

Aspects epidemio-cliniques et pronostics maternels de l'éclampsie en reanimation du centre hospitalier universitaire gabriel toure mali

Epidemiological-clinical aspects and maternal prognosis of eclampsia in the intensive care unit of the gabriel toure university hospital centre, mali

Diop Th M¹, Mangané M¹, Almeimoune A¹, Tall F.K², Olsen N.T.J¹, Soumaré A¹, Sanogo D¹, Gamby A¹, Kassogue A¹, Bagayoko D.K³, Mariko M³, Sogodogo C⁴, Ouattara K¹, Dembélé A.S⁴, Diango M.D¹

1. *Anesthésie Réanimation et Médecine d'Urgence du CHU Gabriel Touré*
2. *Anesthésie Réanimation et Urgence CHU Kati*
3. *Anesthésie Réanimation et Urgence CHU Luxembourg*
4. *Anesthésie du CHU IOTA*

Auteur correspondant : DIOP Thierno Madane E-mail : madane.diop@gmail.com

Résumé

Objectif Etudier la prévalence de l'éclampsie et ses caractéristiques épidémiologiques ainsi que les facteurs pronostiques dans le service de réanimation polyvalente du CHU Gabriel Touré **Matériels et méthodes** : il s'agissait d'une étude prospective et descriptive de 12 mois du 1er janvier 2021 au 31 décembre 2021 incluant toutes les patientes admises pour éclampsie du péripartum. Le diagnostic était retenu devant les crises convulsives associées, à une protéinurie positive à la bandelette dans la période péri-partum. **Résultats** : nous avons colligé 39 cas d'éclampsies sur 268 admissions en réanimation durant la période soit une prévalence (14,5%). L'âge moyen était de 21,03 ± 4,83 ans. Les femmes au foyer ont représenté 53,8% et étaient primipares dans 61,5% sans antécédent dans 94,7%. Parmi les patientes, 17,9% n'avaient pas fait de Consultation prénatale (CPN) et plus de la moitié d'entre elles 64,1% avaient fait plus de 3 crises convulsives. A l'admission 63,8% avaient une protéinurie ≥ 3 croix et 15,4% avaient un score de Glasgow ≤ 8. La PAS était > 140mmhg chez 46% des patientes et au-delà de 160 mm hg chez 27,7%. Le protocole thérapeutique à base de sulfate de magnésium (Mgso4) a été instauré chez 92,3% associé aux antihypertenseurs dont la nicardipine et le labétalol respectivement 30,8% et 28,2%. La césarienne était le mode d'accouchement le plus fréquent avec 66,7%. Les complications associées étaient le Hellp syndrome 30,8%, l'IRA 23,1% et l'OAP 2,6%. La mortalité maternelle était de 15,4%.

Conclusion : l'éclampsie est fréquente dans notre pays chez des patientes jeunes. La morbi-mortalité est élevée. Une meilleure sensibilisation pourrait améliorer le pronostic. **Mots clés** : éclampsie, épidémiologie, pronostic, décès maternels, réanimation, Bamako, Mali:

Abstract

Objective: To study the prevalence of eclampsia and its epidemiological characteristics as well as prognostic factors in the multipurpose intensive care unit of the Gabriel Touré University Hospital **Materials and methods** This was a 12-month prospective and descriptive study from January 1 to December 31, 2021 including all patients admitted for peripartum eclampsia. The diagnosis was made based on convulsive attacks associated with dipstick-positive proteinuria in the peripartum period. **Results** : we collected 39 cases of eclampsia out of 268 admissions to intensive care during the period, or one prevalence (14,5%). The average age was 21,03 ± 4,83 years. Housewives represented 53,8% and were first-time mothers in 61,5% with no history in 94,7%. Among the patients, 17,9% had not had a prenatal consultation (ANC) and more than half of them, 64,1%, had had more than 3 convulsive attacks. On admission 63,8% had proteinuria ≥ 3 crosses and 15,4% had a Glasgow score ≤ 8. The SBP was 140mmhg in 46% of patients and above 160mmhg in 27,7%. The therapeutic protocol based on magnesium sulfate (Mgso4) was established in 92,3% associated with antihypertensives including nicardipine and labetalol respectively 30,8% and 28,2%. Caesarean section was the most common mode of delivery with 66,7%. The associated complications were Hellp syndrome 30,8%, AKI 23,1% and OAP 2,6%. Maternal mortality was 15,4%. **Conclusion** : eclampsia is common in our country in young patients. Morbidity and mortality are high. Better awareness could improve prognosis **Keywords** eclampsia, epidemiology, prognosis, maternal deaths, resuscitation, Bamako, Mali

Introduction L'éclampsie est une complication neurologique redoutable de la prééclampsie. Elle se définit par l'existence de convulsions généralisées et/ou de troubles de la conscience, survenant typiquement au cours du troisième trimestre de la grossesse ou dans le post-partum, dans un contexte de prééclampsie (PE), et ne pouvant être rapportées à un problème neurologique préexistant [1]. Devenue relativement rare dans les pays développés, l'éclampsie demeure un problème majeur de santé publique dans les pays en voie de développement de par sa fréquence et sa mortalité élevée. Selon l'OMS, dans les pays en développement, 5 % à 8 % des femmes atteintes de pré éclampsie se compliquent d'éclampsie et 10 % à 20 % un HELLP. L'éclampsie et le HELLP syndrome s'avèrent des indicateurs importants d'autres dysfonctionnements d'organes et de la mortalité [2]. Ce qui nous a conduit à initier ce travail qui avait pour objet d'évaluer les aspects épidémiologiques et pronostics des patientes admises pour éclampsie au service de réanimation du CHU Gabriel Toure. **Patients et Méthodes** Il s'agissait d'une étude prospective et descriptive de 12 mois du 1er janvier 2021 au 31 décembre 2021 incluant toutes les

patientes admises pour éclampsie du péri partum, non pas été inclut toutes les patientes admises en réanimation pour autres crises tonico-cloniques non liées à la pré éclampsie. Le diagnostic était retenu devant les crises convulsives et ou troubles de la conscience associées, à une protéinurie positive à la bandelette dans la période péri-partum. L'insuffisance rénale aiguë a été diagnostiquée selon la classification KDIGO. Les données ont été collectées à partir des dossiers médicaux des fiches de transfert et les fiches de traitement. La saisie et analyse des données ont été faites sur le logiciel SPSS 22.0 **Résultats** Nous avons colligé 39 cas d'éclampsie sur 268 hospitalisations soit une prévalence de 14,55%. L'âge moyen était de 21,03 ± 4,83 ans. Les femmes au foyer ont représenté 53,8%. La majorité de nos patientes n'avaient aucun ATCD médicaux ni chirurgicaux (94,7%). Les primigestes représentaient 69,2% et les primipares 61,5%. Durant cette étude 43,6% avaient fait moins de 3 CPN et parmi ces patientes 18% n'avaient pas aucune (0) Consultation Périnatale (CPN). Environ cinquante-neuf pourcent (58,6%) des patientes ont présenté la crise d'éclampsie en ante partum (43,7) (**Tableau I**).

Tableau I : Caractéristiques de la population

Caractéristiques	Effectif (N)	Pourcentage (%)
Tranches d'âge (ans)		
<25	28	71,80%
≥25	11	28,20%
Gestité		
Primigeste	17	69,20
Multigeste		
Parité		
Primipares	24	61,50%
Multipares	15	38,50%
Suivi de la grossesse		
0 CPN0	7	18%
< 3CPN	10	26%
≥ 3CPN	22	56%
Antécédents et facteurs de comorbidité		
Drépanocytose	1	2,6%
Hépatite B	1	2,6%
Pas ATCD	37	94,8%
Moment de survenue de la crise d'éclampsie		
Pré-partum	17	43,7%
Per-partum	2	5,1%
Post-partum	16	41%
Péri-partum	4	10,2%

Le délai moyen d'admission était de 28,6 heures. La PAS était > 140 mmhg chez 46% des patientes et au-delà de 160 mm hg chez 27,7%. Soixant quatre pourcent (64,1%) a fait au plus 3 crises convulsives et chez 63,8% des patientes la protéinurie était supérieure ou égale à trois croix. La césarienne était le mode d'accouchement

le plus fréquent avec 66,7% et 7,7% des patientes ont présentées des ROT vifs. Le score de Glasgow a été le plus évalué chez 66,7% (26cas) et était ≤ 8 chez 15,4% (4 cas). Une thrombopénie était présente chez 35,9% des patientes, avec une cytolyse chez 25,6% et un TP < 70% chez 20,5% (**Tableau II**).

Tableau II : Paramètres biologiques

Paramètres	Valeurs	Effectif (N)	Pourcentage(%)
Hémoglobine (g/dl)	< 7	7	17,9
	7 - 11	21	53,8
	≥ 11	11	28,3
Plaquettes (x103/mm3)	< 50	2	5,1
	50 - 150	12	30,8
	≥ 150	25	64,1
TP (%)	< 70%	8	20,5
	≥ 70%	31	79,5
Créatinine (μmol/l)	>120 μmol/l	9	21,3
	<120 μmol/L	31	76,9

Le protocole thérapeutique à base de sulfate de magnésium (Mgso4) a été instauré chez 92,3% associé aux antihypertenseurs dont la nicardipine et le labétalol

respectivement 30,8% et 28,2%. Les complications associées étaient le HELLP syndrome 30,8%, l'IRA 23,1% et l'OAP 2,6% (**Tableau III**).

Tableau III : Les complications associées

Complications associées	Fréquence	Pourcentage
Insuffisance rénale aigue	3	7,7
HELLP syndrome	6	15,4
Œdème aigue du poumon	1	2,6
Insuffisance rénale aigue et HELLP syndrome	6	15,4
Aucune	23	58,9
Total	39	100

La DMS $3\pm 1,5$ jours la létalité maternelle était de 15,4%. Les facteurs associés significativement au mauvais pronostic (**Tableau IV**) ont été le HELLP

avec à la cytolysé hépatique avec des ALAT ≥ 100 UI/l ($p = 0,02$) et l'insuffisance rénale aigue ($p = 0,001$) et l'OAP ($p = 0,005$).

Tableau IV : les facteurs de mauvais pronostics

Facteurs pronostics	Effectif (N)	Survie	Décès	p
Insuffisance rénale aigue	3	2	1	0,001
Œdème aigue du poumon	1	0	1	0,005
Insuffisance rénale aigue et HELLP syndrome	6	2	4	0,001
Total			6	

Discussion

Dans notre série nous avons colligés 39 cas d'éclampsie sur 268 admissions en réanimation soit une prévalence de 14,55%. Cette prévalence était légèrement inférieure à celle trouvée par Essola et al [3], de Keita M et al [4] et, qui avaient retrouvé respectivement 18,9% et 17% ; légèrement plus élevé que celui Bonkougou et al [5] qui retrouvait 6,1%. Ce résultat concorde avec les données de la littérature qui rapportent des incidences faibles dans les pays les plus avancés [6] et des taux élevés dans pays à faible revenue. L'âge moyen était de $21,03 \pm 4,83$ ans, ce résultat est proche de celui de Essola et al, de Keita et al et Koffi SV et al, [3, 4, 7] qui retrouvaient respectivement $23,6 \pm 7,2$ ans et $21 \pm 5,6$ ans et 24 ans. Ces chiffres pourraient s'expliquer par le fait que la pré-éclampsie concerne la femme jeune en âge de procréer et en particulier les primipares. Durant notre étude les primipares représentaient 61,5% et 44% d'entre elles avaient un mauvais suivi prénatal ; Bonkougou et al [5], au CHU Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou au burkina et Essola et al [3] CHU de Libreville au Gabon retrouvaient dans leur série (56%)

et 57,5% de primipares et que (62,1%) et 67,2% avaient des grossesse qui étaient mal suivi ce manque de surveillance prénatale pourrait s'explique par le faible niveau de scolarisation de la population et l'insuffisance des systèmes de santé dans nos pays à faible revenu et le manque de moyens financiers et ce malgré l'existence d'un système de d'assurance maladie dans notre pays abordable au MALI « AMO ». La crise d'éclampsie survenait le plus souvent en pré-partum 43,7% ce résultat est largement retrouve dans les séries africaines, [4, 5, 7, 8]. En plus de l'évacuation utérine et sans délai, la prise en charge médicamenteuse repose sur l'administration de sulfate de magnésium (MGSO4) selon l'OMS [2]. Comme il a été le cas dans notre étude (92,3%), pour le traitement et la prévention des convulsions et l'effet antihypertenseur, il était associé aux antihypertenseurs, la nicardipine et le labétalol respectivement 30,8% et 28,2%. En effet, le (MGSO4) intégré dans le kit de la césarienne d'urgence du programme national de la césarienne gratuite au Mali d'où sa large disponibilité et son utilisation.

Les complications associées à l'éclampsie dans notre étude étaient retrouvées dans 41% des cas et réparties en 23,1% IRA, HELLP syndrome 30,8% et œdème aiguë du poumon dans 2,6%. Nos résultats sont similaires à ceux retrouvés par Bonkougou et al [5] en ce qui concerne IRA et OAP avec respectivement 29,3% et 1,7%. La durée moyenne du séjour (DMS) était de 3±1,5 jours. La mortalité maternelle était de 15,4% (6 patientes) ce résultat est proche de celle de Keita et al [4] au Mali et Brouh Y et al [9] en Côte d'Ivoire qui retrouvaient respectivement 16 % et 16% de mortalité et inférieur à celui de Bonkougou et al [5] 31 %. Dans les pays développés du nord, ce taux varie selon les séries autour 0 [10,11]. Cette différence pourrait s'expliquer par la faiblesse de nos systèmes de santé mais aussi le

Références

1. **Pottecher T.** Réanimation des formes graves de pré-éclampsie. *J Gynécol Obstet Biol Reprod* 2001 ; 30 : 121-32
2. **Recommandations de l'OMS** pour la prévention et le traitement de la prééclampsie et de l'éclampsie 2014,P : 4 site <http://dx.doi.org/10.1093/bja/aev225>
3. **Essola L et al** Pré éclampsie sévère et ses complications en réanimation au CHU de Libreville : Aspects épidémiologiques, cliniques et Thérapeutiques *Rev. Afr. Anesthésiol. Med. Urgence* 2019 Tome 24(1)- P: 18 – 22
4. **Kéita M et al,** l'éclampsie en réanimation polyvalente au Centre Hospitalier et Universitaire du Point G : prise en charge, évolution et facteurs pronostics ; *Rev. Afr. Anesthésiol. Med. Urgence.* 2017 Tome 22(3)- P: 33 – 40
5. **Bonkougou PZ, Bako YP, Simporé A, Savadogo S, Kinda B et col.** L'éclampsie en Réanimation : épidémiologie et pronostic au CHU Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou. *Rev Afr Anesthésiol Med Urgence* 2014 ; 19 (1)- P 43- 47
6. **Knight M, Ukoss.** Eclampsia in the United Kingdom. *BJOG* 2007 ; 114 : 1072-8
7. **Koffi SV et al,** 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) ; *Rev. Afr. Anesthésiol. Med. Urgence* 2021 Tome 26(3) - P: 3-7
8. **Diouf AA, Diallo M, Mbaye M, Sarr SD, Faye-Diémé ME, Moreau JC, et al.** Profil épidémiologique et prise en charge de l'éclampsie au Sénégal: à propos de 62 cas. *Pan Afr Med J* 2013 ;16 <https://doi.org/10.11604/pamj.2013.16.83.3101>.
9. **Brouh Y, Ndjeundo P, Tétchi YD, et al.** Les éclampsies au centre hospitalier universitaire en Côte d'Ivoire : Prise en charge, évolution et facteurs pronostiques. *Can J Anesth* 2008 ; 5 : 423-28
10. **Jenkins SM, Head BB, Hauth JC.** Severe preeclampsia at < 25 weeks of gestation : maternal and neonatal outcomes. *Am J Obstet Gynecol* 2002 ; 186 : 790-5
11. **Ducarme G, Herrnberger S, Pharisien I et al.** Eclampsie : étude rétrospective de 16 cas. *Gynecol Obstet Fertil.* 2009 ; 37(1) :11- 17

manque de suivi par indisponibilité de structure ou par manque d'adhésion de certaines patientes au suivi prénatal. Cependant, l'objectif ultime reste l'évolution vers zéro décès maternelle. Les facteurs de pronostic maternel péjoratif observés dans notre étude étaient avec un lien statistiquement significatif étaient l'association d'un HELLP syndrome et d'une insuffisance rénale aiguë **Conclusion** : La pré éclampsie sévère et ses complications, notamment l'éclampsie restent une cause fréquente d'admission en réanimation polyvalente. La mortalité liée à ces pathologies demeure encore élevée un meilleur suivi et une plus grande sensibilisation pour un meilleur suivi prénatal permettront de réduire la morb-mortalité.