

L'ÉCLAMPSIE EN REANIMATION POLYVALENTE AU C.H.U DEBRAZZAVILLE : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET EVOLUTIFS.

G.F OTIOBANDA⁽¹⁾, C ITOUA⁽¹⁾, P.M OSSOU-NGUIET⁽²⁾, G.H NDIINGA⁽¹⁾, F.B ELLENGA MBOLLA⁽²⁾, L.I ONDZE KAFATA⁽²⁾, M.S IKAMA⁽²⁾

RESUME

Objectif : analyser les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et les aspects évolutifs.

Patientes et méthodes : étude transversale, descriptive et analytique sur une période de 21 mois, incluant toutes les parturientes admises au service de réanimation polyvalente du CHU de Brazzaville, pour éclampsie. Les paramètres recueillis ont été : l'âge, la provenance, la parité, le suivi de la grossesse, la pression artérielle à l'admission, le score de Glasgow, le moment de survenue de la crise convulsive, le mode d'accouchement et l'évolution.

Résultats : Quatre Vingt Douze cas avaient été colligés. L'incidence de l'éclampsie était de 1,41%. L'âge moyen était de 23,74±7,23 ans. Vingt-six parturientes provenaient des services du CHU. 58,7% des parturientes étaient primipares. Trente-sept (40,2%) parturientes n'avaient pas eu de consultation prénatale. Dix-huit pour cent des patientes avaient une pression artérielle supérieure à 180/110 mm Hg. Le score de Glasgow à l'admission était en moyenne de 10±2. Les convulsions étaient survenues en ante partum dans 46 cas, en per partum dans 5 cas et en post partum dans 41 cas. Le mode d'accouchement était la voie basse chez 51 patientes (55,44%). Soixante-douze enfants sont nés vivants. La durée moyenne de séjour était de 04 jours. La mortalité maternelle était de 19,6% et néonatale de 18,4%.

Conclusion : l'éclampsie est responsable d'une lourde mortalité maternelle et néonatale. L'amélioration du pronostic materno-fœtale passe par une prise en charge pluridisciplinaire.

Mots-clés : Eclampsie-Réanimation-Morbimortalité-Pronostic

1 : Département de chirurgie et maternité Faculté des Sciences de la Santé UMNG

2 : Département de médecine Faculté des Sciences de la Santé UMNG

Auteur correspondant : Docteur Gilbert Fabrice OTIOBANDA, e-mail : otiobandagilbertfabrice@yahoo.fr , BP : 2522

ABSTRACT

EPIDEMIOLOGICAL, CLINICAL ASPECTS AND OUTCOMES OF ECLAMPSIA IN INTENSIVE CARE UNIT OF THE UNIVERSITY HOSPITAL OF BRAZZAVILLE, REPUBLIC OF CONGO.

Objective: To analyze the epidemiological, clinical aspect and outcomes of eclampsia in intensive care unit

Patients and methods: This was a cross sectional, descriptive and analytical study, conducted over a period of 21 months. All pregnant women admitted to the intensive care unit of the University Hospital of Brazzaville for eclampsia were included. We collected information on the following variables: age, origin, parity, pregnancy monitoring, blood pressure on admission, Glasgow score, time of onset of the seizure, the mode of delivery and the outcome.

Results: A total of 92 cases were seen. The incidence of eclampsia was 1.41%. The mean age was 23.74 ± 7.23 years. Twenty-six parturients came from other services of the university hospitals. 58.7% were primiparous. Thirty-seven (40.2%) pregnant women did not receive any prenatal care. Eighteen percent of the patients had blood pressure greater than 180/110 mmHg. The Glasgow score on admission was on average 10 ± 2. Seizures had occurred in antepartum in 46 cases, intrapartum in 5 cases and postpartum in 41 cases. The mode of delivery was normal in 51 patients (55.44%). Seventy-two children were born alive. The average length of stay was 04 days. Maternal and neonatal mortality were 19.6% and 18.4%, respectively.

Conclusion : Eclampsia is associated with high maternal and neonatal mortality. Improving maternal-fetal prognosis requires a multidisciplinary management.

Keywords: Eclampsia-Intensive Care Unit-Mortality and morbidity-Prognosis

INTRODUCTION

L'éclampsie, complication redoutable de l'hypertension artérielle (HTA) gravidique ou pré éclampsie a une fréquence qui varie selon le niveau socio-économique du pays étudié [1]. Elle est responsable de 10 à 18% des décès maternels dans les pays développés et de 10 à 25% des décès dans les pays en voie de développement [2]. Si la mortalité est faible dans les services de gynécologie-obstétrique (0,5-5%), elle reste cependant élevée dans les unités de

réanimation ou elle peut atteindre 15 à 25% [3,4]. Le but de ce travail est d'analyser les caractéristiques épidémiologiques, cliniques de cette pathologie, et les aspects évolutifs.

MATERIEL ET METHODES

Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive et analytique allant du 1er mai 2009 au 30 septembre 2011 soit une durée de 21 mois. Nous avons incluent toutes les parturientes admises dans le service de réanimation polyvalente du CHU de Brazzaville pour éclampsie, quel que soit le moment de survenue par rapport à l'accouchement. Le diagnostic de l'éclampsie avait été retenu devant la survenue de crises convulsives généralisées chez une femme enceinte et présentant une pré éclampsie définie par une pression artérielle supérieure à 140/90 mm Hg après 20 semaines d'aménorrhée, associée à une protéinurie trois croix à la bandelette. Nous avons recueilli les paramètres suivants: l'âge, la provenance, la parité, le suivi de la grossesse, la pression artérielle à l'admission, le score de Glasgow, le moment de survenue de la crise convulsive, le mode d'accouchement et l'évolution.

La saisie et l'analyse des données avaient été réalisées avec le logiciel CPro version 4.0

RESULTATS

Aspects épidémiologiques

Durant la période d'étude, nous avons colligé 92 cas d'éclampsie, sur un total de 13024 accouchements-soit une fréquence de 1,41%. L'âge moyen était de 23,74±7,23 ans (extrêmes 13 et 39 ans). La tranche d'âge de 20 à 35 ans avait représenté 54,3% des cas. Le tableau I montre la répartition des parturientes par tranche d'âge. Vingt-six parturientes (28,3%) provenaient des services du CHU et les autres étaient référées.

Tableau I : répartition des parturientes par tranche d'âge

Age(an)	Effectif (n)	Pourcentage (%)
≤ 19	31	33,7
20 – 35	50	54,3
≥ 35	11	12
Total	92	100

La répartition des parturientes selon la provenance est représentée dans le tableau II.

Tableau II : répartition des parturientes selon la provenance

Provenance	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Hôpital de base	27	29,3
CHU	26	28,3
Domicile	22	23,9
Autres centres de santé	17	18,5
Total	92	100

Aspects cliniques

Les parturientes primipares avaient représenté 58,7% des cas. Trente-sept parturientes (40,2%) n'avaient pas eu de consultation prénatale. Le tableau III et IV montre respectivement la répartition des parturientes selon la qualité de la consultation prénatale et la qualification du personnel ayant fait la consultation prénatale.

Tableau III : répartition des parturientes selon la qualité de la CPN

Qualité de la CPN	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Bonne	17	30,90
Moyenne	26	47,27
Mauvaise	12	21,83
Total	55	100

Tableau IV : qualification du personnel ayant fait les CPN

Acteur de la CPN	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Sage-femme	31	56,36
Gynécologue-obstétricien	13	23,63
Médecin généraliste	10	18,18
Autres personnels	1	1,83
Total	55	100

Quatre-vingt-deux pour cent des parturientes avaient une pression artérielle systolique entre 140 et 179 mm Hg et/ou une pression artérielle diastolique entre 90 et 109 mm Hg ; alors que 18% des patientes avaient une pression artérielle supérieure 180/110 mmHg. Le score de Glasgow à l'admission était en moyenne de 10±2. Les convulsions étaient survenues en anté-partum dans 46 cas, en per-partum dans 5 cas et en post partum dans 41 cas. Le tableau V montre le moment de survenue de convulsions par rapport à l'accouchement.

Aspects pronostics.

Le mode d'accouchement était la voie basse chez 51 patientes (55,44%) et la voie haute chez 41 patientes (44,56%). Soixante-douze enfants sont nés vivants,

17 morts et 3 morts in utéro.

Tableau V : moment de survenue des convulsions

Moment de survenue	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Anté partum	46	50
Per partum	5	5,44
Posp partum	41	44,56
Total	92	100

Le tableau VI montre le pronostic de l'enfant en fonction du mode d'accouchement. Un séjour en réanimation néonatale était nécessaire pour six enfants. Parmi les nouveau-nés ayant séjourné en réanimation, quatre sont nés par la voie basse et deux par voie haute. La durée moyenne de séjour était de 04 jours. Nous avons noté 19,6% des cas de décès maternel.

Tableau VI: pronostic des enfants en fonction du mode d'accouchement

		Voie haute	Voie basse	Total
Mode d'accouchement	N	41	51	92
	%	44,56	55,44	100
Enfants vivants	N	40	32	72
	%	55,55	44,46	100
Morts in utéro	N	0	3	3
	%	0	100	100
Enfants morts	N	1	16	17
	%	5,88	94,12	100

Le tableau VII montre le pronostic maternel en fonction du mode d'accouchement.

Tableau VII : pronostic de la mère en fonction du mode d'accouchement

		Voie haute	Voie basse	Total
Mode d'accouchement	N	41	51	92
	%	44,56	55,44	100
Décès	N	6	12	18
	%	33,33	66,67	100
Vivants	N	35	39	74
	%	47,30	52,70	100

DISCUSSION

Aspects épidémiologiques

L'éclampsie fait partie des principales causes de morbidité des femmes enceintes. Son incidence élevée est une constance dans les pays d'Afrique [2,5-9]. Par contre elle est très faible en Occident (2,4-6,7/10000 accouchements) [10]. Cette différence s'explique par le dépistage des patientes à risque lors des consultations prénatales. Dans notre série elle est de 1,41%, ce taux reste au-dessus de celui retrouvé dans le même centre sur une étude rétrospective de 03 ans [11]. Cela s'explique par la mise en place d'un réseau organisationnel de la prise en charge de l'éclampsie entre les gynécologue-obstétriciens et les réanimateurs dans notre structure ces trois dernières années. L'âge moyen des parturientes dans notre série (23,74±7,23 ans) est identique à celui retrouvé par Sbai au Maroc et Beye au Sénégal qui était respectivement de 28 ans et 26±6 ans [2,5]. Ces différents âges confirment l'hypothèse selon laquelle la tranche d'âge de 20 à 35 ans constitue un facteur de risque d'éclampsie.

Aspects cliniques

La majorité de nos patientes sont des primipares comme le confirme les données de la littérature [2,12]. Les patientes (71,7%) proviennent plus des centres périphériques ; le même constat a été fait au Bénin en 2009 [13]. Cela s'explique par le fait que ces centres n'ont pas un plateau technique adéquat et les ressources humaines nécessaires à la prise en charge des grossesses à risque. La consultation prénatale n'est réalisée chez 40,7% des patientes. Et, parmi celles (55 cas) qui ont eu à réaliser une consultation prénatale, seulement 30,90% (17 cas) ont eu une consultation de bonne qualité. Alors que beaucoup d'auteurs soulignent l'intérêt de la consultation prénatale pour la détection des grossesses à risque [14-16]. Dans notre étude 13 parturientes seulement soit 23,63 % ont été vues par un gynécologue obstétricien.

L'hypertension artérielle est reconnue comme un facteur de risque de morbidité et de mortalité pour la mère et le fœtus. Dans notre série l'hypertension artérielle est retrouvée chez toutes les parturientes. Le même constat est fait par Denakpo au Bénin et Sbaï au Maroc [2,13]. L'HTA est sévère dans 18% des cas dans notre série, et de 23% au Maroc [2]. Le score de Glasgow à l'admission rejoint celui déjà retrouvé dans la littérature [2,5]. Dans notre étude on ne note pas de différence significative entre le taux de convulsions survenue en pré partum et en post partum. Ces données sont contraires à ceux de la littérature qui montrent une prédominance de convulsions survenues en pré partum dans l'ordre de 69% au Maroc et 50% au Sénégal [2,5]. Cette différence peut s'expliquer dans notre étude par l'insuffisance

du personnel au bloc d'accouchement et dans les services de gynécologie obstétrique, ce qui a pour corollaire le manque de surveillance efficace après l'accouchement.

Aspects pronostics

L'accouchement par voie basse est le mode d'accouchement le plus utilisé contrairement à d'autres études en Afrique sub saharienne où la voie haute est prédominante[5,13]. Cela s'explique par le manque de prise en charge. En effet, le manque de sécurité sociale oblige les parturientes à faire face à toutes les dépenses inhérentes à la réalisation d'une césarienne occasionnant ainsi un retard de prise en charge. Ainsi, la plupart des parturientes ayant accouché par voie basse étaient en attente de césarienne. La mortalité néonatale dans notre série reste élevée (21,73%) ; elle se rapproche de celle retrouvée par Sbai au Maroc [2]. Elle est plus observée chez les parturientes ayant accouché par voie basse et peut s'expliquer par le manque de surveillance fœtale efficace ; la détection des anomalies du rythme cardiaque fœtale se fait avec le stéthoscope de Pinard. D'autres séries ont rapportés des taux plus bas [17]. La durée moyenne de séjour de quatre jours se justifie par la sévérité du tableau clinique et par le fait que le transfert dans le service de gynécologie-obstétrique n'était envisagé qu'après la substitution de la voie injectable à la voie orale; elle est d'au moins sept jours au Bénin [13]. La mortalité maternelle de 19,6 % reste de loin inférieure à celle retrouvée au Sénégal [5]. D'autres auteurs africains ont trouvé des taux plus bas [13, 18]. Par contre dans les pays développés le taux de mortalité est très faible voire nul [1]. Cette différence s'explique par le suivi rapproché des patientes à risque d'éclampsie, la rapidité de la prise en charge et l'existence des réseaux de prise en charge avec des protocoles bien définis dans les pays développés.

CONCLUSION

L'éclampsie a encore une incidence élevée à Brazzaville et intéresse les patientes jeunes qui sont en majorité mal suivies. L'hypertension artérielle occupe une place importante. La mortalité maternelle et néonatale est élevée; cette mortalité est plus importante lorsqu'il s'agit d'un accouchement par voie basse. Pour améliorer cette situation des efforts sont nécessaires dans la formation du personnel afin d'une prise en charge efficace des parturientes. Cette prise en charge nécessite la mise en place d'un réseau pluridisciplinaire comprenant anesthésiste-réanimateurs, obstétriciens, pédiatres et biologistes, et surtout la création des structures spécialisées en réanimation obstétricale et néonatale.

REFERENCES

- 1-F. Ben Salem, K. Ben Salem, L. Grati, C. Arfaoui, R. Faleh, A. Jmed, I. Guerdelly, M. Galibiche, 2003. Facteurs de risque d'éclampsie: étude cas-témoins. *Ann Fr Anesth Réanim.* 2003; 22: 865-869.
- 2- H. Sbai, M. Khatouf, L. Smail, H. Bouazzaoui, y. Essatara, M. Harrandou, N. Kanjaa, C. Bouchikhi, H. Bougern, H. Chaara, My A Melhouf, A. Banani, 2008. Prise en charge de la pré éclampsie sévère et de l'éclampsie en réanimation chirurgicale. A propos de 97 cas. *J.Magh.A.Réa.Urg.* 2008 ; XV : 172-175.
- 3- Smith G, Crosseley J, Tiken D, 2006. The risk factors of the pre eclampsie. *American journal of obstetrics and gynecology.* 2006; 10: 532.
- 4- Redman C.G, Sargent I, 2001. The pathogenesis of pre eclampsia. *Gynecol Obstétrique Ferti.* 2001; 29: 518-22.
- 5- Beye M, Diouf E, Kane O, Sall BK, 2003. Prise en charge de l'éclampsie grave en réanimation en milieu tropical africain : à propos de 28 cas. *Ann Fr Anesth Réanim.* 2003 ; 22 : 25-29.
- 6- Saftlas AF, Olson DR, Franks AL, Atrash HK, Pokras R, 1990. Epidemiology of pre-eclampsia into eclampsia in the United States, 1979-1986. *Am J obstet Gynecol* 1990; 163: 460-5.
- 7- Katz VL, Farmer R, Kuller JA, 1996. Pre eclampsia into eclampsia: toward a new paradigm. *Am J obstet Gynecol.* 1996; 175: 1389-96
- 8- Greenland S, 1989. Modeling and variable selection in epidemiologic analysis. *Am J Public Health* 1989; 79: 340-9.
- 9- Hodonu F, Kambou T, Bazie AJ, 2003. Transfert des patients en état gravido-puerpéral en réanimation au Burkina Faso. *Gynobstet fertilité.* 2003 ; 31 : 123-12
- 10- Gorden S, Jenifer C, Alan C, 2006. Circulating angiogenic factors in early pregnancy and the risk of prééclampsie. *American journal of obstetrics and gynecology.* 2006, 10:532.
- 11- Pambou O, Ekoundzola J.R, Malanda JP, Buambo S, 1999. Prise en charge et pronostic de l'éclampsie au C.H.U de Brazzaville. *Med Afr Noire:* 1999, 46 (11) : 508-512.
- 12- Giss A, Brian M, Mercier M, 2005. Does maternal race or ethnicity affect the expression of severe pre eclampsia. *Am J of obstetrics and gynecology.* 2005 ; 193: 973-8.
- 13-Denakpo JL, Zoumenou E, Komongui D, Kpangon A, Lokossou A, Perrin R-X, 2009. La pré éclampsie sévère dans les maternités universitaires de cotonou: aspects diagnostiques et thérapeutiques. *Rev Afr Anesth Med Urg* 2009 (16) ; 3 : 38-44.
- 14-Bretelle F, Sabatier F, Dignat F, 2004. Avancées dans la physiopathologie de la pré éclampsie : place de la réponse

inflammatoire. Gynécologie obstétrique fertilité. 2004 ; 32 :482-489.

15- Harandou M, Madam N, Labib S, Tizniti S, Belahsen F, Khatouf M, Kanjaa N, 2006. Apport de l'imagerie neurologique chez l'éclampsique .Ann Fr AnesthRéanim. 2006 ; 25 :77-83.

16-El Youssefi S, Salmi S, Miguil M, 2002. Facteurs de risqué de morbidité et mortalité maternelle de l'éclampsie. Ann Fr AnesthRéanim. 2002 ;21 :214-218.

17- Mjahed K, Hmamouchi B, Barrou L, 1998. Analyse critique des troubles de l'hémostase au cours de l'éclampsie, à propos de 106 cas. J GynecolObstetBiolReprod .1998 ; 27 :607-610.

18- Lankoande J, Toure B, Bonane B, 1998. Les éclampsies à la maternité du centre hospitalier YalgadoOuedraogo (Burkina Faso). Med Afr Noire. 1998 ; 45 :6.