

Prise en charge de la prééclampsie sévère avant 34 semaines d'aménorrhée au CHU de Cocody

Management of severe pre-eclampsia before 34 weeks of amenorrhoea at the Cocody hospital centre

Alla C¹, Djivo Hessoun A², Mobio N³, Boussou C¹, Yeo K¹, Akinloye S¹, Yao B¹, Boni S¹.

1. *Service de Gynécologie et Obstétrique du Centre Hospitalier et Universitaire de Cocody*
2. *Service de Pédiatrie Médicale du Centre Hospitalier et Universitaire de Cocody*
3. *Service d'Anesthésie Réanimation du Centre Hospitalier et Universitaire de Cocody*

Auteur correspondant : ALLA Christian. Email : allachristianherve@yahoo.fr; Tél: +225 0759950787

Résumé

Introduction : La prééclampsie est une pathologie hypertensive fréquente au cours de la grossesse. En Afrique, ces formes sévères constituent la deuxième cause obstétricale directe de mortalité maternelle après les hémorragies et première cause de morbi-mortalité fœtale. La prééclampsie sévère précoce est donc une véritable urgence médico-obstétricale. L'objectif de notre étude était de décrire la prise en charge de la prééclampsie sévère avant 34 semaines et de déterminer son pronostic chez la mère le fœtus.

Patients et méthode : Il s'agissait d'une étude rétrospective menée sur une période de 12 mois allant du 1er janvier au 31 décembre 2020. Étaient incluses toutes les gestantes avec diagnostic de prééclampsie sévère dont l'âge gestationnel était compris entre 28 semaines révolues et 33 SA et 6 jours ayant accouché. Les données étaient recueillies à partir du dossier médical des patientes, du registre d'accouchement et de néonatalogie. La collecte des données s'est faite à l'aide d'une fiche d'enquête et les logiciels Microsoft Excel 2016 et Epi info version 7 ont été utilisés pour la saisie et l'analyse des données.

Résultats : La nicardipine a été le traitement de choix dans 89,3% des cas, le sulfate de magnésium a été utilisé chez 50,8% de nos patientes et la corticothérapie anténatale (80,3%). Sur le plan obstétrical, l'attitude conservatrice a été privilégiée dans 68,8% des cas. Nos patientes avaient accouché par césarienne dans 65,5% des cas. 35,7% de nos patientes avaient présenté une éclampsie et la létalité de la prééclampsie sévère était de 4,9%. Un faible score d'APGAR était observé chez 65,9% des nouveaux nés. Le taux de mortalité néonatale était de 12,9%.

Conclusion : La pré-éclampsie sévère avant 34 semaines d'aménorrhée est une complication obstétricale associée à une morbi-mortalité maternelle et fœtale importante. Elle nécessite une prise en charge multidisciplinaire dans des structures sanitaires disposant d'un plateau technique adapté.

Mots-clés : Prééclampsie sévère Précoce, Prise en charge, Pronostic materno-fœtal.

Summary

Introduction: Preeclampsia is a common hypertensive disorder during pregnancy. In Africa, these severe forms are the second leading cause of direct obstetric maternal mortality after hemorrhage and the leading cause of fetal morbidity and mortality. Severe preeclampsia is thus a true medico-obstetric emergency. The aim of our study was to describe the management of severe preeclampsia before 34 weeks and to determine its prognosis in the mother and fetus.

Patients and method: This was a retrospective 12-month study conducted from 1 January to 31 December 2020. Included were all pregnant women with a diagnosis of severe preeclampsia whose gestational age ranged from 28 weeks to 33 weeks SA and 6 days after delivery. Data were collected from patient medical records, birth and neonatal records. The data collection was done using a survey sheet and the Microsoft Excel 2016 and Epi info version 7 software were used for data entry and analysis.

Results: Nicardipin was the treatment of choice in 89.3% of the cases, magnesium sulfate was used in 50.8% of our patients and antenatal corticosteroids (80.3%). Obstetrically, conservative attitudes were favored in 68.8% of cases. Our patients had delivered by cesarean section in 65.5% of the cases. 35.7% of our patients had eclampsia and the lethality of severe preeclampsia was 4.9%. A low APGAR score was observed in 65.9% of neonates. The neonatal mortality rate was 12.9%.

Conclusion: Severe preeclampsia before 34 weeks gestation is an obstetric complication associated with significant maternal and fetal morbidity and mortality. It requires multidisciplinary care in health facilities with an appropriate technical platform.

Keywords: Early severe preeclampsia, Management, Maternal-fetal prognosis.

Introduction

La prééclampsie est une pathologie hypertensive fréquente au cours de la grossesse. En Afrique, ces formes sévères constituent la deuxième cause obstétricale directe de mortalité maternelle après les hémorragies et première cause de morbi-mortalité fœtale [1,2]. On parle de prééclampsie précoce avant 34 semaines d'aménorrhée. Dans ces cas, la principale problématique est la mise en balance des risques maternels, d'une part, et des risques périnataux, d'autre part. [3]. La prééclampsie sévère précoce est donc une véritable urgence médico-obstétricale. Sa prise en charge optimale nécessite bien souvent pour la mère, une admission dans un service de réanimation et pour le nouveau-né, une admission dans un service de néonatalogie [4]. La disponibilité de ces services n'est pas toujours effective surtout dans nos pays à faible ressources. Devant une prééclampsie sévère avant 34 semaines d'aménorrhée tout obstétricien doit pouvoir poser des indications thérapeutiques adéquates afin assurer la prévention des complications gravissimes surtout dans notre contexte africain. L'objectif de notre étude était de décrire la prise en charge de la prééclampsie sévère avant 34 semaines et de déterminer son pronostic chez la mère le fœtus.

Patientes et méthode Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive menée sur une période de 12 mois allant du 1er janvier au 31 décembre 2020 dans le service de gynécologie et obstétrique du CHU

de Cocody. Etaient incluses toutes les gestantes avec diagnostic de prééclampsie sévère dont l'âge gestationnel était compris entre 28 semaines révolues et 33 SA et 6 jours ayant accouché au CHU de Cocody. Les données étaient recueillies à partir du dossier médical des patientes, du registre d'accouchement et de néonatalogie. La collecte des données s'est faite à l'aide d'une fiche d'enquête qui comporte les paramètres suivants : les caractéristiques sociodémographiques des mères et les modalités d'admission, les données cliniques et paracliniques, l'évolution de la grossesse, les modalités d'accouchement, les suites de couches. Les logiciels Microsoft Excel 2016 et Epi info version 7 ont été utilisés pour la saisie et l'analyse des données.

Résultats Au cours de notre période d'étude nous avons enregistré 7613 accouchements. Parmi ces accouchements on notait 374 cas de prééclampsie sévère dont 122 cas survenues avant 34 SA soit une prévalence de 1,6%. L'âge gestationnel à l'admission était compris entre 28 SA et 31 SA + 6 jours avec 55,7% avec une moyenne d'âge gestationnel de 30 SA+ 2 jours. La Prise en charge médicale de la totalité nos patientes avait débuté dès l'admission par la mise en place d'un traitement antihypertenseur par voie parentérale suivi d'un relais per os chez 112 (91,8%) des patientes. Une association de molécules antihypertensive a été nécessaire dans 12,4% des cas (**tableau I**)

Tableau I : Traitement médicamenteux

Traitement médicamenteux	Effectif (N)	Pourcentage (%)
Antihypertenseurs injectables		
Nicardipine	109	89,3
Labétalol	13	10,7
Antihypertenseurs per os		
Nicardipine	58	47,5
Labétalol	03	2,4
Alphamethyl dopa	36	29,5
En association	15	12,4
Traitement adjuvant		
Sulfate de magnésium	62	50,8
Corticothérapie anténatale	103	84,4

La décision obstétricale a consisté en une attitude conservatrice chez 68,8% des patientes. Dès leur admission, 31,1% des patientes ont bénéficié d'une évacuation utérine. Entre 28 et 32 semaines d'aménorrhée, l'on observait 59,5% d'attitudes conservatrice contre 68,5% d'extraction fœtale entre 32 et 34 semaines d'aménorrhée. Les patientes ont accouché par césarienne dans 65,5% des cas.

Tableau II : Complications maternelles

Complications	Effectif (N)	Pourcentage (%)
Eclampsie	15	35,7
OAP	03	7,1
CIVD	05	11,9
Insuffisance rénale	06	14,3
HELLP syndrome	09	21,4
HRP	04	9,5

L'évolution des chiffres tensionnels dans les 72 heures qui ont suivi l'accouchement avait montrer chez 10 patientes (8,2%) une persistance des chiffres tensionnels au-delà de 160/110 mmhg. On notait la survenue de complications chez 42 patientes soit 34,4%. Ces complications sont apparues chez 59,5% des patientes en cours d'hospitalisation (**tableau II**).

Six décès ont été répertoriés soit un taux de létalité de 4,9% (**tableau III**).

Tableau III : Causes de décès maternel

Causes de décès	Effectif (N)	Pourcentage (%)
Eclampsie	3	50
HELLP syndrome	2	33,3
CIVD	1	16,7

Nous avons eu 24 accouchements gémellaires, ce qui justifie un nombre de nouveau-nés (146) supérieur au nombre de patiente. Quatorze (14) morts fœtales antépartum ont été dénombrés. Le score d'Apgar était inférieur à 6 à la 5e minute chez 87 (65,9%) des nouveaux nés. Nous avons noté 17 décès néonataux soit 12,9%. **Discussion**

Le traitement antihypertenseur par voie parentérale avait été institué chez 100% de nos patientes. La Nicardipine a été utilisée chez 89,3% des patientes. Concernant le choix des molécules à utiliser et notamment la voie intraveineuse, le labétalol (alpha-beta bloquant) est le médicament qui a fait l'objet du plus grand nombre d'études randomisées et montre une bonne efficacité avec peu d'effets secondaires, il est donc proposé en 1ère intention dans les formes sévères [5,6,7]. Dans notre maternité, nous ne disposons pas de labétalol. Il a été utilisé dans 10,7% des cas dans notre étude en association avec la nicardipine. A la suite du traitement intraveineux, le relais par voie orale s'est fait en première intention avec la nicardipine dans 47,5% des cas suivi de l'alphaméthyl dopa (29,5%). L'utilisation des inhibiteurs calciques dans notre étude s'explique par leur efficacité convenable, leur innocuité [8]. Cependant leur coût abordable et surtout leur disponibilité à la pharmacie du CHU en font un atout dans la stratégie de prise en charge de la prééclampsie sévère. Le sulfate de magnésium a été administré, en plus des antihypertenseurs injectables, chez 50,8% des patientes. Le sulfate de magnésium a fait l'objet de nombreux essais randomisés comparatifs qui montrent sa supériorité par rapport aux autres anticonvulsivants que ce soit pour le traitement de la crise, la prévention des récurrences mais aussi en prévention primaire en cas de signes de gravité [9]. L'efficacité du sulfate de magnésium a également été mise en évidence dans la diminution du risque de survenue d'un hématome retro placentaire. Il a, par ailleurs, une place validée dans le cadre de la protection cérébrale des enfants nés prématurément [5]. L'attitude conservatrice a été entreprise entre 28 SA et 31 SA + 6 jours dans 59,5% des cas. Le bénéfice de la prolongation significative de la grossesse et donc la diminution de la prématurité sévère (inférieur à 31-32 SA), de la morbidité périnatale et de la durée du séjour en unité de soins intensif néonatale a été démontré dans la littérature [10] et ceci sans augmentation du risque maternel. La décision d'évacuation utérine (césarienne) a été prise chez 38 patientes soit 31,1% des cas pour les patientes

présentant à leur admission des signes d'éclampsies, un hellp syndrome, les signes d'atteintes rénales ou un accouchement prématuré inévitable associée à la prééclampsie sévère. Les voies basses ont été observées chez les patientes admises pour un accouchement prématuré inévitable ou présentant une mort fœtale antépartum. Les complications maternelles ont été retrouvées dans 34,4% des cas, avec au premier rang l'éclampsie (35,7%). Six décès ont été répertoriés soit un taux de létalité de 4,9%. Dans les pays industrialisés, leur incidence est faible de l'ordre de 0,5 à 2 % et s'explique par une meilleure prise en charge multidisciplinaire impliquant le gynécologue obstétricien, l'anesthésiste-réanimateur et la néonatalogie [11]. Dans notre contexte, le principal facteur limitant reste l'accessibilité aux services de réanimation. La prise en charge de ces patientes se fait pour la majorité d'entre elle dans un service d'obstétrique ne disposant pas de ressources adéquates. Le score d'Apgar était inférieur à 6 à la 5e minute chez 87 (65,9%) des nouveaux nés. Nous avons noté 17 décès néonataux soit 12,9%. La morbidité néonatale des nouveau-nés de mère pré éclampsique est essentiellement liée à la prématurité [12]. Le risque de mortalité périnatale est globalement augmenté en cas de PE, avec un risque relatif de 3 à 4 pour les PE sévères [12,13,14].

Conclusion La pré éclampsie sévère avant 34 semaines d'aménorrhée est une complication obstétricale associée à une morbi-mortalité maternelle et fœtale importante. Le traitement antihypertenseur reste fondamental dans la prévention des complications. Son pronostic dans notre contexte, demeure péjoratif aussi bien sur chez la mère que chez le fœtus. Elle nécessite une prise en charge multidisciplinaire dans des structures sanitaires disposant d'un plateau technique adapté.

Références

- Moyer C, Mustafa A.** Drivers and deterrents of Facility Delivery in Sub-Saharan Africa: A systematic review. *Reprod Health.* 2013 ;10 :40.
- Organisation mondiale de la sante.** Prévention et contrôle de la prééclampsie dans la région Africaine. Guide pour la mise en œuvre du progrès. 1ère édition. Genève : Ann Blousse.2006. 130 p.
- Lecarpentier E, Haddad B, Goffinet F, Tsatsaris V.** Moyens thérapeutiques de la prise en charge de la pré-éclampsie. *Presse Medicale.* 2016 ; 45 : (7-8), 638-645.

- 4. Abauleth Y, N'dah K, Kadjo.** Prééclampsie à propos de 357 cas colligés dans le service de gynécologie-obstétrique du CHU de Cocody. Université virtuelle de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique, Abidjan : UFR des sciences médicales. 2007.
- 5. Fischer C.** Pré-éclampsie sévère. *Le Praticien en anesthésie réanimation.* 2022 ; (26) : 198-205.
- 6. Morau E, Landau R.** Pré-éclampsie sévère : de nouvelles recommandations pour optimiser les prises en charge dans les maternités françaises. *Anesth Reanim.* 2023 ; 9 : 333-335.
- 7. SFAR-CNGOF.** Prise en charge de la patiente avec une pré-éclampsie sévère. *Recommandations Formalisées d'Experts.* 2020. pp 36
- 8. Elatrous S et al.** Short-term treatment of severe hypertension of pregnancy: prospective comparison of nicardipine and labetalol. *Intensive Care Med.* 2002; 28:1281-6.
- 9. Altman D, Carroli G, Duley L, Farrell B, Moodley J, Neilson J, et al.** Do women with pre-eclampsia, and their babies, benefit from magnesium sulphate? The Magpie Trial: a randomised placebo-controlled trial. *Lancet.* 2002; 359 (9321) :1877-90
- 10. Sibai BM, Barton JR.** Expectant management of severe preeclampsia remote from term: patient selection, treatment, and delivery indications. *Am J ObstetGynecol.* 2007 ;196 (6):514e1-514e9.
- 11. Essola L, Ifoudji Makao A, Ayo Bivigou E, Ngomas JF, Manga F, Assoumou P, Sima Zué A.** Pré-éclampsie sévère et ses complications en réanimation au CHU de Libreville : Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. *Rev Afr Anesthésiol Med Urgence.* 2019 ; 24 (1) : 18-22.
- 12. Ganzevoort W, Rep A, de Vries JI, Bonsel GJ, Wolf H. PETRA-investigators.** Prediction of maternal complications and adverse infant outcome at admission for temporizing management of early-onset severe hypertensive disorders of pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2006; 195: 495-503.
- 13. Cheng SW, Chou HC, Tsou KI, Fang LJ, Tsao PN.** Delivery before 32 weeks of gestation for maternal preeclampsia: neonatal outcome and 2-year developmental outcome. *Early Hum Dev.* 2004; 76: 39-46.
- 14. Costeloe K, Hennessy E, Gibson AT, Marlow N, Wilkinson AR.** The EPICure study: outcomes to discharge from hospital for infants born at the threshold of viability. *Pediatrics.* 2000; 106: 659-