

L'éclampsie retardée du post-partum : aspects cliniques et thérapeutiques au Centre Hospitalier Universitaire d'Angré de 2020 à 2021 : à propos de 38 cas

Delayed postpartum eclampsia: clinical and therapeutic aspects at the Angré University Hospital Center from 2020 to 2021: About 38 cases

Gbary-Lagaud E¹, Mbongué S¹, Effoh D¹, Koffi S¹, Adjoby R¹

Gynécologue obstétricien Centre hospitalier et Universitaire d'Angré,

Correspondance : Dr Gbary-Lagaud Eléonore ; eleonoregbarylag@gmail.com

Résumé

Objectif : Préciser les caractéristiques cliniques et thérapeutiques de l'éclampsie retardée du post-partum au service de gynécologie-obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire d'Angré.

Patientes et méthodes : Il s'agissait d'une étude transversale, du 1^{er} janvier 2020 au 31 décembre 2021. La population d'étude était constituée de toutes les patientes admises aux urgences gynécologiques pour éclampsie du post-partum. Les critères d'inclusion étaient les patientes reçues pour éclampsie survenue au-delà de 48h jusqu'à un mois du post-partum durant la période de l'étude. Les éclampsies du post-partum dont l'âge gestationnel était inférieur à 6 mois (28 SA) n'ont pas été incluses dans l'étude.

Résultats : Nous avons enregistré une fréquence 41,3% des éclampsies retardées du post-partum. La plupart des patientes, ont présenté une pathologie hypertensive pendant la grossesse : la pré éclampsie (39,5%), l'éclampsie pré partum (13,15%). Les crises convulsives survenaient surtout entre le 2^e et le 7^e jour après l'accouchement dans 44,74% des cas. Les principales complications maternelles étaient l'insuffisance rénale aigue (IRA) (30,23%) et le *HELLP syndrom* (18,60%). On a enregistré une létalité de 4,65%. La prise en charge médicamenteuse reposait sur le sulfate de magnésium chez 92,1% des femmes puis des antihypertenseurs chez 97,3% des femmes.

Conclusion : L'éclampsie retardée du post-partum représentaient pratiquement la moitié des éclampsies dans le post partum au CHU d'Angré. Les complications maternelles observées étaient celles en rapport direct avec un syndrome vasculo-rénal. Une surveillance clinique et biologique prolongée des accouchées à risque devrait être systématique dans chaque maternité.

Mots-clés : Eclampsie, post partum, syndrome vasculo-rénal, sulfate de magnésium.

Summary

Objective: To specify the clinical and therapeutic characteristics of delayed postpartum eclampsia in the gynecology-obstetrics department of the University Hospital Center of Angré.

Patients and methods: This was a cross-sectional study, from January 1, 2020 to December 31, 2021. The study population consisted of all patients admitted to gynecological emergencies for postpartum eclampsia. The inclusion criteria were patients seen for eclampsia occurring more than 48 hours up to one month postpartum during the study period. Postpartum eclampsia with a gestational age of less than 6 months (28 weeks) was not included in the study.

Results: We recorded a 41.3% frequency of delayed postpartum eclampsia. Most of the patients presented a hypertensive pathology during pregnancy: pre-eclampsia (39.5%), eclampsia (13.15%). Seizures occurred mainly between the 2nd and 7th day after delivery in 44.74% of cases. The main maternal complications were acute renal failure (ARI) (30.23%) and HELLP syndrom (18.60%). A lethality of 4.65% was recorded. Drug management was based on magnesium sulphate in 92.1% of women and antihypertensives in 97.3% of women

Conclusion: Delayed postpartum eclampsia represents almost half of postpartum eclampsias at Angré University Hospital. The maternal complications observed are those directly related to a vasculo-renal syndrome. Prolonged clinical and biological monitoring of women at risk should be systematic in each maternity ward.

Keywords: Eclampsia, postpartum, vasculo-renal syndrome, magnesium sulphate

Introduction

Complication paroxystique redoutable des syndromes vasculo-rénaux, l'éclampsie représente l'une des principales causes de morbi-mortalité maternelle [1]. Elle est décrite comme la survenue de crises convulsives tonico-cloniques et/ou de troubles de la conscience ne pouvant être rapportés à une autre cause neurologique [1]. L'éclampsie peut survenir au-delà de 48 heures après l'accouchement, on parle d'éclampsie retardée [2]. L'éclampsie du post-partum demeure un problème majeur de santé publique dans les pays en développement [3]. Les efforts de prédiction de l'éclampsie ont abouti jusqu'à ce jour à une prévention de la maladie. Cependant, la survenue de crises comitiales à distance de l'accouchement reste encore une entité mal élucidée. Ce constat a motivé une étude au Centre Hospitalier et Universitaire d'Angré (CHU). L'objectif était de préciser les caractéristiques cliniques et thérapeutiques de l'éclampsie retardée du post-partum au service de gynécologie-obstétrique du CHU d'Angré.

Patientes et méthode

Il s'agissait d'une étude monocentrique rétrospective et descriptive. Elle s'étendait sur une période de deux ans allant du 1er janvier 2020 au 31 décembre 2021. Elle a été menée aux urgences gynécologiques du service de Gynécologie et d'Obstétrique du CHU d'Angré à Abidjan. La population d'étude était constituée de toutes les patientes admises aux urgences gynécologiques du CHU d'Angré pour éclampsie du post-partum. Les critères d'inclusion étaient les patientes reçues pour éclampsie survenue au-delà de 48h jusqu'à un mois du post-partum ayant accouché ou non au CHU d'Angré durant la période de l'étude. Les éclampsies du post-partum dont l'âge gestationnel était inférieur à 6 mois (28 SA) n'ont pas été incluses dans l'étude conformément à l'âge de viabilité fœtale défini par la Société Africaine de Gynécologie Obstétrique (SAGO). Notons que le diagnostic d'éclampsie a été retenu devant des convulsions tonico cloniques suivie d'une phase post critique sans émission d'urine chez des femmes

jeunes dans la période du post partum. Le bilan paraclinique biologique et à l'imagerie a servi essentiellement d'élément pronostic à la recherche de complications. Nous avons procédé à un recrutement exhaustif de toutes les éclampsiques admises pendant la période d'étude et qui répondaient aux critères d'inclusion. Les données recueillies ont été obtenues à partir des dossiers et des registres des urgences. Nous avons étudié les variables qualitatives (antécédents médicaux et gynécologiques, pathologies maternelles, traitement reçu, type de complications) et quantitatives (délai de survenu de la crise, paramètres à l'entrée, examens biologiques).

Notre étude a été effectuée dans le respect strict des principes fondamentaux de la déclaration d'Helsinki de 1964, amendée par la 52e assemblée générale d'octobre 2000. Ces principes applicables à toute forme de recherche médicale sont : le principe de l'intérêt et du bénéfice de la recherche (les résultats obtenus seront mis à la disposition de la communauté scientifique), le principe d'innocuité de la recherche et la confidentialité : concernant les renseignements recueillis lors de l'enquête et l'anonymat des participants dans les résultats relatifs à cette étude. Cette étude ne nous a pas permis de nous pencher sur le devenir à court terme des nouveau-nés issus de ses patientes présentant une éclampsie retardée du post partum.

Résultats

Au cours de notre période d'étude, nous avons enregistré 92 éclampsies dans le post-partum. Trente-huit (38) patientes ont eu la crise en post-partum tardif soit une fréquence 41,3% des éclampsies retardée du post-partum.

La plupart des patientes ayant présenté une éclampsie du post partum, ont présenté une pathologie hypertensive pendant la grossesse : la pré éclampsie (39,5%), l'éclampsie pré partum (13,15%). Notons qu'en cas d'éclampsie pendant la grossesse celle-ci se terminait par un accouchement par voie basse ou par césarienne (**Tableau I**).

Tableau 1: Répartition des patientes selon leurs pathologies au cours de la grossesse

Pathologies en grossesse	Effectifs (n)	Pourcentages (%)
Prééclampsie	15	39,50
Eclampsie pré partum	5	13,15
HTA gravidique	3	7,89
HTA chronique + Pré éclampsie sur ajoutée	3	7,89
Diabète gestationnel	2	5,26
Aucune pathologie	10	26,31
Total	38	100

Dans notre étude, les crises convulsives survenaient entre le 2^e et le 18^e jour post-partum avec une médiane de 5,5 jours. Elles survenaient entre le 2^e et

le 7^e jour après l'accouchement dans 44,74% des cas (**Tableau II**).

Tableau II : Répartition des patientes selon le moment de survenue de la crise dans le post-partum

Moment de survenue de la crise	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
2 ^e -7 ^e jour	17	44,74
8 ^e -12 ^e jour	13	34,21
13 ^e -18 ^e jour	8	21,05
Total	38	100

Les principales complications maternelles de l'éclampsie retardée du post-partum étaient l'insuffisance rénale aiguë (IRA) (30,23%), le *HELLP syndrom* (18,60%), le sepsis (13,95%) et

l'œdème aigu du poumon (11,63%). On a enregistré une létalité de 4,65%, soit 2 décès. Notons qu'une patiente pouvait avoir une ou plusieurs complications maternelles.

Tableau III : Répartition des patientes selon les complications maternelles

Complications maternelles	Fréquence (%)	Pourcentage (%)
Insuffisance rénale aiguë	13	30,23
<i>HELLP syndrome</i>	8	18,60
Sepsis	6	13,95
Œdème aigu du poumon	5	11,63
Accident vasculaire cérébrale	3	6,98
Coagulation intra vasculaire disséminée	2	4,65
Anémie sévère	2	4,65
Hypertension artérielle maligne	1	2,33
Rétinopathie hypertensive	1	2,33
Décès*	2	4,65

*Le décès n'est pas une complication en soit, cependant c'est l'issue fatale des complications éventuelles.

La prise en charge médicamenteuse reposait essentiellement sur l'utilisation du sulfate de magnésium chez 92,1% des femmes et d'antihypertenseur chez 97,3% des femmes. Notons

également qu'une patiente pouvait recevoir des traitements de plusieurs groupes thérapeutiques. Le phénobarbital a été administré chez les patientes transférées en réanimation

Tableau 4: Répartition des patientes selon les traitements médicamenteux

Traitement médicamenteux	Fréquences (n)	Pourcentages (%)	
Anticonvulsivants	Sulfate de magnésium	35	92,1
	Diazépam	17	44,7
	Phénobarbital (réanimation)	4	10,5
Antihypertenseurs	Nicardipine	37	97,3
	Furosémide	10	26,3
Antalgiques		26	68,4
Anxiolytiques		8	21,1
Anticoagulants		2	5,3
Transfusion sanguine*		5	13,2

*Les 5 patientes ayant été transfusé correspondaient à celles ayant une anémie sévère : 3 dont l'anémie s'inscrivait dans une autre complication (*Hellp syndrom* ou coagulopathie), 2 dont l'anémie était isolée.

Discussion

Au terme de notre enquête, nous avons enregistré 41,3% éclampsies retardées dans le post-partum, soit pratiquement la moitié des éclampsies du post partum. Selon Sibai, 11 à 44% des éclampsies survenaient dans le post-partum [5]. Konan-Blé en 2009 au CHU de Yopougon [6] trouvait une fréquence de 18,7% des éclampsies du post-partum.

Son résultat est inférieur au nôtre [6]. Par contre, notre fréquence est bien inférieure à celle de Chames, aux Etats-Unis, qui retrouvaient une fréquence plus élevée de 79% [7]. Cet écart s'expliquerait par le fait que l'étude de Chames était multicentrique sur une durée plus étendue de six ans.

Dans la littérature, la plupart des études font état de série de cas [2, 8-12]. L'éclampsie retardée du post-partum est une complication rare qui tend à devenir fréquente en Côte d'Ivoire du fait de l'augmentation et de l'accessibilité des hôpitaux qui augmente la notification des cas. En ce qui concerne le déroulement de la grossesse, la pathologie hypertensive était retrouvée avec la prééclampsie en tête de liste dans 39,5% des cas. Chames et al aux Etats-Unis dans leur étude, retrouvaient 22% de patientes ayant présenté une prééclampsie [7]. La fréquence plus élevée de prééclampsie dans notre étude pourrait s'expliquer par le nombre de gestantes plus jeunes. Cela est le cas dans bien des pays africains par rapport au pays occidentaux. Or la gestité à un jeune âge est reconnue comme facteur favorisant de prééclampsie. Notons que 26,31% des femmes avaient eu des grossesses normales. Dicko et al ont reporté un cas d'éclampsie retardée du post-partum à 90 jours chez une patiente de 18 ans ne présentant aucun antécédent particulier ni pathologie sur grossesse [13]. De même, Valentin M et al ont reporté un cas similaire à 11 jours du post-partum chez une patiente de 40 ans ayant eu une grossesse et un accouchement normaux [2]. Lubrasky a rapporté dans son étude que 44% des parturientes, n'avaient pas présenté de pré éclampsie au cours de leur suivi [14]. C'est dire que l'éclampsie retardée du post-partum peut survenir en dehors de tout contexte hypertensif connu, d'où sa difficulté diagnostique. Cela relève aussi l'importance du suivi post natal même en dehors de toute pathologie hypertensive pendant la grossesse. C'est ce qui est recommandé en Côte d'Ivoire avec des consultations post natales entre 48h et 72h, puis 2 à 3 semaines après l'accouchement et enfin entre 6 et 8 semaines après l'accouchement. Dans notre étude, les crises convulsives survenaient entre le 2^e et le 18^e jour post-partum, avec une médiane de 5,5 jours. C'est à dire que la plus part du temps, l'éclampsie du post partum survenait dans la première semaine du post partum. Notre résultat est inférieur à celui de Santos et al en 2008 [8] et Konan-blé en 2009 [6] qui retrouvaient respectivement une médiane de 8,5 jours et 12,6 jours. Dans la première semaine du post partum, l'organisme maternel revient progressivement à l'état d'avant grossesse. Cependant l'asthénie engendrée par le manque de sommeil du fait que la mère doit allaiter et s'occuper de son nouveau-né, peut générer des troubles vasculaires ou les majorer s'ils pré existaient, d'où la survenue de crise d'éclampsie. Les principales complications maternelles étaient l'IRA, le *HELLP syndrom*, le sepsis et l'OAP. Ces complications sont comparables à celles retrouvées par Konan-Blé [6] qui retrouvait le *HELLP syndrom*, une néphropathie

hypertensive et un état de mal éclamptique. Selon Duley [15], les complications maternelles les plus fréquentes dans les éclampsies du péripartum sont le *HELLP syndrom*, l'hématome rétro placentaire (HRP), la coagulation intra vasculaire disséminée (CIVD) et l'insuffisance rénale aigue. Toutefois, la mortalité de l'éclampsie ne semble pas différente selon qu'elle survienne en ante- ou en post-partum [16]. Ces complications sont liées à un syndrome vasculo-rénal. Ainsi même après l'accouchement et la vacuité utérine, des désordres vasculaires et immunologiques induits par le défaut d'invasion trophoblastique peuvent persister. La surveillance post natale de l'accouchée doit être une règle. Celle-ci devra être clinique et biologique pour intervenir avant la survenue de complications graves avec un impact à long terme ou même le décès maternel. Le pronostic vital maternel dans notre étude était marqué par 2 cas de décès. Konan-Blé répertoriait un décès dans son étude [6]. Il n'en demeure pas moins que l'éclampsie retardée du post-partum possède une morbi mortalité maternelle non négligeable. En effet un décès maternel en est toujours un de trop. La prise en charge médicamenteuse de l'éclampsie en post-partum tardif ne diffère pas de celle en anté-partum. Elle repose sur l'administration de Sulfate de Magnésium par voie intraveineuse pour réduire le risque de récurrence et de complications [2,5,10,11,17]. Le Sulfate de Magnésium avait été utilisé avec succès dans l'étude de Konan-Blé 85,2% des fois [6]. Le sulfate de magnésium est un bon anticonvulsivant. Par son action de saturation des récepteurs calciques, il empêche d'une part la survenue de nouvelles crises convulsives et contribue à faire chuter la tension artérielle. Il faut souvent associer au traitement anticonvulsivant un antihypertenseur. Ce qui a été le cas chez 97,3% des patientes de notre étude. L'indisponibilité du sulfate de magnésium justifiait son inutilisation chez les femmes ne l'ayant pas reçu. Il faut dire que le sulfate de magnésium n'était pas toujours disponible à la pharmacie du CHU d'Angré ni dans le chariot d'urgence de la salle d'admission des patientes aux urgences gynécologiques. Les ruptures de stock constatées au moment de notre étude étaient liées aux difficultés d'approvisionnement mondial entre 2020 et 2021 liée à la pandémie de la COVID 19.

Conclusion

Au terme de notre étude, l'éclampsie retardée du post-partum représente pratiquement la moitié des éclampsies dans le post partum au CHU d'Angré. Il s'agit de crises convulsives survenant dans la première semaine du post partum, le plus souvent chez des patientes ayant eu une pathologie hypertensive au cours de la grossesse.

Les complications maternelles observées sont celles en rapport direct avec un syndrome vasculo-rénal à Une surveillance clinique et biologique prolongée des accouchées à risque devrait être systématique dans chaque maternité.

Enfin, notre étude est la première du genre au CHU d'Angré. La faible taille de l'échantillon n'a pas permis la réalisation de tests statistiques. Une étude à plus grande échelle permettrait d'établir des comparaisons entre la survenue de l'éclampsie retardée du post-partum et d'éventuels facteurs associés.

Références

1. **Collange O.** Eclampsie. *Ann Fr Anesth Réanim.* 2010 ; 29:75-82
2. **Valentin M, Ducarme G, Wernet A, Mantz J, Luton D.** Eclampsie retardée : leçons à tirer d'un cas survenue à J11 post partum. *Gynecol Obstet Fertil.* 2008 ; 36 : 641-3
3. **Beye M.D, Diouf E, Kane O, Ndoye M.D, Seydi A, Ndiaye P.I, Sall B.K.** Prise en charge de l'éclampsie grave en réanimation en milieu tropical africain. A propos de 28 cas. *Ann Fr Anesth Réanim.* 2003 ; 22:25-9
4. **Dziewas R, Stögbauer F, Freund M.** Late onset postpartum eclampsia: a rare and difficult diagnosis. *J Neurol.* 2002 ; 249(9):1287-91
5. **Sibai BM.** Diagnosis, Prevention and Management of Eclampsia. *Obstet Gynecol.* 2005 ; 105(2):402-10
6. **Konan-Blé R, Olou NL, Adjoussou S, Seni K, Koffi A, Fanny M, Kone M.** Eclampsie retardée du post-partum : aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs au CHU de Yopougon. *SOGGO 15 (2010) ; 5:104-8*
7. **Chames MC, Livingston JC, Ivester TS, Barton JR, Sibai BM.** Late postpartum eclampsia: a preventable disease? *Am J Obst Gynecol* 2002;186:1174-7
8. **Santos VM, Corrêa FG, Modesto FRD, Moutella PR.** Late-onset postpartum eclampsia: still a diagnostic dilemma? *Hong Kong Med J.* 2008 ; 14:60-3
9. **Lakshmi R, Upreti D , Agrawal A, Raina A.** Late postpartum eclampsia at five weeks post-delivery. *Singapore Med J.* 2007; 48(10):946
10. **Bedel B, Cartron G, Vayssière C, Parant O.** A propos d'un cas d'éclampsie tardive du post partum. *Gynecol Obstet Fertil.* 2010 ; 38:45-7
11. **Rozenberg P.** Intérêt du sulfate de magnésium dans la prise en charge de la prééclampsie. *Gynecol Obstet Fertil.* 2006 ; 34:54-9
12. **Nalini S, Roma J, Shriram S, Vinayak J.** Late Onset Atypical Eclampsia: A Case Report *Journal of Clinical and Diagnostic Research.* 2019 ; 13 : 07-08
13. **Dicko H, Diallo B, Goïta D, Diallo D, Camara B, Keita M, Doumbia D, Coulibaly Y.** Des crises convulsives à distance d'une grossesse et d'un accouchement normal, faut-il toujours penser à l'éclampsie retardée du post partum ? *Rev Afr Anesth Med Urg.* 2011 ; 16:69-71
14. **Lubrasky SL, Barton JR, Freidman SA, Sibai BM.** Late postpartum eclampsia revisited. *Obstet Gynaecol* 1994; 83:502-5
15. **Duley L.** Maternal mortality associated with hypertensive disorders of pregnancy in Africa, Asia, Latin America and the Caribbean. *Br J Obstet Gynaecol.* 1992 ; 99:547
16. **Knigh M** on behalf of UKOSS. Eclampsia in the United Kingdom 2005. *BJOG.* 2007 ; 114:1072-8
17. **Beucher G, Dreyfus M.** Pour l'utilisation du sulfate de magnésium dans la prévention de la crise d'éclampsie en cas de prééclampsie. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité.* 2010 ;38 :155-8