

ECLAMPSIE AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE LA MERE ET DE L'ENFANT DE N'DJAMENA

G. B. MADOUÉ, A. SALEH, B. NAMINOU

RESUME

Introduction : L'éclampsie est un accident paroxystique aigu caractérisé par un état convulsif survenant par accès, à répétition suivi d'un état comateux, survenant pendant la grossesse, l'accouchement ou le post-partum.

Objectif : il était d'évaluer la prise en charge d'éclampsie.

Patientes et méthodes : Il s'agissait d'une étude transversale descriptive d'une durée de 10 mois allant du 1^{er} Juin 2021 au 31 Mars 2022 portant sur aspects épidémiologiques, clinique et thérapeutique de l'éclampsie au centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant de N'Djamena (CHUME). Les variables étudiées étaient : épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. Les données ont été collectées sur une fiche sur une fiche d'enquête remplie pour chaque patiente. Nous avons utilisé les logiciels Word et logiciel SPSS18.0.

Résultats : Nous avons enregistré 137 cas d'éclampsie sur 1837 admissions soit une fréquence de 7,4 %. La tranche d'âge de 15 à 20 ans représentait 63,5%. Les patientes ayant réalisé entre 1-3 consultations prénatales représentaient 48,2%. La crise était survenue en per partum chez 6.9% des patientes. Les patientes ayant eu 4 crises représentaient 28,5%. La protéinurie massive 3+++ était retrouvée dans 63,5%. A l'admission, toutes les patientes ont bénéficié d'un anticonvulsivant associé parfois à un antihypertenseur. Le sulfate de magnésium était administré chez toutes les parturientes. Le taux de césarienne était de 43,8%. Nous avons noté 7 décès maternel soit 5,1%. Du côté fœtal nous avons rapporté 11,9% de mort fœtale intra utérine et 16,1% de prématurité.

Conclusion : L'éclampsie est fréquente au Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant de N'Djamena. La meilleure stratégie de lutte passe par la sensibilisation des patientes pour la pratique de consultation prénatale et une prise en charge dans une structure de référence.

Mots-clés : Eclampsie ; Traitement ; Pronostic ; Tchad.

SUMMARY

Eclampsia in N'Djamena Mother and Child University Hospital.

Introduction : Eclampsia is an acute paroxysmal event characterized by repeated convulsive seizures followed by a comatose state, occurring during pregnancy, childbirth or the postpartum period.

Objective : it was to evaluate the management of eclampsia.

Patients and methods : This was a transversal and descriptive study covering a period of 10-month period from June 1st, 2021 to March 31st, 2022, focusing on the epidemiological, clinical and therapeutic aspects of eclampsia in N'Djamena Mother and Child University Hospital (NMCUH). The studied were: epidemiological, clinical and therapeutic. Data were collected on a survey form completed for each patient. We used Word and SPSS18.0 software.

Results : We recorded 137 cases of eclampsia out of 1837 admissions, a frequency of 7.4%. The 15-20 age group accounted for 63.5%. Patients with 1-3 prenatal cares accounted for 48.2%. Intrapartum seizures occurred in 56.9% of patients. Patients with 4 attacks accounted for 28.5%. Massive proteinuria 3+++ was present in 63.5%. On admission, all patients received an anticonvulsant, sometimes combined with an antihypertensive. Magnesium sulfate was administered to all parturient. The caesarean section rate was 43.8%. We noted 7 maternal deaths (5.1%). On the fetal side, we reported 11.9% intra uterine fetal death and 16.1% prematurity.

Conclusion : The management of eclampsia is common at the N'Djamena Mother and Child University hospital. The best strategy to control eclampsia is to make patients aware of the need to undergo prenatal cares, and to manage eclampsia in a reference level.

Keywords: Eclampsia; Treatment; Prognosis; Tchad.

Tirés à part : Gabkika Bray Madoue.
Email: kickbray@yahoo.fr

MADOUÉ G.B., SALEH A., NAMINOU B. Eclampsie au Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant de N'Djamena. Journal de la SAGO, 2024, vol.25, n°2, p.46-50.

INTRODUCTION

L'éclampsie est un accident paroxystique aigu caractérisé par un état convulsif survenant par accès, à répétition suivi d'un état comateux, survenant pendant la grossesse, l'accouchement ou le post-partum [1,2]. La prévalence est estimée entre 0,5 à 1 pour 1000 dans les pays développés [3] en Afrique. La gravité de ce syndrome réside dans la possibilité de survenue de complications sévères pouvant être neurologiques, cardio-respiratoires, hépatiques et ou rénales. Ainsi le pronostic maternel et fœtal dépend de la précocité du diagnostic et de la prise en charge adéquate par une équipe multidisciplinaire [4]. Une étude menée au Tchad, montre un taux de mortalité maternelle estimé à 1089 pour 100000 naissances avec une proportion importante des maladies hypertensives notamment l'éclampsie avec une prévalence de 2,5% [5]. La survenue de l'éclampsie motive la mobilisation des soins obstétricaux d'urgence dans l'optique de réduire les complications et améliorer ainsi le pronostic materno-fœtal [6]. Notre objectif était d'évaluer la prise en charge d'éclampsie et mettre en exergue l'impact de l'éclampsie sur les morbidités et mortalités maternelle et fœtale au centre hospitalier universitaire de la mère et de l'enfant (CHU-ME) de N'Djamena.

I. PATIENTES ET METHODES

Il s'agissait d'une étude prospective, descriptive étalée sur une durée de 10 mois allant du 1er juin 2021 au 31 mars 2022 portant sur aspects épidémiologiques, clinique et thérapeutique de l'éclampsie au centre hospitalier universitaire de la Mère et de l'Enfant (CHU-ME) de N'Djamena. Nous avons inclus dans cette étude Toute patiente admise pour crise convulsive survenue durant la grossesse (terme \geq 20 semaines d'aménorrhée), l'accouchement et le post-partum et ayant accepté de participer à l'étude. Les variables étudiées étaient : épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. Les données ont été collectées sur une fiche sur une fiche d'enquête remplie pour chaque patiente. Nous avons utilisé les logiciels Word et logiciel SPSS18.0.

II. RESULTATS

Nous avons enregistré 137 cas d'éclampsie sur 1837 admissions soit une fréquence de 7,4 %. La tranche d'âge de 15 à 20 ans représentait 63,5% des cas (Tableau I). La moyenne d'âge était de 22,2 ans avec des extrêmes de 14 et 50 ans.

Tableau I: Répartition des patientes selon la tranche d'âge

Tranche d'âge (ans)	n	Pourcentage (%)
15 à 20	87	63,5
21 à 30	33	24,1
31 à 40	15	10,9
41 à 50	2	1,5
Total	137	100

Nous avons noté que 78 (56,9%) patientes étaient conduites par les parents. Les restes (n=57 soit 43,1%) étaient référés. En tenant compte de la provenance, 92% (n=126) des patientes résidaient à N'Djamena. Parmi les patientes scolarisées on a noté 33,6% (n=46) de niveau secondaire, 32,1% (n=44) de niveau primaire, et 13,9% (n=19) de niveau supérieur. Les patientes non scolarisées représentaient 20,4% (n=27).

Nous avons observé que 27 patientes (19,7%) avaient un antécédent de HTA et 16 patientes (11,7%) avec antécédent de pré éclampsie. Les patientes ayant réalisé entre 1-3 CPN représentaient 48,2% (Tableau II).

Tableau II : Répartition selon le nombre de consultations prénatales (CPN)

Nombre de consultation prénatale	n	%
0	25	18,2
1-3	66	48,2
>4	46	33,6
Total	137	100

Les nullipares étaient plus représentées avec 53,3% (n=73), suivies par les primipares multipares et paucipares avec respectivement 18,2%(n=25), 16,8% (n=23) et 11,7% (n=16). La crise convulsive était le principal motif d'admission avec 69,3%, suivies par la perte de connaissance et céphalées avec respectivement 16,8% (n=23) et 12,4 (n=17). La crise était survenue en per partum chez 56.9% des patientes. Trente patientes (21,9%) ont eu leur crise dans la période ante partum et 29 (21,2%) dans la période post partum.

Chez les patientes chez qui la crise convulsive est survenue durant la période ante partum et post partum, nous avons constaté que les patientes à terme (\geq 37SA) représentaient 54% (n=74) suivies par celles ayant un terme compris entre 28-33SA+ jours et terme dans l'intervalle de 34-26SA+ jours avec respectivement 16,8% (n=23) et 7,7% (n=11). Les patientes ayant eu 4 crises convulsives représentaient 28,5% (Tableau III).

Tableau III : Répartition selon le nombre de crises convulsives avant l'admission

Nombre de crise convulsive	n	%
Une	3	2,2
Deux	27	19,7
Trois	34	24,8
Quatre	39	28,5
Cinq et plus	34	24,8
Total	137	100

La protéinurie massive 3+++ était retrouvée dans 63,5%. Les patientes avec PAS comprise entre 140-160 mm Hg représentaient 63.5%. La pression artérielle diastolique comprise entre 90 -110 était la plus représentée (61.3%) (Tableau IV).

Tableau IV: Répartition selon la protéinurie et pression artérielle

Protéinurie et pression artérielle		n	%
BU	2++	46	33,6
	3+++	87	63,5
	≥3 +++++	4	2,9
PAS (mmHg)	140 à 160	87	63,5
	161-190	45	32,8
	<190	5	3,6
PAD (mm Hg)	140 à 160	87	63,5
	161-190	45	32,8
	<190	5	3,6

BU : Bandelette urinaire

PAS : Pression Artérielle Systolique

PAD : Pression Artérielle Diastolique

A l'admission, toutes les patientes ont bénéficié d'un anticonvulsivant associé parfois à un antihypertenseur. Vingt-trois patientes ont bénéficié d'une corticothérapie utilisant le bétaméthasone à raison de 12mg en IM renouvelé 24h plus tard. Le sulfate de magnésium était administré chez toutes les parturientes. L'alpha méthyl dopa était utilisé dans 44,5% (Tableau V).

Tableau V : Répartition selon le traitement médical

Traitement médical	Molécules	n	%
Anti convulsivants	Sulfate de magnésium	137	100
	Diazépam	6	4,2
Anti hypertenseurs	α Methyl dopa	61	44,5
	Nicardipine	42	30,7

Chez 108 patientes, nous avons décidé d'emblée de provoquer l'accouchement par voie basse ou par césarienne chez toutes les patientes à terme.

En fonction du nombre des convulsions nous avons décidé de poursuivre la grossesse chez 11 patientes soit 7,7 % qui ont eu une seule crise convulsive. Cent quatre patientes (75,8%) ont accouché après admission, dont 32% (n=44) par voie basse et 43,8% (n=60) par césarienne.

Nous avons noté 7 décès maternel soit 5,1%. Trois patientes (2,2%) ont présenté une complication à type de coagulation intra vasculaire disséminée (CIVD) et deux patientes un œdème aigue du poumon (1,5%). Dix-sept fœtus (11,9%) étaient morts in utéro. Nous avons enregistré 10 décès de nouveau nés à la première semaine de vie (7,3%). Vingt-trois (16,1%) étaient prématuré.

III. DISCUSSION

Dans cette série, nous avons trouvé une fréquence hospitalière de 7,5%. Cette fréquence est comparable à celle de Souleyman [7] à Kayes au Mali en 2018 qui rapporte une fréquence de 7,1%. Cependant elle est supérieure à celles de Thiam et al [8] au Sénégal en 2020, Saizounou [9] au Benin en 2010 et Ouattara [10] à Ouagadougou au Burkina Faso en 2013 qui notent une fréquence comprise entre 1,03% et 3,7%. Le statut du CHUME pourrait expliquer notre résultat. En effet, le CHUME est le centre de référence en matière de santé de reproduction dans la ville de N'Djamena. Ce qui motive les références des structures de niveau inférieur pour la prise en charge des urgences obstétricales.

En tenant compte de l'âge nous avons constaté que les patientes dans la tranche d'âge de 15-20 ans représentaient 63,5%. L'âge moyen était de 22,2 ans. Ce taux est comparable à celui de Pambou [11] qui note 65% des patientes âgées entre 15-20ans. Keita et al [12] et Dembélé [13] rapportent respectivement 48% et 50, 8% des patientes âgées entre 20-25 ans. Notre résultat rejoint les constatations selon lesquelles l'adolescence constitue un facteur de risque de l'éclampsie [10,14]. Il existe d'autres facteurs favorisant la survenue de l'éclampsie parmi lesquels se trouve la primigestité [15]. Ceci reste valable dans notre série où 62% des patientes étaient primigestes. Ce taux est proche de ceux de Cissé [6] et Keita et al [12] qui notent respectivement 68% et 65% de primigestes.

Concernant la fréquentation de la consultation prénatale, nous notons que 18,2% n'avaient fait aucune CPN. Les patientes ayant fait entre 1 et 3 CPN représentaient 48,2%. Selon les données de la littérature [1,16], la fréquentation de la consultation est une opportunité permettant de dépister les complications obstétricales notamment la maladie hypertensive. La prise en charge de ces pathologies en amont permet d'éviter l'évolution vers l'éclampsie qui en est une morbidité grave. Ce taux élevé de mauvais suivi de la grossesse rime avec un taux élevé de mauvaise scolarisation. Ce taux élevé de mauvais suivi de la grossesse rime avec un bas niveau de scolarisation. Nous notons que 31,2% des patientes étaient de niveau secondaire contre 13,9% de niveau universitaire. Il en est de même au Mali où Dembélé [13] note 54% de patientes étaient de niveau primaire contre 12% de niveau secondaire. En effet l'absence de scolarisation ou un faible niveau de scolarisation sont des facteurs limitant la compréhension sur les avantages des visites prénatales. Selon le mode d'admission nous avons noté 56,9% des patientes étaient conduites par leur famille. Keita et al [12] par contre note plus de patientes référées représentant 69% des éclamptiques. Notre résultat serait imputé à l'attitude des familles devant une situation urgente. En effet dans la ville de N'Djamena, il existe peu de structures offrant tous les soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets. Ces soins sont offerts par la maternité du CHUME. C'est ce qui

oblige les parents à recourir à cette structure en face de pathologie jugée grave d'emblée.

L'hypertension artérielle systolique a été retrouvée dans 63,5% de cas avec des extrêmes de 140 et 160mmHg. Elle était sévère dans 32,8% des cas.

L'hypertension artérielle diastolique qui était le plus souvent associée à cette hypertension artérielle était sévère dans 38% des cas avec des extrêmes de 110 et 140mmHg.

La valeur moyenne de chiffres était de 170/110mmHg. Cissé et al [6] au Sénégal ont rapporté une tension artérielle moyenne de 160/100mmHg. Dembélé [13] quant à lui a rapporté une tension artérielle moyenne de 177/114mmHg. Nos valeurs sont superposables à celle de ces auteurs [6,7].

Dans notre série, 43,8% de nos patientes ont accouché par césarienne. Il s'agit de patientes admises le plus souvent en phase de latence avec des chiffres tensionnels instables associés le plus souvent à une SFA. Dembélé [13], Cissé [6] rapportent des taux de césarienne nettement supérieurs aux nôtres respectivement 64,6% et 50%. Ce résultat pourrait s'expliquer par le caractère urgent de l'éclampsie qui appelle à une action rapide dans la prise en charge pour améliorer le pronostic.

Pour ce qui est des autres traitements, un traitement médical est institué à toutes nos patientes. A l'absence de protocole clairement défini dans le centre, ce traitement associe plusieurs médicaments. Il s'agit d'antihypertenseurs, d'anticonvulsivant en cas de crises convulsives. Les principaux antihypertenseurs utilisés ont été la Nicardipine (Loxen®) et la Clonidine (Catapressan®). Le sulfate de magnésium a été l'anti-convulsivant le plus utilisé.

Ces principaux médicaments sont également rapportés par plusieurs auteurs [6, 17,18].

Dans notre série nous avons rapporté 3,9% des complications maternelles. Ce taux est largement inférieur à celui de Kampo [19] qui rapporte 34% des complications. Nous avons enregistré dans notre série 11,4% de décès. Ces décès sont survenus dans le contexte de défaillance multiviscérale, ayant nécessité de moyen de réanimation lourds. Des taux nettement supérieurs aux nôtres sont rapportés dans la littérature [6,7,19]. Cissé et al [6] rapportent 17,9% de décès maternel, Dembélé [13] 15,4% tandis que Kampo [19] enregistre 12% de cas décès.

Notre taux de décès maternel comparé à ceux de la littérature pourrait s'expliquer par le nombre peu important d'éclampsie du post partum dont le pronostic est le plus souvent sombre [4,7,20].

Du côté fœtal, nous avons noté que 16,1% de prématuré et 11,9% de MFIU. S'agissant de la mortalité, nous avons noté un taux de 19,2%. Ce taux est supérieur à ceux de Keita et al [12] et de Elongi [21] qui rapportent respectivement 17% et 9,6% de taux mortinaissance.

Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que l'éclampsie qui est une complication de la pré

éclampsie sévère entraîne de complications fœtales à type de souffrance fœtale (aigue ou chronique) et retard de croissance intra utérin toutes capable d'assombrir le pronostic fœtal.

CONCLUSION

La gestion de l'éclampsie fait partie des activités courantes au CHUME. Les caractéristiques démographiques correspondent à des jeunes femmes, ayant pratiqué peu ou pas de consultations prénatales. La prise en charge fait recours aux moyens médicamenteux, obstétricaux et chirurgicaux. Partant de cette étude nous pouvons dire que la meilleure stratégie de lutte passe par la sensibilisation pour un suivi prénatal de qualité et une référence précoce pour une prise en charge dans une structure adéquate pouvant gérer les complications tant maternelles que fœtales.

Déclaration : tous les auteurs sont d'accord pour la soumission de ce travail. Il n'existe aucun conflit d'intérêt.

REFERENCES

1. **Merger R, Levy J, Melchor J.** Précis d'obstétrique. Paris :Masson ;2001.
2. **Lansac J, Berger C, Magnin G.** Précis d'obstétrique pour le praticien. Paris : Masson, 1997.
3. **Ramink.D Emergent care.** The prevention and management of eclampsia. *Obstet-Gynécol Clin.* 1999;26(3):489-502.
4. **Meziani F, Tesse A, Asfar P et al** De la toxémie gravidique à l'éclampsie : Physiologie. Société Française de réanimation. 2007; 16 :380-5.
5. **Foumsou L, Gabkika B M, Saleh A, Mémadji A.** Complication obstétricale chez les adolescentes de la maternité de l'hôpital général de référence national. *Revue Med Afrique Noire.* 2014 ; 6:109 :441-47.
6. **Cissé CT, Faye Diémé ME, Ngabo D, Mbaye M, Diagne PM, Moreau JC.** Indications thérapeutiques et pronostiques de l'éclampsie à l'hôpital universitaire de Dakar. *J Gynécol Obstet Biol Reprod* 2003; 32 (3): 239-45.
7. **Souleymane M.B. :** Eclampsie première cause de décès maternel dans le service gynéco-obstétrique à l'hôpital de Fouseyni DAOU de kayes(Mali) .[Thèse :Med]. Bamako: Université de Bamako ; 2018.
8. **Thiam M., Guèye L., Sylla L.C.,Mahamat A.B., Diop P., Ndiaye M.** Eclampsie : Aspect épidémiologique, diagnostique, thérapeutique et pronostiques u CHU de Thiès à propos de 146 cas. *Journal de la SAGO* 2020 ; 21 (2) :34-9.
9. **Saizonou J, Agueh V, Ouendo E, Belemou B, Makoutode M, Bazira L.** Issues maternelles, périnatales et ses facteurs associés à l'éclampsie à l'Hôpital de la Mère Enfant Lagune de Cotonou au Bénin. *Médecine Afr Noire* 2010;57(12):563–70.

10. **Ouattara A, Ouedraogo CM., Kain DP, Zamané H, Kiemtoré S, Sawadogo Y.** L'éclampsie au CHU-Yalgado de Ouagadougou. *Benin Médical* 2014;26 :316-23.
11. **Pambou O, Ekoundzola J.R, Malanda JP, Buambo S.** Prise en charge et pronostic de l'éclampsie au C.H.U. de Brazzaville à Propos d'une étude rétrospective sur 100 cas. *Méd Afrique Noire* 1999 ;1136 : 508-12.
12. **Keita M, Diallo BM, Samaké B, Fomba S, Dicko H, Goita 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 Méd* 2016;31(2) :253-9.
13. **Dembélé NF** Aspects cliniques de la crise d'éclampsie à l'hôpital Gabriel Touré de Bamako à propos de 65 cas. [Thèse :Med]. Bamako : Université de Bamako ;2015.
14. **Bah AO, Diallo MH, Diallo AAS, Keita N, Diallo MS.** HTA et grossesse: aspect épidémiologique et facteurs de risque. *Médecine d'Afrique noire* 2000 ; 47(10) :422-23.
15. **Akpdza K et Baeta S.** Eclampsie à la clinique de Gynéco– Obstétrique CHU TOKOIN – Lomé(TOGO). *Méd Afr Noire* 1997 ;18 :135-45.
16. **Launoy A et Jeany K.** Pré-éclampsie, éclampsie, HELLP syndrome: définitions, éléments de diagnostic et de prise en charge, 51e Congrès national d'anesthésie et de réanimation de paris ; 2020.
17. **Michal Fishel Bartal MD, Baha M, Sibai.** Eclampsia in the 21st century. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2022;226(2):S1237-1253.
18. **Diouf AA, Diallo M, Mbaye M, Sarr SD, Faye-Diémé ME, Moreau JC, Diouf A.** Prise en charge de l'éclampsie en à l'hôpital de Kaolak. *J Gynécologie Obstétrique* 2015 :57 : 256-64.
19. **Kampo M,Sogoba S,Kassogué D,Konaté I,Ongoiba O,Sissoko D,Sow Traoré Y,Dembélé K.** Pronostic maternel et périnatal de l'éclampsie à l'hôpital de Tombouctou au Mali. *The Pan African Medical Journal.* 36:175-82.
20. **Raphael V, Levasseur J.** *Eclampsie .EMC* : Elsevier Masson sas. Paris : Médecine d'urgence ,2007 25-070-B-20.
21. **Elongi JP, Tandu B, Spitz B, Verdonck F.** Influence de la variation saisonnière sur la prévalence de la pré-éclampsie à Butemba ; *J medial des grands lacs* 2016 ;14 :63-71.