Aider les mères et les bébés à survivre

Pré-éclampsie et éclampsie

Guide du Prestataire

Helping Mothers Survive

innovating to save lives
Jhpiego
an affiliate of Johns Hopkins University

January 2017

© 2017 Jhpiego Corporation
Tous droits réservés.
ISBN: 978-82-8276-187-1
20-13674 Rev A

Remerciements

Le Module de formation sur la pré-éclampsie et l'éclampsie du programme Aider les mères à survivre (Helping Mothers Survive) a été conçu et mis au point par une équipe du Bureau de la direction technique de Jhpiego dirigée par Laura Fitzgerald et Cherrie Evans. Nous exprimons notre sincère gratitude à nos partenaires et collègues du monde entier qui travaillent avec nous pour réduire les décès inutiles des femmes et de leurs nouveau-nés. Nous souhaitons remercier tout particulièrement ceux qui ont orienté l'élaboration de ces documents, notamment la Confédération internationale des sages-femmes (ICM), le Fonds des Nations Unies pour la population, (UNFPA), l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) , l'Association de Sages-Femmes des Etats-Unis (ACNM), l'Association des Obstétriciens et des Gynécologues des États-Unis (ACOG), l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID), le Programme de survie de la mère et de l'enfant (MCSP) et l'Académie Américaine de la Pédiatrie (AAP).

Nous souhaitons remercier nos collègues partenaires en Ouganda qui ont appuyé les tests de ces documents. Un grand merci à Anne Jorunn Svalastog Johnsen, illustratrice pédagogique / directrice artistique, et Bjørn Mike Boge, illustrateur à Laerdal pour leur aide inestimable en aidant à rendre ces matériels d'apprentissage accessibles à tous.

Ce travail a été rendu possible grâce au soutien généreux de Jhpiego – une filiale de l'Université Johns Hopkins- et Laerdal Global Health.

Jhpiego est une organisation de santé internationale à but non lucratif, affiliée à l'Université Johns Hopkins. Depuis plus de 40 ans, Jhpiego offre aux agents de santé de première ligne des moyens d'agir en concevant et en mettant en œuvre des solutions efficaces, peu coûteuses et pratiques pour renforcer la prestation de soins de santé auprès des femmes et de leur famille. En intégrant des innovations de santé fondées sur des preuves dans la pratique quotidienne, Jhpiego œuvre en vue de vaincre les obstacles à l'accès aux soins de qualité pour les populations les plus vulnérables dans le monde.

Sauver des vies à la naissance

Aider les mères à survivre (HMS) et Aider les bébés à survivre (HBS) sont des suites de modules de formation visant à s'attaquer aux principales causes de décès chez les femmes et les nouveau-nés. En renforçant les capacités de la main-d'œuvre de la santé qui fournit des soins avant, pendant et après la naissance, les décès inutiles peuvent être évités. Ciblant les prestataires à tous les niveaux qui assistent aux accouchements ou qui sont appelés à gérer les complications, HMS et HBS équipent les agents de santé de première ligne pour fournir des soins de haute qualité basés sur des preuves et identifier et gérer rapidement les complications potentiellement mortelles.

Comprenant que les soins pour la femme et le bébé doivent être intégrés pour obtenir les meilleurs résultats possibles, HMS et HBS utilisent une approche similaire avec un apprentissage interactif pratique. Cela comprend l'apprentissage en équipe, la pratique des compétences et la simulation avec une pratique immédiate et du feedback. Chaque module utilise un apprentissage interactif à faible dose et haute fréquence (FDHF) suivi par une pratique répétée et en équipe sur le lieu du travail pour renforcer et maintenir les compétences. L'intégration du HMS et du HBS dans les programmes de formation existants étendra la portée de la formation continue et permettra aux prestataires de répondre aux besoins critiques des femmes et des bébés.

Le module de formation HMS sur la pré-éclampsie et éclampsie est conçu pour les équipes de professionnels de la santé de première ligne qui s'occupent des femmes au moment de la grossesse et de l'accouchement. L'équipe comprend des accoucheuses qualifiées telles que des sages-femmes et des médecins, et d'autres membres de l'équipe, tels que les infirmières et le personnel de soutien. Ce module aide les apprenants à maîtriser les compétences nécessaires pour détecter, classifier et gérer efficacement et en toute sécurité la pré-éclampsie sévère / l'éclampsie (PES/E).

Matériels d'apprentissage :

1. **Plan d'action 1 and Plan d'action 2 -** Les outils graphiques contribuent à identifier et à prendre en charge la PE/E. Le Plan d'action 1 cible principalement les établissements de santé primaire et comprend l'évaluation initiale, le diagnostic et l'initiation du traitement. Le Plan d'action 2 vise à être utilisé dans les services spécialisés qui fournissent une prise en charge continue.
2. **Le tableau à feuilles mobiles** est utilisé pour l'enseignement et peut servir de référence pour la pratique après la formation initiale.
3. **Le Guide du prestataire** est destiné aux facilitateurs et aux apprenants. Il contient des informations cliniques détaillées et appuie la pratique continue.

Le module sur la PE/E est conçu pour une formation sur site d'un ou deux jours, selon la capacité de l'établissement de fournir des soins initiaux ou avancés / continus aux femmes atteintes de la PE/E. Après la formation, les apprenants continueront à pratiquer des compétences nouvelles ou mises à jour, encadrées par des coordonnateurs pairs sur place. Reconnaissant que tout apprenant peut potentiellement coordonner la pratique après la formation initiale, ce guide du prestataire contient du matériel pour tout le monde.

Contents

Sauver les vies à la naissance 4
Assurer des soins respectueux 6
Communiquer de manière efficace 7
Troubles hypertensifs de la grossesse 8
Évaluer la tension artérielle 10
Évaluer la présence de protéines dans les urines 12
Évaluer la présence de signes de danger 14
Évaluer les convulsions 16
Classifier 18

Réévaluer 19
Effectuer les analyses de laboratoire 20
Renforcer le suivi 21
Confirmer l'âge gestationnel 22
Accouchement à 37 semaines 24
Assurer les soins maternels et néonatals essentiels 26

Mobiliser l'équipe, Administrer une dose de charge de $MgSO_4$ 28
Mobiliser l'équipe, Administrer une dose de charge de $MgSO_4$ (Zuspan) ... 30
Surveiller la femme après l'administration du $MgSO_4$ 32
Donner les médicaments pour faire baisser la TA sévère 34
Rechercher des soins avancés 36
Hospitaliser la patiente référée, ou continuer les soins pour la femme déjà hospitalisée 38

Commencer ou continuer l'administration de $MgSO_4$ et des médicaments pour faire baisser la TA sévère 40
Continuer la surveillance étroite de la femme et du fœtus. 42
Confirmer l'âge gestationnel 44
Mettre un terme à la grossesse 46
Administrer de la dexaméthasone 48
Hospitaliser la femme et assurer une surveillance étroite ... 50
Déclencher l'accouchement 52
Après la naissance, assurer une surveillance étroite et des soins maternels et néonatals essentiels 54

Abréviations 56
Références 57
Activités FDHF 58
Clé des réponses 64
Plan d'action 1 66
Plan d'action 2 -Soins avancés 67

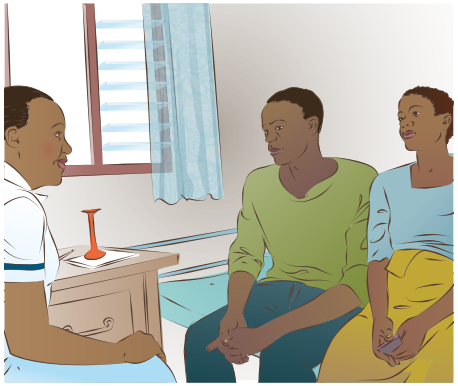
Assurer des soins respectueux aux femmes et à leurs familles

Attentes de performance

Communiquer professionnellement et respectueusement avec les femmes et leurs familles.

Points clés

- *Chaque femme mérite des soins respectueux.*
- *Les soins respectueux sauvent des vies.*
- *Les femmes ont le droit à l'intimité et à la confidentialité.*



Connaissances clés

- Chaque femme mérite le respect.
- Toutes les femmes devraient être traitées de manière égale indépendamment de l'origine ethnique, de la culture, du statut social, de la religion, du niveau d'éducation et du statut matrimonial ou économique.
- Administrer des soins adaptés à l'âge.
- Les soins respectueux permettent de sauver des vies : les femmes sont susceptibles de ne pas recourir aux soins si elles pensent qu'elles ne seront pas traitées de manière appropriée.
- Les femmes ont le droit à l'intimité et à la confidentialité pendant les séances de conseil, les examens physiques, les procédures cliniques et le traitement des dossiers.
- Respecter le droit d'une femme à avoir un/une accompagnant(e) de son choix. La présence d'un /une accompagnant(e) permet d'améliorer les résultats et peut réduire la durée du travail.
- Les femmes ont le droit de refuser les soins ou de rechercher des soins ailleurs.

Actions clés

- Expliquez toujours ce qui se passe et pourquoi.
- Apportez des soins avec douceur.
- Ne laissez jamais une femme atteinte de la PES/E seule. Si vous devez vous absenter, demandez à quelqu'un d'autre de rester auprès d'elle et assurez-vous qu'il ou elle sait comment obtenir de l'aide si nécessaire.

Notes sur le counseling

Comment faire preuve de respect:

1. Présentez-vous par votre nom et sourirez.
2. Regardez les femmes auxquelles vous vous adressez.
3. Utilisez un langage simple et clair.
4. Parlez calmement.
5. Portez une attention lorsque la femme parle.
6. Incluez les femmes et les familles dans les discussions relatives aux soins.
7. Expliquez toute procédure et obtenez l'autorisation avant de commencer.

Adapté de l'aide-mémoire de l'USAID / MCHIP / ACNM: « Je traite les patients et leurs familles de la manière dont j'aimerais être traitée! » https://www.k4health.org/sites/default/file

Communiquer de manière efficace avec l'équipe de la prise en charge

Attentes de performance

Communiquer de manière efficace avec les membres d'équipe pendant une urgence.

Points clés

- *Une bonne communication permet de sauver des vies.*
- *Savoir qui appeler pour avoir de l'aide.*
- *Attribuer un rôle à chaque membre de l'équipe.*
- *Disposer d'un plan pour la prise en charge des urgences.*

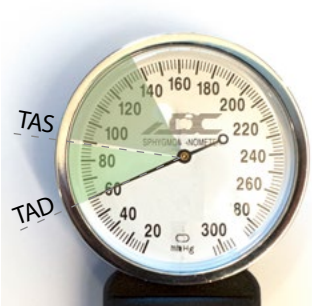
Connaissances clés

- Les membres de l'équipe sont le personnel de l'établissement dans lequel la femme reçoit les soins et ce de l'établissement de référence, et la femme et sa famille.
- Une mauvaise communication peut entraîner de mauvais résultats.
- Savoir qui appeler et comment en cas d'une urgence.
- L'anxiété et la peur sont normales en cas d'urgence (comme lorsqu'une femme convulse), mais ces émotions peuvent entraver une bonne communication. Les prestataires doivent rester calmes et parler à d'autres prestataires, à la femme et à la famille de façon claire mais rassurante.
- Disposer d'un plan avant une urgence et simuler quoi faire en cas d'une urgence grâce à des exercices pratiques, renforce la confiance et rend la communication plus facile en cas d'urgence. Mener des exercices pratiques donnent aux prestataires la possibilité de pratiquer la résolution de problèmes, le travail d'équipe et la prise de décision.

Actions clés

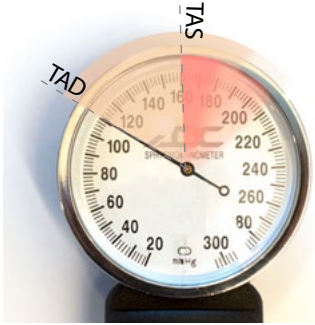
- Vous devez alerter les autres membres de votre équipe rapidement en cas d'urgence afin qu'ils puissent répondre le plus tôt possible
- Communiquez avec confiance et clairement - ne supposez pas que les autres savent ce que vous pensez.
- Parlez fort pour être sûr que toutes les actions ont été entendues et sont en cours.
- Etablissez clairement les rôles de chaque personne pour répondre à une urgence. Appelez les personnes par leur nom puis précisez qui doit faire quoi. Demandez à chaque personne de répéter la tâche qui lui a été attribuée - par exemple, « Je vais commencer une perfusion IV de sérum physiologique » - pour montrer que l'instruction a été entendue et comprise.

Troubles hypertensifs de la grossesse



Tension artérielle (TA) Normale
TAS 90 –140 mmHg
ET
TAD 60–90 mmHg

Pré-éclampsie (PE)
TAS ≥ 140 mmHg
OU
TAD ≥ 90 mmHg



Pré-éclampsie sévère (PES)
TAS ≥ 160 mmHg
OU
TAD ≥ 110 mmHg

Attentes de performance

1. *Décrire l'importance de la pré-éclampsie (PE) et l'éclampsie (E).*
2. *Définir la PE, la pré-éclampsie sévère (PES), et l'E.*

Points clés

- *La PE/E sont sur un continuum de troubles hypertensifs de la grossesse qui incluent l'hypertension (HTA) chronique, l'HTA gestationnelle, et la PE/E. Ce module se concentre sur la PE/E.*
- *La PE et l'E sont les principales causes de décès ;* ***toutes*** *les femmes enceintes, en travail et en post-partum y sont à risque.*
- *La progression vers une maladie grave peut se produire rapidement. La PES et l'E sont des urgences potentiellement mortelles !!*
- *La TA doit être vérifiée à chaque visite prénatale, à l'admission pour le travail, pendant le travail, après la naissance, lors des visites du post-partum, et chaque fois qu'une femme enceinte / en post-partum présente un problème.*

Classification

(Voir le tableau sur la page 18)

La PE et l'E sont diagnostiquées au-delà de 20 semaines d'aménorrhée (SA).

Pré-éclampsie (PE)

- Nouvelle survenue de TA élevée au cours de 2 lectures à au moins 4 heures d'intervalle :
  - TA systolique (TAS) ≥ 140 mmHg ou
  - TA diastolique (TAD) ≥ 90 mmHg

  PLUS
- Protéinurie : ≥ 300 mg de protéine dans un échantillon d'urine sur 24 heures ou 2+ sur la bandelette urinaire ou un ratio protéine : créatinine urinaire d'au moins 0,3 chez une femme sans antécédents de la protéinurie

Pré-éclampsie sévère (SPE)

1. Nouvelle survenue d'une TAS ≥ 160 mmHg OU TAD ≥ 110 mmHg avec une protéinurie comme ci-dessus

OU

2. Une PE telle que définie ci-dessus plus l'un des **signes de danger** suivants signalés par la femme :
   - Maux de tête sévères non soulagés par des analgésiques
   - Changements affectant la vision
   - Barre épigastrique
   - Difficultés à respirer

OU des **signes de danger** qui peuvent être mesurés :

- Œdème pulmonaire
- Oligurie, définie comme un débit urinaire de < 400 ml en 24 heures
- Plaquettes faibles, créatinine sérique élevée ou élévation des enzymes hépatiques

Eclampsie (E)

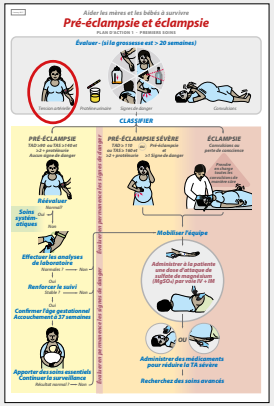
- PE telle que définie ci-dessus PLUS
- Convulsions ou perte de conscience

Connaissances clés

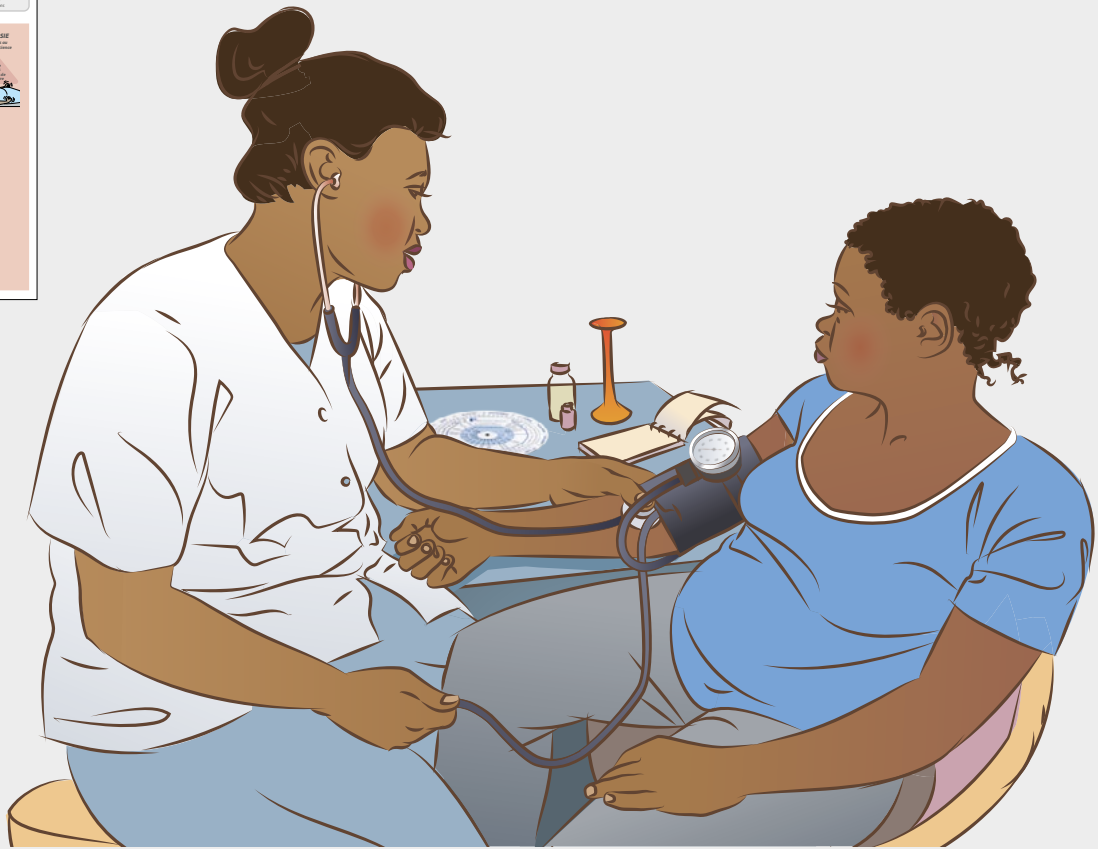
- La PE et l'E sont des causes principales de mortalité maternelle et périnatale. Les prestataires qualifiés qui travaillent en équipe sauvent des vies grâce à une détection précoce, à une bonne prise en charge et à une référence appropriée.
- La PE se caractérise par une TA élevée et une protéinurie au-delà de 20 SA.
- Pour la détection précoce de la PE, une surveillance régulière et précise de la TA, la détection de la protéinurie, et le dépistage des signes de danger sont essentiels au cours des soins pendant la grossesse, le travail et l'accouchement, et le post-partum.
- Les femmes atteintes de la PE peuvent développer des complications potentiellement mortelles, y compris une insuffisance rénale et hépatique, des coagulopathies, des problèmes cardiaques, des problèmes respiratoires et des accidents vasculaires cérébraux (AVC).
- Apprendre aux femmes et aux familles à reconnaître les signes de danger de la PE/E. Certaines femmes développent une éclampsie même en l'absence de l'HTA ou de la protéinurie.
- La PE peut progresser rapidement sans avertissement à l'E, le trouble hypertensif le plus dangereux de la grossesse.

Actions clés

- **Assurez le dépistage de la PE / E chez toutes les femmes enceintes de plus de 20 SA, en travail, et en post-partum :**
  - Prenez et notez la TA pour toutes les femmes.
  - Si la TA est élevée, vérifiez le niveau de protéine dans les urines.
  - Évaluez toutes les femmes pour les signes de danger et, si possible, effectuez les tests de laboratoire lorsque la TA est élevée.
- **En cas de suspicion de PES, n'attendez PAS 4 heures pour reprendre la TA. Commencez le traitement immédiatement!**



Evaluer la tension artérielle



Attentes de performance

- *Prendre la TA avec précision.*
- *Distinguer la TA normale des résultats anormaux.*

Points clés

- *Des mesures précises de la TA sont essentielles pour poser un diagnostic!*

Connaissances clés

- **TA normale** : TAS 90–139 mmHg et TAD 60–89 mmHg
- **PE:** TAS ≥ 140 mmHg mais < 160 mmHg OU TAD ≥ 90 mmHg mais < 110 mmHg au cours de 2 lectures à au moins 4 heures d'intervalle
- **PES :** TAS ≥ 160 mmHg OU TAD ≥ 110 mmHg
- Les lectures de la TA peuvent être peu fiables en raison d'une mauvaise technique, d'un dispositif défaillant, ou de facteurs chimiques (tabac ou caféine) ou émotionnels (peur ou stress).
- La TA peut varier en raison des changements physiologiques pendant la grossesse. La TA diminue souvent au milieu de la grossesse, mais revient aux valeurs pré-grossesse à terme.
- Lorsque la TA avant la grossesse est inconnue, la TA prise avant 20 semaines de grossesse est considérée comme la TA de base.
  - Le diagnostic de la PE est posé si la TA est élevée sur deux lectures consécutives prises au moins 4 heures d'intervalle avec la femme au repos chez la femme sans d'antécédents d'une TA élevée. **Cependant, si la TAS est ≥ 160 mmHg OU la TAD est ≥ 110 mmHg, ceci est une urgence ! Prenez la femme en charge immédiatement !**

« À faire » pour assurer la précision de la prise de la TA

- Enlevez tous les vêtements serrés autour de son bras.
- **Assurez-vous qu'elle est assise avec son dos et son bras soutenus, les deux jambes à plat sur le sol, avec son bras au niveau de son cœur.**
- Assurez-vous qu'elle est aussi détendue et confortable que possible.
- Parlez-lui d'une manière gentille et respectueuse pour l'aider à se sentir à l'aise.
- Utilisez la taille de brassard appropriée si plusieurs tailles sont disponibles. Le brassard doit entourer au moins les trois quarts de la circonférence de son bras. Enroulez le brassard autour du bras à environ 2 ou 3 cm au-dessus du coude.
- Assurez-vous que l'aiguille est à zéro au début et à la fin de la mesure.
- Utilisez la clé de calibrage si nécessaire pour mettre l'aiguille à zéro.
- Placez les écouteurs du stéthoscope de sorte qu'ils pointent vers votre nez.
- Gonflez rapidement le brassard. Arrêtez-vous dès que la jauge indique 30 à 40 mmHg au-dessus de la TA normale de la femme (ou à 180 mmHg si sa TA n'est pas connue), puis relâchez de l'air à environ 3 mmHg / sec.
- Prenez la mesure de la TAS au moment précis où vous entendez de nouveau le cœur ; Prenez la mesure de la TAD au moment précis où le son des battements cardiaques disparait.
- **Il est important d'utiliser ce que vous entendez** et non ce que vous voyez pour noter chaque mesure.

« A NE PAS faire » pendant la prise de la TA

- **NE prenez PAS la TA de la femme si elle a fumé, pris de l'alcool ou du café, fait de l'exercice vigoureusement ou a eu une procédure douloureuse au cours des 30 dernières minutes.**
- **Ne mesurez pas** la TA avec la femme allongée sur le dos; l'utérus enceinte exerce une pression sur les vaisseaux sanguins, entraînant une chute de la TA. Si elle ne peut pas s'asseoir, prenez la TA avec la femme allongée sur le côté gauche.
- **Ne parlez pas** à la femme et ne lui demandez pas de vous parler pendant que vous prenez sa TA.
- N'arrondissez pas le chiffre en haut ou en bas mais donnez le chiffre exact. Note : Chaque barre de la jauge d'un tensiomètre manuel est de 2 mmHg.

Evaluer la présence de protéines dans les urines

Attentes de performance

- *Evaluer la présence de protéines dans les urines.*
- *Distinguer la protéinurie normale des résultats anormaux.*

Points clés

- *Les femmes enceintes en bonne santé ne doivent pas avoir un taux de protéines supérieur à 1+ dans leurs urines.*
- *La protéinurie associée à la PE est :*
  - ≥ 300 mg de protéines dans un échantillon d'urine sur 24 heures, OU
  - Ratio protéine : créatinine urinaire d'au moins 0,3, OU
  - ≥ 2+ sur une bandelette urinaire.
- ***Remarque : S'il n'y a pas de moyens de vérifier le taux de protéines dans les urines, commencez immédiatement le traitement des femmes qui répondent autrement à la définition de la PES. Agissez immédiatement !***

Connaissances clés

- Une protéinurie excessive est définie comme ≥ 300 mg de protéine dans l'urine recueillie pendant 24 heures ou 2+ sur la bandelette urinaire ou un ratio protéine : créatinine urinaire d'au moins 0,3. La détection de la protéinurie est essentielle pour le diagnostic de la PE et peut sauver la vie d'une femme.
- La bandelette urinaire ne doit être utilisée que lorsque des méthodes plus fiables ne sont pas disponibles (comme la collecte d'urine sur 24 heures ou le ratio protéine: créatinine urinaire). Si une bandelette urinaire est utilisée, un échantillon d'urine de capture propre doit être obtenu.
- La protéinurie peut indiquer d'autres conditions (anémie sévère, maladie rénale, infections des voies urinaires) ainsi que la contamination par des sécrétions vaginales, du sang ou du liquide amniotique. Cependant, la PE est la cause la plus fréquente de la protéinurie pendant la grossesse.
- Les femmes peuvent être atteintes de la PE/E en plus d'autres conditions qui causent la protéinurie.
- Une fois que la protéinurie est détectée et que le diagnostic de la PE/E est posé, il est inutile de vérifier la protéinurie à nouveau.

Actions clés

- Vérifiez s'il y a une protéinurie à chaque fois qu'une femme enceinte de plus de 20 SA, une femme en travail, ou une femme en post-partum a une TAS ≥ 140 mmHg OU une TAD ≥ 90 mmHg.
- **Si vous ne pouvez pas vérifier la protéinurie OU si vous mesurez la protéinurie avec les bandelettes urinaires et la protéinurie est < 2+ mais la femme a des signes de danger de la PES ou la TA sévère, commencez le traitement pour la PES immédiatement!**
- Pour la collecte de l'un échantillon d'urine de capture propre, demandez à la femme de nettoyer sa vulve avec de l'eau, de libérer une petite quantité d'urine, puis de placer une tasse propre et sèche pour collecter l'urine.

Examen des urines par bandelette urinaire réactive

Utilisez seulement en l'absence de méthodes plus fiables. Pour tester la protéine avec une bandelette urinaire:

1. *Recueillir un échantillon d'urine de capture propre*
2. *Tremper complètement les zones réactives de la bandelette dans l'urine. Secouer l'excès d'urine en tapotant la bandelette sur le côté de la tasse.*
3. *Comparer les résultats obtenus à la réglette comparative. Respecter le temps de lecture indiqué par le fabriquant*

Analyse de la protéinurie sur 24 heures

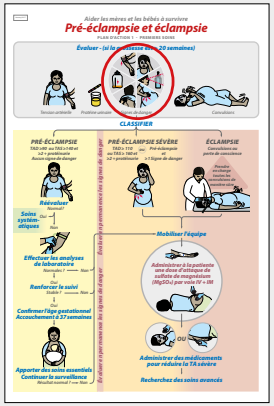
Le dosage de la protéinurie fait sur les urines des 24 heures dans leur totalité est l'étalon-or.
Conditions de prélèvement :

1. *Recueillir la totalité des urines dans une bouteille en plastique pendant 24 heures.*
2. *Étiqueter le conteneur avec le nom, l'heure de début et de fin pour la collecte et le test prescrit.*
3. *Conserver les urines dans un réfrigérateur.*
4. *Livrer le conteneur au laboratoire pour qu'il soit testé dans l'heure qui suit la fin de la collecte ou réfrigérer jusqu'à la réalisation du test.*

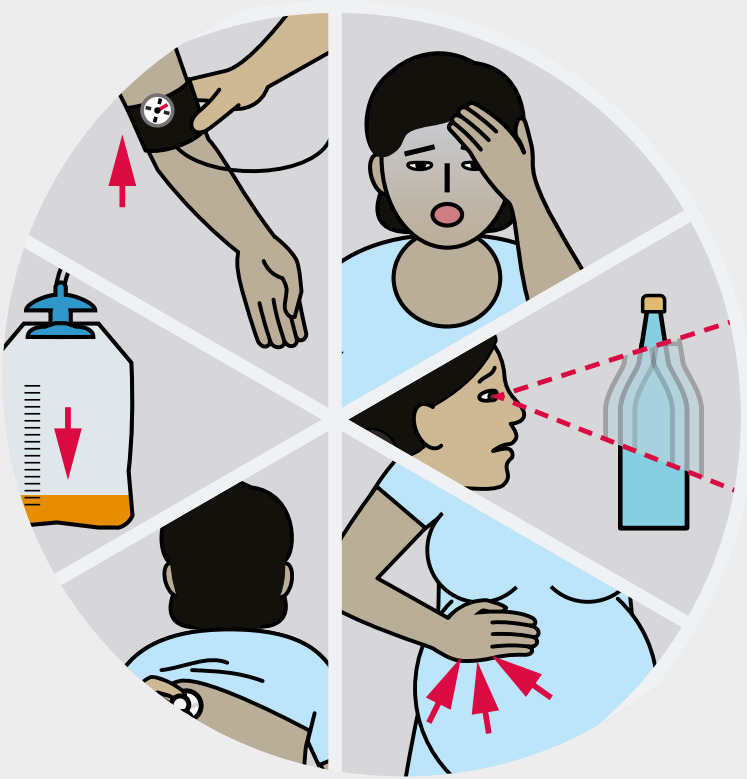
Ratio protéine: créatinine urinaire

Cela peut être utilisé à la place d'une analyse de la protéinurie sur 24 heures. Il peut être utilisé pour "exclure" la protéinurie.

1. *Recueillir un échantillon d'urine de capture propre.*
2. *Couvrir hermétiquement, étiqueter, et envoyer l'échantillon au laboratoire dans l'heure qui suit la collecte ou réfrigérer jusqu'à ce que l'analyse soit exécutée.*



Evaluer la présence des signes de danger



Attentes de performance

- *Faire le dépistage des signes et symptômes d'aggravation de la PE*

Points clés

- *Les femmes présentant une TA élevée doivent toujours faire l'objet d'un dépistage des signes de danger.*
- *Une nouvelle survenue de TA élevée accompagnée d'au moins un signe de danger indique la présence d'une PES. Il s'agit d'une urgence médicale !*
- *La TA dans la catégorie sévère n'est PAS nécessaire pour poser le diagnostic de la PES. Une femme peut avoir une TA entrant dans une catégorie moins grave, mais si elle présente au moins un signe de danger, elle est atteinte de la PES !*
- ***Diagnostiquer et traiter la PES si la TA est légèrement élevée (TAS ≥ 140 mmHg OU TAD ≥ 90 mmHg) mais la femme présente un signe de danger !***

Connaissances clés

- **Toutes les femmes enceintes, en cours de travail et en post-partum doivent être évaluées pour ces signes de danger:**
  - TA dans la catégorie "sévère"(TAS ≥ 160 mmHg OU TAD ≥ 110 mmHg)
  - Céphalées sévères non soulagées par des analgésiques
  - **Troubles de la vision** tels qu'une vision floue ou l'apparition de lumières ou de taches.
  - **Barre épigastrique** - Douleurs au quadrant supérieur droit (QSD)
  - **Œdème pulmonaire** = difficulté à respirer et / ou râles (sifflements anormaux) entendus à l'auscultation des poumons
  - Oligurie = passage de moins de 400 mL d'urine en 24 heures
- Dans le passé, l'œdème des pieds et des jambes était considéré comme un signe de la PE. Ce n'est plus un signe diagnostique aujourd'hui car l'œdème des membres inférieurs est courant en fin de grossesse. Des œdèmes importants des mains et du visage ont une association plus forte avec la PE.
- L'oligurie doit être mesurée de façon objective pour poser le diagnostic de la PES, sachant que le passage fréquent de petites quantités d'urine est courant pendant la grossesse. Les femmes peuvent signaler une réduction du débit urinaire lorsqu'on le leur demande. Les prestataires doivent être conscients de cet important signe diagnostique, mais ne doivent pas le demander pendant le conseil et le dépistage.
- Des analyses supplémentaires peuvent être nécessaires pour poser un diagnostic définitif de la PES. Supposer un diagnostic de la PES tant qu'elle n'a pas été écartée.
- Un taux faible de plaquettes, la créatinine sérique élevée et les enzymes hépatiques élevées sont également des signes de danger.

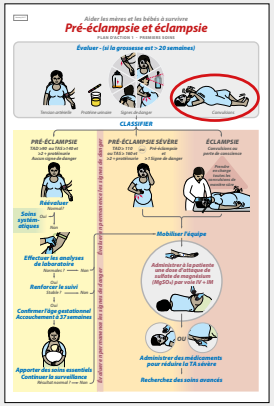
Actions clés

- Evaluez les femmes avec un TA élevée pour la présence des signes de danger. Posez des questions sur chaque signe de danger.
- Conseillez toutes les femmes enceintes et en post-partum et leurs familles sur les signes de danger de la PES/E.

Note sur les soins avancés

Si disponible dans l'établissement, procédez comme suit:

- Surveillez strictement les quantités de liquide administrées et la diurèse afin d'évaluer la présence de l'oligurie et la protéine totale.
- Évaluez le volume de liquide amniotique (valeur normale pour l'indice de liquide amniotique est> 5 cm et <24 cm) et la croissance du fœtus avec l'échographie.
- Réalisez des prélèvements sanguins suivant (les valeurs se trouvent dans le tableau à la page 20) :
  - Numération formule sanguine (NFS) avec numération des plaquettes
  - Enzymes hépatiques
  - Créatinine sérique.



Evaluer les convulsions

Attentes de performance

- *Dépister les antécédents de convulsions.*
- *Identifier les convulsions chez les femmes enceintes ou nouvellement accouchées.*

Points clés

- *Les convulsions sont une urgence mortelle! Mobiliser votre équipe immédiatement!*

Connaissances clés

- Si une femme enceinte, en cours de travail ou en post-partum récent est inconsciente, convulse ou signale une convulsion récente, l'éclampsie doit être suspectée et immédiatement traitée !
- **Ceci est une urgence mortelle!**
- Les suivants sont souvent observés lors d'une convulsion d'éclampsie :
  - Yeux roulants et bombés
  - Serrement des muscles du visage et des mains
  - Serrement des poings et des dents
  - Contractions violentes des muscles
  - Moussant à l'embouchure
  - Respiration bruyante
- Les femmes peuvent perdre conscience après les convulsions.
- Les conditions autres que l'E peuvent entraîner des convulsions. Ceux-ci comprennent: l'épilepsie, la méningite, le paludisme cérébral, un déséquilibre électrolytique, un AVC hypertensif, un traumatisme crânien et une surdose de médicament.
- Les convulsions associées à l'E :
  - Peuvent survenir indépendamment de la gravité de l'HTA (et peuvent survenir quand une femme à une TA normale).
  - Sont difficiles à prévoir.
  - Se produisent souvent sans maux de tête ou changements visuels.
  - Peuvent réapparaître en séquence rapide et peuvent se terminer par la mort.

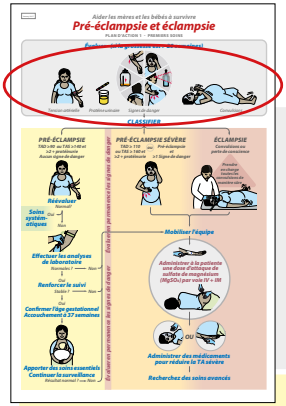
Actions clés

Lorsqu'une femme convulse, immédiatement :

1. **APPELEZ A L'AIDE !** Demandez le kit d'urgence. Si vous êtes seul, la famille peut être votre équipe.
2. Voies aériennes : Tournez la femme sur son côté pour éviter l'aspiration. Assurez-vous que les voies aériennes sont bien dégagées.
3. S'il est disponible, administrez de l'oxygène a 4-6 L par minute par le biais d'un masque ou d'une canule.
4. Respiration : Si la femme ne respire pas, commencez la ventilation avec un sac et un masque.
5. Circulation : Si le pouls est absent, commencez le massage cardiaque.
6. Protégez la femme contre les blessures mais ne cherchez pas à l'immobiliser.
7. Ne placez rien dans sa bouche.
8. Ne laissez jamais la femme seule.
9. Pendant les soins, demandez aux membres de la famille quels sont ses antécédents médicaux et la présence de tout signe de maladie récente, notamment de la fièvre, des frissons, des maux de tête, une rigidité du cou.

Soins après la convulsion :

- Continuez à contrôler les voies aériennes et la respiration ; aspirez des secrétions, si besoin.
- Observez la couleur de la peau de la femme, puis évaluez la nécessité de lui donner de l'oxygène a 4–6 L par minute.
- Auscultez toujours les poumons après les convulsions pour voir si elle a inhalé de sécrétions.
- Encouragez la femme à s'allonger sur le côté pour réduire le risque d'aspiration.
- Vérifiez les signes vitaux et la fréquence cardiaque fœtale si le bébé n'est pas encore né.
- Commencez le traitement de l'éclampsie tout en confirmant le diagnostic. Traitez comme l'éclampsie jusqu'à preuve du contraire.
- Pour confirmer le diagnostic, conduisez des examens supplémentaires, y compris une anamnèse ciblée pour connaitre les antécédents médicaux, des signes vitaux complets, des analyses d'urine, des analyses du sang (créatinine sérique, enzymes hépatiques), un test diagnostique rapide ou un frottis sanguin / une goutte épaisse pour le paludisme, et d'autres examens selon les besoins.



Classifier

Pré-éclampsie (PE)	*TAS ≥ 140 mmHg OU TAD ≥ 90 mmHg* *(Avec 2 lectures à au moins 4 heures d'intervalle)*	*Bandelette urinaire 2 + OU ≥ 300 mg de protéines dans un échantillon d'urine sur 24 heures OU ratio protéine : créatinine urinaire d'au moins 0,3*	*AUCUN*	*AUCUN*
Pré-éclampsie sévère (PES)	*TA telle que mentionnée ci-dessus PLUS un signe de danger au moins OU TAS ≥ 160 OU TAD ≥ 110*	*Généralement : la protéinurie est associée à la PE (ci-dessus)*	*Au moins un des signes suivants:* *1. Douleurs au quadrant supérieur droit* *2. Maux de tête sévères* *3. Vision trouble* *4. Œdème pulmonaire* *5. Oligurie* *6. Plaquettes anormales, créatinine sérique anormales ou enzymes hépatiques anormales*	*AUCUN*
Éclampsie (E)	*Généralement : TAS ≥ 140 OU TAD ≥ 90*	*Généralement : la protéinurie est associée à la PE (ci-dessus)*	*Peut présenter au moins l'un des signes de danger ci-dessus ou ne peut en présenter aucun*	*A fait au moins une convulsion ou est inconsciente*

Attentes de performance

- *Confirmer ou exclure les diagnostics de PE/E selon les résultats de l'évaluation.*

Points clés

Lorsque la femme est évaluée dans les 4 heures qui suivent la première élévation de la TA, ou lorsqu'une femme est référée parce que la PE est soupçonnée :

- *Reprendre la TA*
- *Analyser l'urine pour les protéines si cela n'a pas été fait ou si cela a été fait ailleurs*
- *Rechercher la présence des signes de danger ou les antécédents de convulsions.*

Si la PES est suspectée, NE PAS attendre 4 heures pour prendre la TA à nouveau. Commencer le traitement immédiatement !

Connaissances clés

- Les femmes peuvent être référées avec des informations peu fiables (par exemple, une lecture de la TA unique ou inexacte ou un test de protéinurie à partir d'urine contaminée). Peut-être que la femme n'a pas été évaluée pour la présence des signes de danger de la PES. Recueillir vous-même les informations pour confirmer le diagnostic.

Prise en charge de la pré-éclampsie

Réévaluer

Actions clés

Lorsqu'une femme suspectée d'être atteinte de la PE est référée chez vous, vérifiez rapidement que son état est stable et effectuez une évaluation de routine : vérifiez la TA, évaluez la protéinurie, recherchez la présence des signes de danger et les antécédents de convulsions.

- Si elle ne répond pas aux critères de diagnostic de la PE, excluez les autres problèmes, lui apprenez les signes de danger de la grossesse et les signes du début du travail, renforcez l'élaboration des plans de préparation à l'accouchement et aux complications, puis confirmez la prochaine visite de la consultation prénatale (CPN).
- Si la femme REPOND aux critères de diagnostic de la PE :
  - Effectuez les analyses de laboratoire.
  - Augmentez la fréquence des visites de CPN
  - Apprenez à la femme les signes de danger de la PES / E et les signes du travail.
  - Vérifiez qu'elle dispose d'un plan d'accouchement et en cas de complications.

Notes sur le counseling

1. Si vous diagnostiquez la PE, expliquez son diagnostic à la femme et dites-lui qu'elle aura besoin d'un suivi plus étroit pour le reste de sa grossesse.
2. Conseillez à la femme de rechercher des soins immédiatement dans les cas suivants :
   - Maux de tête sévères
   - Changements affectant la vision
   - Douleurs sévères au QSD
   - Difficultés à respirer
   - Convulsions
   - Diminution des mouvements fœtaux
   - Rupture des membranes
3. Assurez-vous que la femme a des numéros de contact et un moyen d'obtenir de l'aide si elle a des problèmes.
4. Assurez-vous qu'elle a un moyen de transport et des fonds en cas d'une urgence.
5. Veillez à ce que le partenaire et les membres de la famille connaissent également les signes de danger, la nécessité d'un suivi immédiat et où obtenir des soins.

Prise en charge de la pré-éclampsie

Effectuer les analyses de laboratoire

Attentes de performance

Dans les établissements dotés de laboratoires, prescrire les tests de laboratoire suivants pour les femmes atteintes de la PE : NFS avec numération de plaquettes, créatinine sérique et enzymes hépatiques.

Points clés

- *Les valeurs normales du laboratoire en l'absence de signes de danger sont rassurantes et indiquent que la femme atteinte de la PE peut être surveillée en toute sécurité en consultation externe.*
- *Les femmes ayant des résultats de laboratoire qui ne sont pas normaux nécessitent des soins avancés.*
- *Si l'établissement fournit des soins avancés, le protocole de prise en charge de la PE peut obliger la réalisation des tests de laboratoire en cas de suspicion de PE ou de PES au lieu d'attendre 4 heures.*

Connaissances clés

- Lorsqu'ils sont disponibles, les tests de laboratoire :
  - Aident à diagnostiquer et à détecter une aggravation de la maladie
  - Soutiennent la prise de décision et la référence.
- Pour les femmes soupçonnées d'être atteintes de la PE/E, effectuer les tests de laboratoire indiqués dans le tableau ci-dessous si la capacité du laboratoire est disponible.
- L'aggravation des valeurs suggère que la PE/E devient plus sévère, même si la femme n'a aucun signe de danger de la PES.
- Des tests de laboratoire sont recommandés chaque semaine, bien que les prestataires puissent augmenter la fréquence en fonction de leur jugement clinique.

Actions clés

- Prescrivez des tests de laboratoire pour évaluer et surveiller la condition maternelle.
- Si la femme a des résultats qui s'aggravent et n'est pas déjà dans un établissement de soins avancés, référez-la rapidement.
- Respectez les précautions universelles pendant le prélèvement du sang, le transport des échantillons et l'élimination des déchets.
- Expliquez pourquoi ces tests sont importants, partagez les résultats et ce qu'ils signifient.

Test de laboratoire	*But*	*Valeur attendue avec la PE/E qui s'aggrave*	*Fréquence des tests pour les femmes atteintes de la PE qui sont stables*
NFS avec la numération de plaquettes	Evaluer la présence de la thrombocytopénie	Nombre de plaquettes inférieur à 100 000	Hebdomadairement (ou plus souvent selon l'état de la femme et/ou selon le jugement clinique des prestataires)
Créatinine sérique	Evaluer la fonction rénale	≥ 1,1 mg / dL ou 2 x supérieur à son niveau de base	Hebdomadairement
Enzymes hépatiques	Evaluer la fonction hépatique	AST / ALT 2x supérieur à la plage normale	Hebdomadairement

Attentes de performance

Surveiller les femmes atteintes de la PE en toute sécurité et de façon appropriée.

Points clés

- *Les femmes atteintes de la PE, c'est-à-dire celles qui ne présentent aucun signe de danger, devraient être vues deux fois par semaine jusqu'à 37 SA, date à laquelle elles devraient accoucher.*
- *À chaque visite: vérifier la TA, surveiller l'état du fœtus, ausculter les poumons, vérifier les réflexes, évaluer la présence des signes de danger de la PES.*
- *Réaliser les tests de laboratoire une fois par semaine.*
- *Toute femme atteinte de la PE qui ne peut pas revenir pour des visites deux fois par semaine doit être admise ou transférée pour des soins avancés.*

Connaissances clés

- Les femmes diagnostiquées d'une PE pendant la grossesse qui n'ont ni signes de danger de la PES ni des tests de laboratoire anormaux n'ont pas besoin d'être admises à condition qu'elles puissent :
  - Se rendre pour les visites de la CPN deux fois par semaine pour la surveillance.
  - Accéder aux soins immédiatement si elles présentent des signes de danger.

Prise en charge de la pré-éclampsie

Renforcer le suivi

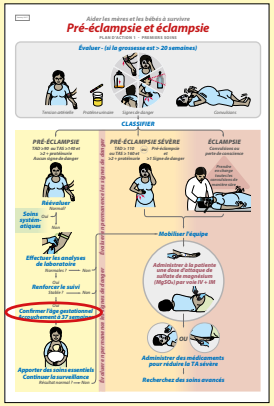
Actions clés

Pour les femmes diagnostiquées de la PE pendant avant le début du travail :

- Poursuivez les visites de CPN. A chaque visite :
  - Prenez la TA.
  - Testez les réflexes afin d'établir une base avant un traitement avec le $MgSO_4$ (voir l'encadré pour savoir comment tester les réflexes).
  - Auscultez les poumons
  - Surveillez l'état fœtal : la croissance du fœtus, les mouvements fœtaux et la fréquence cardiaque du fœtus. S'il y a des signes de souffrance fœtale, référez la femme à un établissement capable de prodiguer des soins appropriés aux femmes atteintes de la PES.
  - Evaluez la femme pour la présence des signes de danger de la PES à chaque visite ! Assurez-vous qu'une femme peut recevoir des soins immédiatement si elle a des signes de danger. Elle devrait être admise dans un établissement de soins avancés si elle a des signes de la PES/E.
  - Poursuivez les analyses de laboratoire chaque semaine, dans la mesure du possible.
- Pour les femmes diagnostiquées pendant le travail, surveillez-les de près en utilisant le partogramme. Évaluez la femme régulièrement pour la présence des signes d'aggravation de la PE.
- Gérez les femmes diagnostiquées avec la PE dans la période post-partum en fonction de la gravité de la maladie. Surveillez de près, de préférence dans un établissement, jusqu'à 72 heures après l'accouchement et encore une semaine plus tard, jusqu'à ce que la TA soit normale.
- **Si une femme présente un signe de danger OU sa TA se trouve dans la catégorie sévère, diagnostiquez la PES et commencez le traitement immédiatement.**

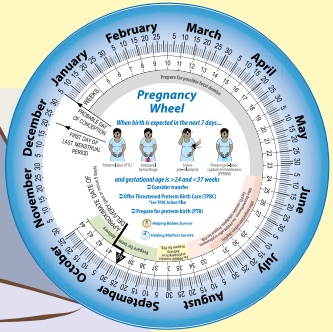
Tester les reflexes

- *Demandez à la femme de s'asseoir en laissant ses jambes pendre librement.*
- *Palpez le tendon juste en dessous de la rotule.*
- *Avec un marteau à reflexes, le bord d'un stéthoscope ou le côté de votre main, donnez un coup bref et rapide, d'intensité moyenne, sur le tendon situe en dessous de la rotule.*
- *Le fait de frapper le tendon doit faire redresser la jambe inferieure. Vérifier le temps de réaction. C'est la vitesse de la réaction et non pas l'ampleur du mouvement de la jambe qui indique si les réflexes sont normaux.*



Prise en charge de la pré-éclampsie

Confirmer l'âge gestationnel



Attentes de performance

Confirmer ou calculer l'âge gestationnel (AG) à n'importe quelle visite pendant la grossesse.

- *Estimer l'AG en fonction des informations disponibles.*

Points clés

- *Un AG précis est importante afin de pouvoir décider si :*
  - *Une grossesse est > 20 SA pour le diagnostic.*
  - *La croissance fœtale est acceptable.*
  - *Le fœtus est prématuré et nécessite des soins spéciaux.*
  - *Le moment de l'accouchement est arrivé.*

Connaissances clés

- Soupçonner la PE chez toutes les femmes sans antécédents connus d'HTA qui développent une TA élevée au-delà de 20 SA.
- Soupçonner la PE chez les femmes souffrant d'HTA chronique dont la TA s'aggrave ou qui développent une protéinurie ou des signes de la PES au-delà de 20 SA.
- Avoir un AG précis aide à décider si la femme peut continuer à être surveillée étroitement ou si l'on doit déclencher l'accouchement.
- Chez la femme atteinte de la PE, un calcul précis de l'AG aide à planifier la naissance à 37 SA.
- Dans le cadre de la PES et de l'E, un AG précis permet de décider si les corticostéroïdes sont nécessaires pour aider la maturation des poumons et des vaisseaux sanguins du fœtus.
- Il est préférable d'utiliser plusieurs méthodes pour calculer l'AG.

Actions clés

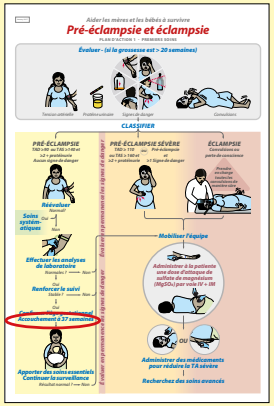
Quand une femme présente pour les soins, examiniez le dossier médical pour connaitre la date prévue d'accouchement (DPA). Notez la méthode utilisée :

1. Date des dernières règles (DDR),
2. Taille de l'utérus avant 20 semaines de grossesse ou mesure de la hauteur utérine (HU), et/ou
3. Echographie — revoyez l'AG à partir de l'échographie

- Lorsqu'aucune DPA n'est documentée, calculez-la en utilisant la DDR et l'HU actuelle. N'oubliez-pas que la DDR peut ne pas être fiable si la femme allaitait au début de la grossesse ou elle utilisait une méthode de contraception hormonale dans les 3 mois précédant la grossesse.
- Pour calculer la DPA, utilisez une roue de grossesse ou la méthode du calendrier à l'aide du formulaire suivant :
  - (Premier jour des dernières règles) + (7 jours) - (3 mois), OU
  - (Premier jour des dernières règles) - (7 jours) + (9 mois)
- Pour calculer l'AG, vous devez connaitre le nombre de semaines entre la DPA et la date d'aujourd'hui. AG = 40 – (nombre de semaines entre aujourd'hui et la DPA)
- Pour confirmer l'AG avec l'HU :
  - A 20 de grossesse, l'utérus est à la hauteur de l'ombilic.
  - Au-delà de 20 semaines de grossesse, la mesure de l'HU égale le nombre de semaines de grossesse (Nombre de centimètres = Nombre de semaines de grossesse).

Notes sur les soins avancés

Lorsque l'HU et l'AG calculé à partir de la DDR diffèrent de plus de 3 semaines, ou si la DDR est inconnue ou non fiable, confirmez l'AG avec l'échographie. Cependant, le calcul de l'AG par échographie devient moins fiable plus tard dans la grossesse: l'AG calculé par échographie peut être erroné jusqu'à 3 à 4 semaines dans les deux sens lorsque l'échographie est utilisée pendant le troisième trimestre.



Prise en charge de la pré-éclampsie

Accouchement à 37 SA Surveiller le travail et assurer une naissance propre et sans risques

Attentes de performance

- *Confirmer l'AG pour les femmes atteintes de la PE et référer les femmes dont l'AG est fiable pour le déclenchement artificiel du travail et l'accouchement à 37 SA + 0 jours.*
- *Assurer une surveillance appropriée pendant le travail et effectuer un accouchement propre et sur.*

Points clés

- *Le remède de la PE est l'accouchement !*
- *Une femme atteinte de la PE est un AG fiable doit accoucher dans les 24–48 heures après avoir atteint 37 SA + 0 jours. Mais si une femme ne connait pas la DDR ou si elle n'a pas d'échographie fiable du premier trimestre, et que l'état de la femme et du fœtus est rassurant, le travail ne doit pas être déclenché.*
- *Si le travail doit être déclenché, transférer la femme vers des soins avancés.*
- *Les femmes atteintes de la PE sont exposées au risque de développer une PES ou une E pendant le travail, l'accouchement et le post-partum. Continuer une surveillance étroite !*
- *Suivre les directives de l'OMS pour la surveillance du travail et les meilleures pratiques pour un accouchement propre et sur.*

Connaissances clés

- Pour les femmes atteintes de la PE, la poursuite de la grossesse au-delà de 37 SA expose la femme et le fœtus à des risques.
- Si la femme ne peut pas donner de dates fiables :
  - Envisager de poser d'autres questions pour établir la DDR.
  - Référer la femme pour une échographie afin de déterminer l'AG.
  - Si aucune autre information n'est disponible, utiliser l'HU pour la meilleure estimation clinique.
- Conseiller les femmes et les familles tôt sur la recommandation d'accoucher à 37 SA afin qu'elles puissent être préparées.
- Entre 13 et 36% des cas d'E surviennent pendant le travail et l'accouchement. La femme devrait bénéficier d'une surveillance étroite pendant cette période afin d'assurer le diagnostic précoce de la PE, la détection d'aggravation de la maladie et la prévention des convulsions.

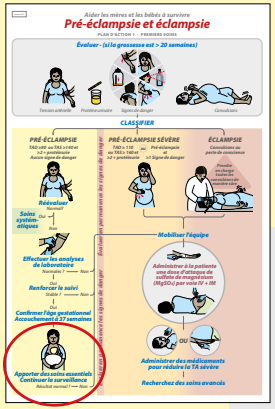
Actions clés

- Le déclenchement artificiel du travail et l'accouchement ne doivent avoir lieu que dans des établissements spécialisés au cas où la femme à besoin d'accoucher par césarienne ou par ventouse ou a besoin d'autres interventions.
- Pendant le travail, surveillez la femme atteinte de la PE conformément aux recommandations de l'OMS. Utilisez un partogramme pour faciliter la prise de décisions pendant le travail,
- Vérifiez la TA aussi souvent que toutes les heures (mais au moins toutes les 4 heures), en fonction de la gravité de l'HTA et l'état de la femme. Si la TA est égale ou supérieur à 160/110 mm Hg, commencez le traitement pour la PES immédiatement.
- Continuez à ausculter les poumons pour vérifier la présence d'un œdème pulmonaire.
- Continuez à évaluer la femme régulièrement pour la présence des signes de danger.
- Procédez à la gestion active de la troisième période de l'accouchement (GATPA). Administrez 10 IU d'ocytocine par voie IM OU 600 mcg de misoprostol par voie orale à toutes les femmes dans la minute qui suit l'accouchement. **Ne donnez pas d'ergométrine !**
- Si la PE est diagnostiquée pendant le travail, prélevez du sang pour des analyses de laboratoire (NFS avec numérations des plaquettes, créatinine sérique, enzymes hépatiques), si possible.
- Si la femme présente des signes de danger de la PES pendant le travail et/ou l'accouchement, appelez à l'aide et commencez le traitement pour la PES immédiatement (l'administration du $MgSO_4$ et des antihypertenseurs, le cas échéant).

Notes sur les soins avancés

Il convient de procéder à l'accouchement par voie basse à condition qu'il existe des indications médicales ou obstétricales pour la césarienne.

- Évaluer le col de l'utérus et déclencher le travail en utilisant une méthode basée sur l'état du col de l'utérus et la disponibilité locale.
- Pratiquer une césarienne si la maturation cervicale ou le déclenchement artificiel du travail échoue.



Prise en charge de la pré-éclampsie

Assurer les soins maternels et néonatals essentiels

Attentes de performance

- *Offrir des soins de qualité et de soutien aux femmes atteintes de la PE et à leurs bébés après la naissance.*
- *Identifier une maladie qui s'aggrave*

Points clés

- *Les femmes atteintes de la PE sont exposées au risque de l'aggravation de la maladie après l'accouchement et doivent être surveillées pendant au moins 72 heures après l'accouchement. Près de 40% des cas d'éclampsie commencent pendant la période du post-partum.*
- *Toutes les femmes doivent bénéficier des soins essentiels du post-partum.*
- *Tous les nouveau-nés doivent bénéficier de soins néonatals essentiels.*
- *Assurer un suivi une semaine après la sortie de l'établissement afin de vérifier la TA, évaluer la femme pour la présence des signes de danger, et apporter des soins de routine à la femme et au nouveau-né.*

Connaissances et actions clés

Pour la femme :

- Prodiguez les soins respectueux et assurer l'intimité.
- Surveillez la femme étroitement pendant au moins 72 heures après l'accouchement, de préférence dans un établissement sanitaire.
- Continuez à ausculter les poumons quotidiennement pour vérifier la présence d'un œdème pulmonaire.
- Continuez à évaluer la femme régulièrement pour la présence des signes de danger. Conseillez la femme et son accompagnant(e) sur les signes de danger et comment réagir s'ils apparaissent.
- Surveillez la femme de près pour l'hémorragie du post-partum.
- Assurez la surveillance et les soins maternels essentiels selon les standards.
- Informez les femmes qu'elles présentent un risque important d'avoir une PE / E au cours des grossesses futures et qu'elles sont également exposées au risque de développer une HTA plus tard dans la vie.
- Assurez-vous que les femmes partent avec une méthode contraceptive de leur choix.

Pour le nouveau-né :

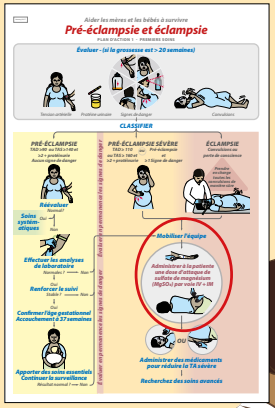
- Encouragez des soins peau contre peau pendant au moins une heure après la naissance. Encouragez l'initiation précoce de l'allaitement maternel exclusif au cours de la première heure de vie. Surveillez les tétées et évaluez la prise du sein.
- Surveillez les respirations.
- Surveillez la température et maintenez une température normale.
- Recherchez des signes d'alerte : Bébé ne s'alimente pas, convulsions, respirations rapides, rétractions intercostales (tirage), bébé ne bouge pas spontanément, température corporelle trop basse ou trop élevée, et jaunisse de la peau ou des yeux pendant les premières 24 heures de vie.

Les bébés nés avant 38 SA peuvent nécessiter des soins supplémentaires.

Assurez les soins suivants dans les 90 minutes suivant la naissance :

- **Soins des yeux** pour prévenir les infections graves et la cécité.
- **Soins du cordon ombilical** : N'appliquez rien au cordon sauf si un médicament (par exemple, la chlorhexidine) est recommandé par l'autorité sanitaire.
- **Administration de la vitamine K** pour protéger les bébés d'un saignement grave.
- **Examen du bébé** : Respirations, coloration de la peau, mouvements, activité, apparence du cordon, d'autres caractéristiques physiques.
- **Mesure de la température.** Température normale : entre 36,5°C et 37,5°C.
- **Pesée du bébé :**
  - Les bébés pesant moins de 2500 grammes pourraient avoir besoin des soins spéciaux.
  - Les bébés pesant moins de 2000 grammes doivent recevoir des soins peau contre peau prolongés.
  - Les bébés pesant moins de 1500 grammes doivent recevoir des soins avancés.

Les femmes atteintes de la PE/PES sont exposées à un risque plus élevé d'accouchement prématuré et de bébés petits par rapport à l'AG. Préparez-vous à fournir des soins supplémentaires aux bébés prématurés ou aux petits bébés.



Prise en charge de la pré-éclampsie sévère et de l'éclampsie

Mobiliser l'équipe

Administrer une dose de charge de $MgSO_4$

Attentes de performance

- *Lorsque la PES/E est diagnostiquée, alerter rapidement l'équipe et initier une réponse coordonnée.*
- *Administrer rapidement la bonne dose de charge du $MgSO_4$.*

Points clés

- *Répondre à la PES/E en tant qu'une urgence, puis travailler rapidement en équipe. Agir rapidement !*
- *Le $MgSO_4$ est le meilleur anticonvulsivant pour traiter la PES/E. La dose de charge préférée comprend à la fois :*
  - *4g $MgSO_4$ dans une solution à 20% par voie IV ET*
  - *10 g $MgSO_4$ à 50% par voie IM (5 g dans chaque fesse)*
- *Préparer et maintenir un kit d'urgence pour la PES/E avec toutes les fournitures nécessaires pour la prise en charge.*

Connaissances clés

- Le diagnostic de la PES / E devrait déclencher une réponse rapide et bien coordonnée.
- Une femme atteinte de la PES peut convulser à tout moment ; les équipes doivent agir rapidement pour fournir des soins vitaux.
- Un prestataire devrait diriger l'équipe; les autres membres de l'équipe doivent répondre rapidement.
- Chaque membre de l'équipe devrait connaître son rôle AVANT une situation d'urgence.
- Le $MgSO_4$ est un médicament sûr qui sauve des vies. Si administré correctement, les effets secondaires sérieux sont très rares.
- Il existe de nombreuses préparations du $MgSO_4$. Il est essentiel que les solutions appropriées (20% pour l'administration en IV et 50% pour l'administration en IM) soient administrées pour assurer l'efficacité et réduire le risque de toxicité.
- L'OMS préfère le traitement par voie IV et IM (schéma thérapeutique de Pritchard) dans les milieux à faibles ressources, car il est difficile de surveiller avec précision les débits IV.
- Le $MgSO_4$ provoque la transpiration et des bouffées de chaleur. Les effets secondaires rares sont la nausée, les vomissements, la faiblesse musculaire, et les palpitations. Les injections par voie IM sont douloureuses. Expliquer ce à quoi la femme doit s'attendre et offrir de la rassurance.

Actions clés

Préparez un kit d'urgence pour la PE/E (voir la page 18b pour le contenu du kit). Assurez-vous que le kit soit facilement accessible et que chacun sait où le trouver.

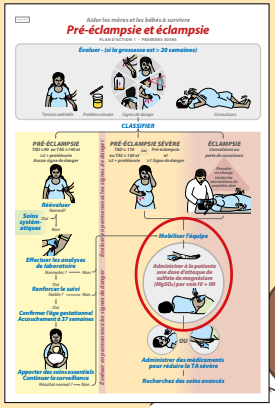
Pour administrer la dose de charge en utilisant la solution du $MgSO_4$ à 50% (1g en 2 mL) :

1. Injectez 4 g d'une solution de $MgSO_4$ à 20% en IV en 5-20 minutes :
   - Prenez une seringue stérile de 20 mL
   - Aspirez 8 mL (4 g) de $MgSO_4$ à 50% dans la seringue
   - Puis y ajoutez 12 mL d'eau stérile pour préparer une solution à 20% (4g / 20 mL).
   - Injectez lentement en IV en 5-20 minutes.

Note : Si l'eau stérile est dans un flacon multidose, aspirez l'eau stérile d'abord avant d'ajouter le $MgSO_4$.

2. Poursuivez en injectant rapidement 10g d'une solution de $MgSO_4$ à 50% en IM profonde, 5g dans le quadrant supérieur externe de chaque fesse.
   - Prenez deux seringues stériles de 20 mL
   - Aspirez 10 mL (5 g) de $MgSO_4$ à 50% dans chaque seringue.
   - Ajoutez 1 mL de lidocaïne à 2% dans chaque seringue.
   - Injectez le contenu d'une seringue (5g de $MgSO_4$) en IM profonde dans chaque fesse.
3. Si les convulsions reprennent au bout de 15 minutes, injectez 2 g d'une solution de $MgSO_4$ à 20% en IV en 5 minutes.
   - Prenez une seringue stérile de 10 mL
   - Aspirez 4 mL (2 g) de $MgSO_4$ à 50% dans la seringue puis
   - Y ajoutez 6 mL d'eau stérile pour préparer une solution à 20% (2g / 10 mL).
   - Injectez lentement en IV en 5 minutes.
4. Notez toutes les doses sur la fiche de suivi de l'administration du $MgSO_4$

Une dose de charge de 10 g de $MgSO_4$ en IM sans la dose en IV doit être utilisée seulement lorsqu'un traitement par voie IV n'est pas disponible, et seulement jusqu'à ce qu'une femme puisse être orientée vers des soins avancés.



Prise en charge de la pré-éclampsie sévère et de l'éclampsie

Mobiliser l'équipe

Administrer une dose de charge de $MgSO_4$ (Zuspan)

Attentes de performance

- *Administrer rapidement une dose de charge correcte de $MgSO_4$ par voie IV seulement si les critères d'une perfusion intraveineuse sont remplis.*

Points clés

- *Aussi bien les schémas thérapeutiques par voie IV uniquement (Zuspan) et par voie IV et IM (Pritchard) préviennent avec efficacité les convulsions chez les femmes atteintes de la PES.*
- *Le schéma thérapeutique Zuspan ne doit être considéré que si une surveillance précise des taux de débit de la perfusion IV est possible. Une pompe à perfusion est la méthode préférée. Lorsqu'il existe une vaste expérience et un personnel infirmier adéquat, la perfusion par gravité peut être utilisée.*
- *Le traitement avec le schéma thérapeutique Zuspan ne doit jamais être utilisé dans les établissements qui ne peuvent assurer que le traitement initial de la PES/E avant le transfert pour une prise en charge continue.*

Connaissances clés

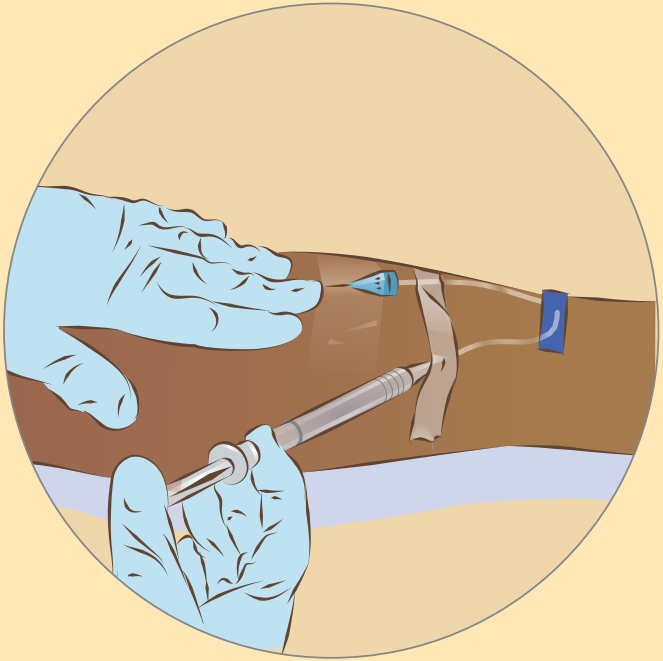
- Rien ne prouve qu'un schéma thérapeutique (Pritchard ou Zuspan) soit plus efficace que l'autre sur le plan clinique.
- Les bénéfices du schéma thérapeutique Zuspan sont les suivants :
  - Un début plus rapide de l'effet thérapeutique.
  - Les injections par voie IM, qui peuvent être douloureuses et provoquer une inflammation au site d'injection, ne sont pas nécessaires.
- La dose de charge du schéma thérapeutique Zuspan est de 4 g de $MgSO_4$ dans 20 ml (solution à 20%) administrez par voie IV pendant 5–20 minutes.
- La dose d'entretien est de 1 g de $MgSO_4$ par heure par perfusion IV. Préparer la poche / la bouteille à perfusion:
  - 10 g de $MgSO_4$ à 50% dans 500 mL de sérum physiologique ou de solution de Ringer Lactate. Perfuser à 50 ml / heure par perfusion **par gravité ou par pompe à perfusion.**
    OU
  - 20 g de $MgSO_4$ à 50% dans 1000 mL de sérum physiologique ou de solution de Ringer Lactate. Perfuser à 50 ml / heure **par pompe à perfusion uniquement.**

Actions clés

- N'administrez le schéma thérapeutique Zuspan que dans les établissements où :
  - Il n'est pas nécessaire de transférer les femmes d'un établissement à un autre.
  - Le personnel est suffisamment nombreux pour assurer une surveillance continue de la femme et de la perfusion IV.
  - Les prestataires utilisent des pompes à perfusion automatiques permettant **de** régler **le débit de perfusion** ou sont très qualifiés à calculer les taux de débit d'une perfusion intraveineuse (nombre de gouttes par minute) et à utiliser la perfusion par gravité.

- Evaluez la femme pour la présence des signes de toxicité toutes les heures (voir page 17b). En cas de signes de toxicité, interrompez la perfusion IV du $MgSO_4$.

Surveiller la femme pendant l'administration du $MgSO_4$



Attentes de performance

Poursuivre l'administration de $MgSO_4$ en toute confiance, avec compétence et en toute sécurité.

Points clés

- *Surveiller la femme, de façon constante, pour dépister une toxicité de magnésium.*
- *S'assurer toujours qu'il n'y a aucun signe de toxicité avant de donner la dose suivante du $MgSO_4$ ou de continuer la perfusion du $MgSO_4$.*
- *Poursuivre le traitement du $MgSO_4$ pendant les 24 h qui suivent l'accouchement ou la dernière convulsion, en prenant comme point de départ le dernier des deux événements.*
- *Le gluconate de calcium est l'antagoniste de $MgSO_4$. Garder-le prêt en cas d'arrêt respiratoire.*

Pour administrer la dose d'entretien par voie IM :

- Prendre une seringue stérile de 20 mL.
- Aspirer 10 mL (5 g) de $MgSO_4$ à 50% dans la seringue.
- Ajouter 1 mL de lidocaïne à 2% dans la seringue.
- Vérifier dans laquelle des fesses la dernière injection de $MgSO_4$ a été donnée.
- Injecter en IM profonde dans la fesse alternative.

Connaissances clés

- La femme doit être surveillée étroitement pour dépister une toxicité de magnésium. Les signes de toxicité du magnésium sont :
  - La fréquence respiratoire passe en-dessous de 16 mvts/min
  - Les réflexes rotuliens sont abolis
  - La diurèse est passée en-dessous de 30 mL/h pendant les 4 dernières heures.
- Si la femme sera référée à un établissement qui offre les soins avancés, surveiller la femme jusqu'à ce que le transfert soit complet.
- Si la femme n'atteindra pas les soins avancés dans les 4 heures, s'assurer qu'il n'y a aucun signe de toxicité et puis administrer la première dose d'entretien de 5 g $MgSO_4$ dans 10 ml (solution à 50%) en IM dans une fesse.

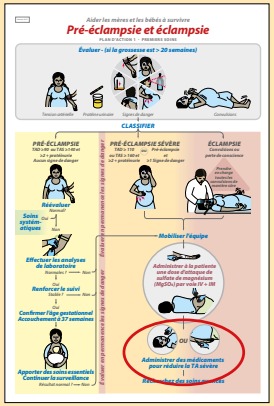
Actions clés

- Surveillez la femme étroitement pour dépister une toxicité de magnésium
  - Vérifiez le taux respiratoire pendant 1 minute.
  - Vérifiez les réflexes rotuliens.
  - Insérez un cathéter urinaire à demeure et mesurer le débit urinaire toutes les heures.
- Donnez la dose d'entretien du $MgSO_4$ (toutes les 4 heures par injection IM) / Continuez la perfusion du $MgSO_4$ UNIQUEMENT si :
  - La fréquence respiratoire est ≥ 16 respirations par minute
  - Les réflexes rotuliens sont présents
  - Le débit urinaire est ≥ 30 ml par heure en moyenne pendant les 4 heures précédentes.
- Interrompez ou différez le traitement du $MgSO_4$ s'il y a un signe de toxicité de magnésium. Si vous administrez le $MgSO_4$ par voie IV, décidez chaque heure, en fonction des signes de toxicité, de continuer ou d'interrompre la perfusion du $MgSO_4$. Redémarrez le $MgSO_4$ dès que les signes de toxicité disparaissent.
- En cas d'arrêt respiratoire :
  - Appelez à l'aide !
  - Facilitez la ventilation (à l'aide d'un masque et d'un ballon).
  - Injectez lentement 1 g de gluconate de calcium (10 ml d'une solution à 10%) en IV jusqu'à ce que la respiration reprenne.
- Notez les constats et l'administration des médicaments dans la fiche de suivi de l'administration du $MgSO_4$.

Kit d'urgence pour la PE/E

1. $MgSO_4$ à 50% : au moins 16g
2. Lignocaïne a 2% : au moins 1 ampoule
3. Eau stérile / IV pour dilution
4. Un garrot
5. Seringues de 20cc : au moins 3
6. Aiguilles IM : au moins 3
7. Solution intraveineuse (sérum physiologique, Ringer lactate) : 1 bouteille / poche de perfusion à 500 mL
8. Matériel pour l'installation d'une perfusion intraveineuse (tubulure, aiguilles IV)
9. Compresses imbibées d'alcool
10. Gants : au moins 2 paires
11. Gluconate de calcium a 10%:au moins 1g

- Vérifiez toujours les dates de péremption avant d'utiliser les médicaments dans le kit
- Réapprovisionnez le kit immédiatement après l'avoir utilisé et le stockez dans la zone désignée.



Prise en charge de la pré-éclampsie sévère et de l'éclampsie

Donner les médicaments pour faire baisser la TA sévère

Attentes de performance

Identifier les femmes qui ont besoin de médicaments antihypertenseurs et administrer des médicaments et des doses appropriés.

Points clés

- *Toutes les femmes atteintes d'HTA sévère doivent être traitées avec un médicament antihypertenseur.*
- *La sélection des médicaments doit reposer sur la disponibilité locale, l'expérience du prestataire, les effets secondaires et les contre-indications.*

Connaissances clés

- Une femme qui a une TAS ≥ 160 mmHg OU une TAD ≥ 110 mmHg a besoin d'un traitement antihypertenseur d'urgence pour contrôler sa TA.
- La nifédipine (formulation à libération immédiate), l'hydralazine et le labétolol sont recommandés pour la prise en charge aiguë de la TA sévère pendant la grossesse. La sélection doit être basée sur les directives de l'établissement.
- Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (comme le captopril) sont contre-indiqués pour le traitement antihypertenseur pendant la grossesse. L'hydrochlorothiazide n'est pas non plus recommandé.
- Le $MgSO_4$ peut légèrement abaisser la TA, mais ne doit jamais être utilisé pour traiter l'HTA. **Utiliser la TA diagnostic pour déterminer si un médicament antihypertenseur est nécessaire.**
- TA cible : 140–155 mmHg/90–100 mmHg ; atteindre cette TA en 1–2 heures
  - Une TA inférieure à la cible est susceptible de provoquer une chute brutale du débit placentaire et la détresse fœtale
  - Une TA supérieure à la cible peut provoquer un AVC.
- Le $MgSO_4$ peut être utilisé en toute sécurité avec des antihypertenseurs.

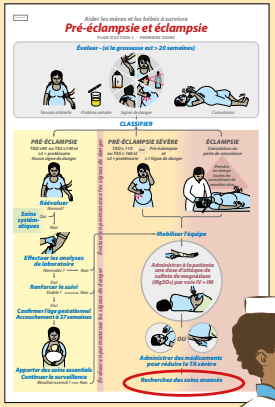
Actions clés

- Administrez un traitement antihypertenseur selon le tableau ci-dessous.
- Notez tous les médicaments administrés dans le dossier de la femme.

Les médicaments antihypertenseurs pour traiter l'hypertension sévère (TA cible : 140-155 mmHg/90-110 mmHg)

Agent	Dose	Continuation	Dose maximale	Commentaires
Hydralazine IV	5 mg en IV en 5 minutes	Répétez toutes les 5 min jusqu'à ce que la TA cible soit atteinte Répétez chaque heure selon les besoins, ou donnez les 12,5 mg en IM toutes les 2 heures au besoin.	20 mg / 24 heures	
Labétalol par voie orale	200 mg par voie orale	Répétez après 1 heure jusqu'à atteindre la TA cible.	1200 mg / 24 heures	Ne donnez pas aux femmes souffrantes d'insuffisance cardiaque congestive, de choc hypovolémique ou d'asthme.
Labétalol en IV	10 mg en IV	En cas de réponse insuffisante après 10 min, donnez 20 mg en IV. Vous pouvez doubler la dose à 40 mg, puis 80 mg (attendez10 minutes entre les doses) jusqu'à atteindre la TA cible.	300 mg, puis passez à la voie orale	Ne donnez pas aux femmes souffrantes d'insuffisance cardiaque congestive, de choc hypovolémique ou d'asthme.
Les capsules de libération immédiate de Nifédipine	5 - 10 g par voie orale	Si une réponse insuffisante après 30 minutes, répétez la dose jusqu'à ce que la TA cible soit atteinte.	30 mg	Envisagez d'autres médicaments si la TA ne baisse pas dans 90 min.
Alpha methyldopa	750 mg par voie orale	Répétez après 3 heures jusqu'à atteindre la TA cible.	3g / 24 heures	

IV: intravenous, IM: intramuscular, PO: oral



Prise en charge de la pré-éclampsie sévère et de l'éclampsie

Rechercher des soins avancés

Attentes de performance

- *Assurer la prise en charge initiale des femmes atteintes de la PES/E.*
- *Référer les femmes qui ont besoin de soins au-delà de la capacité de l'établissement sanitaire ou des prestataires.*
- *Gérer le transfert en cas de besoin.*

Points clés

- *Les femmes atteintes de la PES / E doivent être prises en charge dans des établissements où elles peuvent être surveillées de près.*
- **Administrer rapidement une dose de charge de $MgSO_4$ avant le transfert !**
- **De plus, administrer rapidement une dose initiale d'antihypertenseur, le cas échéant, avant le transfert !**
- *Après une première stabilisation et la prise en charge initiale, coordonner le transfert et assurer :*
  - *Un travail d'équipe*
  - *Une mobilisation opportune*
  - *Une prise de décision précise*
  - *Une préparation à l'avance*
  - *Une communication efficace*
  - *Le remplissage de la feuille de transfert indiquant le diagnostic, les signes vitaux et les traitements administrés.*

Connaissances clés

- Une femme atteinte de la PE/E devrait être prise en charge dans un établissement qui peut fournir des services de haute qualité aux femmes présentant des complications.
- Lorsqu'un établissement ne peut pas assurer une surveillance étroite, les femmes atteintes de la PES doivent être transférées le plus rapidement possible après avoir donné la dose de charge de $MgSO_4$.
- Commencer le traitement d'antihypertenseur, le cas échéant, avant le transfert !

Actions clés

- Fournissez des soins initiaux appropriés aux femmes atteintes d'une PES/E, y compris l'administration de la dose de charge du $MgSO_4$ et d'un antihypertenseur, le cas échéant.
- Si la femme est consciente, expliquez à elle et à sa famille le besoin des soins à un niveau supérieur de soins.

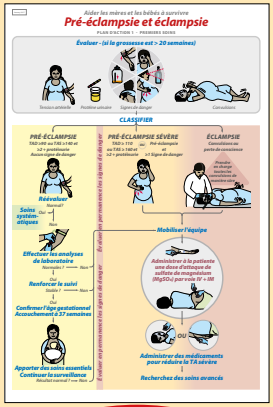
Si la femme a besoin d'être référée :

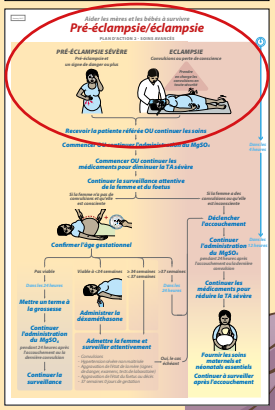
1. Organisez un transport fiable.
2. Avertissez l'établissement d'accueil / receveur pour:
   - Expliquer l'état / le diagnostic de la femme.
   - Décrire les soins déjà fournis.
   - Donner l'heure estimée d'arrivée.
3. Assurez-vous que la femme est accompagnée d'un compagnon de son choix.
4. Si possible, demandez à un prestataire de soins qualifié d'accompagner la femme. Ce prestataire doit :
   - Surveiller la femme et le fœtus / le nouveau-né pendant le transfert. Gardez la femme et le nouveau-né toujours ensemble.
5. Administrez la première dose d'entretien du $MgSO_4$ si la femme n'atteindra pas les soins avancés dans les 4 heures après la dose de charge. Le prestataire qui accompagne la femme doit avoir toutes les fournitures nécessaires pour administrer le $MgSO_4$ et pour effectuer l'accouchement, si elle est en travail, en cours de transport.
6. Transférez la femme avec une perfusion IV en place, mais infusez soigneusement les solutions intraveineuses car elle est à risque d'une surcharge hydrique.
7. Complétez la feuille de transfert avec les informations suivantes et l'envoyez avec la femme :
   - Nom de l'établissement d'origine
   - Renseignements d'ordre général concernant la patiente
   - Histoire de la grossesse (parité, AG, complications prénatales)
   - Complications obstétricales antérieures qui méritent d'être mentionnées (par exemple, historique d'une césarienne, d'une hémorragie du post-partum)
   - Diagnostics : PES/E et autres
   - Principales observations cliniques et résultats des tests de laboratoire
   - Traitements administrés: quoi, quand, résultats
   - Nom et signature du prestataire
8. Notez la référence dans le registre approprié.
9. Obtenez un feedback du centre de référence et assurez-vous que la femme a un plan de suivi (contre-référence).

Inviter une discussion

- Qu'est-ce qui constitue des « soins avancés » dans votre établissement?
- Votre établissement est-il capable de fournir des soins les plus avancés ? Si non, où se trouve l'établissement de référence approprié le plus proche ?

Hospitaliser la patiente référée, ou continuer les soins pour la femme déjà hospitalisée





Attentes de performance

Accueillir, réévaluer et prendre en charge correctement une femme atteinte de la PES/E.

Points clés

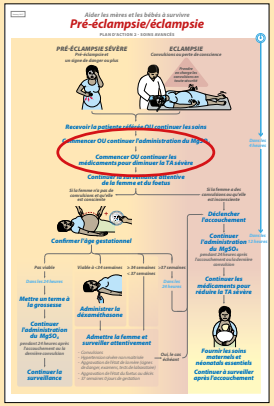
- *Une femme peut être référée chez vous depuis un autre établissement OU le diagnostic aurait pu être posé dans votre hôpital.*
- *Si le diagnostic initial a été posé par quelqu'un d'autre, mener une évaluation initiale rapide, puis revoir les informations sur la feuille de transfert.*

Actions clés

- **Menez une évaluation rapide :**
  - Respirations, pouls, TA, reflexes, température, et état de conscience
  - Auscultez les poumons
  - Evaluez la fréquence cardiaque fœtale et les mouvements fœtaux
  - Confirmez l'AG
  - Evaluez si la femme est en travail / l'état des membranes
- **Fournir des soins d'urgence immédiatement si nécessaire.** Assurez-vous que la femme est stable.
- **Examinez la feuille de transfert ou discutez avec le prestataire qui a initié le transfert pour passer en revue le diagnostic et comprendre quel traitement a été fourni et est maintenant requis :**
- **Anticonvulsivants**
  - Evaluez si la femme a fait des convulsions ou a d'autres signes de danger.
  - Vérifiez si une dose de charge du $MgSO_4$ a été administrée. Si oui, quelle dose, quelle voie, et à quelle heure ?
  - Calculez à quelle heure la prochaine dose du $MgSO_4$ est prévue.
  - Confirmez qu'il n'y a aucun signe de toxicité du magnésium.
  - Consultez la fiche de suivi de l'administration du $MgSO_4$ si elle a été fournie ou commencez-en une nouvelle.
  - Si le $MgSO_4$ n'a pas été démarré, donnez la dose de charge maintenant ! Si le $MgSO_4$ a été démarré, donnez la dose suivante quand elle est due.
- **Antihypertenseurs**
  - Passez en revue la TA du diagnostic.
  - Prenez la TA : La TAS est-elle ≥ 160 mmHg ; La TAD est-elle ≥ 110 mmHg ?
  - Vérifiez si les médicaments antihypertenseurs ont été administrés. Si oui, déterminez quels médicaments été administrés ainsi que les doses, la voie, et l'heure de l'administration.
  - Poursuivez le traitement antihypertenseur, si nécessaire.
- **Équilibre hydrique**
  - Vérifiez si la femme reçoit des fluides par voie IV.
  - Auscultez les poumons pour voir s'il existe des signes d'œdème pulmonaire (râles).
  - Si l'auscultation révèle la présence de râles, retirez la perfusion et injectez une dose unique de 40 mg de furosémide en IV.
  - S'il n'existe pas de signes d'œdème pulmonaire (râles), commencez / poursuivrez l'administration de fluides par voie IV.
  - Limitez l'administration de fluides à 1 L /12 heures (2 L par 24 heures).
  - Vérifiez si une sonde urinaire a été placée pour surveiller la diurèse. Si non, insérez une sonde urinaire à demeure et commencez un graphique précis représentant l'équilibre hydrique.
- **Passez en revue tous les tests de laboratoire déjà effectués, puis répétez les tests.**

Notes sur le counseling

L'orientation vers un établissement de soins avancés peut être dérangeante pour la femme et sa famille. N'oubliez pas de les informer continuellement de ce que vous faites et pourquoi. Mettez-la à jour sur son état et celui de son fœtus / son nouveau-né régulièrement. Parlez-lui d'un ton professionnel et respectueux et prenez le temps de répondre à ses questions.



Prise en charge de la pré-éclampsie sévère et de l'éclampsie

Commencer ou continuer l'administration de $MgSO_4$ et de médicaments pour faire baisser la TA sévère

Attentes de performance

- *Commencer ou poursuivre l'administration de $MgSO_4$ avec confiance, compétence et en toute sécurité.*
- *Commencer OU poursuivre le traitement anti-hypertenseur si nécessaire.*

Points clés

- *Si l'on administre les doses d'entretien du $MgSO_4$ en IM, s'assurer toujours qu'il n'y a aucun signe de toxicité avant de donner la dose suivante.*
- *Si l'on administre le $MgSO_4$ par voie IV, utiliser la perfusion par gravité ou à une pompe à perfusion, et évaluer la femme pour la présence des signes de toxicité toutes les heures.*
- *Surveiller la femme pour dépister une toxicité de magnésium toutes les heures.*
- **Poursuivre le traitement du $MgSO_4$ pendant les 24 h qui suivent l'accouchement. Mais si la femme fait des convulsions après l'accouchement, poursuivre le traitement du $MgSO_4$ pendant 24 heures après la dernière convulsion.**
- *Le gluconate de calcium est l'antagoniste de $MgSO_4$. Garder-le prêt et l'administrer en cas d'arrêt respiratoire.*
- *Administrer des antihypertenseurs pour maintenir la TA entre 140–155 mmHg/90–100 mmHg.*

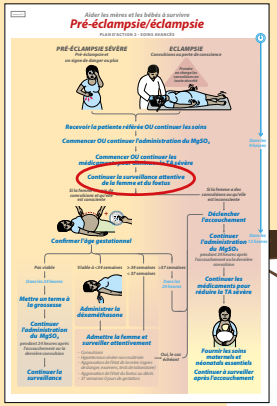
Connaissances clés

- Pour les doses d'entretien, donner du $MgSO_4$ toutes les 4 heures en IM (ou en perfusion continue, si le traitement par $MgSO_4$ est administré uniquement par IV).
- Poursuivre le traitement du $MgSO_4$ pendant les 24 h qui suivent l'accouchement ou la dernière convulsion, en prenant comme point de départ le dernier des deux événements.
- Ne jamais laisser une femme atteinte de la PES/E seule !
- Pour les femmes atteintes d'une HTA sévère, maintenir la TA entre 140–155 mmHg/90–100 mmHg

Actions clés

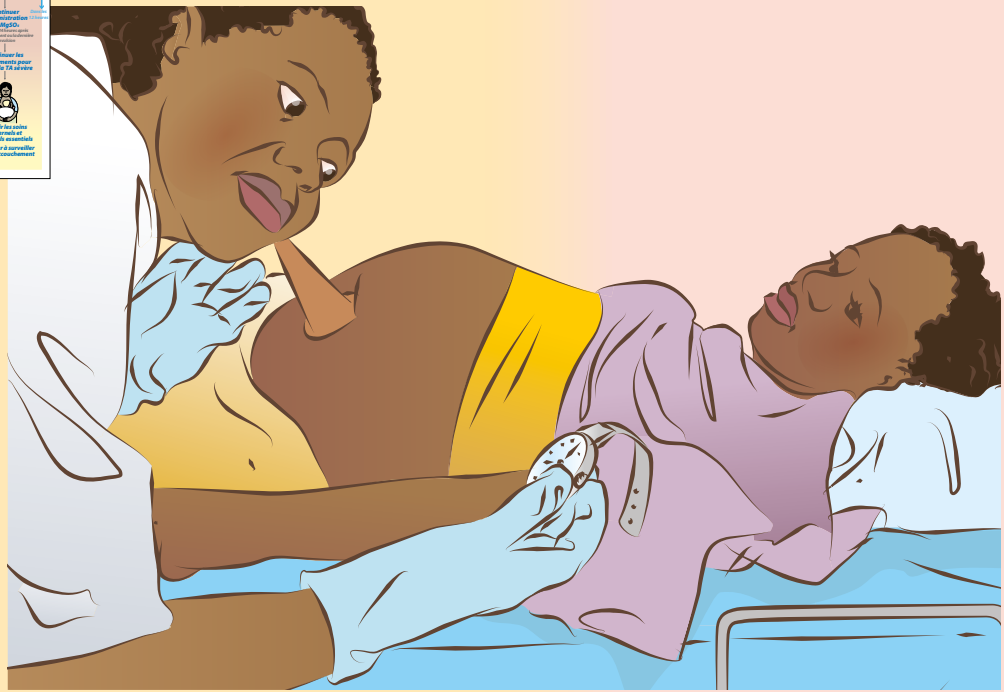
- Surveillez la respiration, les réflexes, et le débit urinaire toutes les heures puis notez les constats sur la fiche de suivi de l'administration du $MgSO_4$.
- Avant d'administrer le $MgSO_4$, évaluez la femme pour la présence des 3 signes de toxicité et assurez-vous que :
  - La fréquence respiratoire est ≥ 16 respirations par minute
  - Les réflexes rotuliens sont présents
  - Le débit urinaire est ≥ 30 ml par heure en moyenne sur les 4 heures précédentes.
- En l'absence de signes de toxicité, continuez la perfusion du $MgSO_4$ par perfusion IV ou administrez 5 g de $MgSO_4$ (solution à 50%) + 1 ml de lidocaïne à 2% par voie IM toutes les 4 heures en alternant les fesses.
- Interrompez ou différez le traitement du $MgSO_4$ s'il y a un signe de toxicité de magnésium ; continuez à surveiller la femme pour la présence des signes de toxicité chaque heure puis notez les constats sur la fiche de suivi de l'administration du $MgSO_4$. Redémarrez le $MgSO_4$ dès que les signes de toxicité disparaissent.
- Limitez l'apport hydrique à 1 L /12 heures (2 L par 24 heures).
- Si la diurèse est inférieure à 30 ml / heure, administrez des fluides par voie IV (sérum physiologique ou Ringer lactate) à 1 L en 8 heures et surveillez la femme pour la présence de l'œdème pulmonaire.
- Si l'auscultation révèle la présence de râles, retirez la perfusion et injectez une dose unique de 40 mg de furosémide en IV.
- En cas d'arrêt respiratoire :
  - Appelez à l'aide !
  - Facilitez la ventilation (à l'aide d'un masque et d'un ballon).
  - Injectez lentement 1 g de gluconate de calcium (10 ml d'une solution à 10%) en IV en 3 minutes.
- Si la TAD est inférieure à 90 mmHg, réduisez la fréquence ou la dose d'antihypertenseurs. La réduction dramatique de la TAD peut nuire au fœtus.
- Si la TAD est supérieure à 100 mmHg ou la TAS est supérieure à 155 mmHg, augmentez la dose ou la fréquence des médicaments antihypertenseurs ou changez le médicament antihypertenseur.

$MgSO_4$	*Par voie IV et IM (Pritchard)*	*Par voie IV (Zuspan)*	*Par voie IM seulement (non recommandé, utiliser seulement quand les injections intraveineuses ne peuvent pas être administrées!)*
Dose de charge	Injecter 4 g de solution de $MgSO_4$ à 20% en IV en 5-20 minutes. Poursuivre en injectant rapidement 5 g de solution de $MgSO_4$ à 50% en IM profonde dans chaque fesse, soit 10 g au total, après avoir ajouté 1 ml de lidocaïne à 2% dans la seringue. Si les convulsions reprennent au bout de 15 minutes, administrer 2 g de $MgSO_4$ (solution à 20%) en IV, en 5 minutes.	Injecter 4 g de solution de $MgSO_4$ à 20% en IV en 5-20 minutes.	Injecter 5 g de solution de $MgSO_4$ à 50% en IM profonde dans chaque fesse, soit 10 g au total, après avoir ajouté 1 ml de lidocaïne à 2% dans la seringue.
Dose d'entretien	Injecter 5 g de $MgSO_4$ (solution à 50%) + 1 ml de lidocaïne à 2% en IM, toutes les 4 h, tour à tour dans une fesse puis dans l'autre.	Administrer 1g de $MgSO_4$ à 20% en IV toutes les heures en perfusion.	Injecter 5 g de $MgSO_4$ (solution à 50%) + 1 ml de lidocaïne à 2% en IM, toutes les 4 h, tour à tour dans une fesse puis dans l'autre.



Prise en charge de la pré-éclampsie sévère et de l'éclampsie

Continuer la surveillance étroite de la femme et du fœtus



Attentes de performance

Assurer une surveillance étroite et continue des femmes atteintes de la PES/E. Se rappeler que la PES/E peut s'aggraver rapidement et sans avertissement.

Points clés

- *Se rappeler que le remède de la PES / E est l'accouchement. En attendant l'accouchement, la femme et le fœtus doivent être surveillés étroitement. La surveillance doit se faire au moins toutes les heures.*
- *Les femmes atteintes de l'E doivent accoucher dès que leur état est stable mais dans les 12 heures. En règle générale, les femmes atteintes de la PES doivent accoucher dans les 24 heures.*
- *Dans certains cas de la PES, lorsque le fœtus est entre la viabilité et 37 SA et que l'état de la femme est stable, l'accouchement peut être reporté.* **Cela ne peut se produire que si la femme et le fœtus sont surveillés étroitement !**

Connaissances clés

- Les femmes atteintes de la PES/E courent un grand risque de convulsions, d'aggravation de la maladie, d'un AVC, et de décès.
- Une surveillance étroite comprend une évaluation continue et une réponse rapide et appropriée en cas d'aggravation de la maladie.

Actions clés

- Maintenez un tableau précis d'équilibre hydrique afin d'éviter une surcharge hydrique. Consignez strictement les quantités de liquide administrées et la diurèse.
- Evaluez le fœtus régulièrement. Envisagez des tests échographiques pour évaluer la croissance fœtale et le volume de liquide amniotique si la naissance est retardée.
- Evaluez la femme régulièrement pour la présence des signes de danger de la maladie sévère.

Vérifiez toutes les heures ou plus souvent au besoin :

- Demandez comment la femme se sent ; Le bébé bouge-t-il ? A-t-elle des contactions, des fuites liquides ou des saignements vaginaux ?
- La présence des signes de danger de la PES (céphalées sévères, barre épigastrique, difficultés respiratoires, troubles visuels)
- La TA pour décider si une dose d'entretien de médicaments antihypertenseurs est nécessaire
- Le pouls et la respiration
- La coloration de la peau
- Les reflexes
- L'apport hydrique et le débit urinaire. Si la diurèse est inférieure à 30 mL / heure, interrompez l'administration du $MgSO_4$, puis administrez une perfusion de solution IV (sérum physiologique ou Ringer lactate) à raison d'1 l en 8 h. Surveillez la diurèse et la femme en craignant l'apparition d'un œdème pulmonaire. Si la diurèse n'augmente pas avec les liquides intraveineux, cela peut être un signe d'insuffisance rénale.
- La présence des râles pulmonaires à l'auscultation, qui indiquent un œdème pulmonaire. Si l'auscultation révèle la présence de râles, retirez la perfusion et injectez une dose unique de 40 mg de furosémide en IV.
- Une sensibilité du foie à la palpation
- La fréquence cardiaque fœtale
- Si la femme est en travail de l'accouchement, utilisez un partogramme et vérifiez la fréquence cardiaque fœtale toutes les 30 minutes.
- Vérifier la température toutes les 4 heures

Notes sur les soins avancés

Le syndrome HELLP

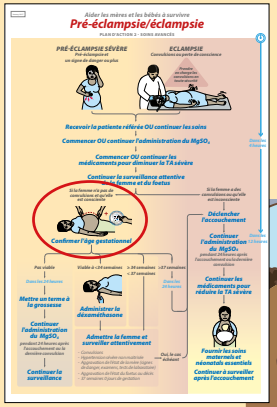
Le syndrome HELLP est une condition dangereuse associée à la PES, mais qui ne répond pas toujours aux critères de la PE / PES. Le syndrome HELLP est un ensemble de résultats de laboratoire qu'une femme atteinte de la PE/PES est susceptible de présenter :

H - **H**emolysis (destruction des globules rouges)
EL - **El**evated Liver enzymes (enzyme hépatiques élevés qui indiquent des dommages au foie)
LP - **L**ow **P**latelets (taux faible de plaquettes).

Ce syndrome survient chez environ 10% des femmes enceintes atteintes de la PE/E.

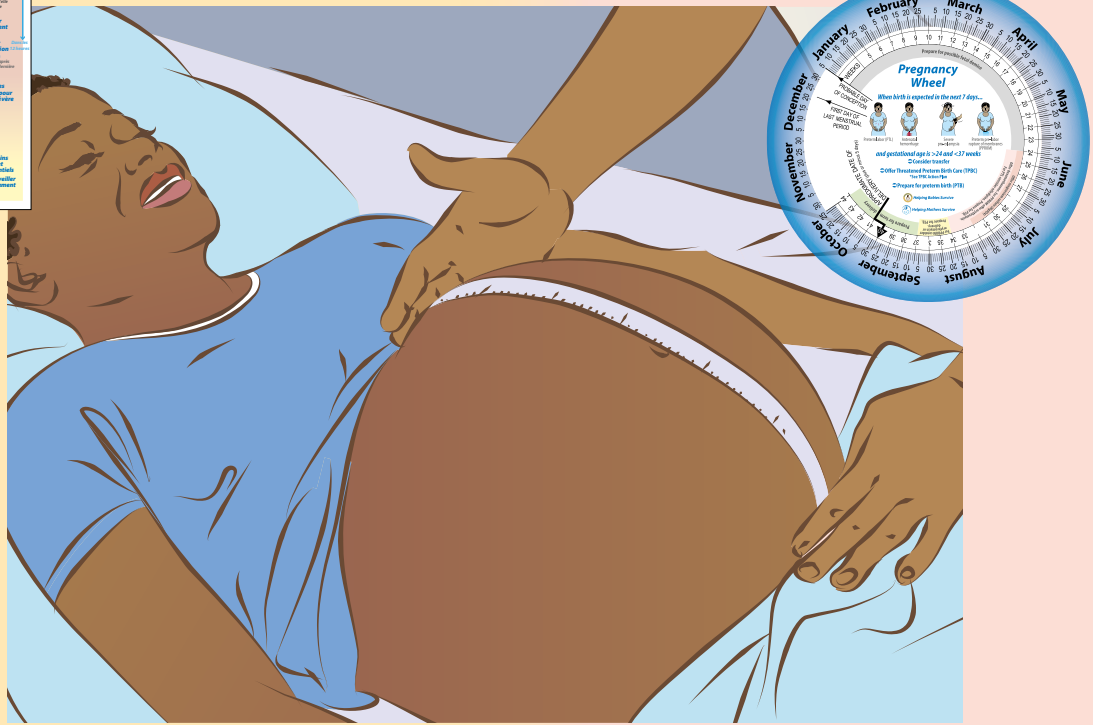
Le syndrome est associé à des signes et symptômes suivants :

- Céphalées sévères
- Nausée et vomissements qui s'aggravent
- Troubles visuels
- Barre épigastrique / Douleurs au QSD ou Tendresse du foie à la palpation



Prise en charge de la pré-éclampsie sévère et de l'éclampsie
(Si la femme ne convulse pas et est consciente)

Confirmer l'âge gestationnel



Attentes de performance

Confirmer ou calculer l'AG chez les femmes atteintes de la PES/E.

Points clés

- *Dès que l'administration de $MgSO_4$ a été commencée chez une femme enceinte atteinte de la PES/E, on doit confirmer l'AG pour décider si elle a besoin du traitement prénatal aux corticostéroïdes pour stimuler la maturation fœtale.*
- *En fonction de l'AG, la grossesse de la femme sera classée dans l'une des trois catégories suivantes :*
  - *Pré-viable*
  - *Viable à 37 SA OU*
  - *37 SA ou plus*

Chaque catégorie nécessite des soins différents, alors l'AG doit être confirmé.

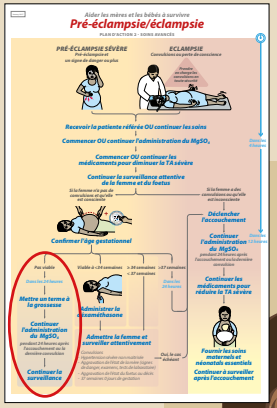
Connaissances clés

Il est important de programmer l'accouchement au temps opportun afin d'offrir les meilleures chances de survie au nouveau-né et de prévenir les complications graves et la mort de la femme.

- Le traitement définitif de la PES / E pour la femme est l'accouchement.
- La PES / E et la naissance prématurée augmentent le risque pour le nouveau-né.
- Des mesures peuvent être prises pour améliorer la maturité pulmonaire d'un fœtus de moins de 34 SA.
- Si une femme est atteinte de l'E, elle doit accoucher dans les 12 heures quel que soit l'AG.

Etant donné que le choix des interventions est basé sur l'AG, et parce que les interventions peuvent être nuisibles si elles ne sont pas faites au bon moment, il est important de confirmer l'AG.

Lorsque la DPA n'est pas claire, il est conseillé d'examiner les informations disponibles avec des membres expérimentés de l'équipe de la maternité afin de prendre la meilleure décision possible sur les interventions nécessaires.



Fœtus est pré-viable

Mettre un terme à la grossesse

Attentes de performance

- *Déterminer la viabilité sur la base d'une évaluation précise de l'AG et de facteurs individuels et contextuels.*
- *Si le fœtus n'est pas encore viable, recommander et mettre un terme à la grossesse.*
- *Communiquer avec compassion et honnêteté avec les femmes et les familles.*

Points clés

- *Si une femme développe une PES lorsque le fœtus est trop prématuré pour survivre (pré-viable), le fait de mettre fin à la grossesse dans les 24 heures pourrait sauver la vie de la femme.*
- *Des soins respectueux et compatissants sont essentiels. Offrir des conseils pour surmonter le deuil à la femme et à sa famille.*
- *Poursuivre l'administration du $MgSO_4$ pendant 24 heures après l'accouchement ou la dernière convulsion, puis poursuivre la surveillance.*
- *Informer la femme qu'elle risque de présenter une PE/E au cours de ses grossesses futures et de souffrir d'HTA plus tard dans sa vie.*
- *Donner des conseils à la femme sur l'importance de l'espacement des grossesses et s'assurer qu'elle quitte l'établissement avec une méthode contraceptive de son choix.*

Connaissances clés

- Un calcul précis de l'AG est essentiel afin de s'assurer que le fœtus est pré-viable.
- Un fœtus pré-viable est trop prématuré pour survivre. L'AG de la viabilité dépend de l'établissement et des ressources du pays.
- Si une femme développe la PES avant l'âge de la viabilité du fœtus, la terminaison de la grossesse réduit son risque de développer des complications potentiellement mortelles.
- Si le fœtus n'est pas viable, la gestion expectative (conservatrice) augmente le risque de la mortinatalité et du`` décès maternel.
- Retarder la naissance pour améliorer la maturité fœtale peut risquer la vie de la femme et n'est pas susceptible d'améliorer les résultats du nouveau-né.
- Etant donné que la PES est progressive et que l'accouchement est le seul remède, le fait de mettre fin à la grossesse pourrait sauver la vie de la femme.
- La décision de mettre fin à la grossesse doit se prendre en consultation avec la femme et sa famille, et les spécialistes en obstétrique et pédiatrie lorsqu'ils sont disponibles. Chaque cas est unique et doit être évalué individuellement.
- Une communication professionnelle, respectueuse et appropriée avec les femmes et les familles au sujet de l'indication clinique pour la terminaison de la grossesse est essentielle.

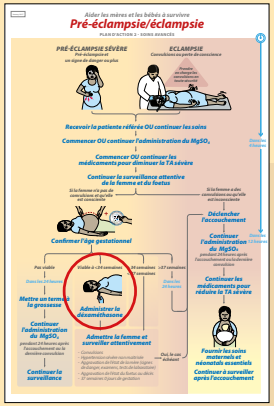
Actions clés

- La méthode de mettre fin à une grossesse dépend de l'AG, des normes locales et de l'expérience et des connaissances des prestataires.

Notes sur le counseling

Assistance aux familles à faire face au deuil après la perte du bébé attendu / de la grossesse :

1. La plupart des femmes éprouvent du chagrin et de la tristesse à la suite d'une perte de grossesse. Si la grossesse a été terminée pour sauver leur vie, elles peuvent avoir un sentiment de la culpabilité.
2. Les parents se souviendront toujours comment ils ont été traités par ceux qui se sont occupés d'eux pendant cette période difficile.
3. Annoncez des nouvelles difficiles d'une manière opportune et sans hâte, et dans un espace privé. Répondez honnêtement aux questions.
4. Les femmes peuvent se blâmer (ou d'autres peuvent les blâmer) pour la maladie et la perte. Rappeler aux femmes, aux partenaires et aux familles que la PES/E n'est pas de leur faute.
5. Encouragez la présence d'une personne de confiance choisie par la femme.



Fœtus est viable de moins de 34 SA

Administrer de la dexaméthasone

Attentes de performance

Administrer les corticostéroïdes prénatals à toute femme dont la grossesse a <34 SA et un examen clinique révèle une menace élevée d'accouchement dans les 7 jours à venir.

Points clés

- *Administrer la dexaméthasone pour améliorer les résultats néonataux chez les femmes dont le fœtus est viable mais <34 SA. Le bénéfice maximal est atteint après 48 heures suivant l'administration de la première dose.*
- *NE PAS en administrer si l'on ne peut pas confirmer que l'AG est > 24 SA mais < 34 SA.*
- *NE PAS en administrer si la femme pourrait avoir une infection, ou si le bébé prématuré ne peut pas recevoir les soins adéquats, si nécessaire.*

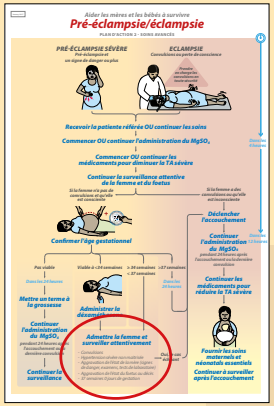
Connaissances clés

- **La dexaméthasone est un corticostéroïde prénatal (CSP). Le CSP réduit de 31%** la mortalité des bébés prématurés en stimulant la maturité des poumons fœtaux et en protégeant les intestins et les vaisseaux sanguins dans le cerveau du fœtus.
- **Administrer la dexaméthasone uniquement si :**
  - Il y a un haut niveau de confiance que l'AG est < 34 SA.
  - Il y a un haut niveau de confiance que la femme va accoucher au cours des 7 prochains jours
  - Il n'y a pas de preuve clinique d'infection maternelle (chorioamnionite ou septicémie)
  - Des soins adéquats sont disponibles, y compris la capacité de
    - Reconnaitre et de gérer en toute sécurité le travail et l'accouchement prématurés
    - Assurer la réanimation néonatale, les soins thermiques, le soutien alimentaire, le traitement des infections et l'utilisation sure de l'oxygène.
- Le bénéfice maximal est observé 48 heures après la première dose, mais l'accouchement même quelques heures après l'administration d'une dose peut augmenter les chances de survie du nouveau-né.
- Ne pas repousser l'accouchement pour donner la deuxième dose si un accouchement rapide s'avère nécessaire pour protéger la femme ou le fœtus.
- **La dexaméthasone peut augmenter le risque de la septicémie maternelle et de mortalité néonatale chez les enfants d'un AG ≥ 37 SA.**
- Ne jamais administrer les CSP si une infection maternelle est suspectée.

Actions clés

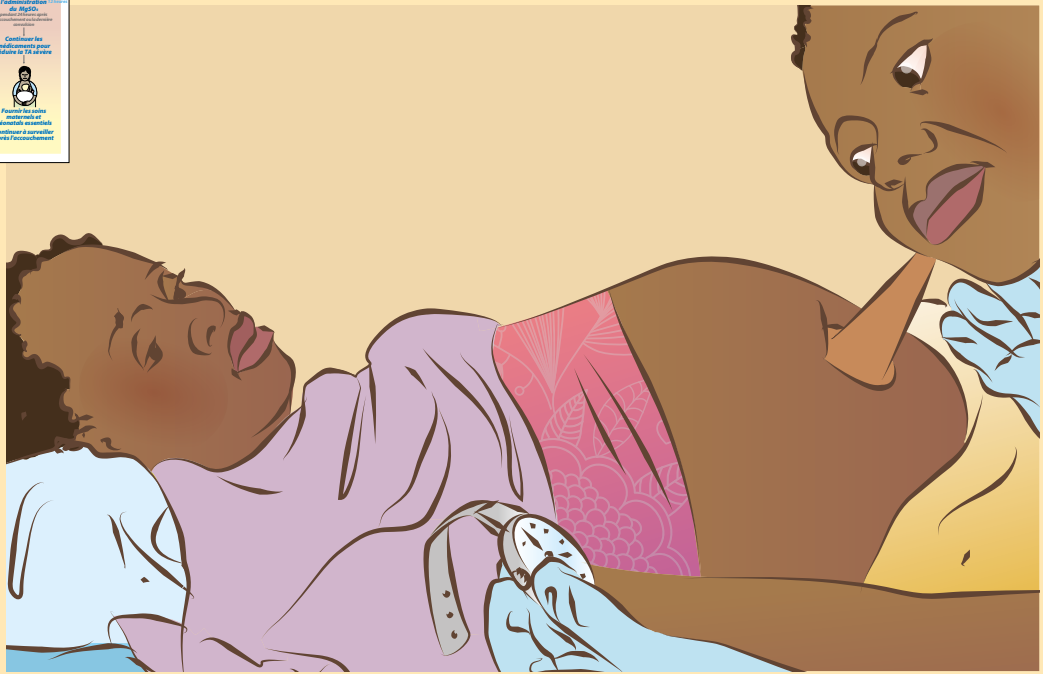
- Pour les femmes avec un AG précis de <34 SA, donnez 24 mg de dexaméthasone IM en deux doses de 12 mg. **Administrez 12 mg de dexaméthasone par voie IM dès que possible, suivi d'une autre dose de 12 mg par voie IM 24 heures plus tard.**
- Si l'accouchement prématuré ne survient pas 7 jours après l'administration des CSP et si le risque d'accouchement prématuré persiste, répétez le traitement des CSP une seule fois. **Ne donnez jamais plus de deux séries de doses.**

Note:
La betaméthasone peut également être utilisée à la place de la dexaméthasone, mais elle est moins disponible et plus couteuse que la dexaméthasone. Le traitement suggéré est également de 12 mg par voie IM dès que possible, suivi de 12 mg 24 heures plus tard. D'autres stéroïdes ne traversent pas le placenta et ne sont donc pas efficaces.



Fœtus est viable de moins de 37 SA ET
une surveillance étroite peut être assurée

Hospitaliser la femme et assurer une surveillance étroite



Attentes de performance

Pour les femmes dont l'AG est moins de 37 SA, prendre les décisions cliniques appropriées concernant l'éligibilité à la prise en charge expectative (conservatrice) selon les résultats cliniques et du laboratoire.

Points clés

- **La prise en charge expectative des femmes atteintes de la PES n'est envisageable que SI la femme et son fœtus sont stables ET l'AG est moins de 37 SA ET une surveillance étroite et continue est possible.**
- Si, à un moment donné, une femme rencontre une contre-indication à la prise en charge expectative, l'accouchement doit avoir lieu dans les 24 heures.

Connaissances clés

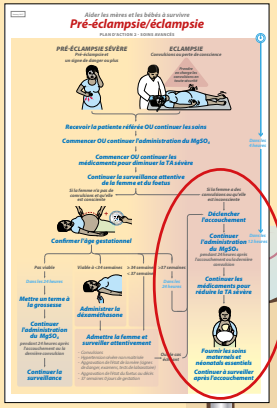
- La PES peut progresser rapidement et mettre la vie de la femme et du fœtus en danger. Pour envisager la possibilité de retarder l'accouchement, l'établissement doit être en mesure de :
  - Déclencher le travail de manière sure et rapide, si nécessaire
  - Assurer une chirurgie sure et des soins post-opératoires surs
  - Prendre en charge les bebes prématurés ou malades.
- Entre la viabilité et 37 SA, il est possible de prolonger la grossesse pour réduire la mortalité néonatale si :
  - La femme et le fœtus sont stables.
  - La femme peut bénéficier d'une surveillance étroite et de soins dans un hôpital spécialisé.
- **Une prise en charge expectative N'EST PAS RECOMMANDEE si les suivants sont présents :**
  - Éclampsie
  - Œdème pulmonaire
  - HTA sévère non contrôlée
  - Symptômes persistants (maux de tête, troubles de la vision, douleurs du QSD)
  - Aggravation des valeurs des tests du laboratoire
  - Syndrome HELLP
  - Coagulation intravasculaire disséminée (CID)
  - Décollement prématuré du placenta
  - Choc maternel
  - Souffrance fœtale
  - Mort fœtale in utero
  - Travail prématuré; ou
  - Rupture prématurée des membranes avant terme.
- Le $MgSO_4$ diminue l'incidence et la gravite de la paralysie cérébrale chez le nouveau-né. **Si l'AG est < 32 SA et l'accouchement risque d'avoir lieu dans les 24 heures, administrer le $MgSO_4$ par voie IV (le schéma thérapeutique Zuspan) à des fins de neuroprotection fœtale si des perfusions à gravité ou des pompes à perfusion sont disponibles.**

Actions clés

- Hospitalisez la femme jusqu'à l'accouchement.
- Surveillez l'état de la femme étroitement :
  - Signes vitaux, équilibre hydrique, contractions palpables et signes de travail toutes les 8 heures, analyses de laboratoire tous les jours. Les analyses peuvent être effectuées tous les deux jours si l'état de la femme est stable et si elle ne présente pas de symptômes.
- Surveillez l'état du fœtus étroitement :
  - Contrôle quotidien des mouvements fœtaux, examen quotidien de la réactivité fœtale, indice du liquide amniotique deux fois par semaine, contrôle de la croissance fœtale par échographie toutes les 2-3 semaines.
- Administrez les CSP s'il y a un haut niveau de confiance que la femme va accoucher au cours des 7 prochains jours. Repoussez l'accouchement pendant 48 heures pour compléter un cours complet des CSP seulement si la femme et le fœtus sont stables.
- Donnez le $MgSO_4$ et les antihypertenseurs au besoin. Si la femme est éligible à une prise en charge expectative, le $MgSO_4$ est administré pendant 24 à 48 heures, puis interrompu. Il est recommencé avec le début du travail ou l'aggravation de la maladie.

Note importante

Si vous et votre établissement ne pouvez pas surveiller de près une femme avec la PES stable, elle doit être immédiatement transférée vers un établissement capable d'une surveillance continue tel que décrit ci-dessus, ou déclencher l'accouchement dans les 24 heures.



En cas de la PES instable,
La PES stable ≥ 37 SA + 0 jours OU
L'éclampsie quel que soit l'AG

Déclencher l'accouchement

Attentes de performance

- *Dans les cas de PES, procéder à l'accouchement dès l'AG de 37 SA.*
- *Dans les cas de l'E, procéder à l'accouchement dès que la femme est stable, quel que soit l'AG.*

Points clés

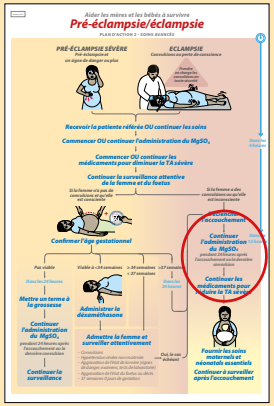
- *Dans les cas de la PES, si l'AG est ≥ 37 SA + 0 jours la femme doit accoucher dans les 24 heures.*
- *Dans les cas de la PES, si la femme n'est pas stable, elle doit accoucher dans les 24 heures quel que soit l'AG.*
- *Dans les cas de la PES, la femme doit accoucher dans les 24 heures, quel que soit l'AG, si l'établissement n'est pas en mesure de la surveiller étroitement.*
- *Dans les cas de l'E, la femme doit accoucher dans les 12 heures, quel que soit l'AG.*
- *Le mode d'accouchement privilégié est par voie basse, si possible.*

Connaissances clés

- L'accouchement est le traitement définitif de la PES/E.
- Dans les cas de PES, la femme doit accoucher dans les 24 heures si l'AG est ≥ 37 SA + 0 jours ou l'AG est <37 mais il existe des contre-indications à la prise en charge expectative. Le mode d'accouchement privilégié est par voie basse, si possible.
- La décision sur le mode d'accouchement doit être prise en fonction de l'AG (plus l'AG est élevé, plus la probabilité est grande qu'un déclenchement artificiel du travail réussisse), l'état du col, si la femme est en travail, l'état du fœtus, et la position du fœtus.
- Un accouchement par voie basse est préférable, sauf s'il y des indications pour un accouchement par césarienne :
  - Indications obstétricales OU
  - Le rythme cardiaque fœtal n'est pas rassurant ou l'état du fœtus n'est pas stable OU
  - On ne peut pas prévoir un accouchement spontané par voie basse dans les 12 h (pour l'E) ou dans les 24 h (pour la PES).
- Dans les établissements avec des unités de soins néonatals intensifs, alerter le spécialiste en néonatalogie / pédiatrie de l'accouchement prévu. Idéalement, un prestataire néonatal devrait être présent ou accessible en cas de complications.
- Dans les cas de l'E, le traitement définitif est l'accouchement dès que son état est stable. La femme doit accoucher dans les 12 heures quel que soit l'AG.

Actions clés

- Administrez le $MgSO_4$ pendant toute la période intrapartum et administrez un antihypertenseur au besoin, quel que soit le mode d'accouchement
- Evaluez l'état du col pour envisager un déclenchement artificiel du travail
  - Si le col est favorable (mou, mince, partiellement dilaté), procédez au déclenchement artificiel du travail selon les protocoles ;
  - Si le col est défavorable (ferme, épais, fermé), l'amener à maturation en administrant du misoprostol, des prostaglandines ou à l'aide d'une sonde de Foley avant d'entamer le déclenchement du travail.
  - Si le col demeure défavorable après la maturation ou le déclenchement échoue, pratiquez une césarienne.
- Avant de pratiquer une césarienne, s'assurer que :
  - L'éventualité d'une coagulopathie a été écartée ;
  - Il est possible de pratiquer une anesthésie générale sans danger (consulter un anesthésiste au sujet de la meilleure méthode)
- Si 'AG est inférieure à 34 SA, administrez la première dose de dexaméthasone pour optimiser les issues fœtales si cela ne retarde pas l'accouchement.
- Poursuivez la surveillance étroite de la femme et du fœtus tout au long du travail et de l'accouchement.
- Surveillez le travail à l'aide d'un partogramme.
- Remplissez la fiche de suivi de l'administration du $MgSO_4$ pendant le travail, l'accouchement, et le post-partum.



Après la naissance, assurer une surveillance étroite et des soins maternels et néonatals essentiels

Attentes de performance

- *Donner du $MgSO_4$ aux femmes atteintes de la PES/E pendant 24 heures après la naissance ou 24 heures après la dernière convulsion, selon la dernière éventualité.*
- *Fournir des soins recommandés aux femmes et aux bébés après la naissance.*
- *Distinguer les résultats normaux des résultats anormaux.*

Points clés

- *Les femmes sont toujours à risque de la PES/E après la naissance.*
- *L'administration du $MgSO_4$ doit être poursuivi pendant 24 heures après la naissance ou la dernière convulsion, selon la dernière éventualité.*
- *Un traitement antihypertenseur est nécessaire tant que la TA est dans la catégorie de « sévère ».*
- *Toutes les femmes devraient bénéficier des soins du post-partum essentiels.*
- *Tous les bébés devraient bénéficier des soins néonatals essentiels.*

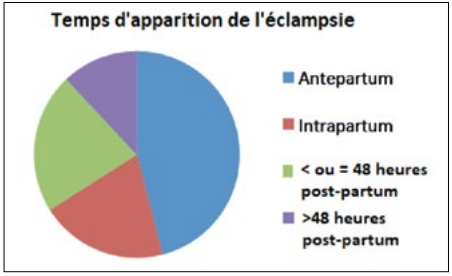
Connaissances clés

- Se rappeler qu'une femme atteinte de la PES/E court toujours un risque de convulsions au cours de la période postpartum immédiate.
- Tant qu'une femme souffre d'HTA « sévère », elle doit recevoir un traitement antihypertenseur approprié.
- **La PES peut s'aggraver ou se transformer en l'E après la naissance! Surveiller la femme de près pendant au moins 72 heures après l'accouchement.**

Actions clés

- Assurez la surveillance routinière selon les directives nationales.
- Continuez à surveillez la femme toutes les heures pour dépister une toxicité de magnésium et notez les constats sur la fiche de suivi de l'administration du $MgSO_4$. En l'absence de signes de toxicité, poursuivez le traitement du $MgSO_4$ pendant les 24 h qui suivent l'accouchement ou la dernière convulsion, en prenant comme point de départ le dernier des deux événements. Rappelez-vous des doses d'entretien :
  - Continuez la perfusion du $MgSO_4$ par perfusion IV à 1 g/heure ou
  - Administrez 5 g de $MgSO_4$ (solution à 50%) + 1 ml de lidocaïne à 2% par voie IM toutes les 4 heures en alternant les fesses.
- **Continuez à prendre la TA toutes les heures.** Poursuivez le traitement antihypertenseur afin de maintenir la TA entre 140–155 mmHg/90–100 mmHg.
- **Continuez à ausculter les poumons pour vérifier la présence d'un œdème pulmonaire.** Si l'auscultation révèle la présence de râles, prendre la femme en charge comme décrit sur les pages 39, 41, et 43.
- **Continuez à surveiller l'apport hydrique et la diurèse.** Si la diurèse passe en dessous de 30 mL/h, prendre la femme en charge comme décrit sur les pages 41 et 43.
- **Continuez à évaluer la femme pour la présence des signes de danger.**
- Ne donnez pas d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) aux femmes présentant une HTA mal contrôlée, une oligurie, une insuffisance rénale ou une thrombocytopénie.
- Assurez les soins post-partum de routine selon les directives nationales.
- Assurez-vous que la femme comprend les signes de danger et qu'elle est capable et sait comment obtenir des soins s'ils sont présents.
- Vérifiez qu'elle a reçu la méthode contraceptive de son choix avant la sortie de l'établissement.
- Informez-la qu'elle risque de présenter une PE/E au cours de ses grossesses futures et de souffrir d'HTA plus tard dans sa vie.
- Donnez un rendez-vous à la femme pour une visite une semaine après sa sortie.

Fournir des soins néonatals essentiels de routine, comme décrit à la page 27.



Source: Sibai BM, Diagnosis, prevention, and management of eclampsia. Obstet Gynecol.

Abbreviations

AAP	Académie Américaine de la Pédiatrie
ACNM	Association de Sages-Femmes des Etats-Unis
ACOG	Ordre des Obstétriciens et des Gynécologues des Etats-Unis
AG	Age gestationnel
AVC	accident vasculaire cérébral
CID	Coagulation intravasculaire disséminé
CPN	Consultation prénatale
DDR	Date des dernières règles
DPA	date prévue d'accouchement
E	Eclampsie
GATPA	Gestion active de la troisième période de l'accouchement
GP	Guide du prestataire
HELLP	• Hemolysis (destruction des globules rouges), • Elevated Liver enzymes (enzyme hépatiques élevés qui indiquent des dommages au foie) • Low Platelets (taux faible de plaquettes).
HTA	Hypertension
ICM	Confédération internationale des sages-femmes
HU	Hauteur utérine
IM	Intramusculaire
IV	intraveineuse
MCSP	Programme de survie de la mère et de l'enfant
$MgSO_4$	Sulfate de magnésium
NFS	Numération formule sanguine
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PE	Pré-éclampsie
PE/E	Pré-éclampsie / Eclampsie
PES	Pré-éclampsie sévère
PES/E	Pré-éclampsie sévère / Eclampsie
QSD	Quadrant supérieur droit
SA	Semaines d'aménorrhée
TA	Tension artérielle
TAD	Tension artérielle diastolique
TAS	Tension artérielle systolique
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
USAID	Agence des Etats-Unis pour le Développement International

References

Abalos E, Duley L, Steyn DW, Henderson-Smart DJ. (2007). Antihypertensive drug therapy for mild to moderate hypertension during pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1.

Altenstadt, J., Hukkelhoven, C., Roosemalen, J., Bloemenkamp, K. (2012). Pre-eclampsia increases the risk for postpartum hemorrhage: a nationwide cohort study among more than 340,000 deliveries. American Journal of Obstetrics & Gynecology. V 206, Issue 1.

American Academy of Pediatrics. Helping Babies Breathe Training Module. 2011. Elk Grove Village, IL.

American Academy of Pediatrics and the American College of Obstetricians and Gynecologists. (2012). Guidelines for Perinatal Care. (7th ed.).

American College of Obstetrics and Gynecology (ACOG). (2013) Taskforce on Hypertension in Pregnancy. Hypertension in Pregnancy: Washington, DC.

American College of Obstetrics and Gynecology (ACOG). (Dec 2011) Committee Opinion: Emergent Therapy for Acute-Onset, Severe Hypertension with Preeclampsia or Eclampsia. Committee on Obstetric Practice. (No. 514).

American College of Obstetrics and Gynecology (ACOG). (Jan 2002) Practice Bulletin on Diagnosis and Management of Preeclampsia and Eclampsia. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists. (No. 33).

Duley L, Meher S, & Jones L. (2013). Drugs for treatment of very high blood pressure during pregnancy (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 7.

Federal Ministry of Health, Population Council and MacArthur Foundation. (Feb 2010). Training Manual On the Use of Magnesium Sulphate in the Management of Severe Pre-eclampsia and Eclampsia.

Fischbach, F. (2004). A Manual of Laboratory and Diagnostic Tests (7th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Jhpiego Corporation. (2015) Bleeding after Birth. Helping Mothers Survive Training Module.

Magee LA, Pels A, Helewa M, Rey E, & von Dadelszen P. (2014). Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy: Executive summary. J Obstetric Gynaecolgy 36(5):416–438.

MCHIP. I Treat Patients and Their Families in the Way I Would Like to be Treated! Retrieved from https://www.k4health.org/sites/default/files/RMC%20Patient%20Care.pdf .

MCHIP EmONC Seminar Series. 2013. Managing Pre-Eclampsia/Eclampsia Module. Jhpiego: Baltimore.

MCHIP Learning Resource Package. August 2011. Prevention, identification, and management of pre-eclampsia and eclampsia: Learning Resource Package. [Field-test version.] Jhpiego: Baltimore.

MCHIP Learning Resource Package. Respectful Maternity Care Workshop. Retrieved from https://www.k4health.org/sites/default/files/rmc_learning_resource_package.pdf.

Sibai , BM. (2005) Diagnosis, prevention, and management of eclampsia. Obstetric Gynecology; 105(2):402.

Smith JM, Lowe RF, Fullerton J, Currie SM, Harris L, Fleker-Kantors E. (2013). An integrative review of the side effects related to the use of magnesium sulfate for preeclampsia and eclampsia management. BMC Pregnancy and Childbirth 13:34.

Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC). (Feb 2014). Determination of Gestational Age by Ultrasound. Clinical Practice Guidelines. (No. 303).

Steegers EAP, von Dadelszen P, Duvekot JJ, Pijnenborg R. (2010) Pre-eclampsia. Lancet; 376: 631–44. DOI:10.1016/S0140-6736(10)60279-6.

World Health Organization, Maternal Mortality Fact Sheet. (2015)

World Health Organization (WHO). (2005). Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors. WHO: Geneva, Switzerland.

WHO. (2011). Recommendations for Prevention and Treatment of Pre-eclampsia and Eclampsia. WHO: Geneva, Switzerland.

Activités de « faible dose haute fréquence »

Qu'est-ce que la « pratique continue » et pourquoi est-ce important?
La formation seule n'est pas suffisante pour améliorer les soins. Les prestataires doivent mener des exercices théoriques et pratiques afin de renforcer les nouvelles connaissances et compétences. La pratique améliore également le travail d'équipe et la prise de décision clinique.

Qui vous aide à pratiquer?
Une ou deux personnes de votre établissement seront invitées à coordonner des séances d'entraînement. Le coordinateur vous rappellera de pratiquer et guidera les sessions. Il / elle est un collègue qui a appris à soutenir ces activités. Rappelez-vous, cependant, que vous et vos pairs pouvez mener des exercices pratiques sans un coordonnateur si vous n'en avez pas ou ils ne sont pas disponibles!

Objectifs de la session
Les objectifs de chaque session sont liés aux principaux objectifs d'apprentissage. La pratique des compétences vous aidera à perfectionner vos compétences, en particulier celles que vous n'utilisez pas souvent. Pour toutes les séances, assurez-vous de démontrer du respect, un bon travail d'équipe et une communication efficace.

Préparation pour la session
Chaque plan de session comprend une liste de matériels dont vous avez besoin et comment vous devez vous préparer. Les coordonnateurs de la pratique sont responsables de s'assurer que tout est prêt. Les plans de sessions comprennent également des instructions pour les coordonnateurs et les prestataires sur la façon de mener à bien la session. Vous aurez besoin de ce guide du prestataire (GP) pour une référence. Les coordonnateurs donneront un encadrement amical au besoin.

Simuler les soins avec des jeux de rôles
Pour nous aider à mettre en pratique nos compétences et à prendre des décisions cliniques, nous utiliserons des jeux de rôle comme nous l'avons fait pendant la formation. Lors de la réalisation d'un jeu de rôle, les coordinateurs:

- Établissent un environnement d'apprentissage sûr
- Facilitent le jeu de rôle
- Conduisent un débriefing organisé
- Facilitent une discussion pour améliorer l'apprentissage
- Identifient et explorent les lacunes
- Aident les prestataires à transférer ce qu'ils ont appris dans la pratique clinique.

Débriefing
Pendant le débriefing, les coordinateurs guident les prestataires à analyser leur propre performance et la performance de l'équipe. Cela donne à tous la chance d'apprendre en examinant attentivement ce qui s'est passé. Les coordinateurs et les prestataires devraient être constructifs et éviter d'embarrasser les uns et les autres. L'objectif est l'autoréflexion et l'amélioration de l'équipe.

Séance 1: Création d'un kit d'urgence pour la PES/E et d'un plan pour le transfert d'une patiente

15 - 30 minutes

Lire les objectifs à haute voix:

- Assembler un kit d'urgence pour la PES/E ou s'assurer que les fournitures nécessaires pour la prise en charge de la PES/E sont dans une trousse d'urgence générale
- Établir un protocole pour maintenir le kit
- Revoir et mettre à jour OU établir et afficher un plan pour le transfert d'une patiente

NOTE:
Si vous avez déjà un kit d'urgence pour la PES/E, confirmez qu'il est complet et que quelqu'un est responsable de le vérifier, puis passez à la planification d'une référence.

Préparation:

- Si l'établissement dispose d'un plan pour le transfert d'une patiente, assurez-vous qu'il est disponible afin de le passer en revue avec l'équipe.
- Ouvrez un autre GP à la page 33.

Matériels:
- Boîte étanche avec couvercle pour garder le contenu sec et propre
- Montre, horloge ou autre minuterie
- Marqueur / stylos / papier
- Plan pour le transfert d'une patiente

Activité:
Le coordinateur est le chronométreur. Tout le personnel de la salle de travail y participe. Le coordinateur dit aux prestataires: « Quand je dis 'Allez!' rassemblez chaque article sur la liste du kit d'urgence pour la PE & E et placez-le dans le récipient. » Quand le coordinateur dit « Allez ! » il ou elle devrait commencer la minuterie pour voir combien de temps il faut à l'équipe pour rassembler tous les articles du kit. Si des articles sont toujours manquants après 10 minutes, arrêtez l'activité. En groupe, discutez de chaque question et faites chaque tâche:
- « Cet exercice a duré (x) minutes, avec (y) personnes. Que se passe-t-il lorsque cela prend autant de temps pour rassembler ce dont nous avons besoin? »
- « Avons-nous trouvé tout, sinon, comment pouvons-nous obtenir ce qui manque? »
- Étiquetez le récipient rempli de matériels pour le « kit d'urgence pour la PE & E » et dresser une liste de contrôle des fournitures sur le dessus. Ajoutez le kit au chariot d'urgence ou le mettre dans un endroit sûr où tout le monde peut y accéder.
- **Décidez qui vérifiera le kit chaque semaine pour être sûr qu'il est complet et rien n'est expiré.**

Planification pour le transfert d'une patiente
- Pour les établissements qui réfèrent les malades à un niveau supérieur pour une raison quelconque, consultez le plan pour le transfert d'une patiente. Assurez-vous de l'afficher pour tous à voir avec les numéros de contact de l'hôpital de référence et du transport. Pensez à programmer les numéros de contact dans les téléphones mobiles du personnel.

Session 2 : Mesure de la tension artérielle (TA) et test des réflexes

10 minutes

Lire les objectifs à haute voix:
- S'assurer que le tensiomètre est étalonné.
- Mesurer la TA avec précision.
- Évaluer correctement si les réflexes sont présents ou absents.
- Comprendre que le test des réflexes est nécessaire pour la surveillance de la toxicité du $MgSO_4$.
- Comprendre que la dose de $MgSO_4$ doit être interrompue ou différée si les réflexes sont absents.

Matériels:
- Clé de calibrage
- Les tensiomètres, les stéthoscopes et les marteaux à réflexes

Préparation: Votre coordonnateur de la pratique vous aidera individuellement ou par paires (jusqu'à 3 paires) OU vous pouvez pratiquer seul. Si les marteaux à réflexes ne sont pas disponibles, utilisez les stéthoscopes ou le côté de votre main.

Activité - Mesure de la TA:
Les prestataires font ces étapes ensemble:
- Regardez le tensiomètre. Si l'aiguille n'est pas à "0" ou pointe vers le bas, utilisez la clé de calibrage (livrée avec le tensiomètre) pour mettre l'aiguille à "0".
- Pour la plupart des machines, la fente d'étalonnage se trouve sous le cadran. Retirez délicatement la tubulure pour insérer la clé dans la fente. Tourner doucement jusqu'à ce que l'aiguille soit droite ou à « 0 ». Rangez la clé dans un endroit central et notez l'emplacement. Calibrez toutes les machines tous les 6 mois.

Divisez-vous en paires pour vous entraîner à prendre la TA et à tester les réflexes. Ouvrez un autre GP à la page 11 et donnez-vous mutuellement des commentaires de soutien, et assurez:
- La position correcte du « client »
- A taille correcte du brassard
- La position correcte du brassard et du stéthoscope.
- Un gonflage jusqu'à 30 à 40 mmHg au-dessus de la TA normale de la femme (ou à 180 mmHg si sa TA n'est pas connue) puis un relâchement à environ 3mm / sec.

Il est essentiel d'utiliser des mesures

entendues et non celles vues pour la mesure. Rappelez-vous que chaque barre est 2mmHg.

- Après que les premiers prestataires aient pris la TA, demandez-leur ce qu'ils ont obtenu.
- Rappelez-vous de ne pas arrondir, mais de donner des chiffres précis.
- Changez de rôle et répétez l'exercice.

Activité-Test des réflexes

Assurez un espace d'apprentissage privé et sécurisé.

Les prestataires doivent se toucher les genoux et les « clients » doivent être détendus. Le « client » doit soit s'allonger sur un lit avec les jambes détendues ou s'asseoir avec les jambes qui pendent librement. Les pieds ne devraient pas se reposer sur le sol. Le prestataire devrait:

- Palper le tendon profond juste en dessous de la rotule.
- Avec un marteau à reflexes, le bord d'un stéthoscope ou le côté de votre main, donner un coup bref et rapide, d'intensité moyenne, sur le tendon situé en dessous de la rotule. Le fait de frapper le tendon doit faire redresser la jambe inferieure.

Une fois que les prestataires suscitent avec succès des réflexes quelques fois, changez de rôle. Si quelqu'un ne peut pas susciter des réflexes, ils devraient essayer d'utiliser différents méthodes (marteau, main, stéthoscope) ou partenaires.

Session 3 : Jeu de rôle – Travail de l'accouchement

30 minutes

Lire les objectifs à haute voix :

- Évaluer une femme correctement pour dépister la PE/E
- Classifier correctement la PE/E sur la base de l'évaluation
- Assurer la prise en charge initiale correcte de la PE/E

Matériels :

- Kit d'urgence pour la PE / E
- Plan d'action / GP
- Tensiomètre et stéthoscope
- Bandelettes urinaires
- Roue de grossesse ou calendrier
- Mètre ruban et fœtoscope
- Fiche de suivi de l'administration du $MgSO_4$

Préparation:

- Vous avez besoin d'au moins 3 personnes: 1 « cliente » (coordinateur), 1 prestataire, 1 assistant
- Pour cette session, seuls les « clientes » / coordinateurs devraient avoir leurs GPs ouverts. Préparez les matériels à l'avance.

Activité:

La « cliente » devrait connaître les informations ci-dessous mais ne les partage que lorsque le « prestataire » effectue l'évaluation connexe pendant la simulation.

- Antécédents de la PE/E lors d'une grossesse précédente
- TA : 142/84 mmHg
- Urine : 1+ protéine
- HU : 36 cm
- Fréquence cardiaque fœtale: 154 btts/minute
- Col : dilaté à 6 cm
- Contractions: 3 contractions / 10 minutes durant 40 secondes
- Signes de danger: céphalées sans soulagement avec des analgésiques, vision floue, aucune douleur dans le QSD, pas de difficulté à respirer, pas de râles, et pas d'histoire de convulsions.

Si d'autres paramètres sont évalués, donnez des valeurs normales. Le coordinateur jouant le rôle de la « cliente » lit le scénario ci-dessous et procède au jeu de rôle, traitant le scénario comme s'il s'agissait d'une situation clinique réelle:

« Sara a 35 ans et est enceinte de son 5ème enfant. Elle vient d'arriver à la salle de travail en travail actif. Son dossier montre une DDR confirmée lui donnant un AG de 37 SA + 0 jours aujourd'hui. Interviewez Sara, procédez à un examen, puis commencez les soins selon les résultats de l'entrevue et de l'examen. Si vous prenez n'importe quelle mesure sauf un toucher vaginal, faites-le. Pour toute question demandée et tout examen fait, votre cliente vous donnera une réponse à la question et les résultats de l'examen. Pour le toucher vaginal, il suffit de demander la dilatation du col. »

Le coordinateur / La « cliente » doit arrêter le jeu de rôle dès que le « prestataire » administre la dose de charge du $MgSO_4$. L'équipe doit débriefer et discuter des questions ci-dessous en utilisant le plan d'action et le tableau à feuilles mobiles, le cas échéant.
Notez que les réponses se trouvent à la page 64. Demandez:

1. Comment pensez-vous que cela s'est passé? Comment vous sentez-vous ?
2. En ce qui concerne l'évaluation, quelles informations avez-vous recueillies et que pourriez-vous demander / évaluer de plus ?
3. Quel était votre diagnostic ? (Voir le tableau de classification à la page 18)
4. Qu'avez-vous fait pour Sara et pourquoi ?
5. Qu'avez-vous appris que vous pourriez utiliser avec une vraie cliente ? Que pourriez-vous améliorer la prochaine fois ?

Session 4 : Calcul de l'AG – évaluation à partir de la DDR

15 minutes

Lire les objectifs à haute voix :

- Évaluer l'AG en se basant sur la DDR

Matériels :

- Roues de grossesse ou calendriers, papier et crayons

Préparation:

- Pratiquez en paires
- Referez-vous à la page 23 pour les rappels sur les calculs de la DPA et de l'AG.

Discussion :
Si les femmes ne peuvent pas se souvenir du 1er jour des dernières règles, aidez-les en associant leur DDR avec les dates des vacances ou d'autres événements. Utilisez la roue de grossesse ou un calendrier. Si les prestataires n'ont pas l'habitude de les utiliser, prenez le temps de revoir comment les utiliser.

Pratique – calcul de l'AG:
Les prestataires devraient d'abord travailler sur les calculs. Utilisez le 10 avril comme la date d'aujourd'hui. Notez que les réponses se trouvent à la page 64. Comparez les réponses et facilitez une discussion après chaque cas.

Cas 1 : Une femme arrive pour sa première visite à la CPN et est sûre que la DDR était le 28 septembre, son anniversaire.

1. Quelle est sa DPA et l'AG aujourd'hui (10 avril) sur la base de la DDR ?
2. Si l'HU est de 27 cm, avez-vous un niveau haut ou faible de confiance dans cette estimation de l'AG ?

Cas 2 : Une femme dit que ses dernières règles étaient juste avant le jour des élections, soit le 15 août, et que ses règles durent habituellement entre 5 et 7 jours.

1. Qu'est-ce que vous devinez est la DDR ?
2. Quel est sa DPA et l'AG aujourd'hui (10 avril) sur la base de la DDR ?
3. Si l'HU est de 36 cm, avez-vous un niveau haut ou faible de confiance dans cette estimation de l'AG ?

Cas 3: Une femme dit que le premier jour de ses dernières règles était autour du dernier jour de juillet.

1. Qu'utiliseriez-vous pour la DDR ?
2. Quel est sa DPA et l'AG aujourd'hui (10 avril) sur la base de la DDR ?
3. Si l'HU est de 32 cm, avez-vous un niveau haut ou faible de confiance dans cette estimation de l'AG ?

Session 5 : Calcul de l'AG – évaluation à partir de l'HU

10 minutes

Lire les objectifs à haute voix :

- Évaluer l'AG et la croissance fœtale à partir de l'HU.

Matériels:

- Mètre ruban

Préparation:
Le coordinateur encadrera chaque prestataire pendant 1-2 CPNs (les femmes devraient avoir l'AG > 24 SA). Le coordinateur et le prestataire doivent passer en revue les étapes de la mesure de l'HU à la page 62 avant de voir la cliente.

Activité:
Le prestataire devrait:

- Saluer la cliente, se présenter à elle.
- Revoir la DPA, la DDR et l'AG attendu pour aujourd'hui.
- Expliquer à la cliente ce qu'il fait et pourquoi.
- Placer le « 0 » du mètre ruban au bord supérieur de la symphyse pubienne. Étirer le mètre ruban le long de l'utérus. Repérer le fond utérin par palpation manuelle et mesurer le long de l'axe longitudinal (la distance entre la symphyse pubienne et le fond utérin) en centimètres. Généralement, l'HU d'une femme correspond approximativement à l'AG.
- Comparer l'HU trouvée avec l'estimation de l'AG basée sur la DDR pour décider s'ils correspondent.
- Expliquer les résultats.

Loin de la cliente, discutez pour voir si le coordonnateur et le prestataire sont d'accord sur la mesure. Le coordonnateur fournira un feedback constructif sur la technique et la communication.
Le prestataire peut répéter la mesure si nécessaire. Si plus de pratique est nécessaire, le coordinateur peut encadrer le prestataire pendant d'autres examens.

Session 6: Jeu de rôle 1 - CPN

30 minutes

Lire les objectifs à haute voix :
- Évaluer une femme correctement pour dépister la PE/E pendant la CPN
- Classifier correctement la PE/E sur la base de l'évaluation
- Assurer la prise en charge initiale correcte de la PE/E dans le contexte de la CPN.

Matériels :
- Plan d'action / Guide du prestataire
- Tensiomètre
- Stéthoscope
- Bandelettes urinaires
- Roue de grossesse, si disponible
- Mètre ruban et fœtoscope

Préparation:
- Vous avez besoin d'au moins deux personnes: un prestataire et le coordinateur qui jouera le rôle de la « cliente ».
- Pour cette session, seuls les « clientes » / coordinateurs doivent avoir leurs GP ouverts. Trouvez un espace privé et préparez les matériels à l'avance.

Activité:
La « cliente » doit avoir les informations ci-dessous mais ne les partage que lorsque le « prestataire » effectue l'évaluation connexe pendant la simulation.
- DDR connue : le 16 août
- HU : 33cm
- TA : 148/88 mmHg
- Protéinurie : 2+ sur bandelette urinaire
- Signes de danger: Aucun à aucun moment
- Bruits de cœur fœtal : 150 btts/min

Si d'autres éléments sont évalués, donnez des valeurs normales.

La « cliente » lit le scénario ci-dessous et procède au jeu de rôle, en traitant le scénario comme s'il s'agissait d'un cas clinique réel :

« Madame N. âgée de 21 ans, G3P2, se présente pour sa quatrième visite à la CPN aujourd'hui, soit le 10 avril. Interviewez Mme. N., procédez à la visite CPN. Si vous prenez n'importe quelle mesure, faites-le. Pour toute question demandée et tout examen fait, votre cliente vous donnera une réponse à la question et les résultats de l'examen. »
Le coordonnateur / La « cliente » devrait interrompre le jeu de rôle à la fin de la visite et dire: « Ça fait 4 heures et sa TA est de 150/86 mmHg. Que feriez-vous maintenant ? »

Les « prestataires » doivent débriefer et discuter des questions ci-dessous à l'aide du plan d'action et le graphique dans le Flipbook, le cas échéant. Notez que les réponses se trouvent à la page 65.
Demandez:

1. Comment pensez-vous que cela s'est passé? Comment vous sentez-vous ?
2. En ce qui concerne l'évaluation, quelles informations avez-vous recueillies et qu'est-

ce que vous auriez pu demander / évaluer ?
3. Quelle est sa DPA et l'AG ?
4. Quel est le diagnostic le plus probable ?
5. Qu'avez-vous fait pour Mme N ? Pourquoi ?
6. Qu'avez-vous appris que vous pourriez utiliser avec une vraie cliente ? Qu'est-ce qui pourrait être amélioré ?

Session 7: Jeu de rôle - Post-partum

30 minutes

Lire les objectifs à haute voix :

- Évaluer une femme correctement pour la présence des signes de la toxicité du $MgSO_4$
- Administrer correctement la dose d'entretien
- Administrer correctement les antihypertenseurs
- Fournir une gestion continue correcte de la PE/E

Matériels et préparation:
Identique à la session 6

Activité:
La « cliente » doit avoir les informations ci-dessous mais ne les partage que lorsque le « prestataire » effectue l'évaluation connexe pendant le jeu de rôle.

- TA : 160/108
- Réflexes : présent
- Débit urinaire : 150mL pendant 4 h d'affilée
- Taux respiratoire : 18, poumons clairs

Si d'autres éléments sont évalués, donnez des valeurs normales.

La « *cliente* » ou le coordinateur lit le scénario ci-dessous et procède ensuite à la simulation en traitant le scénario comme s'il s'agissait d'une situation clinique réelle:
« *Madame S a donné naissance à une petite fille en bonne santé la nuit dernière. Elle a développé une PES avec une TA de 170/114 dans les 2 heures après la naissance et a reçu une dose de charge du $MgSO_4$ (4gm en IV et 10 g en IM) ainsi que 20 mg de nifédipine par voie orale à 5h00 ce matin. Il est maintenant 9h00. Faites la surveillance et donnez-lui des soins comme vous le feriez normalement. Pour toute question demandée et tout examen fait, votre cliente vous donnera une réponse à la question et les résultats de l'examen.* »

Le coordinateur / La « cliente » doit arrêter le jeu de rôle à la fin de l'interaction.

Les « prestataires » doivent débriefer et discuter des questions ci-dessous à l'aide du plan d'action et le graphique dans le Flipbook, le cas échéant. Notez que les réponses se trouvent à la page 65.
Demandez:

1. Comment pensez-vous que cela s'est passé? Comment vous sentez-vous ?
2. En ce qui concerne l'évaluation, quelles informations avez-vous recueillies et qu'est-ce que vous auriez pu demander / évaluer ?
3. Qu'avez-vous fait pour Mme S? Pourquoi?
4. Quand allez-vous arrêter le $MgSO_4$?
5. Quand Mme S. et son bébé peuvent-ils rentrés chez eux?
6. Qu'est-ce que vous avez appris que vous pourriez utiliser avec une vraie cliente ? Qu'est-ce qui pourrait être amélioré ?

Session 8 : Jeu de rôle 2 – CPN

30 minutes

Lire les objectifs à haute voix :

- Assurer la prise en charge correcte d'une femme qui convulse.
- Classifier correctement la PE/E sur la base de l'évaluation
- Assurer la prise en charge initiale correcte de la PE/E.

Matériels et préparation: Identique à la session 6 et ajouter un masque à oxygène

Activité:
La « cliente » ou le coordinateur lit le scénario ci-dessous et passe ensuite au jeu de rôle, traitant le scénario comme s'il s'agissait d'un cas clinique réel:
« Lindi est enceinte de son premier bébé. Elle s'est présentée aujourd'hui avec des céphalées sévères. Vous la saluez, l'amenez dans la salle d'examen et vous prenez sa TA qui est de 152/108 mmHg. Lorsque vous retirez le brassard du tensiomètre, Lindi commence à convulser. Continuez à prendre soin d'elle. Si vous prenez une mesure, faites-le. Pour toute

question demandée et tout examen fait, votre cliente vous donnera une réponse à la question et les résultats de l'examen. "

Gérez Lindi comme une véritable urgence. Une fois que le jeu de rôle est terminé et la « cliente » est stable, passez en revue les étapes de la prise en charge des convulsions à la page 15 et discutez-en. Notez que les réponses se trouvent à la page 65. Demandez:

1. Comment pensez-vous que cela s'est passé? Comment vous sentez-vous ?
2. Quel était le diagnostic de Lindi?
3. En ce qui concerne l'évaluation, quelles informations avez-vous recueillies et qu'est-ce que vous auriez pu demander / évaluer ?
4. Qu'avez-vous fait pour Lindi ? Pourquoi ?
5. Qu'est-ce que vous avez appris que vous pourriez utiliser avec une vraie cliente ? Qu'est-ce qui pourrait être amélioré ?

CLES DE RÉPONSES DES SESSIONS

Session 3 :
Jeu de rôle - Travail de l'accouchement

1. Facilitez la discussion - Considérez la communication entre l'équipe et la cliente, le laps de temps avant de commencer le traitement, et d'autres observations.
2. Ont-ils :
   - Conduit l'anamnèse
   - Évalué l'AG
   - Effectué l'examen abdominal
   - Évalué les contractions
   - Effectué l'examen vaginal
   - Vérifié les bruits du cœur fœtal, la TA, la protéinurie
   - Évalué la présence des signes de danger ? Si ce n'est pas le cas, discutez pourquoi.
3. PES (TA élevée plus signe de danger)
4. Ont-ils:
   - Mobilisé l'équipe et obtenir le kit d'urgence pour la PE / E ?
   - Donné la dose de charge correcte de $MgSO_4$ et commencer la feuille de surveillance de l'administration du $MgSO_4$.
   - Effectué des tests de laboratoire (si possible).
   - Prévu une référence urgente (s'il ne s'agit pas d'un établissement de soins avancés) une fois que Sara ait accouché.
   - Informé Sara de ce qui se passe et pourquoi.
5. Guidez les prestataires à identifier un comportement ou une compétence spécifique à changer. Considérez le travail d'équipe, la communication, la préparation du matériel / des médicaments pour la prise en charge, etc.

Session 4 :
Âge gestationnel (GA) - évaluation par LMP

Cas 1:

1. DPA : le 5 juillet ; l'AG aujourd'hui: 27 semaines + 5 jours
2. Haute confiance

Cas 2:

1. Premier jour des dernières règles : le 8 août
2. DPA : le 15 mai ; l'AG aujourd'hui: 35 semaines + 0 jours
3. Assez confiant

NOTE: Les prestataires doivent estimer que la durée des règles est de 5 à 7 jours puis soustraire ce chiffre de la date des élections (le 15 aout) pour obtenir le 1er jour de ses dernières règles.

Cas 3:

1. Premier jour des dernières règles : le 31 juillet
2. DPA : le 7 mai ; l'AG aujourd'hui: 36 semaines + 2 jours
3. Faible niveau de confiance ; > 3 semaines de différence entre l'estimation par la DDR et l'HU

NOTE: L'HU est inférieure à l'AG estimé sur la base de la DDR. La DDR peut être incorrecte OU le fœtus peut être en croissance médiocre. Discutez comment les prestataires dans l'établissement réagissent si la mesure de l'HU est inférieure ou supérieure à l'AG estimé sur la base de la DDR.

Session 6 : Jeu de rôle 1 - CPN

1. Facilitez la discussion - Considérez la communication avec la cliente.
2. Ont-ils :
   - Conduit l'anamnèse
   - Évalué l'AG
   - Effectué l'examen abdominal
   - Vérifié les bruits du cœur fœtal, la TA, la protéinurie
   - Évalué la présence des signes de danger ?
   - Si ce n'est pas le cas, discutez pourquoi.
3. DPA = le 23 mai ; l'AG (aujourd'hui le 10 avril) = 34 semaines 0 jours
4. Diagnostic = PE (TA élevée plus la protéinurie)
5. Le prestataire devrait avoir :
   - Répété la TA en 4 heures, si elle pouvait attendre.
   - Demandé à nouveau si Mme N avait l'un des signes de danger.
   - Dit à Mme N qu'elle est atteinte de la PE.
   - Effectué des analyses du laboratoire si possible.
   - Augmenté la fréquence des visites CPN à deux fois par semaine
   - Conseillée la femme au sujet des signes de danger de la PE / E et de revenir immédiatement s'ils présentent
   - Fourni des conseils de routine, y compris l'élaboration du plan pour l'accouchement et en cas de complications.
6. Guidez les prestataires à identifier un comportement ou une compétence spécifique à changer. Considérez l'évaluation, la communication, le conseil en matière de signes de danger, etc.

Session 7 : Jeu de rôle - Post-partum

1. Facilitez la discussion - Considérez la communication avec la cliente, le temps que le prestataire a pris pour évaluer et traiter la cliente.
2. Ont-ils évalué: la TA, les réflexes, la respiration, le débit urinaire ? Si ce n'est pas le cas, discutez pourquoi.
3. Ont-ils:
   - Préparé une seringue avec 5gm du MgSO4 à 50% avec 1 ml de lignocaïne à 2% ?
   - Donné l'injection du MgSO4 en IM ?
   - Donné un antihypertenseur (le médicament utilisé dépendrait du contexte) ?
   - Évalué le dossier de la femme et la fiche de suivi de l'administration du MgSO4 ?
   - Informé Mme S de ce qui se passe et pourquoi.
4. Le MgSO4 sera arrêté si Mme S montre des signes de toxicité. Sinon, il sera interrompu à 5 heures le lendemain matin si elle n'a pas de crises.
5. Mme S. et son bébé peuvent rentrer à la maison lorsque Mme S est stable, c'est-à-dire que sa TA est normale, qu'elle ne présente aucun signe de danger et que ses tests de laboratoire sont rassurants. Ceci est en fonction du jugement clinique du prestataire. Un suivi attentif et des conseils devraient être fournis. Cela devrait inclure : lui parler des signes de danger, du risque de la PE/E lors d'une future grossesse et du risque d'HTA plus tard dans sa vie.
6. Guidez les prestataires à identifier un comportement ou une compétence spécifique à changer. Considérez le travail d'équipe, la communication, la préparation du traitement, etc.

Session 8 : Jeu de rôle 2 – CPN

1. Facilitez la discussion - Considérez la communication claire des rôles de l'équipe.
2. Eclampsie
3. Les prestataires :
   - Ont-ils appelé à l'aide
   - Se sont-ils assurés que les voies respiratoires soient dégagées
   - Ont-ils tourné la femme sur le côté
   - Ont-ils donné de l'oxygène 4-6L, si disponible
   - Ont-ils utilisé un sac / un masque si la femme ne respire pas
   - Ont-ils évalué la circulation
   - Ont-ils protégé la femme des blessures sans la retenir et sans rien mettre dans sa bouche
   - Ont-ils initié la dose de charge du MgSO4 et un antihypertenseur ?
4. Même information que pour le numéro 3 ci-dessus.
5. Guidez les prestataires à identifier un comportement ou une compétence spécifique à changer. Considérez le travail d'équipe pendant une urgence, la communication, la préparation du traitement, etc.

January 2017

Aider les mères et les bébés à survivre

Pré-éclampsie et éclampsie

PLAN D'ACTION 1 - PREMIERS SOINS

Évaluer - (si la grossesse est > 20 semaines)

Tension artérielle

Protéine urinaire

Signes de danger

Convulsions

CLASSIFIER

PRÉ-ÉCLAMPSIE

TAD ≥90 ou TAS ≥140 et ≥2 + protéinurie
Aucun signe de danger

Réévaluer

Normal?

Soins systém-atiques — *Oui* ←

Non ↓

Effectuer les analyses de laboratoire

Normales ? → *Non*

Oui ↓

Renforcer le suivi

Stable ? → *Non*

Oui ↓

Confirmer l'âge gestationnel
Accouchement à 37 semaines

Apporter des soins essentiels
Continuer la surveillance

Résultat normal ? → *Non*

PRÉ-ÉCLAMPSIE SÉVÈRE

TAD ≥ 110 ou TAS ≥ 160 et ≥2 + protéinurie

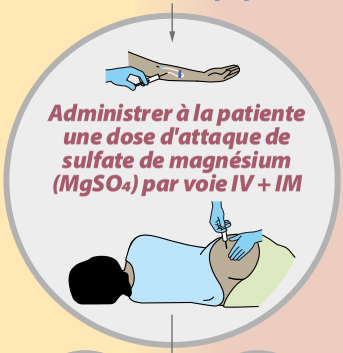
ou

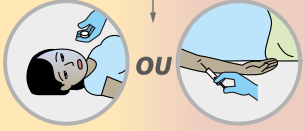
Pré-éclampsie et ≥1 Signe de danger

ÉCLAMPSIE

Convulsions ou perte de conscience

Mobiliser l'équipe





Administrer des médicaments pour réduire la TA sévère

Recherchez des soins avancés

Évaluer en permanence les signes de danger

Évaluer en permanence les signes de danger

January 2017

Aider les mères et les bébés à survivre

Pré-éclampsie/éclampsie

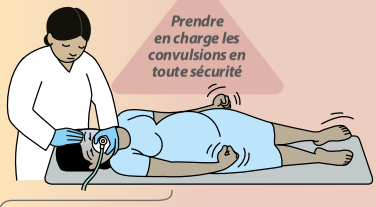
PLAN D'ACTION 2 - SOINS AVANCÉS

PRÉ-ÉCLAMPSIE SÉVÈRE

Pré-éclampsie et un signe de danger ou plus

ECLAMPSIE

Convulsions ou perte de conscience



Recevoir la patiente référée OU continuer les soins

Commencer OU continuer l'administration du $MgSO_4$

Dans les 4 heures

Commencer OU continuer les médicaments pour diminuer la TA sévère

Continuer la surveillance attentive de la femme et du foetus

Si la femme n'a pas de convulsions et qu'elle est consciente

Confirmer l'âge gestationnel

Pas viable

Dans les 24 heures

Mettre un terme à la grossesse

Continuer l'administration du $MgSO_4$

pendant 24 heures après l'accouchement ou la dernière convulsion

Continuer la surveillance

Viable à <34 semaines

Administrer la déxaméthasone

≥ 34 semaines < 37 semaines

>37 semaines

Dans les 24 heures

Admettre la femme et surveiller attentivement

- Convulsions
- Hypertension sévère non maitrisée
- Aggravation de l'état de la mère (signes de danger, examens, tests de laboratoire)
- Aggravation de l'état du foetus ou décès
- 37 semaines 0 jours de gestation

Oui, le cas échéant

Si la femme a des convulsions ou qu'elle est inconsciente

Déclencher l'accouchement

Dans les 12 heures

Continuer l'administration du $MgSO_4$

pendant 24 heures après l'accouchement ou la dernière convulsion

Continuer les médicaments pour réduire la TA sévère

Fournir les soins maternels et néonatals essentiels

Continuer à surveiller après l'accouchement

January 2017

Aider les mères et les bébés à survivre

Pré-éclampsie et éclampsie

PLAN D'ACTION 1 - PREMIERS SOINS

Évaluer - (si la grossesse est > 20 semaines)

Tension artérielle

Protéine urinaire

Signes de danger

Convulsions

CLASSIFIER

PRÉ-ÉCLAMPSIE
TAD ≥90 ou TAS ≥140 et ≥2 + protéinurie
Aucun signe de danger

Réévaluer
Normal?
Oui
Non

Soins systém-atiques

Effectuer les analyses de laboratoire
Normales ? → Non
Oui

Renforcer le suivi
Stable ? → Non
Oui

Confirmer l'âge gestationnel
Accouchement à 37 semaines

Apporter des soins essentiels
Continuer la surveillance
Résultat normal ? → Non

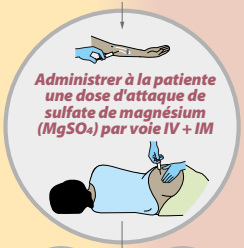
PRÉ-ÉCLAMPSIE SÉVÈRE
TAD ≥ 110 ou TAS ≥ 160 et ≥2 + protéinurie
ou
Pré-éclampsie et ≥1 Signe de danger

ÉCLAMPSIE
Convulsions ou perte de conscience

Évaluer en permanence les signes de danger

Évaluer en permanence les signes de danger

Mobiliser l'équipe



Administrer des médicaments pour réduire la TA sévère

Recherchez des soins avancés

January 2017

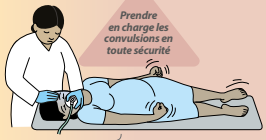
Aider les mères et les bébés à survivre

Pré-éclampsie/éclampsie

PLAN D'ACTION 2 - SOINS AVANCÉS

PRÉ-ÉCLAMPSIE SÉVÈRE
Pré-éclampsie et un signe de danger ou plus

ECLAMPSIE
Convulsions ou perte de conscience



Recevoir la patiente référée OU continuer les soins

Commencer OU continuer l'administration du $MgSO_4$

Dans les 4 heures

Commencer OU continuer les médicaments pour diminuer la TA sévère

Continuer la surveillance attentive de la femme et du foetus

Si la femme n'a pas de convulsions et qu'elle est consciente

Si la femme a des convulsions ou qu'elle est inconsciente

Confirmer l'âge gestationnel

Déclencher l'accouchement

Continuer l'administration du $MgSO_4$
pendant 24 heures après l'accouchement ou la dernière convulsion

Dans les 12 heures

Continuer les médicaments pour réduire la TA sévère

Fournir les soins maternels et néonatals essentiels
Continuer à surveiller après l'accouchement

Pas viable
Dans les 24 heures
Mettre un terme à la grossesse
Continuer l'administration du $MgSO_4$
pendant 24 heures après l'accouchement ou la dernière convulsion
Continuer la surveillance

Viable à <34 semaines

Administrer la déxaméthasone

≥ 34 semaines < 37 semaines
>37 semaines
Dans les 24 heures

Admettre la femme et surveiller attentivement
- Convulsions
- Hypertension sévère non maitrisée
- Aggravation de l'état de la mère (signes de danger, examens, tests de laboratoire)
- Aggravation de l'état du foetus ou décès
- 37 semaines 0 jours de gestation

Oui, le cas échéant

© 2017 Jhpiego Corporation
Tous droits réservés.
ISBN: 978-82-8276-187-1
20-13674 Rev A