

## **Convulsions chez la femme enceinte**

Professeur Alain Fournié

CHRU d'Angers

Les convulsions peuvent survenir avant, pendant ou après l'accouchement. Des convulsions en deuxième partie de la grossesse doivent être à priori, et en l'absence d'étiologie connue, considérées comme dues à une crise d'éclampsie.

### **L'ECLAMPSIE**

#### 1- Circonstances de survenue

La crise peut survenir chez une patiente présentant une prééclampsie. Elle peut aussi survenir alors que la TA est normale (mais elle sera très variable) et qu'il n'y a pas de protéinurie (mais elle ne tardera pas) ; les oedèmes ne sont pas discriminants (certaines éclampsies sont des « formes sèches »).

S'il existe un doute, on doit s'aider de l'examen clinique : vivacité des réflexes après la crise, absence d'anomalies neurologiques latéralisées, parité, signes précédant la crise, FO, au moindre doute demander un avis neurologique.

#### 2- La crise

C'est une crise tonico-clonique classique

La période d'invasion ne dure pas plus de 30 secondes. Elle est caractérisée par l'apparition de petites secousses fibrillaires localisées à la face puis rapidement les secousses fibrillaires atteignent le cou et les membres supérieurs. Un début par une crise de type Bravais Jackson est possible.

La période tonique se caractérise par une hypertonie portant sur tout le corps (le tronc est cambré en opisthotonos, les membres supérieurs sont en flexion, les inférieurs en extension), la respiration est suspendue ; le larynx est fermé ; le faciès devient asphyxique. Cette phase est heureusement de courte durée (20 à 30 secondes).

La période clonique débute par une inspiration et une expiration bruyantes et forcées auxquelles succèdent les convulsions. Cette période peut durer plus d'une minute.

A la période comateuse tous les degrés de profondeur du coma peuvent s'observer. L'examen pratiqué à ce stade, révèle une résolution musculaire complète. Le faciès est congestif ; la respiration est régulière mais stertoreuse, les pupilles sont en mydriase. On ne trouve aucun signe en foyer, l'aréflexie est complète. La température est élevée. Les lésions du fond d'oeil sont celles de la pré-éclampsie. Le bilan biologique révèle surtout une acidose et une hémococoncentration.

Si l'on assiste à la crise, le premier geste est d'éviter que la femme se morde la langue (mettre une canule de Mayo ou de Guedel, ou une compresse roulée entre les arcades dentaires) et tombe (la tenir, ou lever les barrières si le lit en est équipé);

Faire une injection de benzodiazépines peut raccourcir la crise, mais elle ne change rien au pronostic, elle va endormir le bébé, elle ne remplace pas le traitement, et en général, la crise se termine lorsque l'on est prêt pour l'injection.

### 3- Le traitement

Le traitement et la surveillance initiale sont à réaliser au début dans un lit « chaud », en salle de réveil ou au bloc obstétrical. Si au bout de 24 heures la situation s'améliore suffisamment, un transfert dans le secteur des grossesses pathologiques est possible.

Le traitement comprend le sulfate de magnésie et les antihypertenseurs

#### 3-1-Le sulfate de magnésie

La dose de charge est de 4 grammes en IV lente (20 minutes). La dose d'entretien est de 2 grammes ou 1 gramme ou 1,5 gramme par heure, pendant au moins 24 heures. Le traitement est à arrêter si insuffisance rénale.

Le but du traitement est d'éviter la répétition des crises. Si une nouvelle crise survient : 2 grammes IV lente, et poursuivre la perfusion.

Les signes de surdosage : disparition des réflexes ostéo-tendineux et diminution du rythme respiratoire, doivent être recherchés régulièrement. Ils s'observent lorsque existe une insuffisance rénale, car le magnésium est excrété essentiellement par le rein. Le calcium est l'antidote immédiat à la toxicité du magnésium (avoir à portée de la main une solution de 1 gr de Gluconate de Calcium).

Ainsi, la surveillance des réflexes est réalisée au début tous les quart d'heures, de même que l'étude du rythme respiratoire. Au bout de 3 ou 4 heures la surveillance est un peu relâchée, mais elle doit rester encore horaire pendant les 24 premières heures.

L'effet sur la TA est le plus souvent très modéré (de l'ordre de 10 mm Hg) et transitoire (maximum en 30 minutes, durée 1 heure).

Les effets secondaires sont des nausées et des vomissements, des céphalées. Une faiblesse musculaire généralisée, une diplopie, une sensation de respiration courte ont été décrits, de même que des cas exceptionnels d'oedème pulmonaire.

#### 3-2- Les anti hypertenseurs injectables

L'ASSOCIATION DU SMG AVEC LES ANTICALCIQUES EST CONTRE INDIQUEE, AU MOINS EN PREMIERE INTENTION.

### 3-3- La poursuite du traitement

Le sulfate de magnésie est arrêté au bout de 24 heures, si la grossesse se poursuit et les antihypertenseurs, s'ils étaient administrés par voie IV, sont poursuivis à la seringue électrique un ou 2 jours de plus, puis le relais est pris per os. Si la patiente accouche, le SMg est poursuivi au moins 24 heures après l'accouchement.

### 4- La surveillance

#### 4-1- La mère :

La surveillance doit comprendre, dans les premières heures, la prise en continu de la tension artérielle, du pouls, et une oxymétrie ; une sonde à demeure permet d'établir la diurèse horaire ; nous avons détaillé plus haut la surveillance propre au SMg.

Au bout de 3 ou 4 heures la surveillance est un peu relâchée, mais elle doit rester encore horaire pendant les 24 premières heures. Ensuite, la surveillance clinique est celle des prééclampsies sévères. La patiente est bien sur avertie qu'elle doit signaler tout élément nouveau dès sa survenue.

On surveille bien sur, si la crise survient avant l'accouchement, la souplesse de l'utérus, l'absence de pertes vaginales, de contractions. Attention à l'HRP.

#### 4-2- Le fœtus

Un enregistrement de longue durée est nécessaire dans l'immédiat, puis la surveillance est celle des prééclampsies sévères.

#### 4-3- Bilan biologique de départ :

Electrolytes sanguins et urinaires, bandelette urinaire (débuter protéinurie des 24 heures), formule numération sanguine, TP-TH, fibrinogène, créatininémie, uricémie, facteur VIII RAg, transaminases, haptoglobine, LDH (recherche de HELLP associé)

Renouveler éventuellement une partie du bilan en fonction des premiers résultats et de l'évolution à 6 heures ou 12 heures. De toutes façons, bilan à renouveler 24 heures après.

La fréquence des examens est ensuite diminuée, mais un minimum de 2 bilans par semaines doit être réalisée, car un HELLP syndrome biologique peut survenir au cours du traitement.

### 5- Le traitement obstétrical

Si la crise survient en cours de travail, la voie basse est possible ; des troubles du rythme accompagnent la crise ou surviennent les minutes suivantes ; attendre un peu ; extraction instrumentale, délivrance artificielle et révision utérine de principe.

Si la crise survient pendant la grossesse, il faut stabiliser la mère en vérifiant l'absence de signes de signes de souffrance fœtale aigüe ou d'hématome rétroplacentaire ; discuter le transfert vers un centre de niveau II ou III

- si grossesse après 34 SA : discuter l'extraction de l'enfant après stabilisation de la mère : on peut se donner quelques heures ; la naissance peut s'effectuer par voie basse, avec déclenchement éventuel ou césarienne.
- si grossesse entre 32-34 SA voir avec les pédiatres
- si grossesse avant 32 SA, un traitement conservateur court est à discuter, pour faire la corticothérapie de maturation pulmonaire foetale
- si grossesse avant 30 SA : traitement conservateur long envisageable avec surveillance  
+++

## LES AUTRES CAUSES DE CONVULSIONS

### 1- Causes neurologiques

- Epilepsie : en général, la maladie est connue ; il n'y a pas de signes d'accompagnement ; on peut retrouver des circonstances favorisantes. Si la maladie n'était pas connue, il faut rechercher une cause : trauma, infection, ...
- Thrombose veineuse cérébrale : elle survient dans le post partum. Elle se traduit par des troubles déficitaires moteurs, des signes d'hypertension intracrânienne, des déficits neurologiques...
- Hémorragie intra cérébrale : survenue brutale d'une céphalée atroce, perte de conscience. Elle peut être due à un anévrisme artériel ou artérioveineux. Elle complique parfois une maladie artérielle.
- Hystérie

### 2- Causes toxiques

- intoxication à la cocaïne
- intoxication par l'eau (perfusions hypotoniques très abondantes ; natrémie inférieure à 120 mmol/L)
- accidents des anesthésiques locaux Dose excessive ou passage IV ou anomalie de leur métabolisme

### 3- Causes immunologiques

- vascularites : lupus, avec parfois HTA et protéinurie
- syndrome des APL
- purpura thrombotique thrombocytopénique : associe de la fièvre et une anémie hémolytique (haptoglobine, LDH)