

## EPIDEMIOLOGIE ET PRONOSTIC DE L'ECLAMPSIE A BOUGOUNI

### *Epidemiology and prognosis of eclampsia in Bougouni*

Sylla C<sup>1</sup>, Dao SZ<sup>2</sup>, Dembélé S<sup>6</sup>, Sylla M<sup>1</sup>, Traoré BA<sup>2</sup>, Coulibaly A<sup>3</sup>, Kanté I<sup>3</sup>, Traoré MS<sup>3</sup>, Sima M<sup>3</sup>, Sidibé K<sup>4</sup>, Traoré SO<sup>5</sup>, Koné S<sup>1</sup>, Bocoum A<sup>8</sup>, Théra A<sup>3</sup>, Touré M<sup>7</sup>, Traoré Y<sup>8</sup>, Mounkoro N<sup>8</sup>

(1) Centre de santé de référence de Bougouni ; 2) Centre de santé de référence de la commune II ; (3) Centre hospitalo-universitaire du Point G ; (4) Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou ; (5) Centre de santé de référence de la commune V ; (6) Hôpital Fousseyni Daou de Kayes ; (7) Hôpital du Mali ; (8) Centre hospitalo-universitaire Gabriel Touré.

**Auteur correspondant** : Dr SYLLA Cheickna : scheidkylla@yahoo.fr; 00223 75 19 13 23, Centre de santé de référence de Bougouni, Sikasso, Mali.

### RESUME

**Objectifs** : Les objectifs étaient de décrire les aspects épidémiologique et pronostique de l'éclampsie dans le centre de santé de référence de Bougouni. **Méthodes** : Il s'agissait d'une étude transversale prospective, descriptive du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2015 dans le service de gynécologie-obstétrique du centre de santé de référence de Bougouni. Ont été incluses, toutes les femmes enceintes ou les accouchées chez qui le diagnostic de crise d'éclampsie a été retenu pendant la période d'étude.

**Résultats** : La fréquence de l'éclampsie a été de 2,54%. Il s'agissait d'adolescentes dans 50% des cas, primigestes dans 62,5% des cas, non scolarisées dans 67,5% des cas, n'ayant effectuées aucune consultation prénatale dans 70% des cas. L'éclampsie est survenue en antépartum dans 37,5% des cas, dans 5% en perpartum et dans 57,5% en postpartum. Sur le plan thérapeutique, la nicardipine avec 72,5% et la nifédipine avec 22,5% ont été les antihypertenseurs utilisés. Quant aux anticonvulsivants, le sulfate de magnésium (MgSO<sub>4</sub>) a été utilisé dans 92,5% et le diazépam dans 7,5%. Le pronostic materno-fœtal a été marqué par 2,5% de décès maternel, 27% de prématurité et 27,5% de mort fœtale in-utéro. : L'éclampsie est une pathologie redoutable aux complications maternelles et fœtales graves.

**Mots clés** : Eclampsie, épidémiologie, pronostic, Bougouni

### ABSTRACT

**Objectives**: The objectives were to describe the epidemiological and prognostic aspects of eclampsia in the Bougouni reference health center. **Methods**: This was a transversal prospective, descriptive study from January 1 to December 31, 2015 in the gynecology-obstetrics department of Bougouni reference health center. Were included, all pregnant or postpartum women diagnosed with eclampsia during the study period. **Results**: The frequency of eclampsia was 2.54%. They were adolescent girls in 50% of cases, primigest in 62.5% of cases, unschooled in 67.5% of cases, having not performed any antenatal care in 70% of cases. Eclampsia occurred in antepartum in 37.5% of cases, in 5% in perpartum and in 57.5% in postpartum. Therapeutically, nicardipine with 72.5% and nifedipine with 22.5% were the antihypertensive drugs used. As for anticonvulsants, magnesium sulfate (MgSO<sub>4</sub>) was used in 92.5% and diazepam in 7.5%. The maternal-fetal prognosis was marked by 2.5% of maternal death, 27% of prematurity and 27.5% of fetal death in utero. **Conclusion**: Eclampsia is a dreadful pathology with serious maternal and fetal complications. **Keywords**: Eclampsia, epidemiology, prognosis, Bougouni

### INTRODUCTION

L'hypertension artérielle associée à la grossesse constitue la 3<sup>e</sup> cause de décès maternel et la 1<sup>ère</sup> cause de décès périnatal [1]. L'éclampsie, complication paroxystique de la prééclampsie demeure encore fréquente dans les pays en développement [2]. Elle se caractérise par la survenue de crises convulsives généralisées associées à une hypertension artérielle et à une protéinurie significative [3]. Son mode de survenue n'est pas encore élucidé [1]. Elle peut survenir en antépartum, au cours du travail ou dans le postpartum [4]. Elle est responsable d'une mortalité et d'une morbidité très élevées dans nos pays en développement d'où la nécessité d'insister sur sa prévention [4]. Sa fréquence est diversement appréciée à travers le monde et son pronostic dépend de son diagnostic

précoce et surtout de la possibilité d'accès aux soins. A Dakar, sa fréquence était de 8% avec 17,9% de létalité [5] et au Maroc, elle était de 0,63% [6]. Au Mali, elle était de 10,37% avec 10% de décès maternel en 2009 au service de réanimation du Point G [7]. Cette fréquence est passée à 22,5% des hospitalisations avec une létalité maternelle de 9,5 % entre septembre 2009 et février 2011 dans le même service [4]. A l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes, elle était de 7,1% avec 8,7% de décès maternel [8]. L'absence d'étude consacrée à l'éclampsie dans notre service, nous a amené à faire ce travail dont les objectifs étaient de décrire les aspects épidémiologique et pronostique.

### METHODES

Nous avons effectué une étude prospective transversale, descriptive du 1<sup>er</sup> janvier au 31

décembre 2015 soit 12 mois. Ont été incluses, toutes les femmes enceintes ou les accouchées chez qui le diagnostic de crise d'éclampsie a été retenu pendant la période d'étude. Le diagnostic d'éclampsie reposait sur la notion de crises convulsives tonico-clonique avec ou sans trouble de la conscience associée à une hypertension artérielle (tension artérielle systolique  $\geq 140$  mmHg et ou une tension artérielle diastolique  $\geq 90$  mmHg) et à une protéinurie significative ( $\geq 0,3$  g/l ou au moins 2 croix sur la bandelette urinaire).

## RESULTATS

En 12 mois, nous avons enregistré 40 cas d'éclampsie sur un total de 1573 accouchements soit une fréquence de 2,54%. L'âge moyen des patientes était de 20,9 ans avec des extrêmes de 14 et 35 ans. Il s'agissait de patientes évacuées dans 77,5% des cas, adolescentes dans 50% des cas, primigestes dans 62,5% des cas, non scolarisées dans 67,5% des cas, n'ayant effectuées aucune consultation prénatale dans 70% des cas. L'éclampsie est survenue en antépartum dans 37,5% des cas, dans 5% en perpartum et dans 57,5% en postpartum (tableau). L'HTA était sévère dans 95% des cas, 15% des patientes avaient un score de Glasgow inférieur à 8 et le nombre moyen de crises était de 3. Sur le plan thérapeutique, les antihypertenseurs utilisés ont été la nicardipine dans 72,5% des cas et la nifédipine dans 22,5% des cas. Quant aux anticonvulsivants, le sulfate de magnésium ( $MgSO_4$ ) a été utilisé dans 92,5% et le diazépam dans 7,5%. L'accouchement a été réalisé par césarienne dans 20% des cas. La morbidité a été marquée par 5% d'insuffisance rénale aiguë (5%) et 2,5% de coagulation intra-vasculaire disséminée (CIVD). La létalité a été de 2,5%. Les complications fœtales ont été dominées par la mort fœtale in utero dans 27,5%, la prématurité dans 27% et l'hypotrophie dans 16,2%.

## DISCUSSION

La fréquence de l'éclampsie dans notre étude a été de 2,54%. Dans la littérature, la fréquence de l'éclampsie est diversement appréciée à travers le monde. Au CHU de Dakar, elle est passée de 8% en 2001 avec un taux de létalité maternelle de 17,9% et une mortalité périnatale de 359 pour 1000 naissances vivantes [5] à 16,4 % en 2002 [9]. Au Maroc, elle était de 0,63% au CHU Hassan II [6] et la prévalence de l'éclampsie du postpartum a été de 19% au CHU Ibn Rochd de Cassablanca [10]. Au centre de maternité et de néonatalogie de Tunis (CMNT), son incidence était de 2 pour 1000 accouchements [11]. Au Mali, Ahmadou [12] a noté 0,78% en 2005 au centre de santé de référence de la commune V; Guindo [13] a rapporté 2,9% à l'hôpital Nianankoro Fomba de

Ségou. Sa fréquence était de 10,37% avec 10% de décès maternel en 2009 au service de réanimation du Point G [7]. Cette fréquence est passée à 22,5% des hospitalisations avec une létalité maternelle de 9,5% entre septembre 2009 et février 2011 dans le même service [4]. A l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes, elle était de 7,1% avec 8,7% de décès maternel en 2018 [8]. Il s'agissait de patientes évacuées dans 77,5% des cas, adolescentes dans 50% des cas, primigestes dans 62,5% des cas, non scolarisées dans 67,5% des cas, n'ayant effectuées aucune consultation prénatale dans 70% des cas. Les consultations prénatales permettent le dépistage et la prise en charge précoce de la prééclampsie afin d'éviter l'évolution vers l'éclampsie. Elles contribuent de ce fait à améliorer le pronostic materno-fœtal. Le profil épidémiologique des patientes au CHU Ibn Rochd de Cassablanca était celui d'une primipare (64%), jeune (24 ans), dont la grossesse n'avait pas été suivie (77%), admise avec une HTA sévère (48%), avec un score de Glasgow à 12 et une protéinurie supérieure ou égale à 3g/24h (37%) [10]. Dans l'étude de Keita M et al [4], l'âge moyen était de  $20 \pm 4$  ans avec une prédominance de la tranche d'âge de 15 à 19 ans, primipares dans 65,8%. Dans notre étude, l'éclampsie est survenue en antépartum dans 37,5% des cas, dans 5% en perpartum et dans 57,5% en postpartum. L'HTA était sévère dans 95% des cas, 15% des patientes avaient un score de Glasgow inférieur à 8 et le nombre moyen de crises était de 3. Guindo [13] a rapporté 32,5% d'éclampsie antépartum à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou. Miguil [14] a rapporté 79% d'éclampsie antépartum, 4% en perpartum et 17% en postpartum. Dans notre étude, l'accouchement a été réalisé par césarienne dans 20% des cas. Notre taux de césarienne est inférieur à ceux rapportés par Guindo [13] et Diakit [15] qui ont trouvé respectivement 54,5% et 85,1% d'accouchements par césarienne. Cette différence peut s'expliquer par le fait que dans plus de la moitié des cas (57,5%), il s'agissait d'éclampsie du postpartum dans notre étude. Sur le plan thérapeutique, les antihypertenseurs utilisés ont été la nicardipine dans 72,5% des cas et la nifédipine dans 22,5% des cas. Quant aux anticonvulsivants, le sulfate de magnésium ( $MgSO_4$ ) a été utilisé dans 92,5% et le diazépam dans 7,5%.

Sur le plan pronostic, l'éclampsie a été associée à 5% d'insuffisance rénale aiguë (5%) et à 2,5% de coagulation intra-vasculaire disséminée (CIVD). La létalité a été de 2,5%. Des taux de létalités supérieurs aux nôtres sont rapportés par la plupart des études effectuées dans les pays africains. Diakit [15], Konaté [16], Diarra [17], Traoré et al [18],

Agnide [7], Cissé et al [5] et Bonkoungou et al [19] ont rapporté respectivement 6,2%, 4,26%, 12%, 18,8%, 10%, 17,9% et 31% de décès maternel. Cette différence peut s'expliquer par des niveaux différents de prise en charge des patientes. En effet, notre structure est un centre de santé de référence (2<sup>e</sup> niveau) alors que toutes ces études ont été réalisées dans des hôpitaux régionaux ou nationaux. L'éclampsie était la première cause de décès maternel avec 25% à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes [8]. Goffinet [20] a rapporté 2,2% de décès maternel. Le pronostic fœtal a été dominé par la mort fœtale in utero dans 27,5%, la prématurité dans 27% et l'hypotrophie dans 16,2% des cas. Baye S [8] a noté 25,4% de prématurité, 4,8% d'hypotrophie et 18,3% de mort-nés. Konaté [16] et Diarra [17] ont trouvé 24,4% et 24,07% de mort-nés. Guindo [13] a rapporté un taux de prématurité 29,5%. La mortalité périnatale a été de 24,1% au CHU Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou. Le retard à l'évacuation, l'insuffisance du plateau technique, le bas niveau socio-économique ont un impact sur le pronostic materno-fœtal.

**CONCLUSION :** l'éclampsie est une pathologie redoutable aux complications maternelles et fœtales graves. La réduction de sa fréquence et l'amélioration de son pronostic nécessite un dépistage précoce et une prise en charge adaptée.

**REFERENCES**

- 1- Meziani F, Tesse A, Asfar P, Schneider F, Andriantsitohaina R, Fournie A et al. Mise au point de la toxémie gravidique à l'éclampsie : Physiopathologie. Elsevier Masson SAS ; Réanimation 2007 ; 16 : 380-385
- 2- Raphael V, Levasseur J. Eclampsie. EMC, Elsevier Masson SAS, Paris, Médecine d'urgence, 2007, 25-070-B-20
- 3- Simonet T, Mathieu de vienne C, Desmeulles I, Dreyfus M. Éclampsie : prévention et traitement. Extrait des mises à jour en Gynécologie et Obstétrique. Décembre 2010 : 507-16
- 4- Keïta M, Diallo BM, Samaké BM, Fomba S, Dicko H, Goïta D et al. Epidémiologie et pronostic maternel de l'éclampsie en milieu de réanimation au centre hospitalier et universitaire du point G de Bamako. Mali médical 2016 Tome XXXI n°2 :1-6
- 5- Cissé CT, Diène ME, Ngabo D, Mbaye M, Diagne PM, Moreau JC. Indications thérapeutiques et pronostic de l'éclampsie au CHU de Dakar. Jr Gynécol. Obstét. Biol Réprod. 2003, 32 ; 3 : 239-245.
- 6- Sbai H, Khatouf M, Smail L, Bouazzaoui H, Essatara Y, Harrandou M et al. Prise en charge de la prééclampsie sévère et de l'éclampsie en réanimation chirurgicale. A propos de 97 cas au CHU Hassan II de Maroc. Journal Maghrébin d'Anesthésie-Réanimation. Juil 2006 Vol XI. p. 105.
- 7- Agnide MM. Prise en charge et pronostic de l'éclampsie en réanimation polyvalente au centre hospitalier-universitaire du point G. Thèse méd, Bamako 2010, N°388
- 8- Baye S. Eclampsie, première cause de décès maternels dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes. Thèse Méd ; Bamako 2018, N°148
- 9- Cisse CT, Thiam M, Diagne PM, Moreau JC. Prééclampsie en milieu africain : épidémiologie et pronostic au CHU de Dakar. La Lettre du Gynécologue, Avril 2005 ; N°301: 8-13

- 10- Sabiri B, Moussalit A, Salmi S, El Youssoufi S, Miguil M. Postpartum eclampsia : epidemiology and prognosis. Jr Gynécol. Obstét. Biol Réprod. 2007, 36 : 276-280.
- 11- Neji K, Maghrebi H, Boudhraa K, Barouni M, Ajroud C, Ben Ammar J et al. Prise en charge de l'éclampsie : à propos de 60 cas. Journal Maghrébin d'anesthésie-Réanimation. Juil 2001 Vol VIII. p. 103
- 12- Ahmadou H. Aspect épidémio-clinique de la prise en charge de l'éclampsie dans le centre de santé de référence de la commune V. Thèse Med, Bamako 2005, N°40.
- 13- Guindo S. Pronostic materno-fœtal de l'éclampsie dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou à propos de 176 cas. Thèse Med. Bamako ; 2014, N°76.
- 14- Miguil M. Aspects épidémiologiques et pronostiques de l'éclampsie au service d'anesthésie réanimation de la maternité du CHU Ibn Rochd de Casablanca. Cah. Anesthésiol, Paris, 2003, 177-180
- 15- Diakitè M. Pronostic materno-fœtal de l'éclampsie le service de gynéco-obstétrique du CHU Gabriel TOURE. Thèse Méd. Bamako ; 2008, N°81
- 16- Konaté S. Etude de l'éclampsie dans le service de gynéco-obstétrique du CHU du Point G. Thèse Méd. Bamako ; 2008, N°60.
- 17- Diarra I. Aspects épidémio-cliniques de l'éclampsie dans le service de Gynécologie Obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré à propos de 50 cas. Thèse Med, Bamako 2005, N°75
- 18- Traoré B, ThèraT, Beye S, Mounkoro N, Tegueté I, Dolo A. Mortalité maternelle au service de gynécologie-obstétrique du centre hospitalier régional de Ségou au Mali. Etude rétrospective sur 138 cas. Mali médical. 2010 ; XXV :42-45
- 19- Bonkoungou PZ, Bako YP, Simporé A, Savadogo S, Kinda B, Kaboré R et al. L'éclampsie en Réanimation : épidémiologie et pronostic au CHU Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou. Rev. Afr. Anesth. Méd. Urg. 2014, Tome 19, n°1, 8P
- 20- Goffinet F. Epidémiologie sur la prééclampsie. Ann. Fr. Anesth. Réanim. 2010 ; 29 : 7-12

Tableau : Répartition des patientes selon le nombre de CPN, le moment de survenue de la crise, le traitement anticonvulsivant institué.

	Effectif	Fréquence
Consultation prénatales		
Absence de CPN	28	70,0
1-3 Consultation prénatales	12	30,0
Moment de survenue de la crise		
Antépartum	15	37,5
Perpartum	2	5,0
Postpartum	23	57,5
Anticonvulsivant Utilisés		
Sulfate de magnésium	37	92,5
Diazépam	3	7,5

**Conflit d'intérêt :** Les auteurs déclarent qu'il n'y a aucun conflit d'intérêt dans ce travail.