

PREECLAMPSIE : ASPECTS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES, CLINIQUES, PRISE EN CHARGE ET PRONOSTIC A LA MATERNITE DE L'HOPITAL REGIONAL DE LABE-GUINEE.

M.H. DIALLO, A. DIALLO, F.B. DIALLO, A.B. BARRY, M. DIAKITÉ, I.S. BALDE, T. SY, F.B. DIALLO, N. KEITA

RESUME

Introduction : La prééclampsie est une importante cause de morbidité et de mortalité maternelles et périnatales.

Objectifs : Ils étaient de décrire les aspects sociodémographiques, cliniques, la prise en charge et d'évaluer le pronostic maternel et fœtal.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude transversale avec recrutement prospectif qui s'est déroulée à la maternité de l'hôpital régional de Labé sur une période de 6 mois allant du 04 Avril au 04 Octobre 2022.

Résultats : Nous avons enregistré 93 cas de prééclampsie sur un total de 684 consultations obstétricales soit une fréquence de 13,60%. L'âge moyen des patientes concernées était de 25,63±6,66 ans. Elles étaient pour la plupart ménagères (59,14%), mariées (100%), primigestantes (34,41%), de provenance urbaine (65%). Les motifs de consultation étaient dominés par les céphalées (87%), les vertiges (89,25%), la douleur épigastrique en barre (72,04%), les œdèmes aux membres inférieurs (68,81%) et les troubles visuels (31,18%). La protéinurie était supérieure à 1g/24 h dans 78,5% des cas. Le traitement a reposé essentiellement sur l'administration du sulfate de magnésie (83,87%), de la nifédipine (81,72%) et de l'alpha méthyl dopa (36,60%). Les complications maternelles étaient dominées par l'éclampsie (15,05%) et l'hématome rétro placentaire (2,15%) et celles fœtales par la prématurité (16,12%), le retard de croissance intra-utérin (12,90%) et la mort fœtale in utéro (12,90%). Le taux de césarienne était de 35,48%. Le taux de létalité maternelle observé était de 2,15% et la létalité périnatale était de 22,58 %.

Conclusion : La fréquence de la prééclampsie était élevée. Les complications étaient graves responsables de morbidité et de mortalité maternelles et périnatales.

Mots-clés : Pré éclampsie ; Complications ; Pronostic ; Guinée.

INTRODUCTION

La prééclampsie est une pathologie propre à la grossesse définie par une hypertension artérielle gravidique (pression artérielle systolique supérieure ou égale à 140 mm Hg et/ou une pression artérielle diastolique supérieure ou égale à 90 mm Hg) associée à une protéinurie significative (0,3g/24 h) apparaissant au-delà de la 20^{ème} semaine d'aménorrhée et avant la 6^{ème} semaine du post partum chez une gestante normo tendue. Il s'agit d'une importante cause de

Tirés à part : Mamadou Hady DIALLO, Maître de Conférences Agrégé, Gynécologue-Obstétricien. Hôpital National Donka, CHU Conakry. BP :234. Tel : +224628037115 Email: hadydiallo2002@yahoo.fr

SUMMARY

Preeclampsia: socio-demographic, clinical aspects, management and prognosis at the maternity of Labe-Guinea Regional Hospital.

Introduction : Preeclampsia is a major cause of maternal and perinatal morbidity and mortality.

Objectives : It were to describe the sociodemographic, clinical aspects, management and to evaluate the maternal and fetal prognosis.

Methodology : We carried out a cross sectional study with prospective recruitment at the maternity of the Labé Regional Hospital during a 6 months period from April 4th to October 4th, 2022.

Results: We recorded 93 cases of preeclampsia among 684 obstetric admissions, representing a frequency of 13.60%. The average age of patients concerned was 25.63 6.66 years. They were mostly housewives (59.14%), married (100%), primigravida (34.41%), from urban areas (65%). The presenting symptoms were dominated by headaches (87%), dizziness (89.25%), epigastric bar pain (72.04%), the lower limbs edema (68.81%) and visual disturbances (31.18%). Proteinuria was more than 1 g/24 h in 78.5% of cases. The treatment was essentially based on the administration of magnesia sulfate (83.87%), nifedipine (81.72%) and alphamethyl dopa (36.60%). Maternal complications were dominated by eclampsia (15.05%) and retroplacental hematoma (2.15%) while fetal complications by prematurity (16.12%), intrauterine growth retardation (12.90). % and intra-uterine fetal death (12.90%). The caesarean section rate was 35.48%. The observed maternal case fatality rate was 2.15% and the perinatal case fatality rate was 22.58%.

Conclusion : the frequency of preeclampsia was high. Complications were severes, leading to maternal and perinatal morbidity and mortality.

Keywords: Preeclampsia; Complications; Prognosis; Guinea.

morbidity et de mortalité maternelles et périnatales [1].

Les complications maternelles (éclampsie, hématome rétro-placentaire, HELLP syndrome, accident vasculaire cérébral, œdème aigu du poumon, insuffisance rénale aiguë, coagulation intravasculaire disséminée, rupture hémorragique du foie, décollement de la rétine) et périnatales (retard de croissance intra-utérin, mort fœtale in utéro, mort néonatale précoce) périnatale sont fréquentes [2-3].

DIALLO M.H., DIALLO A., DIALLO F.B., BARRY A.B., DIAKITÉ M., BALDE I.S., SY T., DIALLO F.B., KEITA N. Prééclampsie: aspects socio-démographiques, cliniques, prise en charge et pronostic à la maternité de l'Hôpital Régional de Labé - Guinée. Journal de la SAGO, 2024, vol.25, n°2, p.25-29.

En guinée une étude réalisée à la clinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique de l'Hôpital National Donka du CHU de Conakry sur une série de 226 patientes hypertendues a rapporté 150 cas de prééclampsie soit 66% [4]. La prévalence élevée de la prééclampsie, la gravité des complications maternelles et fœtales ainsi que les difficultés liées à sa prise en charge ont motivé la réalisation de ce travail dont les objectifs étaient de décrire les aspects sociodémographiques, cliniques, la prise en charge des patientes concernées et d'évaluer le pronostic maternel et fœtal.

I. METHODOLOGIE

Il s'agissait d'une étude descriptive à recrutement prospectif qui s'est déroulée à la Maternité de l'Hôpital Régional de Labé (Maternité de niveau II de la pyramide sanitaire de notre pays) sur une période de 6 mois du 04 Avril au 04 octobre 2022.

Critères d'inclusion : nous avons inclus dans cette étude les patientes répondant aux critères de définition de la prééclampsie ayant accepté l'hospitalisation et la participation à l'étude.

Critères de non inclusion : les critères de non inclusion étaient les antécédents d'hypertension artérielle (HTA) chronique ; la prééclampsie surajoutée, l'HTA découverte avant 20 SA ; antécédents de maladie rénale chronique (MRC).

Les variables d'étude étaient qualitatives et quantitatives. Elles portaient sur les caractéristiques sociodémographiques, cliniques, thérapeutiques et pronostiques.

La population d'étude était constituée par l'ensemble des admissions obstétricales et nous avons procédé à un recrutement exhaustif de tous les cas répondant aux critères d'inclusion.

Une fiche d'enquête préalablement établie nous a servi de support pour la collecte des données. Les données recueillies ont été saisies à l'aide du logiciel EPI info version 7.2.2.

Considérations éthiques : l'accord des autorités hospitalières a été obtenu ainsi que le consentement éclairé des patientes. L'anonymat et la confidentialité ont été respectés.

II RESULTATS

1. Fréquence

Nous avons enregistré 93 cas de prééclampsie sur un total de 684 consultations obstétricales soit une fréquence de 13,60%.

2. Aspects sociodémographiques

Age : les patientes de la tranche d'âge 15-25 ans et 26-35 ans étaient les plus représentées respectivement 40,86% et 45,16%. L'âge moyen était de 25,63 ±6,66 avec des extrêmes de 15 et 40 ans.

Profession : plus de la moitié des patientes étaient ménagères (59,14%).

Statut matrimonial : les gestantes étaient mariées (100%) dans cette série.

Mode d'admission : la plupart des patientes étaient des évacuées (68,82%).

Provenance : la plupart des patientes provenaient des zones urbaines soit 65% contre 35% de celles provenant des zones rurales.

Niveau d'instruction : la plupart des patientes étaient non scolarisées (92,56%).

Gestité : les primigestes étaient les plus touchées (34,41%).

3. Aspects cliniques

Tableau I : Répartition des patientes selon les motifs de consultation

Motifs de consultation	Nombre	Pourcentage (%)
Céphalées	87	93,55
Vertiges	83	89,25
Douleur épigastrique en barre	67	72,04
Œdèmes des membres inférieurs	64	68,81
Troubles visuels	33	35,48
Bourdonnements d'oreilles	25	26,89
Bouffissure du visage	20	21,50

Facteurs de risque : la primigestité représentait 34,41% l'obésité a été retrouvée dans 19,20% et les antécédents familiaux d'hypertension artérielle dans 17,20%.

Nombre de consultation prénatale (CPN) : la plupart des gestantes avaient bénéficié entre 1 et 3 CPN soit 59,41% et 28,82% n'avaient bénéficié d'aucune CPN.

Age gestationnel : La prééclampsie a été retrouvée avant terme (37 SA) chez 42 patientes soit 45,16%, l'âge gestationnel moyen au diagnostic était de 31,2 semaines d'aménorrhée (SA) avec des extrêmes de 24 et 38 SA.

La protéinurie était supérieure à 1 g /24 h dans 78,5% des cas

4. Prise en charge

Tableau II : Répartition des cas selon les médicaments reçus

Médicaments	Nombre	%
Sulfate de magnésium	78	83,87
Nifédipine	76	81,72
Méthylidopa	34	36,6
Bétaméthasone	31	33,33

Le sulfate de magnésium a été utilisé selon le protocole de Pritchard et les antihypertenseurs ont été administrés en fonction des chiffres tensionnels. La corticothérapie anténatale était assurée par l'administration de 12 mg de Bétaméthasone en intramusculaire renouvelée 12 h après la dernière injection. Dans plus de la moitié des cas (53,76%), le score de Bishop (indice du déclenchement) était inférieur à 7. L'accouchement par les voies naturelles était réalisé dans 64,52% et la césarienne dans 35,48%

5. Pronostic

Les complications maternelles étaient dominées par l'éclampsie (15,05%) et l'hématome rétroplacentaire (2,15%). Celles fœtales étaient représentées par la prématurité (16,12%), le retard de croissance intra-utérin (12,90%) et la mort fœtale in utero (12,90%). Le taux de létalité maternelle observée était de 2,15% et la létalité périnatale était de 22,58 %.

III.DISCUSSION

1. Fréquence

Notre fréquence est plus élevée (13, 60%) que celle rapportée par Villa PM et al qui avaient rapporté une fréquence de 9,5% [5]. Sentilhes et al ont rapporté dans leur étude 3–5 % des grossesses à travers le monde, dont 40 000 femmes concernées chaque année en France [6]. Au Maroc, Benfateh et al ont rapporté une fréquence de 6,66 % au Maroc [7]. Cette fréquence élevée dans notre série pourrait s'expliquer par le fait que la maternité de l'Hôpital Régional de Labé est une structure de recours des hôpitaux préfectoraux de la région et des différents centres de santé des districts sanitaires de Labé destinée à recevoir les complications obstétricales survenant dans ces structures périphériques.

2. Caractéristiques sociodémographiques

Par rapport à l'âge nos résultats sont proches de ceux de Grum et al. qui ont rapporté un âge moyen de 25,42 ±5,33 avec prédominance dans la tranche d'âge de 20-34 ans [3]. Ye et al ont rapporté un âge moyen de 29,20 ±3,52 ans avec une fréquence élevée dans la tranche d'âge 19-39 ans [8]. Notre résultat pourrait s'expliquer par le fait que cette tranche d'âge correspond à la période d'activité génitale intense pour la reproduction.

Concernant le statut matrimonial toutes nos patientes étaient mariées. Grum et al ont rapporté 74,7 % de mariées [3]. Ce taux dans notre série pourrait s'expliquer par 2 raisons :

- d'une part la précocité du mariage et l'attachement de cette population aux coutumes et à la religion,
- d'autre part une grossesse contractée hors mariage est considérée comme un sentiment de déshonneur familial.

Quant au mode d'admission la plupart de nos patientes étaient des évacuées. Diouf AA et al avaient rapporté une proportion élevée d'évacuées (82,3%) [9]. La fréquence élevée d'évacuations obstétricales dans notre série pourrait s'expliquer par la gravité des complications et le fait que la maternité de l'hôpital régional de Labé est un centre de niveau II destiné à recevoir les complications obstétricales survenant dans la région.

S'agissant de la gestité les primigestes étaient les plus nombreuses. Thangaratnam et al avaient rapporté que plus de la moitié des patientes dans une étude était des primigestes (58%) [10].

3. Aspects cliniques

Sur le plan clinique la symptomatologie était dominée par les céphalées, les vertiges, la douleur épigastrique en barre, les œdèmes des membres inférieurs, les troubles visuels et les bourdonnements. Ces symptômes étaient en rapport avec la sévérité de la prééclampsie comme décrits dans la littérature [6]. Les facteurs de risque les plus fréquemment retrouvés étaient la primigestité, l'obésité et les antécédents familiaux d'hypertension artérielle. Ce constat a déjà été fait en Guinée Par Bah et al à la maternité de l'Hôpital National Donka du CHU de Conakry [4]. Benfateh et al. ont rapporté comme facteurs de risque la primigestité dans 57,61 %, l'obésité dans 15,21% et l'hypertension artérielle dans 5,73% [7]. Kichou B et al avaient rapporté comme facteurs de risque fréquemment rencontrés la primigestité, l'obésité et l'hypertension artérielle gestationnelle [11].

Par rapport au suivi prénatal plus de la moitié des patientes avaient bénéficié entre 1 et 3 CPN mais ces CPN n'étaient pas de bonne qualité pour la plupart la tension artérielle n'était pas prise et la protéinurie non dosée lors des consultations prénatales. Diouf et al avaient rapporté dans leur série une proportion de 82,3% de grossesses mal suivies [9].

L'âge gestationnel moyen au diagnostic était de 31,2 SA avec des extrêmes de 24 et 38 SA. Dans une étude réalisée à Casablanca l'âge gestationnel moyen au dépistage était de 30,9 SA avec un risque de prématurité de 27,19% [7]. Dayer et al ont rapporté une apparition précoce de la prééclampsie pour la plupart avant 34 semaines d'aménorrhée associée à une morbidité et une mortalité maternelle et périnatale élevée [13].

4. Prise en charge

Le meilleur traitement de la prééclampsie reste la terminaison de la grossesse c'est à dire le traitement obstétrical [6]. Dans cette série le taux de césarienne était élevée (35,48%). Ceci pourrait s'expliquer par le mauvais score de Bishop ne facilitant pas l'induction artificielle du travail d'accouchement et la nécessité impérieuse d'obtenir une évacuation utérine urgente et impérative seule capable d'améliorer le pronostic maternel et fœtal. Le taux de césarienne pour Carles G et al était de 44% [14]. Les médicaments les plus utilisés étaient le sulfate de magnésium, la nifédipine et l'alpha methyl dopa. Pour Kichou et al. les médicaments les plus utilisés étaient la nicardipine, l'alpha methyl dopa et les bêtabloquants [11].

5. Pronostic

Sur le plan pronostique les complications maternelles étaient dominées par l'éclampsie et l'hématome rétro placentaire. La gravité de ces complications était responsable de la sévérité du pronostic. Kichou et al ont rapporté un taux élevé de complications aiguës maternelles dominées par l'éclampsie, l'hématome rétroplacentaire, le HELLP syndrome et l'insuffisance rénale aiguë. [11]. Les complications fœtales étaient marquées par la prématurité, le retard de croissance intra-utérin et la mort fœtale in utéro. Carle et al ont rapporté 14% de retard de croissance intra-utérin et 40% de prématurité.

Le taux de létalité maternelle observée et la létalité périnatale étaient élevés dans cette étude. Ceci pourrait s'expliquer par la gravité des complications et la faiblesse du plateau technique.

CONCLUSION

La fréquence de la prééclampsie était élevée dans la région de Labé. Les manifestations cliniques étaient variées et le traitement médical essentiellement basé sur l'administration du sulfate de magnésie et les antihypertenseurs. Le meilleur traitement reste l'accouchement avec un taux de césarienne élevée. Les complications étaient graves responsables de morbidité et de mortalité maternelle et périnatale non négligeables.

Conflits d'intérêt : *les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.*

REFERENCES

1. **SFAR/CNGOF** : Prise en charge de la patiente avec une pré-éclampsie sévère. Recommandations Formalisées d'Experts commune SFAR/CNGOF, 2020 ; 1-38.
2. **Aya AGM, Vialles N, Ripart J.** Anesthésie et prééclampsie. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation, 2010 ; 29 (5): 141-147.
3. **Grum T, Seifu A, Abay M, Angessom T, T. segay L.** Determinants of preeclampsia/ Eclampsia among women attending delivery Services in Selected Public Hospitals of Addis Ababa, Ethiopia: a case control study. BMC Pregnancy and Childbirth. 2017. 17, 307: 22-7.
4. **Bah A.O., Diallo M.H., Diallo A.A.S., Keita N., Diallo M.S.** Hypertension artérielle et grossesse aspects épidémiologiques et facteurs de risque. Médecine d'Afrique Noire : 2000, 47 (10) : 420-25.
5. **Villa PM, Marttinen P, Gillberg J, Lokki AI, Majander K, Ordén M-R,** et al. Cluster analysis to estimate the risk of preeclampsia in the high-risk Prediction and Prevention of Preeclampsia and Intrauterine Growth Restriction (PREDO) study. PLoS ONE 2017 12(3): e0174399. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0174399>.
6. **Hourbracq M, Mattuizzi A, Houssin C, Prier P** et al. Chapitre 11 : Obstétrique pour le praticien Chapitre 11 : Hypertension artérielle et grossesse. 7ème édition Paris Elsevier-Masson 2022. 197-212.
7. **Benfateh M, Cissoko S, Boufettal H, Feige JJ, Samouh N, Aboussaouira T, Benharouga M, Alfaidy N.** Risk factors and poor prognostic factors of preeclampsia in Ibn Rochd University Hospital of Casablanca: about 401 preeclamptic cases. Pan Afr Med J. 2018 Dec 6;31:225. doi: 10.11604/pamj.2018.31.225.14401. eCollection 2018.

8. **YeY, Zhou Q, Feng L, Wu J, Xiong Y, Li X.** Maternal serum bisphenol A levels and risk of pre-eclampsia: a nested case-control study. *Eur J Public Health.* 2017 Dec 1;27(6):1102-1107. doi: 10.1093/eurpub/ckx148.
9. **Diouf AA, Diallo M, Mbaye M, Sarr SD, Faye-Diémé ME, Moreau JC, Diouf A.** Epidemiological profile and management of eclampsia in Senegal: about 62 cases *Pan Afr Med J.* 2013 Nov 6;16: 83. doi: 10.11604/pamj.2013.16.83.3101.
10. **Thangaratinam S, Allotey J, Marlin N, Mol BW, Von Dadelszen P, Ganzevoort Wet al.** Development and validation of Prediction models for Risks of complications in Early-onset Pre-eclampsia (PREP): a prospective cohort study. *Health Technol ASSES.* 2017 Apr;21(18):1-100. doi: 10.3310/hta21180.
11. **Kichou B, Henine N, Kichou L, Benbouabdellah M.** Epidemiology of pre-eclampsia in Tizi-ouzou city Algeria. *Ann Cardiol Angeiol (Paris)* 2015 Jun;64(3):164-8. doi: 10.1016/j.ancard.2015.04.004.
12. **Powe CE, Levine RJ, Karumanchi SA.** Preeclampsia, a disease of the maternal endothelium: the role of anti-angiogenic factors and implications for later cardiovascular disease. *Circulation.* 2011;123(24):1-3.
13. **Dayer ML, Vocat A, Ditisheim A, Pechère-Bertschi A.** Pronostic réno-vasculaire de la prééclampsie chez la mère et l'enfant. *Rev Med Suisse.* 2013; 9: 1628-1632.
14. **Carles G, Helou J, Dallah F, Ibrahim N, Alassas N, Youssef M** Use of injectable urapidil in pregnancy-induced hypertension and preeclampsia. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2012 Nov;41(7):645-9. doi: 10.1016/j.jgyn.2012.05.003.