



PRISE EN CHARGE DE L'ECLAMPSIE ET PRONOSTIC FŒTO-MATERNEL EN MILIEU HOSPITALIER UNIVERSITAIRE AU BENIN

TSHABU-AGUEMON C*, HOUNKPONOU F**, KOUSSIHOUÉDÉ C*, HOUNDEFFO T*, TAKPARA I*

*Clinique Universitaire de Gynécologie et Obstétrique (CUGO) du CNHU-HKM-Cotonou

**Centre Hospitalier Départemental Borgou –Alibori

Correspondant TSHABU-AGUEMON Christiane ; E-mail : caguemon@yahoo.fr

RESUME

Introduction : L'éclampsie reste une complication redoutable de la grossesse et menaçant pour le pronostic vital maternel et fœtal.

Objectifs :

- 1) Analyser la prise en charge des patientes admises pour éclampsie à la CUGO,
- 2) Identifier les éléments du pronostic maternel et fœtal.

Patientes et méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive sur 12 mois. Toutes les patientes admises aux urgences pour éclampsie en 2013 étaient incluses. Les variables étudiées étaient l'âge, la parité, le terme de la grossesse, la prise en charge, le mode d'accouchement et les complications. L'analyse des données était faite grâce à Epi-info version7 et Excel 2007.

Résultats : 4126 patientes étaient admises aux urgences obstétricales et parmi elles, 163 cas d'éclampsie étaient recensés soit une incidence de 3,95%. L'éclampsie, fréquente dans la tranche des 20 à 29 ans, intéressait pour la plupart des nullipares (48,2%). Elle survenait au troisième trimestre de la grossesse dans 96,30% des cas. 78,3% de nos patientes étaient évacuées des centres périphériques. Les hypotenseurs les plus utilisés étaient l'Alpha-Méthylidopa (94%), la Clonidine (68%) et la Nicardipine (67,3%) et parmi les anticonvulsivants, le sulfate de magnésium dans 98% des cas et le diazépam dans 53% des cas étaient prédominants. L'extraction fœtale était souvent faite à terme (60%) et principalement par voie haute (82,9%). Les complications maternelles retrouvées étaient le HELLP syndrom (4,5%), l'AVC (3%) et l'HRP (3%). Les complications fœtales étaient essentiellement la prématurité et l'hypotrophie fœtale respectivement dans 25% et 18% des cas. La létalité maternelle pour l'éclampsie était de 09,77% et la létalité périnatale de 10,52%.

Conclusion : L'éclampsie est une pathologie grave et l'amélioration du pronostic maternel et fœtal passe par une ressource humaine qualitative suffisante et un plateau technique plus performant.

Mots clés : Eclampsie, prise en charge, pronostic.

ABSTRACT

Eclampsia treatment and maternal and foetal prognosis at Benin university and teaching hospital

Introduction

Eclampsia is a redoubtable complication of pregnancy threatening maternal and fetal vital prognosis.

Objective :

- 1) Analyse the treatment of patient admitted for eclampsia at CUGO,
- 2) Identify the maternal and fetal prognosis.

Patients and method : We conducted twelve months retrospective study in 2013 to analyze eclampsia treatment and prognosis at CUGO. Was included the patients emergency admitted for eclampsia. The study variable was age, parity, pregnant age, treatment, way of delivery and complications. The statistic analyze was done by Epi-info.7 and Excel 2007.

Results: We recorded 163 cases (3.95%) of eclampsia on 4126 obstetrical surgery. This disease mainly occurs in the 20 to 29 years old women. Most patients were nulliparous (48.2%). Eclampsia cases occurred mostly during the third trimester in 96.30% by evacuation (78.3%) from periphery centers. In 57, 14% cases during ante-partum period. Alpha-Méthylidopa (94%), la Clonidine (68%) and Nicardipine (67.3%) were highly used to normalize the TA. Magnesium sulfate in 98% and Diazepam in 53% were more used. Delivery was at term in 60% of the patients and 82, 9% by caesarean section. Maternal complications were represented by HELLP syndrom (4.5%), AVC (3%), HRP (3%). Regarding fetal complications newborns were premature and hypotrophic respectively in 25% and 18%. The maternal mortality rate was 9.77% and the perinatal mortality rate were 10, 52%.

Conclusion: Eclampsia still occurs at an alarming disease and the maternal and fetal prognosis required the good human resource and performant equipment of the hospital.

Key words: Eclampsia, treatment, prognosis.

INTRODUCTION

La pré-éclampsie est la troisième cause de mortalité maternelle dans le monde [1]. L'éclampsie, une complication fréquente de l'association HTA et grossesse, constitue une urgence obstétricale et malgré une réduction significative de la mortalité maternelle liée à la pré-éclampsie ces dernières années, elle reste néanmoins à l'origine de 17 à 20 % des décès maternels dans le monde [2].

Dans les pays développés, l'incidence de la pré-éclampsie et de l'éclampsie est faible (0,5 à 2%) [3]. Les progrès de l'obstétrique, de la réanimation et de la néonatalogie ont en effet amélioré leur pronostic dans ces pays européens où la mortalité maternelle et foetale sont respectivement inférieures à 6% et 1% [3].

En Afrique, l'éclampsie touche une grossesse sur 2000 avec 30 % de décès maternel et 20% de mortalité foetale et néonatale [4]. Au Nigéria UGOCHUKWU et coll [5] rapportaient en 2005 une mortalité maternelle de 28,2% liée à l'éclampsie. Pour MOODLEY, la mortalité maternelle due à l'éclampsie en Afrique du Sud était de 55,3% en 2007 [6].

Des travaux ont montré que, dans 60% des cas, les décès sont liés à une prise en charge inadéquate des complications de la pré-éclampsie sévère notamment de l'éclampsie dans les services d'obstétrique en dépit d'un suivi régulier des grossesses [2].

Notre étude avait pour objectifs de décrire la prise en charge des patientes admises pour éclampsie à la Clinique Universitaire de Gynécologie-Obstétrique de Cotonou (CUGO) et de déterminer les éléments du pronostic maternel et foetal de l'éclampsie.

PATIENTES ET METHODE D'ETUDE

L'étude était réalisée à la CUGO du CNHU-Cotonou. Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive et longitudinale allant du 1^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2013 soit une période de 12 mois. Toutes les gestantes, parturientes et accouchées admises ou référées à la CUGO pour éclampsie durant la période d'étude étaient incluses.

Les dossiers incomplets n'étaient pas retenus.

Le recrutement était exhaustif. 136 dossiers étaient enregistrés mais 133 étaient exploités

Le dépouillement était manuel et l'enregistrement des données à la fin de chaque journée se faisait dans une maquette

établie à cet effet. Les données étaient saisies et analysées à l'aide du logiciel EPI INFO dans sa version 6.04 et des logiciels Excel et SPSS version 16.0.

Les différents pourcentages ont été comparés à l'aide du test de χ^2 (Chi-deux) et les moyennes étaient comparées à l'aide du test t de Student. Pour l'ensemble des tests, $p < 0,05$ est considéré comme statistiquement significatif.

RESULTATS

L'éclampsie représentait 3,95% des urgences obstétricales et 45,1% des syndromes vasculorénaux. Cette fréquence était plus élevée aux mois d'avril et de mai 2012 respectivement à 15,79% ($n=21$) et à 11,28% ($n=15$). 56,40% de nos patientes ($n=75$) étaient enceintes à l'admission. L'âge maternel variait entre 14 ans et 38 ans avec une moyenne de 23 ans. La tranche prédominante était celle de 20 à 24 ans à 34,09%.

Les commerçantes et les artisanes représentaient respectivement 30,83% et 27,07%.

La plupart des patientes vivaient en concubinage dans 41% des cas et 37% étaient mariées.

Les primigestes étaient les plus nombreuses avec 61,6%. Les nullipares et les primipares représentaient respectivement 48,2% et 24%. Les patientes étaient référées dans 78,3% des cas ($n=104$) et 29 patientes, soit 21,7%, étaient amenées par leurs parents.

La crise éclamptique survenait dans 48,10% ($n=64$) en pré-partum et dans 42,85% ($n=57$) en post partum. 73 patientes, soit 55%, étaient obnubilées à l'admission et 42 soit 31% en coma stade II. 94% des patientes avaient bénéficié du traitement hypotenseur par l'alpha Méthyldopa et 68,01% par la Clonidine. L'association Nicardipine-Clonidine était instituée chez 32% ($n=42$). Dans 98,49% ($n=131$) des cas les patientes étaient traitées par le sulfate de magnésium comme anticonvulsivant et dans la moitié des cas 53% ($n=70$) le valium était associé.

La transfusion sanguine était effectuée chez 3,75% ($n=5$) (Tableau I) et les motifs de transfusions étaient le HELLP syndrome ($n=3$) et l'hématome retro placentaire compliqués par une anémie décompensée.

La césarienne était le mode d'accouchement le plus effectué à 82,89% (Tableau II).

Dans la majorité des cas, l'extraction foetale était faite après 37 semaines d'aménorrhée

dans 60% des cas ($n=45$), entre 34 et 36 semaines + 6 jours dans 25% des cas ($n=19$) et entre 22 et 33 semaines + 6 jours dans 15% des cas ($n=15$). L'aspiration manuelle intra-utérine était réalisée dans 56,14% ($n=32$) (Tableau III).

Tableau I : Répartition des patientes en fonction du traitement médicamenteux

Classes	Médicaments	Effectifs	Pourcentage
Hypotenseurs	Clonidine	91	68,01%
	Nicardipine	68	67,30%
	Nifédipine	37	28,20%
	Méthylodopa	123	94,00%
Anti-convulsivants	Phénobarbital	5	4,31%
	Diazépam	70	53,10%
	Sulfate de magnésium	131	98,49%

Tableau II : Répartition des gestantes selon le mode d'accouchement

Mode d'accouchement	Effectifs ($n=76$)	Pourcentage
Accouchement naturel	3	3,95%
Accouchement dirigé	9	11,84%
Accouchement provoqué	1	1,32%
Césarienne	63	82,89%
Total	76	100,00%

Tableau III : Répartition des patientes admises en post-partum selon la manœuvre utilisée pour assurer la vacuité utérine

Vacuité utérine	Effectif ($n=57$)	Pourcentage
RU	21	38,60%
CURAGE	4	05,26%
AMIU	32	56,14%
Total	57	100,00%

Dans notre série, 04,50% des femmes avaient développé comme complication le HELLP syn-

drom. Nous avons enregistré une mortalité maternelle de 9,77% ($n=13$) (Tableau IV).

Tableau IV: Répartition des patientes selon les complications maternelles retrouvées

Complications maternelles	Effectif ($n=133$)	Pourcentage
AVC	4	03,00%
HRP	4	03,00%
OAP	1	00,74%
HELLP Syndrom	6	04,50%
Autres*	15	11,30%
Décès	13	09,77%

*Autres= hémorragie ($n=9$), infection (4), psychose (2)

La durée d'hospitalisation variait de 2 à 25 jours avec une moyenne de 6,79 jours. La prématurité était la complication néonatale la plus fréquente soit 24,81% ($n=33$) et la mortalité périnatale s'établissait autour de 10,5% ($n=12$) (Tableau V).

Tableau V : Répartition des patientes selon l'issue périnatale et les complications

Issue périnatale	Effectif	Pourcentage	
Né vivant	RCIU	24	18,04%
	SFA	27	20,30%
	Prématuré	33	24,81%
Mort in-utéro	Pas de complication	35	26,31%
		12	09,02%
Mort néonatale		02	01,50%
Total	133	100,00%	

COMMENTAIRES

Au cours de nos travaux, l'alpha méthylodopa (94%), la clonidine (68%) et la nicardipine (67%) étaient les molécules les plus utilisées et comme thérapeutique anticonvulsivante, le diazépam et le sulfate de magnésium prédominaient. Grace à ce traitement, les crises s'amendaient et devenaient rares. Si les hypotenseurs régularisaient les chiffres tensionnels, le sulfate de magnésium empêchait la répétition des crises, observations confirmées par les données de la littérature. Le sulfate de magnésium s'est en effet imposé au cours de ces

dernières années comme traitement de référence des convulsions de l'éclampsie. Et cette supériorité du sulfate de magnésium dans le traitement curatif de l'éclampsie était prouvée par une étude multicentrique randomisée qui montrait que les convulsions diminuaient de moitié sous sulfate de magnésium par rapport au diazépam [7]. Dans notre série, seules deux patientes n'étaient pas prises en charge par cette molécule; il s'agit d'un cas d'embolie pulmonaire transféré dans le service de réanimation et d'une patiente qui présentait un état de mal convulsif et décédée à l'admission avant le début de tout traitement.

La plupart des gestantes (82,9 %) avaient accouché par césarienne. Ce taux est comparable à celui rapporté par AKPADZA au Togo [8] qui avait trouvé 84,48% de cas de césariennes mais il est supérieur à celui de BOUAGGAD [9] au Maroc qui avait trouvé 56,67% et LANKOANDE [10] au Burkina-Faso qui avait trouvé 45,7%. Devant l'urgence, en absence du travail d'accouchement ou si celui-ci devait être long, la césarienne devenait le seul moyen pour sauver la mère et le fœtus. Pendant l'accouchement, toutes les patientes avaient bénéficié d'une révision utérine systématique et celles admises dans le post-partum, l'AMIU était largement réalisée, la vérification de la vacuité utérine s'avérait indispensable, la présence de débris placentaires ou membranaires entretenant l'éclampsie.

Dans notre série, nous avons enregistré trois cas (2,25%) d'insuffisance rénale. Ce taux est bas à ceux d'AKPADZA [8] et de PAMBOU [11] au Congo qui avaient respectivement trouvé 1,04% et 1%. Par contre, LANKOANDE trouvait un taux de 12,6% [10]. Ce faible taux d'insuffisance rénale retrouvé dans notre série peut être lié à la prise en charge pluridisciplinaire adéquate et précoce des patientes. L'accident vasculaire cérébral dans sa forme ischémique était enregistré chez trois patientes.

PAMBOU [11] retrouvait également 3 cas ainsi que BUAMBO-BAMANGA au Congo [12].

La létalité dans notre série était de 9,77%. Elle est supérieure à celles d'AKPADZA (2,82%) [8], de LANKOUANDE (3,4%) [10] et de PAMBOU (6%) [11]. CISSE [13] au Sénégal et MAYI-TSONGA [9] au Gabon avaient retrouvé des taux plus élevés respectivement à 17,9% et 21%. Tous les cas de décès étaient constatés parmi les référées, victimes du retard à la décision d'évacuation. Le retard dans la prise en charge de l'éclampsie est préjudiciable au pronostic maternel et les patientes décédaient dans un tableau de crises subintrantes et d'asphyxie.

Le taux de prématurité dans notre série était de 24,81%. Il est inférieur à celui de BOUZAGGHAR [14] en Tunisie avec 62,65% et de PAMBOU [11] avec 43,75%. Ce taux relativement élevé de prématurité est étroitement lié à la sévérité et à la fréquence des crises d'éclampsie. Indépendamment du terme, l'extraction fœtale précoce semble être salutaire pour la mère. Le retard de croissance in utero a été de 18,04% proche des 15,62% de PAMBOU [11]. Il est lié aux troubles d'échanges maternels qu'engendre la prééclampsie sévère. Si les facteurs de risque étaient dépistés au cours des consultations prénatales, certaines complications pouvaient être évitées et à ce prix, les indicateurs de mortalité et de morbidité fœto-maternels seraient améliorés.

CONCLUSION

L'éclampsie est une pathologie pourvoyeuse de césariennes et ce mode d'accouchement n'améliore notamment que le pronostic maternel. Le taux de létalité reste élevé dans nos pays d'Afrique sub-saharienne. Le dépistage des facteurs de risque et la prévention pourraient améliorer le pronostic maternel et fœtal.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **BATALLON A, BENIFLA JL, MADELENAT P.** Urgences au cours de la grossesse. Encycl méd chir, pratique de médecine 3-1360,1999.
2. **ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.** Mortalité maternelle. Aide mémoire N°348 de novembre 2010,5p
3. **EDOUARD D.** Prééclampsie et éclampsie. Encycl med chir anesthésie réanimation 36-980-A-10,2003.
4. **COLLANGE O, LAUNOY A, DIETEMANN JL, POTTECHER T.** L'éclampsie. Annales Françaises d'Anesthésie et de 2010 ; (29): 75-82.
5. **THIAM M, GOUMBALA M, GNIN SB, FALL P-D, CELLIER J, PERRET J-L.** Pronostic maternel et fœtal de l'association hypertension et grossesse en Afrique subsaharienne (Sénégal). J Gynécol Obstét Biol Reprod 2003; 32 (1): 35-8.

6. **UGOCHUKWU V, OKAFOR U, RUSS E, EKUMANKAMA O.** Eclampsia and seasonal variation in the tropics - a study in Nigeria. *Pan African Medical Journal* 2009; 2 (7): 1-7.
7. **The Trial Collaborative Group:** which anticonvulsivant for women eclampsia? Evidence from the collaborative eclampsia. *Trial Lancet* 1995; 345: 1455-63.
8. **AKPADZA K., BAETAS, KOTOR K. T., HODONOU A. K. S.** L'éclampsie à la Clinique de gynécologie et d'obstétrique du C.H.U Tokoin Lomé TOGO de janvier à décembre 1993 A propos de 71 cas. *Médecine d'Afrique Noire* : 1996, 43 (3) : 1-6.
9. **MAYI-TSONGA S., AKOUO L., NGOU-MVE-NGOU J., MEYE J.** Facteurs de risque de l'éclampsie à Libreville : étude cas témoins. *Cahiers d'études et de recherches francophones* 2006 ; Vol 16, (3), 197-200.
10. **LANKOANDE J., TOURE B., OUEDRAOGO A., OUEDRAOGO C.M.R., OUTTARA T., BONANE B., KONE B.,** Les éclampsies à la maternité du CHN Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou : aspects épidémiologique, clinique et évolutif. *Médecine d'Afrique Noire* : 1998 ; 45 (6) p399-402.
11. **PAMBOU O., EKOUNDZOUA J.R., MALANDA J. P., BUAMBO S.** Prise en charge et pronostic de l'éclampsie au CHU de Brazzaville A propos d'une étude rétrospective de 100 cas. *Médecine d'Afrique Noire* : 1999 ; 46 (11).
12. **BUAMBO-BAMANGA S.F., NGBALE R., MAKOUNBOU P., EKOUNDZOLA J. R.** L'éclampsie au centre hospitalier universitaire de Brazzaville, Congo. *Clin Mother Child Health* 2009; 6 (2) p1129-1133
13. **CISSE C.T., DIEME M.E., FAYE NGABO D., MBAYE M., DIAGNE P.M., MOREAU J.C.,** Indications thérapeutiques et pronostic de l'éclampsie au CHU de Dakar. *Journal de gynécologie obstétrique et biologique de la reproduction* 2003 (3) p239-245.
14. **BOUZAGGHAR** L'éclampsie : étude analytique à propos de 80 cas au CMNT. Thèse de Médecine, Tunis, 1990, 76p.