



CRISES D'ÉCLAMPSIE A LA MATERNITÉ DE L'HÔPITAL GÉNÉRAL DE RÉFÉRENCE NATIONAL DE N'DJAMÉNA: ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES THERAPEUTIQUES ET PRONOSTIQUES.

SALEH A¹, FOUMSOU L¹., ANDJEFFA V¹., MIGNAGNAL K¹, LOKOSSOU A², PERRIN R. X².

¹ Faculté des Sciences de la Santé Humaine de N'Djaména (République du Tchad)

² Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou (République du Bénin)

Correspondance: Dr FOUMSOU Lhagadang Assistant Chef de Clinique à l'adresse ci-dessus ; email: foum15@yahoo.fr

RESUME

Objectif. Améliorer la prise en charge des crises d'éclampsie à la Maternité de l'Hôpital Général de Référence Nationale (HGRN) de Ndjaména.

Matériel et méthodes. Il s'agissait d'une étude transversale prospective et descriptive menée du 15/04 au 15/10/2010 (06 mois). Etaient incluses dans l'étude toutes gestantes en travail ou dans le post-partum, dont le terme de la grossesse était supérieur ou égal à 28 semaines d'aménorrhée (SA) et qui présentaient une poussée hypertensive et des crises convulsives. Les variables collectées étaient sociodémographiques, cliniques (notamment les chiffres de la pression artérielle, le score de GLASGOW, la fréquence des convulsions), thérapeutiques et évolutives (l'état de mal éclamptique, les complications rénales). Le recueil des données a été effectué à l'aide d'une fiche d'enquête et leur analyse sur le logiciel Epi info 6.04.

Résultats: Pendant la période d'étude, sur 8242 pathologies obstétricales, nous avons colligé 136 cas de crises d'éclampsie (1,65%). Les patientes étaient dans la tranche d'âge de 15 à 19 ans et primipares respectivement dans 50% et 61 % des cas. Les crises étaient survenues en majorité pendant la période ante - partum (52,9% des cas). L'accouchement par voie basse et la césarienne étaient notés dans 52,8% et 47,2% des cas respectivement par césarienne. Les complications étaient dominées par le coma prolongé (37,5% des complications); le taux de létalité maternelle était de 8.08% et la mortalité périnatale de 120,9‰.

Conclusion: L'éclampsie est une grande pourvoyeuse de mortalité maternelle et périnatale à la Maternité de l'Hôpital Général de Référence Nationale de Ndjaména au Tchad.

Mots clés : éclampsie, aspects épidémiologiques et thérapeutiques, pronostic maternel et périnatal, Tchad

SUMMARY

Objective. To improve the eclampsia crisis treatment at the Reference National General Hospital of N'Djamena.

Material and methods. It was a prospective and transversal survey achieved from 15/04 to 15/10/2010 (06 months). Were included all pregnant women or pregnant women in labor or in the post-partum period, presenting a more than or 28 gawk and who had hypertension and convulses crisis. The data collected were socio demographic, clinic (mainly the level of blood pressure, the GLASGOW score, the frequency of the convulsions crisis), therapeutic and prognostic. Data analysis were done on the Epi Info 6.04 Software.

Results and conclusion. During the period of the survey, on 8242 pregnancies expected, 136 cases of eclampsia crisis were collected (1,65%). The patients had a middle age of 29 years old and primipara in 61 % of the cases. The elampsia crisis were noted during the ante – partum period (52,9% of the cases). The vaginal delivery and the cesarean were noted respectively in 52,8% and the 47,2% of the cases. The complications were dominated by the prolonged coma (37,5% of the complications); the maternal lethality ratio were of 8.08% and the perinatal mortality ratio of 120,9‰. The eclampsia provided more maternal and perinatal mortality at the Maternity of the National Reference General Hospital of N'Djamena in Tchad.

Key words. Eclampsia, Epidemiological and therapeutical aspects, maternal and perinatal prognosis, Tchad

INTRODUCTION

Chaque année dans le monde 50 millions des femmes souffrent des complications de la grossesse dont 10 à 15% sont dues aux troubles hypertensifs; et 500.000 femmes en meurent [1,2, 3].

L'éclampsie est définie par la survenue des crises tonico – cloniques et/ou des troubles de la conscience ne pouvant être rapportés à une cause neurologique chez une gestante souffrant de pré éclampsie. Elle constitue une des premières causes de mortalité materno-fœtale dans les pays en développement. La prévalence de l'éclampsie est faible dans les pays développés du fait d'une meilleure surveillance prénatale [1,4].

Au Tchad la mortalité liée à l'éclampsie est de 15% [5] mais les aspects épidémiologiques et pronostics ne sont pas encore connus.

Le but de notre étude était d'améliorer la prise en charge de cette pathologie avec comme objectifs d'analyser les aspects épidémiologiques et pronostiques à la Maternité de l'Hôpital Général de Référence Nationale (HGRN) de Ndjameña au Tchad.

MATERIELS ET METHODES

Cadre, type et période d'étude. Il s'agissait d'une étude transversale prospective et descriptive menée du 15/04 au 15/10/2010 (06 mois) à la Maternité de l'HGRN de N'Djaména au Tchad.

Définition de concept. L'éclampsie est définie par la survenue des crises tonico-cloniques et/ou des troubles de la conscience ne pouvant être rapportés à une cause neurologique chez une gestante souffrant de toxémie gravidique ou pré éclampsie (hypertension supérieure ou égale à 140/90 mm Hg associée à une albuminurie significative (> ou = 2 croix à la bandelette urinaire).

Critères d'inclusion/non inclusion. 1) être enceinte, en travail d'accouchement d'une grossesse de terme supérieur ou égal à 28 semaines d'aménorrhée (SA) ou être dans le post-partum ; 2) présenter une hypertension supérieure ou égale à 140/90 mm Hg associée à une albuminurie significative (> ou = 2 croix à la bandelette urinaire) et 3) présenter des crises convulsives.

Collectes des données. Les variables colligées étaient sociodémographiques, cliniques

(notamment les chiffres de la pression artérielle, le score d'altération de la conscience ou score de GLASGOW, la fréquence des convulsions), thérapeutiques et évolutives (l'état de mal éclamptique, les complications rénales).

L'analyse des données a été effectuée à l'aide du logiciel Epi info 6.04 avec le calcul des proportions et des moyennes.

RESULTATS

Fréquence

Sur 8242 pathologies obstétricales, nous avons colligé 136 cas de crises d'éclampsie (1,65%) à la Maternité de l'HGRN de Ndjameña (1,65%).

Âge et parité des patientes

Tableau I : Répartition des patientes selon l'âge et la parité

	N(%)
Âge	
[15 – 19]	69(50,7)
[20 – 24]	37(27,2)
[25 – 29]	22(16,1)
[30 – plus]	8(6)
Total	136(100)
Parité	
Primipares	83(61)
Paucipares	30(21,9)
Multipares	16(11,9)
Grandes multipares	7(5,2)
Total	136(100,0)

Les patientes avaient un âge moyen de 29 ans et étaient primipares en majorité (61%).

Période de survenue de la crise d'éclampsie

Tableau II: Période gravido-puerpérale de survenue des crises éclamptiques

	N(%)
Anté – partum	72(52,9)
Intra – partum	27(20,6)
Post – partum	37(26,5)
Total	136(100,0)

La majorité des crises d'éclampsie (**52,9**) survenaient pendant la période anté – partum

Traitement de la crise d'éclampsie et pronostic

Tableau III : Répartition des patientes selon le type d'anticonvulsivant et la voie d'accouchement.

	N(%)
Traitement anti convulsivant	
Sulfate de magnésium	122(89,7)
Diazépam	15(10,3)
Total	137(100,0)
Voie d'accouchement	
Voie basse	65(52,8)
Césarienne	59(47,2)
Total	124(100)

L'anticonvulsivant le plus utilisé était le sulfate de magnésium (89,7% des cas) et l'accouchement par voie basse était prédominant (52,8%).

Tableau IV : Répartition des patientes selon le pronostic materno – foetal

	N(%)
Pronostic maternel	
Favorable	125(91,92)
Décès	11(8,08)
Total	136(100,0)
Pronostic foetal	
Nouveau-nés vivants	108(87,10)
Nouveau-nés décédés	16(87,10)
Total	124(100,0)

Le pronostic maternel était favorable dans 91,92% des cas et le pronostic néonatal était favorable dans 87,10%

DISCUSSION

Aspects épidémiologiques

La fréquence de l'éclampsie dans notre étude était de 1,65%. Ce taux était près de deux à trois fois supérieur à ceux rapportés dans plusieurs séries en Afrique au Sud du Sahara [6, 7, 8, 9, 10].

Cette augmentation de la fréquence dans notre série s'expliquerait par la gratuité des soins qui occasionnait une forte affluence des patientes à la maternité de l'HGRN de N'Djaména; il devait certainement y prévaloir l'insuffisance

du suivi prénatal et le bas niveau scolaire de la population féminine.

L'âge et parité. L'âge moyen des patientes souffrant de crises d'éclampsie était de 29 ans dans notre échantillon ce qui rejoignait les constats de divers auteurs en Afrique qui étaient unanimes sur la fréquence plus élevée d'éclampsie chez les adolescentes [5, 8].

La majorité des auteurs est unanime sur la fréquence plus élevée d'éclampsie chez les adolescentes; en outre les primipares étaient majoritaires dans notre étude comme dans les séries de la littérature médicale africaine [5, 7, 11].

Les crises d'éclampsie apparaissaient souvent dans la période pré-partale dans notre série comme dans la plupart des séries [6, 8]

Aspects thérapeutiques et pronostic maternel et néonatal

Près de neuf patientes sur dix dans notre série avaient bénéficié d'un traitement par le sulfate de magnésium, molécule qui avait fait la preuve de son efficacité par rapport au diazépam dans des études randomisées [13, 14].

L'accouchement par la voie basse était prédominant dans notre échantillon comme dans une étude [7]; cependant Cissé et al. [11] ont rapporté en proportion égale dans leur série, l'accouchement par la voie basse et la césarienne.

La létalité maternelle due à l'éclampsie dans notre travail était de 8,08%, expliquée par le retard d'accès aux soins médicaux, les pesanteurs socioculturelles et notamment la concentration des urgences obstétricales à la maternité de l'Hôpital Général de Référence Nationale (HGRN) qui est le seul centre de référence de niveau III dans notre pays.

Notre taux de décès lié à l'éclampsie était comparable à ceux notés par plusieurs auteurs [15, 17].

Dans certaines séries [7, 8] les taux de décès due à l'éclampsie étaient nettement inférieurs au nôtre et dans d'autres [5, 11, 18], franchement plus élevés.

Le taux de mortalité néonatale imputée à l'éclampsie dans notre série était de 12,9%, taux similaire à ceux rapportés par deux au-

teurs [18, 19]; par contre on notait dans plusieurs séries [5, 7, 10] des taux de mortalité néonatale nettement plus élevés par rapport au nôtre.

CONCLUSION

L'éclampsie constitue un problème de santé publique de part sa fréquence élevée et ses complications maternelles et néonatales. Mal-

gré la politique de gratuité des soins du gouvernement, le pronostic materno-fœtal de l'éclampsie reste encore très sombre du fait du retard d'accès aux soins médicaux, des pesanteurs socioculturelles et notamment de la concentration des urgences obstétricales à la maternité de l'Hôpital Général de Référence Nationale (HGRN), le seul Centre de référence de niveau III de notre Pays

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. MELLIER G., MIELLET Ch., GRIOT J.P., PERROT D. L'éclampsie : analyse d'une série de 18 observations. Conduite à tenir devant une crise d'éclampsie grave. Rev. Fr. Gyn. Obst.1984;79(4):271 – 5.
2. PRUAL A., BOUVIER-COLLE MH., BRÉART G., et le Groupe MOMA. Morbidité maternelle grave par causes obstétricales directes en Afrique de l'ouest : incidence et létalité. Bull.OMS.2000; 3: 129 – 137.
3. PRUAL A., HUGUET D., GARBIN O., RABÉ G. Severe obstetric morbidity of the third trimester, delivery and early puerperium in Niamey(Niger). Afr.J.of Reprod health.1998;2(1): 10 - 18.
4. MERGER R., LEVY J., MELCHIOR J. syndromes vasculo-rénaux et pathologie rénale au cours de la grossesse. In : Précis d'obstétrique Ed. Masson, Paris 6^{ème} édition 1995 ; 597 :415 – 443.
5. LAGMET B.M. Aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs de l'éclampsie à la maternité de l'Hôpital Général de Référence Nationale de N'Djamena (HGRN). Thèse de doctorat en médecine FACSS – N'Djamena 2005. 98P
6. MBU R E., DEMPOUO F., NANA P.N., TONYÉ R.N., AKO S., ETEKI N.T. et al. Le devenir materno – fœtal chez les femmes éclampsiques accouchées par césarienne ou voie basse dans trois hôpitaux tertiaires à Yaoundé. Clin. in Moth. and Child Hlth. 2006 ; 3(2) : 555 – 562.
7. LANKOANDÉ J., TOURÉ B., OUEDRAOGO C., OUEDRAOGO M.R., BONANE B., KONÉ B. Les éclampsies à la maternité du centre Hospitalier National Yalgado Ouedraogo de Ouagadougou (Burkina – Faso) : aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs. Méd. Afr. Noire 1998 ; 45 (6) : 399-402.
8. AKADZA K., BAETA S., KOKOR K.T., HODONOU A.K.S. L'éclampsie à la clinique de Gynécologie-Obstétrique du CHU de Tokoin – Lomé. Méd. Afr. Noire 1996 ; 43 (3) : 166 – 169.
- 9 - CISSÉ C.T., EWAGNIGNON E., HOJEIGE A. Eclampsie en milieu africain : épidémiologie et pronostic au CHU de Dakar. Sem. Hôp. Paris 1997 ; 73(33-34) : 1062 – 1067.
10. PAMBOU O., EKOUNDZOLA J.R., MALANDA J.P., DUAMBBO S. Prise en charge et pronostic de l'éclampsie au CHU de Brazzaville à propos d'une étude rétrospective de 100 cas de janvier 1993 à Juin 1999. Méd. Af. Noire 1999 ; 46(11) : 508 – 512.
11. CISSÉ C.T., FAYE DIÈME M.E., NGABO D., MBAYE M., DIAGNE P.M., MOREAU J-C. Indications thérapeutiques et pronostic de l'éclampsie au CHU de Dakar. J. Gyn. Obst. Biol. Reprod. 2003 ; 32 : 239 – 245.
12. MBAIATELBÉ N. Utilisation du sulfate de magnésium dans la prise en charge de l'éclampsie et pré éclampsie à la maternité de l'HGRN. Thèse de doctorat en médecine, Faculté des Sciences de la Santé - N'Djamena 2007,101p.
13. KONAN B.R., OLOU S., ADJOUSSOU S., SENI K., KOFFI M., FANNY A., TOURÉ E., QUENUM G et KONÉ M. Eclampsie retardée du post – partum en milieu Africain. Congrès SAGO 2010 au Gabon. P182
14. AZARIA E., TSATSARIS V., GOFFINET F., KAYEM G., MIGNON G., CABROL D. Le sulfate de Magnésium en Obstétrique: données actuelles. J. Gyn. Obst. Biol. Reprod. 2004 ; 33 : 510 – 517.

15. BOHOUSSOU K.M., DJANHAN Y., BOKOSSA E., KONÉ N., WELFFENS-ÉKRA C., TOURÉ K., THONNEAU P. La mortalité maternelle à Abidjan (Côte D'Ivoire) de 1988 – 1993. *Méd. Af. Noire* 1995 ; 42(11) : 568 – 571.

16. MAVOUNGOU G.A. Contribution à l'étude de l'éclampsie au CHU de Brazzaville à propos d'une étude rétrospective de 51 cas. Thèse de doctorat en Médecine, Faculté des Sciences de la Santé de Brazzaville 1992. 89P.

17. GONDO D., EFFOD Nd., ADJOY R., KONAN J., KOUAKOU F., ABAULETH Y., BONI E. Mortalité maternelle par éclampsie grave au CHU de Cocody – Abidjan. Congrès de la SAGO 2010 Gabon : P109.

18. ADISSO S., TAKPARA I., ADJARO M., SITOUK S., DE SOUZA J. Eclampsie à la maternité nationale de référence de Cotonou : aspects épidémiologiques et cliniques. Congrès de la SAGO 2010 Gabon : P183.

19. KENMOGNE F. Etude des complications fœto – maternelles liées aux maladies hypertensives pendant la grossesse chez la femme camerounaise. Thèse de doctorat en médecine CUSS Yaoundé 1985. 102P