

Profil épidémio-clinique et prise en charge de l'éclampsie : A propos de 169 cas au Centre Hospitalier et Universitaire de Cocody (Abidjan-Côte d'Ivoire)

Epidemioclinical profile and management of eclampsia: 169 cases report at Cocody's teaching hospital (Abidjan-Côte d'Ivoire)

Koffi SV¹, Konan J², Adjoby R¹, Gbary-Lagaud E¹, Kassé KR², Kakou C², Boni ES².

1. Service de gynécologie et d'obstétrique du CHU de Angré
2. Service de gynécologie et d'obstétrique du CHU de Cocody

Auteur correspondant : Koffi Soh Victor. dockoffisoh@gmail.com

Résumé

Objectif : Rapporter notre expérience dans la prise en charge de l'éclampsie en salle de naissance du CHU de Cocody

Patients et méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective à descriptive qui s'est déroulée en salle de naissance et aux urgences gynécologiques du CHU de Cocody. L'étude s'est étendue sur une période allant du 1er janvier au 31 Décembre 2016, soit une durée de 12 mois. Elle a inclus toutes les patientes qui ont été admis dans le service et qui ont présenté une éclampsie en période anté, ou per partum. N'étaient pas incluses, les patientes dont les convulsions étaient survenues au-delà de 48 heures après l'accouchement ; celles venant du domicile et dont les parents n'avaient pas d'informations précises sur les crises convulsives ; et celles dont les dossiers ont été mal renseignés. Le recueil des données a été possible grâce aux dossiers des patientes, au registre d'accouchement et au registre de compte rendu opératoire.

Résultats : Il s'agissait de patientes jeunes (51,5%), non scolarisées (46,2%), primigestes (55%) avec un faible niveau socio-économique (99,2%). Elles avaient été évacuées (95,9%) pour éclampsie (71,6%). Les crises étaient survenues avant terme (52,1%) et en ante partum (58,6%). Le diazépam était l'anticonvulsif le plus utilisé (72,8%). La prise en charge obstétricale a été dominée par la césarienne (98,8%). Environ trois quarts de patientes avaient été admises en réanimation avec comme complication majeure l'état de mal éclamptique (51,9%). Le taux de létalité maternelle liée à l'éclampsie était de 4,7%.

Conclusion : L'éclampsie est une pathologie grave au cours de la grossesse. Sa prise en charge multidisciplinaire. Un dépistage des pathologies vasculo-rénales au cours du suivi prénatal permet de réduire son incidence et ses conséquences materno-fœtales.

Mots clés : HTA, éclampsie, césarienne, létalité maternelle.

Summary

Objective: To report our experience in the management of eclampsia in the delivery room of the CHU de Cocody

Patients and Methods: This was a retrospective to descriptive study that took place in the birth room and gynecological emergencies at Cocody UHC. The study covered a period from 1 January to 31 December 2016, a period of 12 months. It included all patients who were admitted to the ward and who had pre-existing eclampsia, or per partum. Patients whose seizures occurred beyond 48 hours after delivery were not included in the study; those from home whose parents did not have accurate information on seizures; and those whose records were misinformed. The collection of data was possible thanks to patient records, the birth registry, and the surgical reporting registry.

Results: These patients were young (51.5%), out of school (46.2%), primigravida (55%) with a low socioeconomic level (99.2%). They were evacuated (95.9%) for eclampsia (71.6%). Seizures occurred before term (52.1%) and in ante partum (58.6%). Diazepam was the most used anticonvulsant (72.8%). Obstetric management was dominated by caesarean section (98.8%). Approximately three-quarters of patients were admitted to resuscitation with eclamptic disease as a major complication (51.9%). The rate of maternal lethality related to eclampsia was 4.7%.

Conclusion: Eclampsia is a serious pathology during pregnancy. Its multidisciplinary care. Screening for vasculo-renal pathologies during prenatal follow-up can reduce its incidence and its maternal-fetal consequences.

Keywords: hypertension, eclampsia, caesarean section, maternal lethality.

Introduction

L'éclampsie représente une des complications les plus graves de la pré-éclampsie. Sa survenue au cours d'une grossesse est une situation obstétricale grave, et continue à représenter un problème de santé publique d'ampleur mondiale [1]. Environ 5 % se compliquent d'une pré-éclampsie sévère et 1 à 2% évoluent vers une éclampsie. Son incidence est variable selon les pays, nettement plus élevée dans les pays en voie de développement où elle atteint 5 à 10%, voire 15% dans certaines zones [1, 2]. Selon l'OMS, l'éclampsie est à l'origine de 12% de décès maternels [1]. Elle occupe avec les maladies hypertensives le troisième rang après les complications infectieuses et l'hémorragie. Considérée comme l'une des graves situations obstétricales grevant lourdement le pronostic maternel et fœtal, sa prise en charge doit être multidisciplinaire, rapide et adéquate. Cette prise en charge est symptomatique, obstétricale et le sulfate de magnésium, est le médicament de référence dans le traitement et la prévention de cette affection. L'objectif général de notre étude était de rapporter notre expérience dans la prise en charge de l'éclampsie en salle de naissance du CHU de Cocody.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude rétrospective à descriptive qui s'est déroulée en salle de naissance et aux urgences gynécologiques du service de gynécologie-obstétrique du CHU de Cocody. La salle de naissance admettait les gestantes dont l'âge gestationnel était supérieur ou égal à 28 semaines d'aménorrhée. Celles dont l'âge gestationnel était inférieur à 28 semaines, ou qui étaient évacuées pour des complications du post-partum, étaient admises aux urgences gynécologiques. L'étude s'est étendue sur une période allant du 1er janvier au 31 Décembre 2016, soit une durée de 12 mois. Elle a inclus toutes les patientes qui ont été admis dans le service et qui

ont présenté une éclampsie en période anté, ou per partum. A l'admission des patientes dans notre service, la tension artérielle était prise et une albuminurie était systématiquement recherchée à l'aide de bandelettes urinaires. Le diagnostic d'éclampsie était retenu lorsqu'une crise convulsive survenait chez une patiente, chez qui une prééclampsie avait déjà été diagnostiquée. Pour les patientes dont les convulsions étaient survenues dans d'autres structures sanitaires avant l'évacuation au CHU de Cocody, le diagnostic était fait sur la base des informations consignées sur leur bulletin d'évacuation et confrontées aux données cliniques à l'examen dans notre service.

Nous n'avons pas inclus dans l'étude, les patientes dont la convulsion est survenue au-delà de 48 heures après l'accouchement ; celles venant du domicile et dont les parents n'avaient pas d'informations précises sur les crises convulsives ; et celles dont les dossiers ont été mal renseignés. Le recueil des a été possible grâce aux dossiers des patientes, au registre d'accouchement et au registre de compte rendu opératoire. Les paramètres étudiés étaient les caractéristiques sociodémographiques, cliniques, thérapeutiques et pronostic (materno-fœtal).

Résultats

Nous avons colligé 169 cas d'éclampsies sur 7554 admissions soit une fréquence de 2,24%.

L'âge moyen des patientes était de 24 ans et la quasi-totalité avait un faible niveau socioéconomique (**Tableau I**).

Les primigestes représentaient 55% des patientes suivies des multigestes (12,8%). Concernant la parité, les primipares représentaient 72,2% des patientes ayant présenté une éclampsie. Dans 58,6%, les patientes ont présenté la crise d'éclampsie en ante partum et 41,4% l'ont eu dans le per partum (**Tableau II**). Elles ont présenté moins de 3 crises convulsives dans 79,9% des cas.

Tableau I : Répartition des patientes selon les caractéristiques épidémiologiques

Caractéristiques	Effectif	Pourcentage
Age [20-29 ans]	87	51,5
Ménagère	80	47,3
Ne vit pas en ménage	123	72,8
Non scolarisée	78	46,2
Faible niveau socio-économique faible	167	99,2

Tableau II : Répartition des patientes selon les caractéristiques cliniques

		Effectif	Pourcentage
Age gestationnel à l'admission	Inférieur à 37 SA	88	52,1
	Supérieur à 37 SA	81	47,9
Mode d'admission	Evacuée	162	95,9
	Venue d'elle même	7	4,1
Motif d'évacuation	Eclampsie	121	71,6
	Autres	48	28,4

Le diazepam a été l'anticonvulsivant le plus utilisé (98,4%) et la nicardipine l'anti hypertenseur le plus utilisé (88%). La césarienne était le principal mode d'accouchement (**Tableau III**)

Tableau III : Répartition des patientes selon les modalités de la prise en charge

		<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Anticonvulsivant</i>	<i>Oui</i>	123	72,8
	<i>Non</i>	46	27,2
<i>Obstétricale</i>	<i>Césarienne</i>	67	98,8
	<i>Voie basse</i>	2	2,2
<i>Transfert en réanimation</i>	<i>Oui</i>	127	75,1
	<i>Non</i>	42	24,9

Au total 25 patientes ont présenté des complications, soit 14,8%

Tableau IV : Répartition des patientes selon les complications maternelles

<i>Complications (n=25)</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Etat de mal éclamptique</i>	13	52
<i>Hellp syndrome</i>	10	40
<i>Hématome rétro placentaire</i>	7	28
<i>CIVD</i>	3	12

Le poids de naissance des nouveaux-nés était inférieur à 2500 g dans 56,4% des cas. Pour 39,1% des nouveaux nés le score d'APGAR était satisfaisant (≥ 7) et 49,1% avaient un mauvais score d'APGAR (< 7). On a enregistré 11,8 % de mort-nés

Discussion

Pendant la période d'étude, nous avons enregistré 7554 accouchements pour 169 cas d'éclampsie soit une fréquence de 2,24%. Cette fréquence était inférieure à celle trouvée par Nguessan [3] dans le même service sur une période de 2 ans (2005-2006) qui était de 3,26%. Elle était cependant supérieure à celle de Buambo-Bamanga en 2009 à Brazzaville qui était de 0,85% [4] et celle de Diouf [5] au CHU de Dakar avec 1,35% en 2010. Dans les pays développés, les fréquences étaient plus basses. Kullberg [5] en Suède et Dima [6] aux USA rapportaient respectivement 0.003% et 0.063%. Cette fréquence élevée dans les pays en voie de développement pourrait s'expliquer par le mauvais suivi prénatal, ne permettant pas de dépister à temps les grossesses à risque, notamment les pathologies vasculo-rénales.

Pour certains auteurs, le jeune âge était la période de prédilection de l'éclampsie voire un des principaux facteurs de risque [7,8]. Dans notre série, les patientes ayant un âge compris entre 20-29 ans étaient majoritaires (51,5%), avec une moyenne d'âge de 24 ans. Elles étaient pour la majorité primigestes (55%) et primipares (72,2%). Ces résultats étaient comparables aux données de la littérature [9]. Ils confirmaient que les jeunes mères étaient les plus exposées à l'éclampsie. La prédominance des primigestes vient renforcer la théorie du facteur immunologique dans la survenue de la pré éclampsie donc l'éclampsie [10]. La

fréquence élevée de l'éclampsie était liée à plusieurs facteurs dont le dénominateur commun était le faible niveau socioéconomique des patientes. Il en résulte des insuffisances dans le suivi prénatal. En effet, nous avons notifié 72,8% de célibataires vivant seules avec un bas niveau socioéconomique (89,4%). Ces observations concordent avec celles de Ceron-Mireles au Mexique qui a noté que l'éclampsie était plus fréquente chez les femmes analphabètes ou ayant un bas niveau socio-économique [11]. La prise en charge de l'éclampsie est multidisciplinaire. Elle se conçoit dans une unité de soins intensif ou dans un service de réanimation. En plus des anticonvulsivants et antihypertenseurs, certaines mesures ont été entreprises. Il s'agissait de la correction de l'hypovolémie par un remplissage vasculaire avec des cristaalloïdes chez toutes les patientes. Les données de la littérature ont mis en évidence, l'efficacité du sulfate de magnésium dans la prise en charge urgente et préventive de la crise d'éclampsie. Il est aujourd'hui l'anticonvulsivant de premier choix [12]. Cependant le diazepam a été le principal médicament anticonvulsivant utilisé (98,4%) dans notre pratique quotidienne pour la prise en charge des crises convulsives de l'éclampsie, contrairement à la série de Diouf [5] où toutes les patientes (100%) avaient reçu du sulfate de magnésium comme anticonvulsivant. Cette utilisation accrue du diazepam est due à un défaut d'approvisionnement de la pharmacie du CHU en sulfate de magnésium. Il s'agit donc d'une pratique par défaut qui devrait disparaître. Cependant le sulfate de magnésium aurait un risque supposé de potentialisation des effets des inhibiteurs calciques couramment utilisés comme antihypertenseur.

Ce qui aurait pour conséquence une baisse considérable de la pression artérielle diastolique nuisible au fœtus [9,12]. Il peut également jouer un rôle tocolytique alors que le véritable traitement étiologique est l'évacuation utérine. Le traitement antihypertenseur intègre le cadre général du traitement de la pathologie hypertensive au cours de la grossesse. La Nicardipine injectable selon le protocole du service a été le seul antihypertenseur utilisé (100 %). Dans la série de Diouf [5], ce traitement n'a été utilisé que dans 88% des cas.

L'évacuation utérine rapide est le premier objectif obstétrical à atteindre. Elle doit se faire dès que possible car le pronostic maternel, constitue la priorité. En effet, l'arrêt de la grossesse a une influence décisive sur le cours de la maladie. De plus, il soustrait parfois un fœtus encore viable aux méfaits de l'hypertension artérielle, de l'hypoxie et des traitements anticonvulsivants. La césarienne apparaît comme le procédé le mieux adapté à l'influence de la situation. C'est ce qui expliquerait le taux très élevé de césarienne dans notre service 98,8%. Cela rejoint les données de la littérature, puisque cette voie d'accouchement était utilisée par plusieurs auteurs dans ces circonstances [2,4,5]. Le pronostic maternel était apprécié à partir des complications et des décès observés. Notons que 42 patientes (24,9 %) n'ont pu être admises en réanimation faute de place. Notre structure ne disposait que d'un service de réanimation polyvalente avec des places limitées. Nous avons enregistré 14,8% de complications maternelles soit 25 patientes. L'état de mal éclamptique a été la complication la plus retrouvée avec 52% des complications, suivi du HELLP syndrome avec 40% et de l'hématome retro-placentaire (HRP) avec 28%. Pambou [13] aussi dans sa série, trouvait comme première complication, l'état de mal éclamptique avec 47,61%. Dans notre série nous avons enregistré

8 décès sur les 169 patientes soit un taux de létalité de 4,7%. Notre taux était inférieur à celui de Krou [16] qui était de 10,81%. Nguessan dans sa série, retrouvait l'HTA maligne (21,9%), l'état de mal éclamptique (19,2%) et une létalité de 5,8% [3]. Les taux observés en Afrique étaient très élevés par rapport à ceux des pays développés qui varient entre 0 et 2,2%. Ainsi Kullerberg [6] en Suède et Kartz [14] aux USA n'ont enregistré aucun décès maternel dans les travaux respectifs alors que Munro [15] en Ecosse lui, retrouvait un taux de 2%. Cette fréquence élevée de morbidité et de la létalité maternelles dans notre série s'expliquerait d'une part par la mauvaise prise en charge des patientes depuis leur suivi prénatal, leur admission dans les maternités périphériques en passant par le mode d'évacuation et d'autre part le manque du sulfate de magnésium.

Quant au pronostic fœtal, il était fonction des complications fœtales liées à l'éclampsie (prématurité induite, retard de croissance in-utero, souffrance fœtale aigue, mort fœtale). Le pronostic fœtal était très lourd a en jugé par la répartition du score d'APGAR à la naissance et le poids à la naissance. Dans notre série on notait que 49,1% des nouveau-nés avaient un mauvais score d'APGAR à la naissance. Le poids de naissance était inférieur à 2500 g chez 56,4% des enfants des éclamptiques. La mortalité fœtale était élevée dans notre étude avec un taux de 11,8%. Dans l'étude de Nguessan, il a été constaté, 56,4% de prématurité induite et 16,3% mortalité périnatale [3]. Le pronostic fœtal reste sévère dans les séries africaines [4,5,13].

Conclusion

L'éclampsie est une pathologie grave qui survient au cours de la grossesse. Sa prise en charge multidisciplinaire et ne se conçoit qu'en unités de soins intensifs ou en réanimation. Cependant un dépistage des pathologies vasculo-rénales au cours du suivi prénatal permet prévenir sa survenue et ses conséquences gravissimes materno-foetales.

Références

1. OMS Maternité sans risque n°18, 1995, p3.
2. Mboudou ET, Foumane P, Belley Priso E, Dohbit J, Ze Minkande J, Nkengafac WM et al. Hypertension au cours de la grossesse : Aspects cliniques et épidémiologiques à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé, Cameroun. Clin Mother Child Health 2009 ; 6 : 1087-93.
3. Nguessan K, Adjoby R, Mian B, Loué V, Angoi V, Gondo D et al. Pronostic materno-foetal de l'éclampsie à la maternité du CHU de Cocody. Annales de la Soggo 2011 ; 16 (6) : 14-7
4. Buambo-Bamanga SF, Ngbale R, Makoumbou P, Ekoundzola JR. L'éclampsie au Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville, Congo. Clin Mother Child Health 2009 ; 6 : 1129-33
5. Diouf A A, Diallo M, Mbaye M, Sarr SD, Faye- Diémé ME, Moreau JC. Profil épidémiologique et prise en charge de l'éclampsie au Sénégal : à propos de 62 cas. Pan African Medical Journal. 2013 ; 16 : 83.3101.
6. Kullberg G, Lindeberg S, Hanson U. Eclampsia in Sweden. Hypertens pregnancy 2002 ; 21 : 13-21
7. Dima AS, Annegers JF, Combs CD, Frankowski RF, Willmore LJ. Case-control study of the risk factors for eclampsia. Am j epidem 1995; 142(4); 437-41

8. **Cissé CT, Ewagnignon E, Hojeige A. Diadhieu F.** Eclampsie en milieu Africain : Epidémiologie et pronostic au CHU de Dakar. La semaine des hôpitaux de Paris 1997 ; 73 : 1062-67.
9. **Brouh Y, Ndjeundo P, Tetchi Y, Amonkou A, Pete Y, Yapobi Y.** Les éclampsies en Centre Hospitalier Universitaire en Côte d'Ivoire : prise en charge, évolution et facteurs pronostiques, Can J of Anesth, 2008 ; 55 : 423-8
10. **Abauleth R, Kadhe P, Gondo D, Kakou C, Konan J, N'Guessan K et al.** La prééclampsie : une pathologie liée à la vie sexuelle du couple ? La Lettre du Gynécologue 2009 ; 345 : 8-10
11. **Ceron-Mireles P, Harlow SD, Sanchez-Carillo CI, Nunez RM.** Risk factors pre-eclampsia/eclampsia among working womenin mexico. Peadiatr perinat epidemiol 2001; 15 :40-6
12. **Mahoungou Guimbi KC, Ondele Ngatse E, Sousa RG.** Utilisation du sulfate de magnésium dans la prise en charge de l'éclampsie : à propos de 122 observations. Réanimation 2014 ; 23 : 237-40
13. **Pambou O, Ekundzola JR, Malanda JP, Buambo S.** Prise en charge et pronostic de l'éclampsie au CHU de Brazzaville. A propos d'une étude rétrospective de 100 cas. Méd Afr Noire 1999 :46 (11) : 508-12
14. **18- Katz V, Farmer, Kuller JA.** Pré éclampsie into eclampsia: toward a new paradigm. Am J Obstet Gynecol 2000; 182: 1389-96
15. **Munro PT.** Managment of eclampsia in the accident and emergency département Accid Emerg Med 2000; 17: 7-11