

	Sulfate de magnésium : indications obstétricales et fœtales		
	Réseau Périnatal des 2 Savoie	www.rp2s.fr Onglet Protocoles Obst / NN	Création mars 2017 Mise à jour : sept 2020
Validation : Comité scientifique RP2S sept 2020			

Objectif – domaine d'application

Le sulfate de magnésium peut être prescrit à la femme enceinte ou en post partum dans 2 contextes :

- Objectif fœtal de neuro-protection, avec diminution du risque d'infirmité motrice cérébrale (IMC) et de séquelles motrices importantes.
- Objectif maternel de traitement et prévention de la crise d'éclampsie.

Sont concernées par ce protocole : toutes les maternités du RP2S, les unités de soins continus et réanimation adulte.

Abréviations - références

MgSO₄ : Sulfate de Magnésium FR : Fréquence respiratoire
ROT : Réflexes ostéo-tendineux PA : Pression artérielle
IVSE : IV à la seringue électrique SA : Semaines d'aménorrhée AG : Anesthésie générale

Réanimation des formes graves de pré éclampsie. *Conférence d'expert. SFAR*. 11 avril 2013

Crowther et al. Magnesium sulphate at 30 to 34 weeks'gestational age: neuroprotection trial (MAGENTA) - study protocol *BMC Pregnancy and Childbirth* 2013, 13:91

Kayem G, Mandelbrot L, Haddad B. Utilisation du sulfate de magnésium en obstétrique. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 40 (2012) 605–613

WHO Recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia. 2011

Reeves SA, Gibbs RS, Clark SL. Magnesium for fetal neuroprotection. *Am J Obstet Gynecol* 2011;204:202.e1-4

Marret S, Chollat C, Lévêque C, Marpeau L. Prévention de la paralysie cérébrale du grand prématuré par le sulfate de magnésium. *Archives de Pédiatrie* 2011;18:324-330

Constantine MM et al. Effects of Antenatal Exposure to Magnesium Sulfate on Neuroprotection and Mortality in Preterm Infants. *Obstet Gynecol* 2009;114:354–64

Prise en charge multidisciplinaire des formes graves de pré-éclampsie. Recommandations formalisées d'experts communes SFAR/CNGOF/SFMP/SFNN ; 27 janvier 2009

Rouse DJ, Hirtz DG et al. A Randomized, Controlled Trial of Magnesium Sulfate for the Prevention of Cerebral Palsy *N Engl J Med* 2008;359:895-905

Haddad B., Beaufile M., Bavoux F. Prise en charge de la pré-éclampsie. EMC (Elsevier SAS, Paris), Gynécologie/Obstétrique, 5-036-A-20, 2006

MAGPIE trial collaboration group. Do women with pre-eclampsia, and their babies, benefit from magnesium sulfate ? The Magpie Trial: a randomized placebo-controlled trial. *Lancet*. 2002 ;359(9321) :1877-1890.

1 – Indications

A - Indications fœtales

- fœtus dont le terme est ≥ 24 SA et < 33 SA
- et dont la naissance est attendue dans un délai inférieur à 24 heures

En pratique, cette situation se présente en contexte de menace d'accouchement prématuré sévère ou lorsqu'une naissance < 33 SA est programmée dans les 24 heures (contexte de retard de croissance, pré-éclampsie, rupture prématurée des membranes...).

B - Indications maternelles

- Traitement de la crise d'éclampsie et prévention de sa récurrence : Le MgSO₄ est supérieur au diazépam, à la phénytoïne et à l'association {phénergan, dolosal, largactyl} pour le traitement d'une crise en cours et pour la prévention de sa récurrence.
- Prévention primaire de la crise d'éclampsie : En cas de pré-éclampsie sévère, la prévention de la crise d'éclampsie par du MgSO₄ est recommandée devant l'apparition de signes neurologiques (céphalées rebelles, ROT polycinétiques, troubles visuels).

2 – Contre indications

- Insuffisance cardiaque
- Troubles du rythme cardiaque
- Traitement digitalique
- Troubles hydro-électrolytiques graves
- Insuffisance rénale
- Myasthénie
- Détresse maternelle ou fœtale nécessitant une extraction en urgence (< 30 min)

3 – Utilisation du sulfate de magnésium

A - Pré requis :

Vérifier l'absence de contre indications maternelles.

Prescription après discussion collégiale (pédiatres, anesthésistes, obstétriciens).

- Prescription par l'obstétricien ou l'anesthésiste de garde
- En salle de naissance ou en unité de soins continus maternels : chariot de réa et matériel de ventilation immédiatement accessibles
- S'assurer de la disponibilité de gluconate de calcium dans le chariot de réa
- Anesthésiste rapidement disponible si complications
- Patiente scopée (rythme cardiaque, saturation, PA)
- En cas de césarienne : prévoir au moins 1 heure de délai entre le début du bolus et la naissance
- L'injection de MgSO₄ ne doit en aucun cas retarder la naissance en cas d'urgence

B - Posologie :

- Bolus de 4 g de MgSO₄ 15 % en perfusion au pousse seringue électrique sur 20 minutes :

- prendre 26 mL de MgSO₄ 15% pur à mettre dans une seringue de 50 mL
- à passer au débit de 80 mL/h
- Puis perfusion d'entretien IVSE à 1 g/h soit 6,5 mL/h de MgSO₄ 15% pur
- Durée de la perfusion d'entretien : 24 heures maximum
- Ce protocole peut être renouvelé si la patiente n'a pas accouché initialement ; un délai d'au moins 6 heures doit être respecté entre deux perfusions
- Dose cumulée maximale de MgSO₄ : 50 grammes

4 – Surveillance

A – Surveillance clinique :

Evaluation répétée par **médecin** (externe, interne ou médecin senior) :

- Avant dose de charge, 10 min après le début de la dose de charge, à la fin de la dose de charge puis toutes les heures
- Evaluation de la conscience (Glasgow = 15), de la présence des ROT, de la fréquence respiratoire (> 12 cycles/min), de la fréquence cardiaque, des SpO₂ et PA (scope) et de la diurèse (cantiner, objectif > 30 cc/heure)
- Durée de la surveillance à déterminer avec l'anesthésiste de garde (demi-vie MgSO₄ = 10 heures)
- Signes cliniques de surdosage : FR < 10 cycles/min ou abolition des ROT ou hypotension artérielle ou troubles de conscience ou oligurie < 100 ml/4h

B – Surveillance biologique :

Une magnésémie doit être réalisée si :

- signes cliniques de surdosage
- oligurie < 500mL/24h
- créatininémie > 150µM/L

C – En cas de signes de surdosage :

- Arrêt immédiat du traitement et appel obstétricien et anesthésiste et prévenir le pédiatre (nouveau-né à risque de dépression respiratoire)
- Antidote : Gluconate de calcium : 1 ampoule de 10ml à 10% en IV lente sur 10 minutes

5 – Interactions médicamenteuses

A - LOXEN®:

L'association du sulfate de magnésium et du LOXEN® potentialise leur propre action et nécessite une surveillance rigoureuse (avec avis anesthésiste pour éventuelle modification du traitement antihypertenseur). Potentialisation des inhibiteurs calciques, de l'effet hémodynamique de l'anesthésie par vasodilatation.

B - Curares :

Forte potentialisation des curares non dépolarisants si AG (nécessité de doses moindres et monitoring +++)

6 – Effets secondaires

- Sueurs, rougeur, sensation de chaleur lors de la mise en route du traitement (prévenir la patiente)
- Plus rarement nausées, vomissements, palpitations, céphalées
- Hypotension, troubles de conscience, dépression respiratoire : nécessitent arrêt immédiat du traitement
- Premiers signes de surdosage : abolition des ROT, diminution de la FR, somnolence.