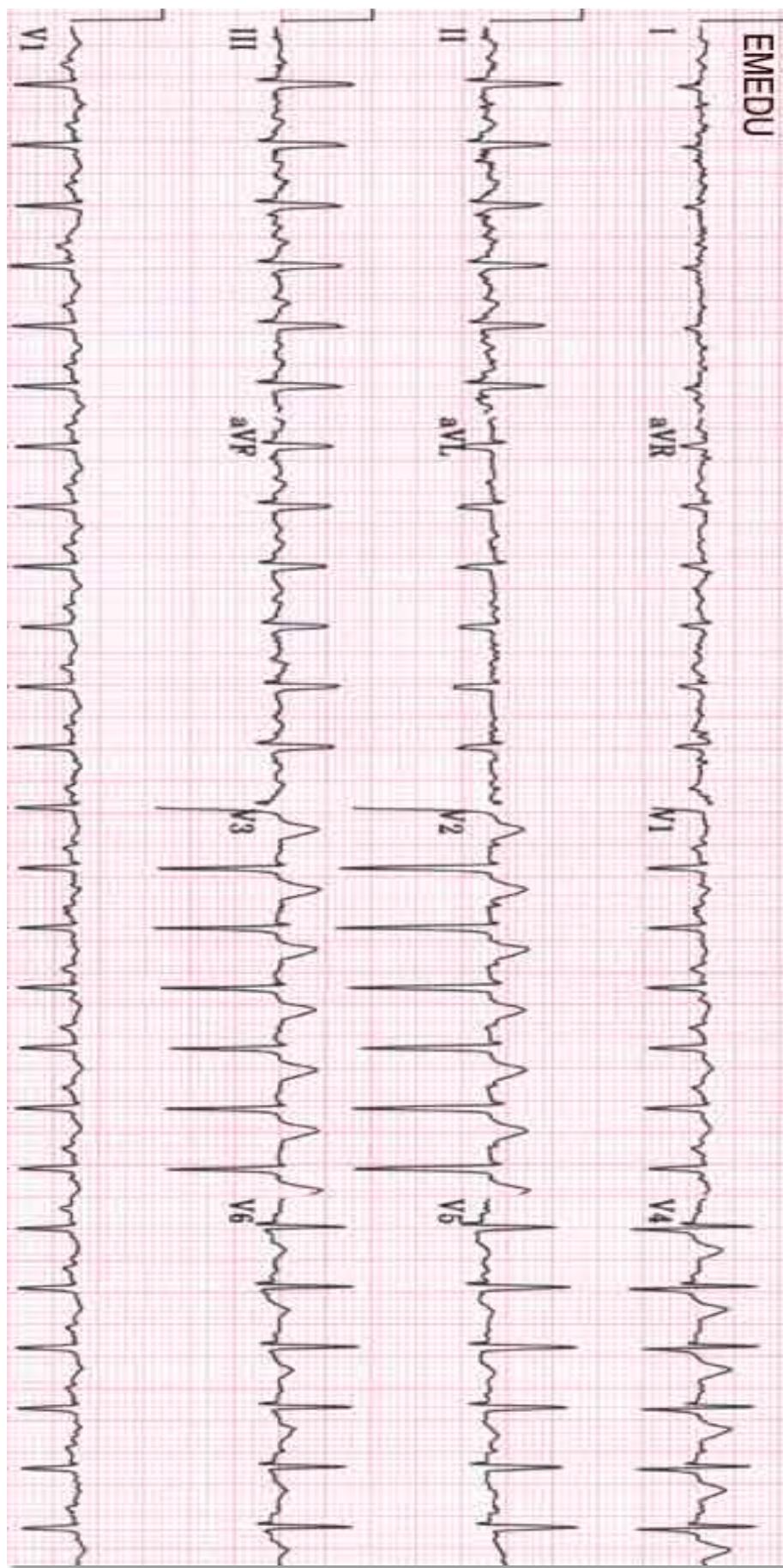


Interprétation :

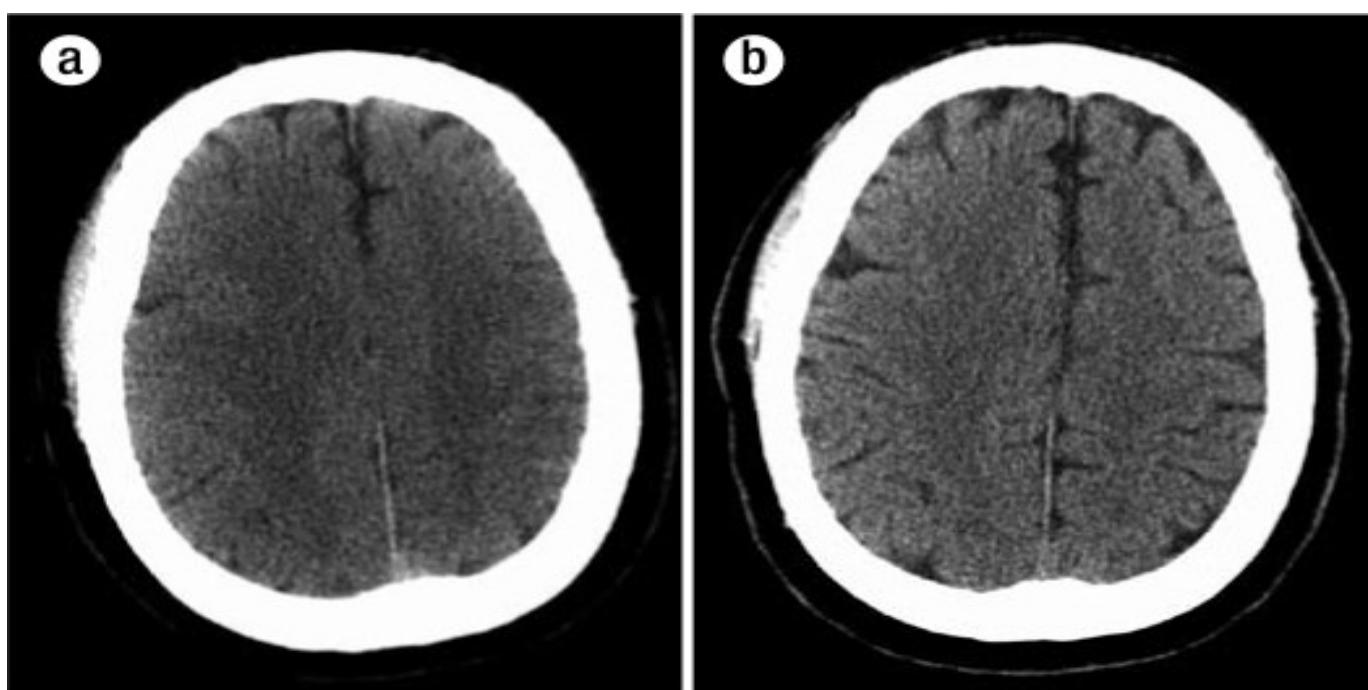
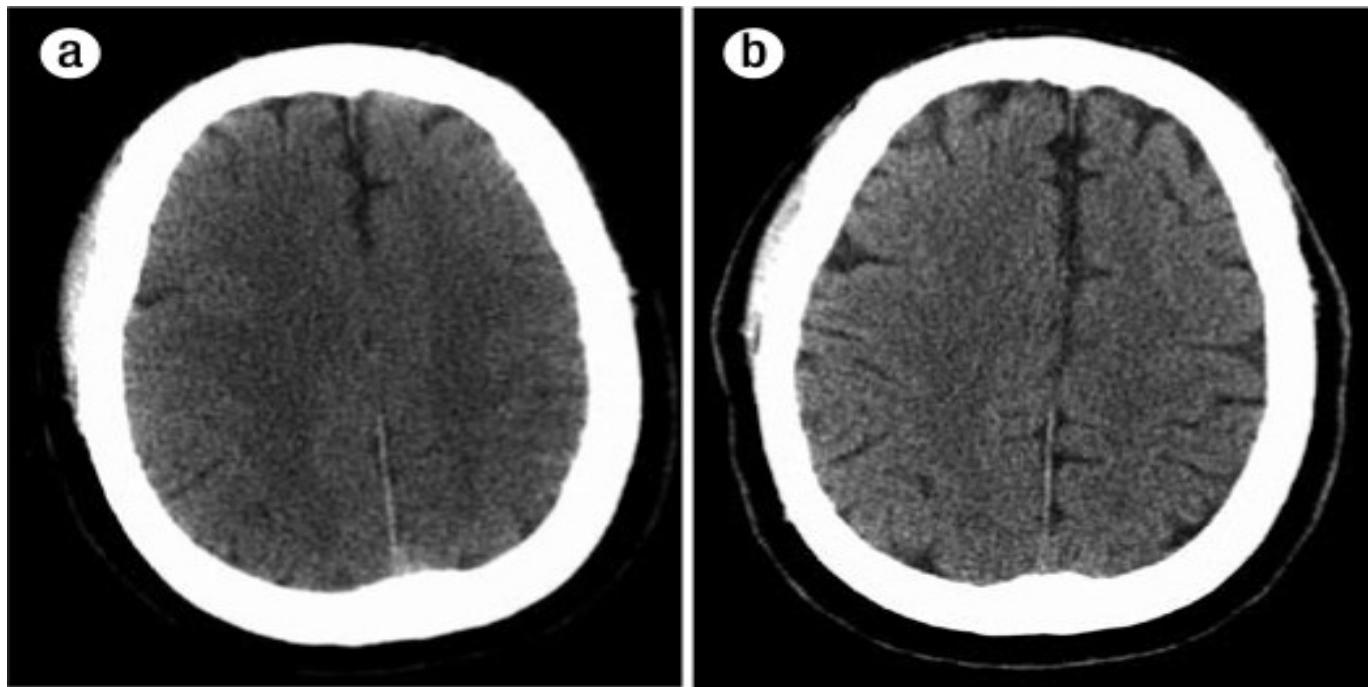
Présence de schizocytes.

Radiographie du poumon





TDM cérébrale



Interprétation :

Œdème cérébral.

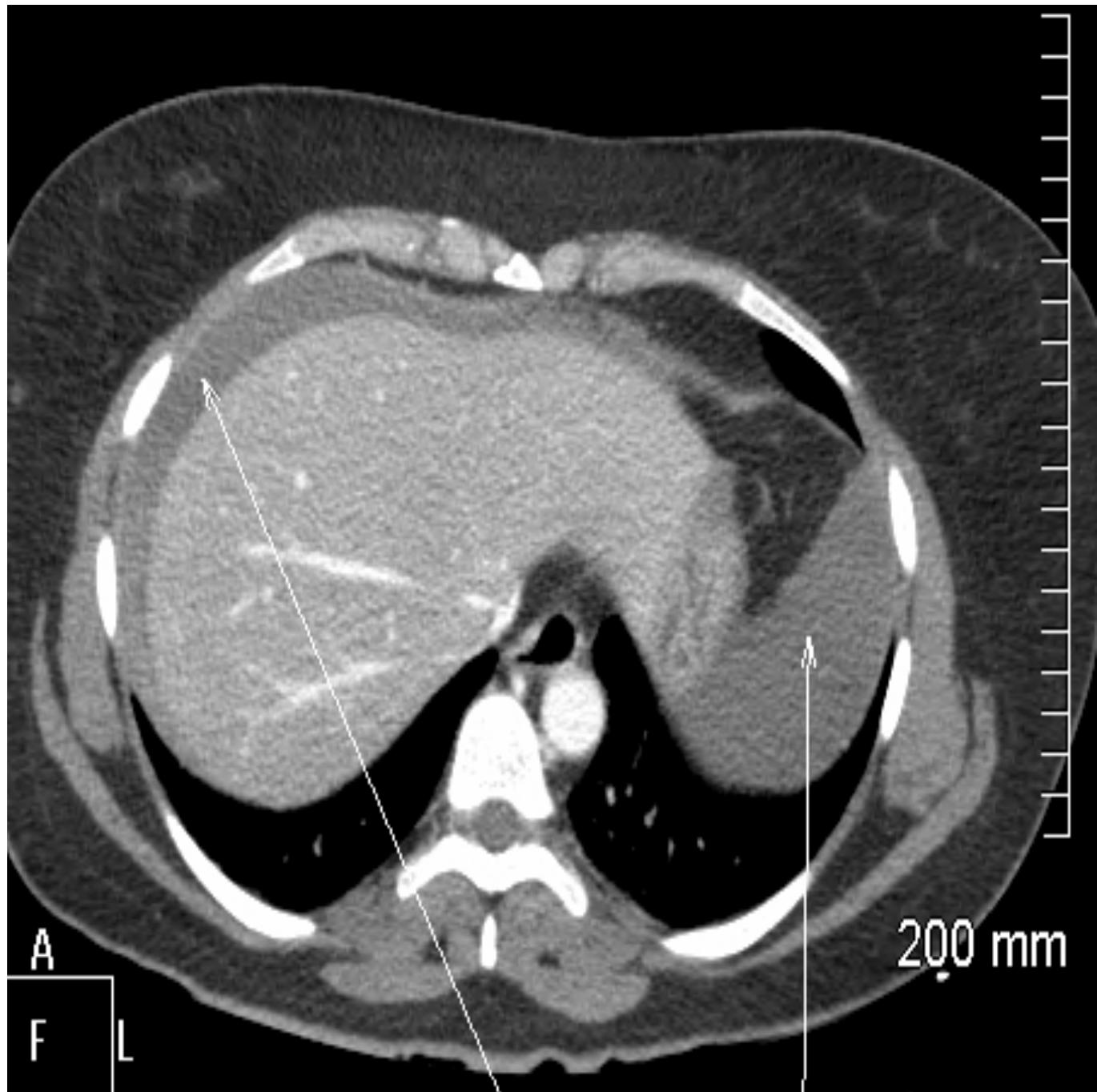
Échographie abdomino-pelvienne



Interprétation :

Hématome sous capsulaire du foie.

TDM abdominale



Interprétation :

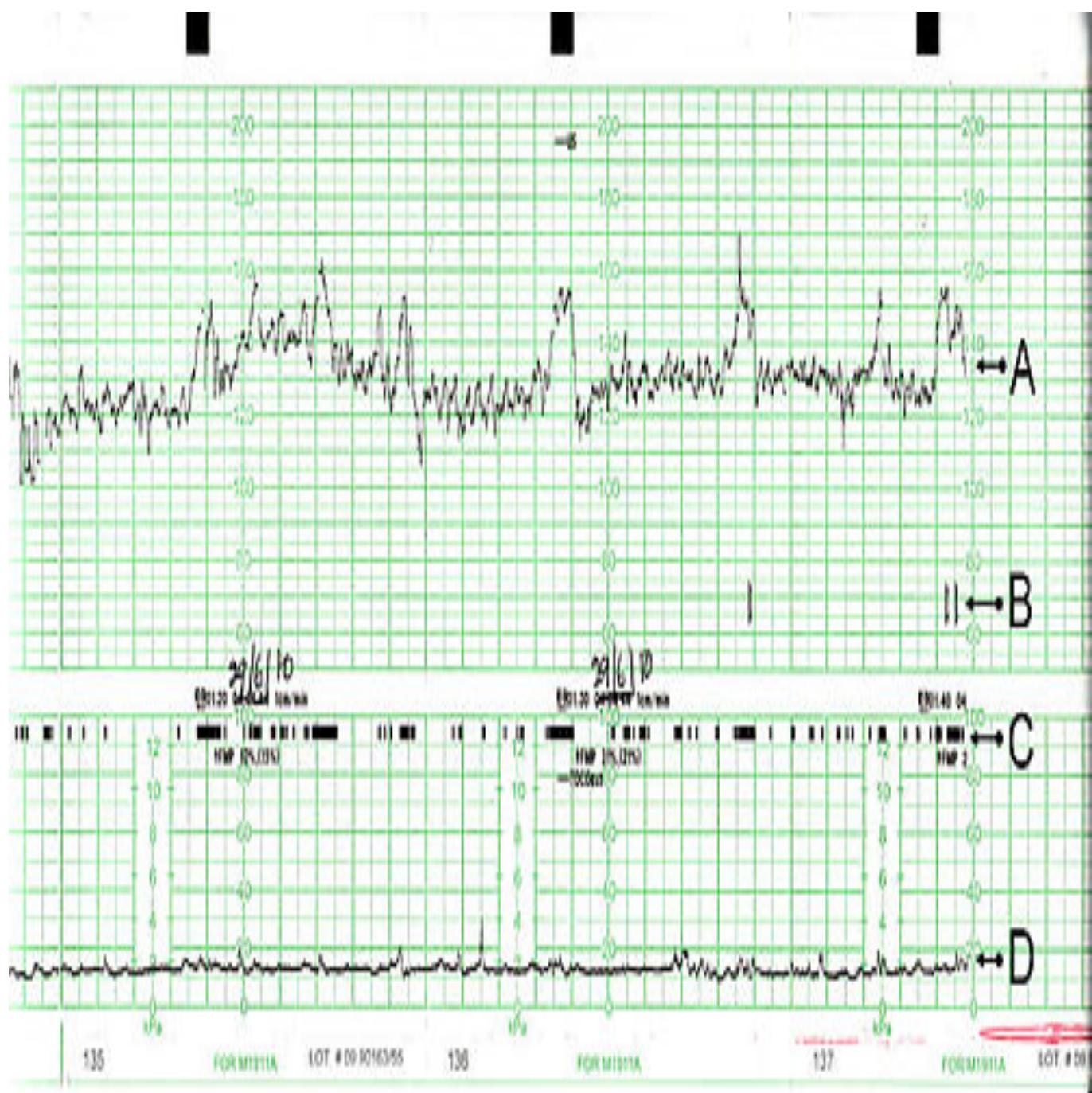
Hématome sous capsulaire du foie.

Échographie obstétricale



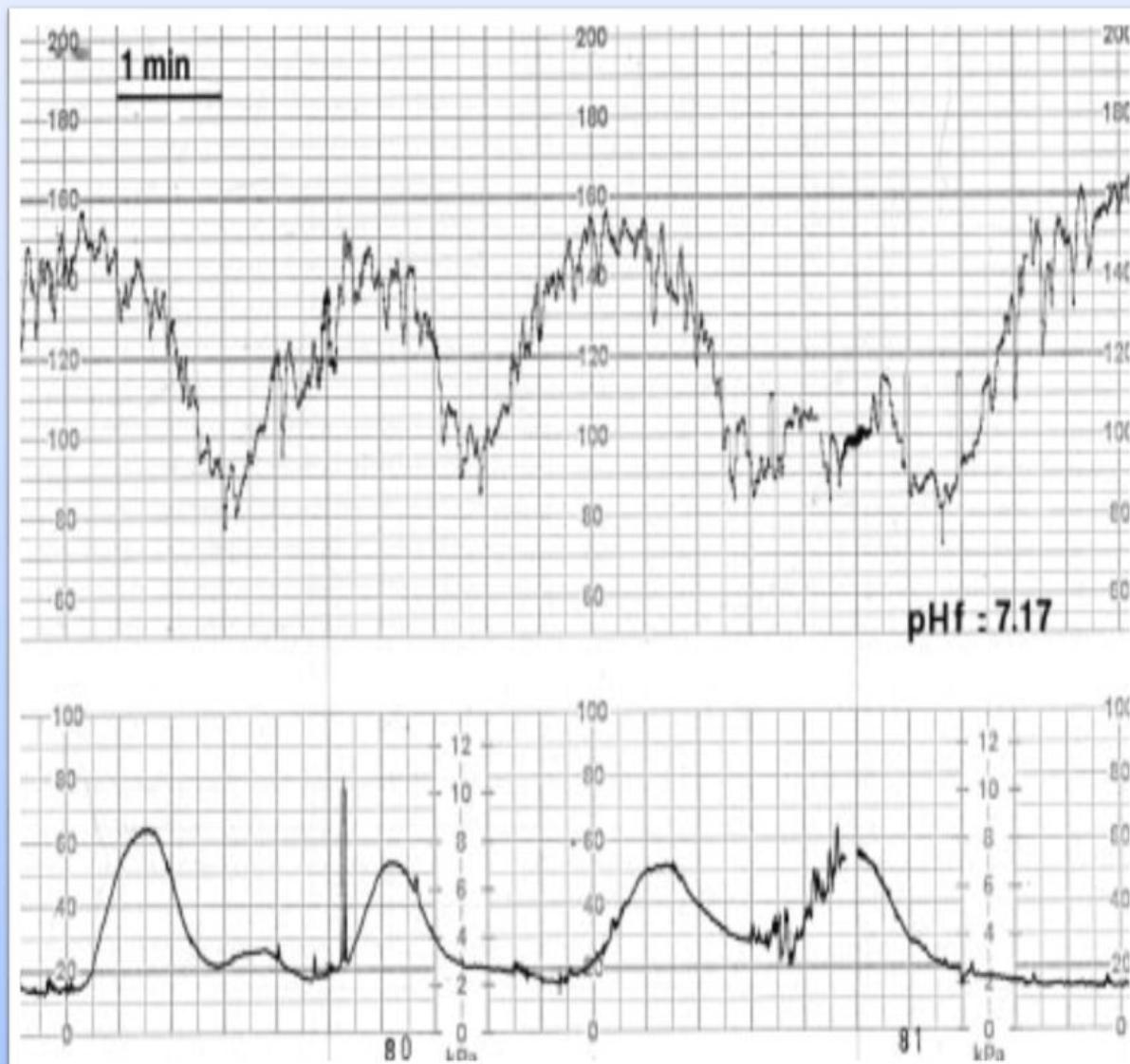
Interprétation :

**Grossesse estimée à 32 SA,
RCIU.**



Interprétation :

Tracé normal.



Décélération Dip II

Interprétation :

Décélérations fœtales.