

L'éclampsie au CHU-Yalgado de Ouagadougou (Burkina Faso) du 1^{er} avril 2013 au 31 mars 2014

Eclampsia at the University hospital Yalgado of Ouagadougou (Burkina Faso)
from 1 April 2013 to 31 March 2014

A. Ouattara · C.M.R. Ouédraogo · A. Ouédraogo · D.P. Kain · H. Zamané · S. Kiemtoré · Y. Sawadogo ·
F.D. Millogo-Traoré · B. Thieba-Bonané · J. Lankoandé

Reçu le 10 février 2014 ; accepté le 28 août 2015
© Société de pathologie exotique et Lavoisier SAS 2015

Résumé L'objectif de cette étude était de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostiques de l'éclampsie dans le département de gynécologie obstétrique du CHU-YO de Ouagadougou. Il s'est agi d'une étude transversale et descriptive sur une période de 12 mois allant du 1^{er} avril 2013 au 31 mars 2014. Le critère principal d'inclusion dans notre échantillon était la survenue de crises convulsives chez une gestante de plus de 20 semaines d'aménorrhée ou une accouchée récente avec élévation des chiffres tensionnels et présence d'albumine dans les urines. Les patientes ont été suivies depuis la survenue de la crise jusqu'à leur sortie d'hospitalisation.

Nous avons recensé 203 cas d'éclampsie pour 6063 accouchements soit une fréquence de 3,3 %. L'âge moyen des patientes était de 27,5 ans [14-46]. Sur le plan sociodémographique, les patientes étaient des femmes au foyer dans 62,5 % des cas, la parité moyenne était de 4,2 [0-11] et 47,7 % des patientes vivaient maritalement. Sur le plan clinique, elles étaient référées dans 72,4 % des cas et avaient été admises initialement dans le service pour élévation des chiffres tensionnels dans 40,3 % des cas. L'âge gestationnel moyen était 31,5 semaines d'aménorrhée [23-41] ; la pression artérielle diastolique était supérieure à 110 mm Hg dans 63,1 % des cas. Sur le plan thérapeutique toutes les patientes ont bénéficié d'un traitement anticonvulsivant à base de sulfate de magnésium et d'un traitement antihypertenseur soit à base de nicardipine, de clonidine ou d'alpha méthyl-dopa. Le pronostic maternel a été marqué par une morbidité dans

46 cas (22,6 %) et une mortalité chez 13 patientes soit un taux de létalité de 6,4 %. Celui fœtal a été dominé par un taux de létalité périnatale de 31,5 %. L'éclampsie constitue une cause majeure de mortalité maternelle et périnatale au CHU-YO. L'adoption des différentes stratégies de dépistage pendant les consultations prénatales et de prise en charge précoce devrait contribuer à une réduction du taux de mortalité dans le couple mère enfant au Burkina Faso.

Mots clés Eclampsie · Prise en charge · Pronostic · Centres de santé périphériques · Hôpital · Ouagadougou · Burkina Faso · Afrique intertropicale

Abstract The objective of this study was to describe the epidemiological, clinical, therapeutic and prognostic aspects of the eclampsia in the obstetrics and gynecology department at the University Teaching Hospital Yalgado Ouédraogo of Ouagadougou. It has been a descriptive cross-sectional study over a period of 12 months from 1 April 2013 to 31 March 2014. The main criterion for inclusion in our sample was the occurrence of seizures in a pregnant more than 20 weeks of gestation or recently delivered with elevation of blood pressure and the presence of albumin in the urine. The patients were followed from the onset of the crisis until hospital discharge. Data were collected and analyzed using Epi Info 3.5.1. The significance level of 5% was used for data comparison. We identified 203 cases of eclampsia for 6063 deliveries that to say a frequency of 3.3%. The average age of patients was 27.5 years [14-46]. In socio-demographic terms, patients were housewives in 62.5% of cases, the average rate of the past-deliver number was 4.2 [0-11] and 47.7% of patients were living as married. Clinically, they were referred in 72.4% of cases and were initially admitted into the service for elevation of blood pressure in 40.3% of cases. The mean gestational age was 31.5 weeks [23-41]; diastolic blood pressure exceeded 110 mmHg

A. Ouattara (✉) · D.P. Kain · H. Zamané · S. Kiemtoré ·
Y. Sawadogo
CHU-YO de Ouagadougou, Burkina Faso
e-mail : ouattzangaadama@yahoo.fr

C.M.R. Ouédraogo · A. Ouédraogo · F.D. Millogo-Traoré ·
B. Thieba-Bonané · J. Lankoandé
UFR/SDS de l'Université de Ouagadougou, Burkina Faso

in 63.1% of cases. Therapeutically, all the patients benefited from a treatment based in anticonvulsant by magnesium sulfate and antihypertensive therapy by nicardipine, clonidine or alpha-methyl-dopa. Maternal prognosis was marked by significant morbidity in 46 cases (22.6%) and mortality in 13 patients that to say a fatality rate of 6.4%. The fetal one was dominated by a perinatal lethality in 31.5% of the cases. Eclampsia is a major cause of maternal and perinatal mortality in the University Teaching Hospital of Ouagadougou. The adoption of strategies for screening during antenatal consultations and early management should contribute to the reduction of the mortality in the mother and child couple in Burkina Faso.

Keywords Eclampsia · Management · Prognosis · Hospital · Ouagadougou · Burkina Faso · Sub-Saharan Africa

Introduction

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'association hypertension artérielle et grossesse constitue un véritable problème de santé publique. Ces complications sont dominées par l'éclampsie et le décollement prématuré du placenta normalement inséré (DPPNI). Dans les pays développés, leur incidence reste faible et le pronostic a été amélioré grâce aux progrès enregistrés en obstétrique, en réanimation et en néonatalogie. A contrario, dans les pays en voie de développement, elles représentent la 3^e cause de mortalité maternelle dans le contexte de la faiblesse en moyens de réanimation [5,6,14].

Pour contribuer à la réduction de la mortalité par éclampsie, l'OMS a élaboré une stratégie basée sur 4 axes : dépistage précoce au cours des consultations prénatales pour toutes les gestantes, thérapie anticonvulsivante et anti hypertensive pour les cas dépistés et évacuation utérine en fonction du terme de la grossesse et de la sévérité du tableau [3,5,6,15,19]. Malheureusement, de nombreux auteurs ont décrit des défaillances dans la mise en œuvre de cette stratégie dans les pays à ressources limitées. Pour Lankoandé [5] au Burkina Faso, des facteurs pénalisants, comme le manque de tensiomètres, l'insuffisance et le mauvais stockage des bandelettes urinaires, le début tardif des soins prénataux, pourraient annihiler l'ensemble des efforts déployés dans la lutte pour le contrôle de cette cause directe de mortalité maternelle [5].

A travers cette étude, nous nous proposons d'identifier les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostiques de l'éclampsie dans le département de gynécologie-obstétrique du Centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo à Ouagadougou (CHU-YO) afin de contribuer à une réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

Patientes et méthode

Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive sur une période de 12 mois allant du 1^{er} avril 2013 au 31 mars 2014. Notre étude s'est déroulée au sein du département de gynécologie-obstétrique du CHU-YO. Cette structure, qui se trouve au sommet de la pyramide sanitaire, n'assure de consultations prénatales que pour des femmes enceintes souffrant de pathologies médicales graves comme les cardiopathies, les pneumopathies, l'infection par le VIH, etc. Elle assure également la prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement telles l'éclampsie, l'hémorragie du post partum.

Ont été incluses dans notre étude, toutes les gestantes de plus de 20 semaines d'aménorrhée (SA) ainsi que toutes les accouchées récentes (J0 à J6 de l'accouchement) ayant présenté des crises convulsives sur fond d'hypertension artérielle et de protéinurie. Les données ont été collectées sur les registres d'accueil de la salle d'accouchement, les dossiers médicaux, les comptes-rendus des blocs opératoires et les carnets de consultation prénatale. Nous avons établi une fiche individuelle standardisée pour la collecte des données de chaque patiente. La base de données a été réalisée avec le logiciel EPI INFO dans sa version 3.5.1. Pour l'analyse statistique, les tests de Chi-2 et de Fisher ont été utilisés pour la comparaison des variables qualitatives avec un risque alpha choisi égal à 5 %, et le test de Student pour les comparaisons des moyennes.

Résultats

Fréquence de l'éclampsie

Sur la période d'étude, 9 334 patientes ont été admises dans le service de gynécologie-obstétrique du CHU-YO. 6 063 accouchements ont été réalisés sur de la même période. Nous avons colligé 203 cas d'éclampsie, soit 3,3 éclampsies pour 100 accouchements. Aucune patiente de l'échantillon n'était suivie auparavant par le département (Tableau 1 et Fig. 1)

Caractéristiques sociodémographiques

Age

L'âge moyen des patientes était de 27,5 ans [14-46]. La tranche d'âge de 25 à 30 ans était la plus représentée avec 97 patientes (47,8 %).

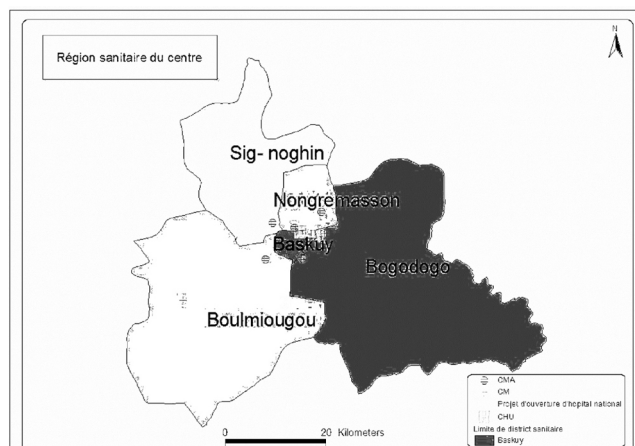


Fig. 1 Carte sanitaire de la région du centre (Ouagadougou) / Health map of the central region (Ouagadougou)

Tableau 1 Répartition des patientes selon la provenance (n=203) / Distribution of patients according to origin (n=203).		
Provenance	Effectif	%
Ouagadougou et périphérie		
DS Bogodogo	52	25,6
DS Boulmiougou	46	22,7
DS Signonghin	37	18,2
DS Nongremasson	11	5,9
Domicile (admission directe)	49	25
Autres province (distance)		
CHR Koudougou (120 Km)	5	2,5
CHR Kaya (96 km)	1	0,05
CHR Fada N'gourma (210 km)	1	0,05
Total	203	100

DS = district sanitaire, CHR = Centre hospitalier régional.

Profession

Les femmes au foyer étaient au nombre de 127 (62,5 %), les élèves et étudiantes au nombre de 48 (23,6 %), les femmes du secteur informel au nombre de 22 (10,8 %), les commerçantes au nombre de 6 (2,9 %).

Parité

La parité moyenne était de 4,2 [0-11]. Les primipares étaient les plus représentées avec 81 patientes (39,9 %) suivi des 4-6 paires avec 78 patientes (38,4 %), des 2-3 paires avec 36 patientes (17,7 %) et enfin des grandes multipares (>6 paires) avec 8 patientes (3,9 %).

Situation matrimoniale

Les femmes mariées étaient les plus représentées avec 97 cas (47,7 %), suivies des célibataires avec 83 cas (40,9 %) et des veuves et divorcées avec 23 cas (11,4 %).

Aspects cliniques et paracliniques

Mode d'admission

147 patientes étaient référées (72,4 %), 7 évacuées dans un contexte médicalisé (3,4 %) dont 2 dans un tableau de crises convulsives et 5 dans un tableau de coma. 49 patientes ont consulté directement le département compte tenu de la gravité de leur pathologie (24,2 %).

Motif d'admission initial

La répartition des patientes selon le motif d'admission était dominé par l'élévation des chiffres tensionnels dans 82 cas soit 40,3 % (Tableau 2).

Suivi de la grossesse

Toutes les consultations prénatales avaient été effectuées dans les structures périphériques. La recherche de l'albumine dans les urines n'avait été faite que pour moins d'un quart des femmes (Tableau 3).

Age de la grossesse

L'âge moyen de la grossesse était de 31,5 SA allant de 23 à 41 semaines. La tranche d'âge de 30 à 35 SA était la plus représentée avec 98 patientes (48,27 %).

Tableau 2 Répartition des patientes selon le motif d'admission dans le département (n=203) / Distribution of patients according to the motive of admission in the Service (n = 203).

Motif d'admission	Effectif	Pourcentage (%)
Elévation des chiffres tensionnels	82	40,3
Douleurs épigastriques	56	27,5
Phosphènes	30	14,6
Acouphènes	19	9,3
Crises convulsives	7	3,3
Céphalées	5	2,5
Coma	5	2,5
Total	203	100

Tableau 3 Répartition des patientes selon le suivi de la grossesse / *Distribution of patients according to pregnancy monitoring.*

Éléments du suivi de la grossesse dans les structures périphériques	Effectif	Pourcentage (%)
Consultations prénatales		
Aucune CPN	28	14
1-3 CPN	102	50
4-6 CPN	73	36
Chimioprofylaxie antipalustre	203	100
Chimioprofylaxie antianémique	203	100
Albuminurie au cours des CPN	30	14,7

CPN = consultation prénatale.

Moment de survenue des crises convulsives

186 patientes (91,6 %) étaient enceintes lors de la survenue des crises convulsives versus 17 qui les ont eues en postpartum.

État du fœtus à l'admission

Les bruits de cœur fœtal étaient perçus chez 154 patientes (82,7 %) de celles qui ont convulsé en antepartum. Pour les 32 autres (17,3 %), le fœtus était déjà mort à l'admission. Dans le groupe des patientes ayant présenté les crises convulsives en postpartum, 4 (23,5 %) ont eu des mort-nés.

Pression artérielle

128 patientes soit 63,1 % avaient une pression artérielle diastolique (PAD) supérieure à 110 mm Hg. Chez 23 patientes

(11,4 %), la pression artérielle systolique était dans les limites de la normale.

Bilan biologique de la patiente

Les taux d'hémoglobine et d'albumine sur bandelette ont été pratiqués pour les 203 patientes. Une échographie obstétricale pour vérifier la vacuité utérine à été réalisée chez les 49 patientes (24,1 %) dont les crises convulsives étaient survenues en postpartum (Tableau 4).

Aspects thérapeutiques

Type de traitement

• Réanimation médicale

Toutes les patientes ont bénéficié de la pose d'une voie veineuse périphérique et d'un remplissage vasculaire au Ringer lactate, de la mise en décubitus latéral de sécurité et de la pose d'une sonde urinaire.

• Traitement anticonvulsivant

Toutes les patientes de notre série ont reçu un traitement anticonvulsivant à base de sulfate de magnésium en 2 temps :

- une dose de charge de 15 g répartie en 5 g en intraveineuse lente puis 5 g en intramusculaire ;
- une dose d'entretien de 12 g en intramusculaire toutes les 4 heures pendant 24 heures.

Dans 46 cas (22,7 %) la dose d'entretien a été prolongée sur 48 heures lorsque les crises convulsives continuaient.

Aucune patiente n'a bénéficié d'un traitement anticonvulsivant à base de diazépam.

La surveillance de la fonction respiratoire, de la diurèse et des reflexes ostéo-tendineux a été effectuée chez toutes les

Tableau 4 Répartition des patientes selon le bilan biologique effectué / *Distribution of patients according to the biological statements.*

Bilan biologique	Effectif	(%)	Moyenne (extrême)
Taux d'hémoglobine	203	100	9,7g/dl [6,2-14]
Bandelette urinaire	203	100	2 croix [1- 4]
Créatininémie	104	51,2	78 µmol/l [50-168]
Transaminases (ALAT)	75	36,9	58,2 UI [32-196]
Plaquettes sanguines	69	34	157 000/mm ³ [83000-320000]
Protéinurie des 24h	67	33	1,475 g/24h [300-2200]
Echographie obstétricale	49	24,1	
Uricémie	49	24,1	358,64 µmol [142-720]
Fibrinogène	5	2,4	3,98 g/l [1,75-5.2]

patientes et aucune complication spécifique au sulfate de magnésium n'a été enregistrée.

• Traitement antihypertenseur

Un traitement antihypertenseur a été administré à 59 patientes (29,1 %) à base de nicardipine, à 39 (19,2%) à base de clonidine, à 27 (13,3%) à base de l'alpha méthyl-dopa.

78 patientes (38,4 %) ont eu besoin d'une association anti hypertensive à base de nicardipine et de clonidine sur avis du service de cardiologie.

• Traitement obstétrical

Les 17 patientes ayant présenté des crises convulsives en post partum ont eu une révision utérine systématique (Tableau 5). 31 patientes ayant présenté les crises en antepartum ont bénéficié du même geste lorsque l'examen du placenta était insatisfaisant.

Délai avant l'admission au CHU-YO

Pour les patientes provenant de la ville de Ouagadougou et périphérie, le délai moyen entre l'apparition de la crise et l'admission au CHU-YO était de 42,3 minutes [15-126].

En ce qui concerne les évacuations des autres provinces, ce délai moyen était 182 minutes [130 - 246].

Délai de la prise en charge au CHU-YO

Délai global de prise en charge intra-hospitalière : à l'entrée dans le service, les premiers soins ont été administrés chez 159 patientes (78,4 %) dans un délai de 30 mn, chez 40 patientes (19,1 %) dans un délai de 1 heure et chez 5 patientes (2,5 %) dans un délai supérieur à 2 heures (Tableau 6).

Aspects pronostiques

Pronostic maternel

Le pronostic maternel a été marqué par une morbidité maternelle grave dans 46 cas (22,6 %) et la mort de 13 patientes (taux de létalité de 6,4 %) (Tableau 7).

Pronostic fœtal et néonatal

Le taux de mortalité périnatal était 31,5 % (64 décès). Le taux de mortalité néonatale précoce était de 16,9 % (soit 28 décès) (Tableau 8).

Tableau 5 Répartition des patientes selon le traitement obstétrical reçu / *Distribution of patients according to the obstetrical treatment received*

Traitement obstétrical	Références n (%)	Evacuations n (%)	Admission directe n (%)
Maturation pulmonaire (n=18)	7 (3,7)	5 (2,6)	6 (3,2)
Accouchement par voie basse (n=83)			
Enfants vivants	43 (23,1)	6 (3,2)	2 (1,1)
Mort-nés	28 (15,1)	3 (1,6)	1(0,5)
Accouchement par césarienne (n=103)			
Enfants vivants	96 (51,6)	2 (1,1)	3(1,6)
Mort-nés	1(0,5)	1(0,5)	0
Révision utérine (n=48)			
Eclampsie antepartum	15(7,3)	5(2,4)	11(5,4)
Eclampsie postpartum	12(5,9)	2 (0,9)	3(1,5)

Tableau 6 Délai de la prise en charge selon le type de traitement / *Management time according to the type of treatment.*

Type de traitement	Temps moyen	Extrême
Remplissage vasculaire	26,3 mn	15 mn–63 mn
Administration du sulfate de magnésium	32,1 mn	5 mn–160 mn
Administration des antihypertenseurs	62 mn	30 mn–120 mn
Evacuation utérine	240 mn	60 mn – 4320 mn

Tableau 7 Répartition des patientes selon le pronostic maternel / *Distribution of patients according to the maternal prognosis.*

Pronostic maternel	Effectif	Pourcentage (%)
Evolution favorable	157	77,3
Complications (n= 46)		
OAP	5	2,4
HTA chronique	11	5,4
Insuffisance rénale aigue	9	4,4
Hématome rétroplacentaire	2	0,9
HELLP syndrome	3	1,4
Coma	16	7,9
Décès (n=13)		
OAP	2	0,9
Troubles métaboliques	8	3,9
Non clairement identifiée	3	1,5
Durée d'hospitalisation		
Moyenne (en jours)	7	
Extrêmes (en jours)	[4-14]	

Tableau 8 Répartition des patientes selon le pronostic fœtal et néonatal / *Distribution of patients according to the fetal and neonatal prognosis.*

Pronostic néonatal	Effectif	Pourcentage (%)
Mortalité		
anté-natal	32	15,7
per-partum	4	1,9
néonatal précoce	28	16,9
Morbidité		
Prématurité	110	54,2
Détresse respiratoire	19	14,7
Hypotrophie fœtale	11	4,9

Discussion

Aspects épidémiologiques

Fréquence

Dans notre série, la fréquence de l'éclampsie a été évaluée à 3,3 % des accouchements dans le département qui centralise les accouchements les plus à risque. Lankoandé en rapportait 3,6% dans le même hôpital en 2002 [5]. Ce taux est supérieur aux 1,6 % rapporté par Ngom [13] à Dakar en 2010. La fréquence élevée de l'éclampsie dans notre contexte, pourrait s'expliquer d'une part par le faible taux de couverture en

soins prénataux et aussi par la mauvaise qualité de la consultation prénatale dans les services périphériques, les complications de la grossesse n'étant suffisamment pas recherchées et donc dépistées. Nos résultats comparés à ceux de Lankoandé dans le même hôpital font penser que, sur une période de 10 ans, il n'y a pas eu de progrès notable dans la lutte contre cette pathologie. Il serait alors temps d'organiser des réflexions sur la question.

Caractéristiques sociodémographiques

Age

Dans notre série, l'âge moyen des patientes était de 27,5 ±6,3 ans avec des extrêmes de 17 à 44 ans. De même, la tranche d'âge de 25 à 30 ans était la plus représentée avec 47,8 % des patientes. Ce résultat est similaire à ceux rapportés par Beye et al [4] à Dakar en 2003 et Liu et al [8] à Taiwan en 2008 qui étaient respectivement de 26 ± 6 et 30 ans.

On constate que l'âge moyen est similaire dans les différentes séries de la littérature. Cela pourrait s'expliquer par le fait que le jeune âge constitue un facteur de risque de pré-éclampsie et d'éclampsie [3].

Profession

Dans notre série, les femmes au foyer représentaient la majorité des cas avec 62,80 %. Un constat similaire a été fait par Attolou et al [2] et corrobore ceux de Beaufile [3], qui souligne que le risque d'avoir une hypertension gravidique est plus élevé chez les femmes qui ont une activité physique ou intellectuelle importante et/ou une couverture sociale médiocre. Les femmes au foyer et les étudiantes sont effectivement soumises à un stress très important [17].

Parité

Dans notre série, les primipares étaient les plus représentés avec 39,50 % des patientes. Le pourcentage de primipares dans notre série, est similaire à celui de Tchaou [18] et de Liu [8] qui rapportaient respectivement 40,8 % et 34,3 %. Sibai [17] aux États-Unis rapportait également 75 % de primipares dans sa série. Ce résultat correspond aux données de la littérature, qui indiquent que la primiparité est également un facteur de risque de survenue de l'éclampsie [7,10].

D'une manière générale, il ressort que les facteurs tels le jeune âge, la primiparité et le fait d'être étudiante sont des situations à risque d'éclampsie. Une analyse multi variée aurait permis de dégager les interactions entre ces différents facteurs.

Aspects cliniques et paracliniques

Mode d'admission

Dans notre série, 72,4 % des patientes avaient été référées par des centres de santé périphériques. Ce résultat est proche de celui rapporté par Lankoandé [5] en 2002. Toutefois, il était supérieur à celui rapporté par Neji et al [12] au Maroc en 2001 et Tchaou et al [18] au Bénin, qui retrouvaient dans chacune de leur série une proportion de 66,9 %. Le taux élevé des références dans notre série pourrait s'expliquer par l'organisation pyramidale de notre système de santé, les patientes devant d'abord consulter au niveau périphérique avant un éventuel transfert au centre universitaire. Cependant on peut aussi incriminer le mauvais équipement des centres de santé périphériques qui ne permettent pas de prendre en charge les urgences vitales. En effet, contrairement aux Centres de santé et de promotion sociale (CSPS), les Centres médicaux avec antenne chirurgicale (CMA), qui sont également des structures périphériques, emploient toutes les catégories de médecins. Par conséquent, elles sont censées pouvoir prendre en charge les situations d'éclampsie.

Suivi de la grossesse

Dans notre série, la grossesse avait été mal suivie (moins de 4 consultations prénatales) chez plus de la moitié des patientes soit 64 % de cas de notre série. Ce taux était similaire à celui rapporté par Mayi-Tsonga et al [11] (63 % de cas) à Libreville et supérieur à celui qu'avait rapporté Tchaou et al (52,4 % de cas) [18]. Ce taux faible pourrait s'expliquer par la pauvreté de la population et l'absence de protection maladie.

Pour Atade, il faut au moins 4 consultations prénatales pour un bon suivi d'une grossesse normale [1] et même si le suivi régulier de la grossesse n'empêche pas la survenue de la pré-éclampsie, il permet un dépistage précoce pour prévenir les formes graves de la maladie. Cette vision est actuellement résumée dans le concept des soins prénatals recentrés qui insiste sur la qualité des CPN par la recherche des complications de la grossesse. Désormais le nombre de CPN n'a plus de valeur mais c'est plutôt leur qualité qui est exigée

Chiffres tensionnels à l'admission

Dans notre série, l'hypertension artérielle était sévère chez plus de 90 % des patientes. Ces chiffres sont inférieurs à ceux de Tchaou et al qui retrouvait des chiffres tensionnels moyens de $182,2 \pm 24,2$ mm Hg pour la PAS et $117 \pm 12,5$ mm Hg pour la PAD, avec une HTA sévère chez plus de 98 % des patientes. Lansac [7] et Sabiri [16] qui retrouvaient des chiffres tensionnels inférieurs à ceux de Tchaou [18], avaient noté

une HTA sévère chez environ la moitié de leurs patientes. Les chiffres tensionnels élevés notés dans notre série, pourraient s'expliquer d'une part par l'absence de traitement antihypertenseur avant l'admission et d'autre part par la taille de l'échantillon qui est plus petite que celle de Tchaou et al [18].

Etat du fœtus à l'admission

Dans notre série, les bruits de cœur fœtal étaient absents chez 17,7 % des patientes. Cette proportion pourrait s'expliquer par la mauvaise qualité des consultations prénatales recentrées et par la mauvaise qualité de la surveillance des patientes dans les centres de santé périphériques. L'observance du traitement par les patientes ainsi que leur niveau d'instruction assez faible pourrait également contribuer à ces mauvais résultats.

Aspects thérapeutiques

Dans notre série, le délai d'examen et de prise en charge des patientes variait entre 30 minutes et 2 heures après l'admission, avec 78,40 % des cas dans les 30 minutes. La majorité de nos patientes ont bénéficié d'une prise en charge dans un délai de 30 minutes, ce qui est tout à fait conforme avec les données de la littérature qui indiquent que la prise en charge doit être précoce [10]. L'absence de certains médicaments d'urgence tels que les antihypertenseurs dans la dotation des centres pour les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) ne permet pas leur administration rapide lorsque le patient doit les acquérir d'autant plus que la plupart des accompagnateurs de malades sont illettrés et n'ont pas conscience de l'urgence.

Dans notre série, le délai d'administration du sulfate de magnésium variait entre 15 minutes et 1 heure, avec une moyenne de 30 minutes. Le délai d'administration du sulfate de magnésium est donc assez bon lorsque la patiente a été admise. En effet l'OMS estime que ces médicaments doivent être administrés dans un délai maximum de 30 mn [14]. La mise à disposition effective et gratuite de sulfate de magnésium dans nos maternités par l'OMS est donc bénéfique pour tout le système de soins. Ce médicament vital et gratuit doit réellement être administré sans retard. Le coût élevé des antihypertenseurs et leur non-disponibilité au dépôt pharmaceutique de l'hôpital sont des facteurs du retard de soins. Un plaidoyer devrait s'organiser pour la question de la dotation en antihypertenseurs car le succès du traitement dépend aussi de la maîtrise des chiffres tensionnels.

Dans notre série, 47,9 % des patientes avaient accouché par voie basse et les césariennes ont été réalisées dans 52,1 % des cas. Cette proportion de césarienne dans notre série est similaire à celle de Lankoandé [6], qui rapportait dans sa série, une proportion de 45,7 %. Wade [20],

rapportait une proportion supérieure à la notre (85 % de césarienne).

Notre faible proportion pourrait s'expliquer, par le fait que les 2 blocs opératoires étaient souvent occupés par d'autres urgences et, parce qu'un certain nombre de patientes ont été admises à la phase active du travail d'accouchement. L'évacuation utérine par voie basse était, soit imminente, soit déjà effectuée avant l'arrivée à l'hôpital. Les blocs opératoires des structures périphériques étant en dysfonctionnement chronique. La supervision de ces structures par les responsables du département de gynécologie obstétrique du CHU devrait être envisagée.

Aspects pronostiques

Dans notre série, l'évolution maternelle était marquée par 6,4 % de décès maternels et un taux de mortalité périnatal de 31,5 %. Notre résultat était similaire à celui de Ngom, qui rapportait dans sa série 4 % de décès maternels et 24 % de mort fœtale. Il était par contre inférieur à celui de Mayi-Tsonga [11] à Brazzaville, qui rapportait dans sa série 21 % de décès maternels. Aux Etats-Unis, Mackay [9] rapportait dans sa série, un taux 100 fois inférieur (0,06 % des cas) au notre.

Ce taux élevé rappelle que l'éclampsie est une grande tueuse silencieuse de la femme enceinte. Selon l'OMS, elle serait la troisième cause de mortalité maternelle après l'hémorragie. Dans nos contrées, malgré toutes les connaissances et stratégies mises en œuvre pour réduire les conséquences liées à cette pathologie, elle continue de sévir et empêchera l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) en 2015.

Conclusion

La fréquence de l'éclampsie est élevée dans le département de gynécologie obstétrique du CHU-YO. Le pronostic materno-fœtal est sombre et marqué par un taux de létalité encore trop élevé. Le dépistage systématique de cette pathologie lors des consultations prénatales extra-hospitalières, l'instauration de revues de morbidité-mortalité en collaboration avec les centres périphériques et les autres services de l'hôpital devraient permettre d'améliorer le pronostic de cette grande tueuse.

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts

Références

- Atade J, Adisso S (2014) L'éclampsie à la maternité du CHU de Parakou Bénin : Incidence et létalité. *Bénin méd* 2:181-92
- Attolou V, Takpara I, Akpovi J, et al (1998) Les différentes formes d'hypertensions artérielles chez les femmes enceintes béninoises au CNHU de Cotonou. *Cahiers Santé* 8:64-8
- Beaufils M (2011) Prééclampsie et risque cardio-vasculaire ultérieur. *Rev Méd Interne* 32(Suppl 1):36-4
- Beye M-D, Diouf E, Kane O, et al (2003) Prise en charge de l'éclampsie grave en réanimation en milieu africain. *Ann Anesth Réanim* 22(1):25-9
- Lankoandé J, Thiéba B, Ouédraogo A, et al (2010) Dépistage des femmes à risque de prééclampsie : expérience du Burkina Faso. *J Gynécol Obstét Biol Reprod* 39:S1-S342
- Lankoandé J, Touré B, Ouédraogo A, et al (1998) Les éclampsies à la maternité du centre hospitalier national Yalgado Ouédraogo (Burkina Faso). *Méd Afr Noire* 45(6):339-40
- Lansac J, Magnin G (2008) Hypertension et grossesse. *Obstétrique pour le praticien*. 5e édition. Edition MASSON, Paris, pp.161-172
- Liu C, Cheng PJ, Chang SD (2008) Maternal complications and perinatal outcomes associated with gestational hypertension and severe preeclampsia in Taiwanese women. *J Formos Med Assoc* 107(2):129-38
- Mackay A, Berq C, Atrash H (2001) Mortalité maternelle liée à la prééclampsie et l'éclampsie pendant la grossesse. *Obstét et Gynécol* 97:533-8
- Mathieu E, Berkane N, Rondeau E, Uzan S (2004) Hypertension artérielle, lupus et grossesse. *Traité d'obstétrique*. Edition Flammarion, Paris, pp 123-9
- Mayi-Tsonga S, Akouo L, Ngou-Mve-ngou JP, Meye JF (2006) Facteurs de risque de l'éclampsie à Libreville (Gabon) : Etude cas-témoins. *Cahiers Santé* 16(3):197-20
- Neji K, Boudhraa K, Baronni M, et al (2001) Prise en charge de l'éclampsie. *J Magh A Réa* 3:103-6
- Ngom PM, Diouf YC, Ndiaye D, Dionne P (2010) L'éclampsie : aspects épidémiologique, clinique et pronostic à l'hôpital principal de Dakar. *Méd Afr Noire* 57:339-40
- OMS (2010) Mortalité maternelle. *Aide-mémoire*
- Philippe D, Subtil D, Puech F (2000) Hypertension artérielle de la grossesse. *Rev Prat* 50:1231-7
- Sabiri B, Moussalit A, Salmi S, et al (2007) L'éclampsie du post-partum : Epidémiologie et pronostic. *J Gynécol Obstét Biol Reprod (Paris)* 36(3):276-80
- Sibai B (2003) Diagnosis and management of gestational hypertension and preeclampsia. *Obstet Gynecol* 102(1):182-92.-
- Tchaou BA, Salifou K, Houunkponou FM, et al (2012) Prise en charge de la prééclampsie sévère dans l'hôpital universitaire de Parakou (Bénin). *R.A.M.U.R* 17(2):22-9
- Thiam M, Goumbala M, Gning SB, et al (2003) Pronostic maternel et fœtal de l'association hypertension et grossesse en Afrique subsaharienne (Sénégal). *J Gynécol Obstét Biol Reprod* 32(1):35-8
- Wade KA, Niang EM, Diallo A, Diatta B (2011) Prééclampsie : épidémiologie et prise en charge des complications maternelles : à propos de 80 cas colligés dans le service de réanimation de l'hôpital principal de Dakar. *Méd Trop* 388-94