

L'ÉCLAMPSIE AU CENTRE HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE DE BRAZZAVILLE, CONGO.BUAMBO-BAMANGA S.F.¹; NGBALE R.¹; MAKOUNBOU P.²; EKOUNDZOLA J.R.¹(Manuscript N°C161. Received 28/09/2009. Accepted in revised form 18/12/2009) *Clin Mother Child Health* 2009; Vol 6, N° 2: 1129-1133**RESUME:**

A travers une étude sur l'éclampsie, les auteurs avaient pour objectifs de déterminer sa fréquence, d'analyser les caractéristiques épidémiologiques des éclamptiques et d'évaluer le pronostic maternel et fœtal. Il s'agit d'une étude rétrospective et analytique de 23.245 accouchements colligés en 7 ans entre le 1^{er} janvier 2001 et le 31 décembre 2007. Pendant cette période, 136 éclamptiques ont été recensées. La fréquence de l'éclampsie a été de 0,58%. L'éclampsie était plus fréquente chez les jeunes femmes dont l'âge se situait entre 16 et 25 ans (68,4%). Elles étaient primipares dans 68,4% des cas. Près de la moitié de patientes n'avaient pas fait de consultations prénatales (46,3%). Le mode d'accouchement a été dans 61,6% la voie haute (césarienne). Le taux de létalité maternelle était de 8,8% et périnatale de 33,4%. L'éclampsie demeure encore une pathologie préoccupante et redoutable au Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville. L'amélioration de son pronostic passe par l'intensification des consultations prénatales dans toutes les structures sanitaires, l'utilisation dès le début de la grossesse chez les patientes à risque toxémique de l'acide acétylsalicylique à faible dose, l'élargissement et la pose précoce de l'indication de la césarienne en cas de pré éclampsie.

MOTS CLES: Eclampsie - Pronostic maternel - Pronostic fœtal Brazzaville.**ECLAMPSIA IN THE UNIVERSITY TEACHING HOSPITAL IN BRAZZAVILLE, CONGO.****ABSTRACT:**

Through a retrospective study conducted at the University Teaching Hospital in Brazzaville, we sought to determine the frequency, assess the epidemiologic features of eclamptic patients, and maternal and foetal outcome. It was an analytical study on 23,245 birth records over a 7 year period between January 1st 2001 and December 31st 2007. During this period, 136 patients with eclampsia were noted. The frequency of eclampsia was 0.58%, and it occurred mostly in young women aged between 16 and 25 years (68.4%), and primiparous in 68.4%. About half of the patients had not had any antenatal visits (46.3%). Delivery was by caesarean section in 61.6% of the patients. The maternal mortality rate was 8.8%, and the perinatal mortalities 33.4%. We conclude that eclampsia still occurs at an alarming rate in the University Teaching Hospital in Brazzaville. To improve outcome, antenatal care in all health facilities have to be reinforced, low dose acetylsalicylic acid has to be administered to high risk women, and the indication for caesarean section widened in the event of pre eclampsia.

KEY WORDS: Eclampsia - Maternal outcome - Foetal outcome - Brazzaville.**I- INTRODUCTION**

L'éclampsie, complication majeure de la toxémie gravidique est une situation obstétricale grave, surtout dans les pays en développement où elle occupe la deuxième place parmi les causes de mortalité maternelle en salle d'accouchement après les hémorragies de la délivrance. Elle est devenue rare dans les pays développés grâce au dépistage précoce de la toxémie gravidique. Elle est caractérisée par un accès

convulsif suivi d'un état comateux, survenant dans la deuxième moitié de la grossesse, le travail ou les suites de couches [1]. Elle est responsable en moyenne de 15% de la mortalité maternelle et comporte une létalité périnatale de 40% [2]. Elle est causée par la toxémie gravidique dont le point de départ est l'ischémie utéro-placentaire. Elle peut entraîner la mort materno-fœtale si la prise en charge n'est pas précoce.

Dans les pays en voie de développement, le manque de consultations prénatales ou leur mauvaise qualité, la baisse du niveau de vie, et le plateau technique limité aggravent la morbi-mortalité materno-fœtale liée à cette pathologie [3]. Au Centre Hospitalier Universitaire (C.H.U.) de Brazzaville, l'éclampsie est la deuxième cause de mortalité maternelle après l'hémorragie de la délivrance [4]. Ainsi, dans cette étude rétrospective,

¹Service de Gynécologie Obstétrique B, C.H.U de Brazzaville.

²Service de Néonatalogie C.H.U de Brazzaville.

Correspondances: Dr. BUAMBO-BAMANGA SF, C.H.U de Brazzaville, B.P. 32, Brazzaville Congo: E-Mail: buambo@yahoo.fr

nous nous sommes fixés comme objectif de déterminer sa fréquence, d'analyser les caractéristiques épidémiologiques des patientes et d'évaluer le pronostic maternofoetal.

II- PATIENTES ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective et analytique sur dossiers, concernant 23.245 accouchements survenus au cours de sept années (du 1^{er} janvier 2001 au 31 décembre 2007). Au cours de cette période, 136 patientes éclamptiques ont été retenues.

Le diagnostic a été retenu sur la base des éléments cliniques du dossier obstétrical qui sont: l'augmentation de la tension artérielle (TA), la présence d'une protéinurie significative (>1 g/l), les oedèmes et surtout les crises convulsives. Les patientes provenaient de tous les centres hospitaliers et cabinets privés de la ville.

Pour chaque patiente, les paramètres suivants ont été analysés:

- Pour la mère: âge, parité, nombre de consultations prénatales (CPN), condition d'évacuation, état clinique à l'admission, mode d'accouchement et évolution.
- Pour le nouveau-né: âge gestationnel, poids, score d'Apgar à la naissance et évolution.

III RESULTATS

Au cours de la période d'étude, 23.245 femmes avaient accouché dans notre service dont 136 éclamptiques. Notre fréquence de l'éclampsie était de 0,58%.

- Les caractéristiques épidémiologiques des patientes sont résumées sur le Tableau I

La tranche d'âge la plus concernée dans notre étude a été celle comprise entre 16 et 25 ans (93 patientes, soit 68,4%) avec des extrêmes allant de 13 à 37 ans. L'âge moyen était de 22 ans. Les patientes âgées de plus de 31 ans étaient peu représentées (10 patientes, soit 7,4%).

Les patientes étaient dans 68,4% (93 patientes) des primipares et dans 27,9% (38 patientes) des paucipares. Malgré la pratique de CPN dans tous les services de santé par le personnel soignant assez polymorphe : médecins, sages femmes, puéricultrices, assistants sanitaires, infirmiers et agents de santé : 63 patientes (46,3%) n'avaient pas fait de CPN et 46 patientes (33,8%) avaient fait 1 à 2 CPN. Les patientes étaient évacuées d'une structure sanitaire périphérique dans 83,8% des cas (114 patientes) et souvent de manière non médicalisée (74,6%) en utilisant comme moyen de transport un véhicule utilitaire.

Au cours du suivi prénatal, la toxémie gravidique était dépistée chez 29 patientes (21,3%) seulement. Au moment de l'admission dans le service, 107 patientes (78,7%) étaient dans un état de mal éclamptique et 29 patientes (21,3%) étaient dans le coma.

Nous avons recensé 76 cas d'éclampsie antépartum (55,9%), 49 cas d'éclampsie per-partum (36 %) et 11 cas d'éclampsie post-partum (8,1%).

- Les âges gestationnels sont représentés sur le tableau II

Tableau I - Les caractéristiques épidémiologiques des patientes présentant une éclampsie.

Caractéristiques maternelles	Nombre	%
Age (ans)		
13-15	6	4,4
16-20	43	31,6
21-25	50	36,8
26-30	27	19,8
31-35	8	5,9
36-40	2	1,5
Parité		
1	93	68,4
2-3	38	27,9
≥4	5	3,7
Nombre de CPN		
0	63	46,3
1-2	46	33,8
3-4	19	14
5-6	8	5,9
Condition d'évacuation (114 patientes évacuées)		
Ambulance	29	25,4
Voiture personnelle ou taxi	85	74,6
Etat clinique à l'admission		
Etat de mal éclamptique	107	78,7
Coma	29	21,3

Tableau II- Age gestationnel et nombre d'éclampsie.

Age gestationnel (SA)	Nombre des éclamptiques	%
28-32	13	9,5
33-36	39	28,7
37-40	68	50
41-42	5	3,7
Post-partum	11	8,1
Total	136	100

Cinquante deux patientes (38,2%) avaient des grossesses de moins de 37 semaines d'aménorrhée (SA) dont 9,5% entre 28 et 32 SA. Soixante dix huit nouveau-nés (Nnés) (57,3%) avaient un poids à la naissance inférieur à 2500 g, 50 Nnés (36,8%) entre 2500-3000g et 8 Nouveau-nés(5,9%) supérieur à 3000g.

En dehors des éclampsies du post-partum, le mode d'accouchement de 125 autres patientes étaient dans 61,6% (77 patientes) la voie haute (césarienne) et dans 38,4% (48 patientes) la voie basse dont 3,2% (4 patientes) par forceps.

- Le score d'Apgar et le mode d'accouchement des éclampsiques sont représentés sur le

Nous avons évalué le score d'Apgar à la naissance par rapport à la voie d'accouchement des éclampsiques antépartum et per-partum. L'analyse de ce tableau III avait fait ressortir:

12,8% de mortalité; 16,8% nouveau-nés en état de mort apparente (Apgar d"3); et 43,2% nouveau-nés avec un bon score d'Apgar.

Trente deux nouveau-nés (23,5%) ont été transférés en Néonatalogie dans un tableau de l'asphyxie néonatale. Parmi eux, 24 étaient nés par césarienne et 8 par voie basse. Vingt huit nouveau-nés (20,6%) étaient décédés parmi lesquels tous les 8 de la voie basse.

Concernant les complications maternelles, nous n'avons pu étudier que les complications à court terme. Elles comportaient:

- 17 cas de suppurations pariétales post-césariennes: 12,5%
- 33 cas d'endométrites: (24,3%) dont 29 post césariennes (21,3 %).
- 6 cas de coma prolongé: 4,4%
- 3 accidents vasculo-cérébraux (AVC): 2,2%
- 2 oedèmes aigus du poumon: 1,5%
- 1 insuffisance rénale réversible: 0,7%
- 1 état dépressif transitoire: 0,7%
- 12 décès maternels: 8,8%

Tableau III- Score d'Apgar et mode d'accouchement.

Score d'Apgar à la 1 ^{ère} minute	Voie d'accouchement des éclampsiques ante et per-partum(125cas)			
	Voie basse	%	Césarienne	%
≥ 7	21	16,8	33	26,4
4-6	6	4,8	28	22,4
≤ 3	5	4	16	12,8
00 (mort per-partum)	10	8	-	-
00 (mort anté-partum)	6	4,8	-	-
Total	48	38,4	77	61,6

IV DISCUSSION

Les études africaines menées sur l'éclampsie ont relevé des fréquences hospitalières relativement variables : 0,12% à Libreville [5], 0,80% à Dakar [6] et 0,92% à Lomé [3].

Notre fréquence est dans la fourchette de celles de ces auteurs. Par contre, elle est supérieure à celle trouvée par PAMBOU et al [4] dans une étude antérieure menée dans le même service (0,32%).

Dans les pays développés [1,8], l'éclampsie dans sa forme classique est devenue rare et grâce à une meilleure surveillance prénatale, elle se situe actuellement entre 0,02 et 0,05% [8].

La fréquence élevée dans les pays en voie de développement traduit l'insuffisance du dépistage des grossesses à risque et la mauvaise prise en charge des états hypertensifs associés à la grossesse. Notre étude confirme également les données épidémiologiques classiques caractérisant l'éclampsie à savoir une primipare, jeune porteuse d'une grossesse près du terme et mal suivie. Notre moyenne d'âge est de 22 ans avec des extrêmes allant de 13 à 37 ans. Elle correspond à celle de AKPADZA et al à Lomé [3], mais elle est supérieure à celle de 19 ans observée par FAYE et al à Libreville [5].

La plupart de nos patientes, jeunes, sont des primipares et nous convenons avec les autres auteurs [3, 6, 7, 13] que l'éclampsie est une pathologie des jeunes primipares. Ce groupe est plus vulnérable à l'éclampsie pour deux raisons :

- Ces jeunes sont pour la plupart des adolescentes et constituent la population cible aux grossesses précoces et non désirées faute d'une éducation sexuelle ;
- Ces adolescentes dévoilent souvent tardivement leur grossesse d'où le fait qu'elles soient pour la plupart non ou mal suivies.

La primipare qui présente au cours de la grossesse un trouble de la vascularisation utéro-placentaire est susceptible de faire un syndrome vasculo-rénal qui peut

se compliquer d'é-clampsie. Dans notre série, près de la moitié de nos gestantes (voire Tableau I) n'ont même pas fait une seule consultation prénatale.

Le tableau I fait ressortir l'importance de la surveillance de la grossesse par les CPN de qualité et montre que moins les CPN sont pratiquées, plus le nombre d'éclampsie augmente. Dans notre étude, le taux élevé des patientes non suivies au cours de leur grossesse justifie la faible incidence du dépistage de la toxémie gravidique et explique le taux élevé

de l'éclampsie antépartum. Malgré le caractère d'extrême urgence à savoir l'état de mal éclamptique ou coma, l'évacuation de ces patientes se faisait dans de mauvaises conditions et souvent de manière non médicalisée.

Dans une étude réalisée à Dakar, CISSE et al [6] trouvent que les patientes étaient généralement reçues dans un état comateux (74,3%), en moyenne après 2 crises (extrême de 1 à 5 crises), avec un score moyen de Glasgow à 10 (extrêmes de 6 à 13).

Les cas d'éclampsie du per-partum et du post-partum pourraient être interprétés comme la résultante de la déficience dans la prise en charge des parturientes et des accouchées. Beaucoup de nos enfants sont nés avec un poids inférieur à 2500 g. Comme le confirme plusieurs auteurs [1, 2, 5, 7, 9, 12, 13] l'éclampsie est pourvoyeuse des accouchements avec des enfants hypotrophiques et parfois prématurés.

Sur le plan obstétrical, la césarienne a constitué notre mode d'accouchement le plus utilisé par rapport à la voie basse. Dans sa série, CISSE et al à Dakar [6] avaient pratiqué 50% des accouchements par césarienne et 6,4% de l'extraction par forceps (voie basse).

Notre attitude de plus en plus chirurgicale devant l'éclampsie n'a pas eu l'effet bénéfique escompté sur l'amélioration du pronostic maternel et périnatal, car la létalité liée à l'éclampsie demeure élevée : 8,8% de mortalité maternelle et 33,4% de mortalité périnatale. Mais la voie basse est plus mauvaise que la voie haute. Le sulfate de magnésie à la seringue électrique est uniquement utilisé dans le service de réanimation.

Cette situation est comparable à celle observée dans les pays en voie de développement d'une manière générale, singulièrement en Afrique [11] où l'on estime que l'éclampsie représente en moyenne 12,7% des causes de décès maternel [14]. La mortalité périnatale demeure encore élevée en Afrique : 35,9% pour CISSE et al à Dakar [7], 31,03% pour AKPADZA et al à Lomé [3] et même 40% pour TRAORE et al à Dakar [2] en 1994.

Dans les pays à forte médicalisation, cette létalité est de plus en plus faible et se chiffre actuellement autour de 0,5% [10].

V- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'éclampsie constitue une situation obstétricale grave avec un mauvais pronostic maternel et foetal dans notre étude. Elle concerne plus les femmes jeunes, primipares avec des grossesses non ou mal suivies.

L'amélioration de ce pronostic passe par l'intensification des CPN de qualité, faites par un personnel qualifié, la

prévention primaire grâce à l'utilisation de l'acide acétylsalicylique dès le début de la grossesse chez les patientes à risque de dysgravidie, l'évacuation à temps de ces patientes et l'indication de la césarienne avant le début des crises éclamptiques.

Tout ceci va permettre une prise en charge appropriée en milieu hospitalier avec transfert facile en réanimation et néonatalogie ■

REFERENCES:

1. Merger R, Levy J, Melchior J. Précis d'obstétrique, 6è ed. Paris: Masson; 1993. p.429-31.
2. Traore-Ndiaye A, Moreau JC, Diouf F, Faye EO, Sepou A, Bah MD, et al. Les accidents paroxystiques des syndromes vasculo- rénaux au cours de la gravido-puerpéralité. Dakar Med 1994; 39: 169-72.
3. Akpadza K, Baeta S, Kotor KT, Hodonou AKS. L'éclampsie à la clinique de gynécologie obstétrique du C.H.U Tokoin – Lomé. Med Afr Noire 1996; 43(3): 166-9.
4. Pambou O, Ekoundzola JR, Malanda JP, Buambo S. Prise en charge et pronostic de l'éclampsie au C.H.U de Brazzaville: à propos d'une étude rétrospective de 100 cas. Med Afr Noire 1999; 46(11): 508-12.
5. Faye A, Picaud A, Ogowet-Igumu N, Nlomenzer A, Nicolas P. L'éclampsie au Centre Hospitalier de Libreville. 53 cas pour 41.285 accouchements de 1985 à 1989. Rev Fr Gynécol Obstet 1991; 86, (7-9): 503-10.
6. Cisse CT, Faye Dieme E, Ngabo, Mbaye M, Diagne M, Moreau JC. Indications thérapeutiques et pronostic de l'éclampsie au C.H.U de Dakar. J Gynécol Obstét Biol Reprod 2003; 32: 232-45.
7. Cisse CT, Awagnignon E, Hojeige A, Diadhiou F. Eclampsie en milieu africain. Sem Hosp Paris, 1997; 73: 1062-7.
8. Haddad B. Prise en charge de la pré-éclampsie In: Mise à jour en gynécologie obstétrique Collège National des gynécologues obstétriciens Français. Editions Vigot, Paris. 2001: p. 5-34.
9. Gaarba H, Diakite S, Haidara OC, Kane F, Konate DK, Dicko E. Pronostic materno-foetal au cours de l'éclampsie. Livre des résumés du 5^e Congrès de la SAGO, Dakar, décembre 1998, p41.
10. Mattar F, Sibat BM. Eclampsia: risk factors for maternal morbidity. Am J Obstet Gynaecol 2000; 182: 307-12.

11. Dumont A, de Bernis L, Bouvier-Colle MH, Breart G, et le groupe MOMA. Estimation du taux attendu de césarienne pour indications maternelles dans une population de femmes enceintes d'Afrique de l'Ouest (enquête MOMA). *J Gynécol Obstet Biol Reprod* 2001; 31: 107-12.
12. Haddard B, Louis-Silverstre C, Doridot V, Touboul C, Abi Rached F, Panie BJ. Critères d'extraction fœtale dans la pré-éclampsie. *Gynécol Obstet Fertil* 2002; 30(6): 467-73.
13. Baeta S, Tete K VS, Noutsougan YM, Nyame AN, Akpadza
14. K. L'éclampsie au C.H.U de Lomé, Togo: facteurs de risque, pronostic maternel et périnatal. *Journal de la SAGO*, 2003; 1(1): 1-6.
15. Ouedraogo C, Bouvier Colle HH. Mortalité maternelle en Afrique de l'Ouest: Comment, combien et pourquoi? *J Gynécol Obstet Biol Reprod* 2002; 31: 80-9.