

ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET PRONOSTICS DE L'ECLAMPSIE AU CENTRE HOSPITALIER COMMUNAUTAIRE A BANGUI: A PROPOS DE 89 SÉRIES DE CAS

Siméon Matoulou Mbala Wa-Ngogbe, Alida Koirokpi,

Gertrude Rose De Lima Kogboma Wongo,

Thibaut Claver Songo-Kette Gbekere, Jean P Dondo-Fongbi, Martial Bida,

Gamaliel Kerebi, Norbert Richard Ngbale, Abdoulaye Sepou

Travail Du Service De Gynécologie Et D'obstétrique Au Chu Communautaire

Travail Dans Le Service De Gynécologie Et D'obstétrique Au Chu Sino Centrafricain De L'amitié

Resume

Introduction : L'éclampsie est une complication neurologique de la toxémie gravidique, rarement maîtrisée par l'arsenal thérapeutique disponible, ce qui expose la mère et le fœtus à des complications graves voire mortelles. Sa fréquence et sa morbi-mortalité dans les pays en voies de développement restent préoccupantes.

Méthodologie : Etude transversale allant du 1er Mai 2021 au 30 Juin 2022, portant sur la prise en charge de l'éclampsie dans le service de Gynécologie-Obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire Communautaire de Bangui (CHUCB). Les données ont été compilées, validées, et analysées à l'aide du logiciel Epi info 7.2.2.6.

Résultats : Au cours de notre étude, 39 patientes avaient présenté une crise d'éclampsie sur un total de 9546 accouchements, soit une fréquence de 0,4%. Les adolescentes étaient les plus concernées par l'éclampsie avec une proportion de 61,5%. Ces patientes étaient pour la plupart des primipares (79,5%). Le principal prodrome retrouvé était les céphalées (79,5%). Les crises éclamptiques étaient survenues beaucoup plus pendant le travail (61,5%) Le sulfate de magnésium était l'anticonvulsivant le plus utilisé (97,4%) et la Hydralazine, l'antihypertenseur le plus fréquemment administré (84,6%). Les complications maternelles étaient dominées par l'hématome retroplacentaire (17,9%), les complications fœtales étaient plus représentées par la prématurité (25,6%).

Conclusion : L'amélioration de la qualité de la prise en charge de la grossesse ciblée, aussi bien sur la détection des prodromes d'éclampsie que sur le dépistage de la pré-éclampsie, devrait permettre une réduction de l'incidence et de la mortalité materno-fœtale liée à l'éclampsie.

Mots clés : consultation prénatale, éclampsie, pronostic materno-fœtal.

Date of Submission: 11-01-2025

Date of Acceptance: 31-01-2025

I. Introduction

L'éclampsie se définit comme un état convulsif survenant par accès à répétition, suivis d'un état comateux, pendant les derniers mois de la grossesse, le travail et rarement dans les suites de couches [1]. Chaque jour au moins 800 femmes environ succombent dans le monde suite à des complications liées à la grossesse et à l'accouchement, soit un décès toutes les 2 minutes ce qui représente 292.000 décès maternels par an (OMS, 2014) en particulier dans les pays en voie de développement [2]. Sa prévalence dans les pays développés est faible grâce à une meilleure surveillance prénatale [3]. Dans les pays en voie de développement l'éclampsie demeure une situation préoccupante, en raison de sa prévalence élevée et de son importante létalité [4]. En République Centrafricaine (RCA), les données épidémiologiques relatives à l'éclampsie ne sont pas connues. C'est dans ce cadre que s'inscrit ce travail qui a pour objectif d'évaluer la prise en charge de l'éclampsie à la maternité du CHU communautaire à Bangui.

II. Matériels Et Methodes

Il s'agit d'une étude transversale allant du 1er Mai 2021 au 30 Juin 2022 soit une période de quatorze mois, portant sur la prise en charge de l'éclampsie dans le service de Gynécologie-Obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire Communautaire à Bangui (CHUCB). Ont été incluses toutes les gestantes, parturientes et accouchées ayant été admises dans le service pendant la période d'étude pour une crise d'éclampsie définit

par l'existence d'au moins une crise convulsive généralisée constatée ou rapportée par une tierce personne lorsque la patiente est comateuse survenue chez une patiente définit selon les critères suivants : Pression artérielle systolique ≥ 140 mm Hg et/ ou Pression artérielle diastolique ≥ 90 mm Hg ; Protéinurie $>$ à croix (+) à la bandelette urinaire ou $> 0,3$ gramme/24heures; Age gestationnel > 20 semaines d'aménorrhée. La taille de l'échantillon était déterminée par le nombre des cas qui répondaient aux critères d'inclusion pendant la période d'étude. Les paramètres maternels étudiés étaient les caractéristiques sociodémographiques, les données cliniques et paracliniques, l'âge de la grossesse, les complications maternelles et fœtales, les éléments de la prise en charge. Les données ont été compilées, validées, et analysées à l'aide du logiciel Epi info 7.2.2.6. La confidentialité des patientes avait été respectée durant tout le travail.

III. Resultats

Fréquence

Pendant la période de notre étude, nous avons enregistré 39 cas d'éclampsie sur un total de 9 546 accouchements à la Maternité du CHUC à Bangui, soit une fréquence de 0,4% par rapport aux accouchements.

Age des patientes

Tableau I : Répartition des patientes selon les tranches d'âge

Tranches d'âge	Effectif	Pourcentage
< 20 ans	24	61,5
20 à 24 ans	5	12,8
25 à 29ans	7	18
30 à 34ans	2	5,1
35 ans et plus	1	2,6
Total	39	100

L'âge moyen des patientes était de 20,3 ans avec des extrêmes allant de 14 et 36 ans. Les adolescentes étaient les plus concernées.

Parité des patientes et nombre de suivi prénatal

Tableau II : Répartition des patientes selon la parité, le suivi prénatal et le terme de la grossesse

Paramètres	Effectif n=39	Pourcentage
Parité		
Primipare	31	79,5
Pauci pare	5	12,9
Multipare	3	7,6
Nombre de CPN		
Aucune CPN	7	17,9
Une CPN	15	38,5
Deux CPN	3	7,7
Trois CPN et plus	14	35,9
Terme de la grossesse		
< 34 SA	3	7,6
34-36SA	15	38,4
≥ 37 SA	7	17,9
Non déterminé	14	35,8

Les primipares étaient les plus concernées par l'éclampsie. Les CPN étaient partiellement suivis dans la majorité des cas. La plus part des patientes avaient un âge gestationnel ≥ 34 SA.

Prodromes d'éclampsie, les signes cliniques et paracliniques

Tableau III : Répartition des patientes selon les prodromes, les signes cliniques et paracliniques

Caractéristiques cliniques	Effectif	Pourcentage
Prodromes		
Céphalées persistantes	31	79,9
Troubles visuels	27	69,2
Douleurs épigastriques (en barre)	14	35,9
Bourdonnement d'oreilles	9	23,1
Vomissements	4	10,3
Présence d'œdème et sa localisation		
Absence d'œdème	17	43,6
Œdèmes des MI	19	48,7
Bouffissure du visage	3	7,7
PA systolique à l'admission		
De 140 à 159 mm Hg	15	38,5
160 mm Hg et plus	24	61,5
PA diastolique à l'admission		
De 90 à 109 mm Hg	27	69,2
110 mm Hg et plus	12	30,8
protéinurie à la bandelette Positif	39	100
Hyperuricémie	11	28,2
IRA	1	2,6

La majorité des patientes avaient présenté au tant de céphalées que de troubles visuels.

Les œdèmes étaient retrouvés chez la majorité des patientes. Dans la plupart des cas la Pression artérielle systolique était ≥ 160 mm Hg.

Prise en charge

Tableau IV : Répartition des patientes selon le traitement administré

Traitement	Effectif n=39	Pourcentage
Antihypertenseur		
Hydralazine	33	84,6
Labetalol	4	10,3
Clonidine	2	5,1
Anticonvulsivant		
Sulfate de magnésium	38	97,4
Diazépam	30	76,9
Association Sulfate de magnésium- Diazépam	28	71,8
Traitement obstétrical		
Césarienne	20	51,3
Extraction instrumentale	9	23,1
Accouchement eutocique	6	15,3

L'Hydralazine était la principale molécule utilisée par voie injectable et le relai par voie orale était fait par l'Alpha-Méthyl dopa. Le Sulfate de magnésium était administré chez presque toutes les patientes.

Complications maternelles et fœtales

Tableau V : Répartition des patientes selon les complications maternelles et fœtales

Complications	Effectif	Pourcentage
Maternelles		
N=39		
Aucune	27	69,2
Hématome retroplacentaire	7	17,9
Etat de mal éclamptique	2	5,1
Accident vasculaire cérébral	1	2,6
Insuffisance rénale aiguë	1	2,6
Hellp syndrome	1	2,6
Complications périnatales		
N=35		
Aucune	10	25,6
Prématurité	10	25,6
Asphyxie fœtale aiguë	9	23,1
Mort fœtale in utero	5	12,8

L'état de mal éclamptique, l'accident vasculaire cérébral et l'insuffisance rénale aiguë étaient les complications retrouvées.

Les complications fœtales étaient dominées par la prématurité suivie de la souffrance fœtale aiguë.

Pronostic maternel et fœtal

Pronostic maternel : 3 décès maternels sur 39 cas d'éclampsie soit 7,7% avaient été enregistrés.

Ces décès étaient dus à un accident vasculaire cérébral d'une part et un état de mal éclamptique d'autre part.

Pronostic fœtal : nous avons enregistré 3 cas (7,3%) de mortinatalité et 1 cas (2,4%) de décès néonatal précoce soit une mortalité périnatale de 9,7%.

IV. Discussion

Aspects épidémiologiques

Au cours de notre étude, nous avons enregistré 39 cas d'éclampsie sur un total de 9 546 accouchements, soit une incidence cumulée de 0,4% ou 4 cas pour 1 000 accouchements. Ce taux est comparable à celui trouvé par Thiam et Diouf à Dakar 1,03% et 1,35% [5, 6]. Par contre, dans les pays développés, l'incidence de l'éclampsie est faible du fait d'un dépistage précoce de la pré-eclampsie et d'une meilleure prise en charge [7, 8]. En dépit de ces variations, les prévalences africaines élevées sont dues au fait que ces études sont conduites dans des centres de référence qui reçoivent tous les cas de grossesses à haut risques. Elles relèvent aussi d'une mauvaise prise en charge de la toxémie gravidique liée à un mauvais suivi prénatal et un plateau technique limité.

Le jeune âge joue un rôle prépondérant dans la survenue de l'éclampsie [9]. Dans notre étude, nous avons relevé une prédominance de l'éclampsie chez des patientes de moins de 25 ans (74,3%). Cette fréquence élevée d'éclampsie chez les jeunes patientes pourrait s'expliquer par l'hypoplasie utérine chez les jeunes gestantes où les artères utérines spiralées causant une diminution du débit utero-placentaire en fin de grossesse [9]. L'âge moyen des patientes présentant des crises d'éclampsie était pratiquement le même que celui trouvé par Thiam au Sénégal [5]. La primiparité est un facteur de risque identifié dans la survenue de l'éclampsie [10]. Dans notre étude l'éclampsie était survenue essentiellement chez les primipares dans une proportion de 79,5%. Cette fréquence élevée d'éclampsie chez les primipares pourrait s'expliquer par le fait que la majorité des patientes était des adolescentes qui étaient à leur première grossesse. Dans les autres séries, les auteurs avaient aussi rapporté une fréquence élevée d'éclampsie chez les primipares [5,6].

Le mauvais suivi obstétrical est identifié comme un facteur de risque important dans la survenue de l'éclampsie [11, 12]. Dans notre série, 64,1% des patients avaient un mauvais suivi prénatal, ce qui nous a permis de relever que moins les consultations prénatales sont pratiquées, plus les gestantes n'étaient exposées à l'éclampsie.

Les symptômes annonciateurs de l'éclampsie décrits dans la littérature sont entre autres des céphalées persistantes, des troubles visuels, des vomissements, des nausées, des douleurs épigastriques en barre, des bourdonnements d'oreilles [9]. Au cours de notre étude, ces symptômes par les céphalées (79,5%).

L'œdème est l'un des éléments du diagnostic de l'éclampsie [13,14]. Dans notre étude, 48,5% des patientes avaient présenté l'œdème des membres inférieurs. En référence à la littérature, l'œdème n'est pas un élément indispensable au diagnostic de l'éclampsie [15].

Une pression artérielle $\geq 160/110$ mmHg est un élément principal du diagnostic de la pré-éclampsie sévère [14, 16, 17]. 61,5% de nos patientes avaient une pression artérielle $\geq 160/110$.

L'éclampsie du post-partum a le plus souvent un issu favorable. Dans notre série, l'éclampsie était survenue en antépartum (61,5) et en perpartum (28,2%). Notre résultat est similaire à celui d'Atade au Bénin qui a trouvé respectivement 48,7 et 33,3% [18]. Par contre Diouf au Sénégal a trouvé une prédominance de l'éclampsie en antépartum et post-partum immédiat [6].

Prise en charge

La prise en charge efficace de l'éclampsie consiste à l'évacuation utérine et ce qui permet d'améliorer le plus souvent le pronostic maternel. Cependant l'antihypertenseur le plus utilisé dans notre série était l'Hydralazine. Par contre, en France les principaux médicaments utilisés étaient l'Urapidil (67%) [19]. Cette disparité constatée dans l'utilisation de l'antihypertenseur confirme les données de la littérature selon lesquelles le choix d'un antihypertenseur ne fait pas l'objet de consensus, mais se fait le plus souvent en fonction des équipes, en respectant les contre-indications pour la mère et le fœtus [14].

Le Sulfate de Magnésium était le principal anticonvulsivant utilisé dans notre étude dans 97,4%. Ce taux d'utilisation de Sulfate de Magnésium était pratiquement le même que celui retrouvé par Bourret en France, 92% [3]. Le Diazépam était utilisé dans 76,9% dans notre étude pour la cessation des crises convulsives. Ce taux d'utilisation du Diazépam était similaire à celui retrouvé au Nigeria 77,5% [20]. Il est par contre supérieur à celui de Brouth en Côte d'Ivoire, 50,5% [21].

Sur le plan obstétrical, la césarienne était pratiquée chez 20 patientes soit 51,3% des cas.

Complications maternelles et périnatales

Les complications maternelles étaient dominées par l'hématome retroplacentaire (17,9%) suivi de l'état de mal éclampique (5,1%). Les complications périnatales étaient représentées la prématurité (25,6%), l'asphyxie fœtale aigue (23,1%) et la mort fœtale in utero (12,8%). Ces différentes complications pourraient

s'expliquer par l'inaccessibilité de certains bilans paracliniques permettant d'évaluer la répercussion de l'éclampsie sur l'état maternel et fœtal.

Avec 3 décès maternels, la létalité avait représenté 7,7% dans notre série. Plus les complications maternelles sont sévères, plus le risque de décès est élevé, à ceci s'associe une insuffisance en plateau technique inapproprié.

Le pronostic périnatal est influencé par beaucoup des facteurs de risque entre autres : la prématurité, l'asphyxie fœtale et de la qualité de la prise en charge. Au cours de notre étude, la mortalité a été enregistrée dans 7,3% et le décès néonatal précoce dans 2,4% soit une mortalité périnatale de 9,7%. Ce taux de létalité périnatale est inférieur à celui de Tukurau Nigéria 22,5% [20]. La prise en charge active des patientes au cours de notre étude pourrait expliquer le faible taux de mortalité maternel et fœtal en dépit de quelques complications.

V. Conclusion

A l'issu de cette étude, nous avons constaté que l'éclampsie constitue encore un problème majeur dans le service de Gynécologie-Obstétrique du Centre Hôpital Universitaire communautaire à Bangui. Il ressort que les principaux facteurs de risque ont été le jeune âge, la primiparité, le mauvais suivi prénatal. Des actions correctrices doivent être menées, entre autres : la lutte contre des facteurs de risques de l'éclampsie par le biais de l'éducation sanitaire et l'amélioration de la qualité de la prise en charge par les formations continues du personnel de santé, la disponibilité des antihypertenseurs et la sensibilisation de la population dans le but de faciliter l'adhésion aux services de suivis et de soins prénataux par une équipe spécialisée multidisciplinaire.

Conflit d'intérêt

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

Références

- [1] Merger R, Levy J, Melchior J. Précis D'obstétrique. Masson 6^{ème} Edition, Paris 2001;597p.
- [2] El HousniYe, Boussalwa, Kharbach A, Khadmaoui A. La Surveillance Prénatale, Au Maroc. Cas Des Femmes Ayant Accouché À La Maternité .Souissi, Chu (Ibn Sina) Rabat. EuropeanScientific Journal 2016;12(6):232.
- [3] Bourret B, Compere V, Torre S, Azhougagh K, Provost D, Rached B, Gillet R, Rieu M, Marpeau L, Dueuil B. Evaluation De L'utilisation De Sulfate De Magnésium Dans La Prévention Secondaire De L'éclampsie : Etude Rétrospective Sur 39 Cas. Annales Françaises D'anesthésie Et De Réanimation 2012;31:933-6.
- [4] Buambo-BamangaSf, Ngbale R, Makoumbou, Ekoundzola Jr. L'éclampsie Au Centre Hospitalier Et Universitaire De Brazzaville, Congo. Clin. Mother Child. Heath 2009;6(2):1129-33.
- [5] Thiam M, Gueye L, SyllaLc, MambouLb, Mahamat S, DiopAp, Diouf Ml, Ndiaye Mm, Cisse Ml. Eclampsie : Aspects Epidémiologiques, Diagnostiques, Therapeutiques Et Pronostiques Au Centre Hospitalier Regional De Thies A Propos De 146 Cas. Journal De La Sago, 2020; 21(2):13-9.
- [6] DioufAa, Diallo M.Mbaye M,SarrSd, Faye-Dieme Me, MoreauJc,DioufA. Profil Epidémiologique Et Prise En Charge De L'éclampsie Au Sénégal: A Propos De 62 Cas. Pan Afr Med J.2013;16:83.
- [7] ZwartJj, Richters A, Öry F, De Vries Jip, BloemenkampKwm, Van Roosmalen J. Eclampsia In The Netherlands. Obstetrics&Gynecology. 2008 Oct;112(4):820-7.
- [8] Ducarme G, Herrnberger S, Pharisien I, Carbillon L, Uzan M. Éclampsie : Etude Rétrospective De 16 Cas. Gynécologie Obstétrique Fertil. 2009;37(1):117.
- [9] Mathieu E, Berkane N, Rondeau E, Uzan S Hypertension Artérielle, Lupus Et Grossesse. In Cabrol D, Pons Jc, Goffinet F. Traité D'obstétrique. Flammarion Médecine-Sciences, Paris 2005:554-65.
- [10] Sentilhes L, Gillard F, Descamps P. Hypertension Et Grossesse. In. Lansac J, Berger, Magnin G. Obstétrique Pour Le Praticien, Paris 2008:149-59.
- [11] Collange O, Laury A, Kopf-Pottecher A, DietemanJl, Pottecher T. Eclampsie. Annales Françaises D'anesthésie Et De Réanimation 2010;29:75-82.
- [12] Sabiri B, Moussalit A, Salmi S, Elyoussoufi S, Miguil M. L'éclampsie Du Postpartum : Epidémiologie Et Pronostic GynecolObsteBioRépro 2007;36:276-80.
- [13] Raphael V, Lévassseur J. Eclampsie. Encycl. Med Chir 2007,25-070-B-20.
- [14] Sibai Bm. Diagnosis, Prevention And Management Of Eclampsia. American College Of Obstetricians And Gynecologists 2005;105(2):402-10.
- [15] Beaufils M. Hypertensions Gravidiques. La Revue De Médecine Interne 2002;23:927-38.
- [16] Pottecher T, Ludon D, Zupan V, Collet M. Prise En Charge Multidisciplinaire De La Pré-Eclampsie. Recommandations Formalisées D'experts Communes. Annales Françaises D'anesthésie Et De Réanimation 2009;28:275-81.
- [17] Ngbale Nr, GaunetfetEc, Koïrokpi A, Matoulou S, Kogboma-Gongo G, Mbano-Dede K, Sepou A, Manirakiza A. Epidemiological Aspects And Prognosis Of Severe Pre-Eclampsia In Bangui, Central African Republic. GynecolObstet .2019, 9:2-4.
- [18] Atade J, Adisso S. L'éclampsie A La Maternité Du Chu De Parakou Bénin: Incidence Et Létalité. Bénin Méd,2014, 2:181-92.
- [19] Brouth Y, NdjeundoPg, TetchiYd, Amonkou Aa, Pete Y, Yapobi Y. Les Eclampsies En Centre Hospitalier Universitaire En Côte D'ivoire : Prise En Charge, Evolution Et Facteurs Pronostics. Can. J. Anesth 2008;55(7):423-8.
- [20] TukurAj. Eclampsia: MaternalAndFœtal Outcome. AfricanHealth Sciences 2012;12(2): 148-52.
- [21] Brouth Y, NdjeundoPg, TetchiYd, Amonkou Aa, Pete Y, Yapobi Y. Les Eclampsies En Centre Hospitalier Universitaire En Côte D'ivoire : Prise En Charge, Evolution Et Facteurs Pronostics. Can. J. Anesth 2008;55(7):423-8.