

ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL HEMORRAGIQUE COMPLIQUANT UNE CRISE D'ECLAMPSIE AU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL DE PIKINE (CHNP) : À PROPOS D'UN CAS

A.A. DIOUF, A. NIASS, A. DIAKHATE, M. FALL, M. DIALLO, A. COULBARY, A. DIOUF

RESUME

La grossesse est classiquement considérée comme un facteur de risque d'accident vasculaire cérébral (AVC). Il existe, en effet, pendant la grossesse des modifications physiologiques susceptibles d'augmenter le risque d'événement vasculaire : état d'hypercoagulabilité, augmentation du débit cardiaque et du volume sanguin total et modifications de structure de la media artérielle.

Les accidents vasculaires cérébraux sont des accidents rares mais graves durant la grossesse le plus souvent secondaire une crise d'éclampsie. Le diagnostic positif repose essentiellement sur la neuro-imagerie avec réalisation d'une tomodensitométrie cérébrale à défaut d'une imagerie par résonance magnétique cérébrale. Ils sont responsables d'une mortalité et d'une morbidité élevée. Afin de contribuer à la prise en charge rapide et adéquate de cette pathologie, nous rapportons le cas d'un accident vasculaire cérébral hémorragique compliquant une crise d'éclampsie chez une primigeste de 32 ans porteuse d'une grossesse de 28 semaines d'aménorrhée.

Mots clés : Accident vasculaire cérébral, Eclampsie, Convulsion, Neuro-imagerie.

INTRODUCTION

La prééclampsie est la troisième cause de décès maternel en Afrique et la première dans les pays développés. C'est une maladie systémique spécifique de la grossesse affectant 2 à 10% des grossesses caractérisée par une grande variabilité inter-individuelle d'expression et une rapidité d'évolution vers des complications potentiellement mortelles [3]. Les formes graves de la prééclampsie sont définies par la sévérité de l'hypertension artérielle ou la gravité des lésions viscérales (œdème pulmonaire, insuffisance rénale, syndrome hemolysis-elevated liver enzyme-low platelets count, coagulopathie, hématome rétroplacentaire ou hépatique, éclampsie, accidents vasculaires cérébraux, retard de croissance ou mort fœtale in utero). Le dysfonctionnement endothélial, l'altération de l'autorégulation cérébrale, et l'hypertension sévère sont, probablement la cause de ces nombreuses complications notamment neurologiques dominées par l'éclampsie. Les accidents vasculaires cérébraux sont de survenue

Tirés à part : • A.A. Diouf, Service de Gynécologie-Obstétrique – Centre Hospitalier National de Pikine

SUMMARY

Hemorrhagic stroke complicating an eclampsia attack at the Pikine National Hospital (CHNP): a case report.

Pregnancy is classically considered to be a risk factor for stroke. There are, in fact, during pregnancy physiological changes that may increase the risk of a vascular event: hypercoagulable state, increased cardiac output and total blood volume and changes in the structure of the arterial media.

Strokes are rare but serious accidents during pregnancy, most often secondary to an attack of eclampsia. The positive diagnosis is mainly based on neuroimaging with the performance of a brain CT scan in the absence of brain magnetic resonance imaging. They are responsible for high mortality and morbidity. In order to contribute to the rapid and adequate management of this pathology, we report the case of a hemorrhagic stroke complicating an eclampsia attack in a 32-year-old primigravida carrying a 28-week pregnancy with amenorrhea.

Keywords: Stroke, Eclampsia, Convulsion, Neuro-imaging.

rare mais graves durant la grossesse et le post-partum. Intimement liés aux crises d'éclampsie, ils sont responsables d'une mortalité et d'une morbidité élevée. Le but de ce travail est de rapporter les particularités de cette pathologie afin d'assurer une prise en charge rapide et adéquate.

I. OBSERVATION

Il s'agissait d'une primigeste de 32 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, référée du poste de santé de périphérique pour prise en charge d'une hypertension artérielle sur grossesse. Dans l'histoire de la grossesse, nous retrouvons une notion de vomissements gravidiques graves en début de grossesse.

À l'admission, l'examen clinique retrouvait une prééclampsie sévère sur avec une tension artérielle à 180/130 mm Hg et une albuminurie à trois croix à la bandelette urinaire, un syndrome pyramidal de type capsulaire avec une hémiplégie droite, un signe de Babinski à droite, des réflexes ostéo-tendineux présents et normaux et un syndrome confusionnel.

DIOUF A.A., NIASS A., DIAKHATE A., FALL M., DIALLO M., COULBARY A., DIOUF A. Accident vasculaire cérébral hémorragique compliquant une crise d'éclampsie au centre hospitalier national de Pikine (CHNP) : à propos d'un cas
Journal de la SAGO, 2020, vol.21, n°2, p. 36-38

La grossesse était monofoetale évolutive de 28 semaines d'aménorrhée.

Un bilan sanguin était demandé. Un traitement médical était démarré ; il s'agissait de la nicardipine 10 mg toutes les 8 heures associée à un protocole de sulfate de magnésium (Zuspan). La césarienne réalisée en urgence sous anesthésie générale avait permis l'extraction d'un nouveau-né de sexe féminin, pesant 930g avec un score d'Apgar à 8/10 à la première minute puis à 9/10 à la cinquième minute.

Les résultats du bilan biologique étaient revenus avec une hémococoncentration (taux d'hémoglobine à 16g/dl, un hématoците à 47%), une hyperleucocytose 23000 éléments / dl, un taux de prothrombine à 100%. Le reste du bilan biologique était normal (créatinémie, transaminases, ionogramme sanguin).

Les suites opératoires immédiates étaient simples avec un score de Glasgow à 15 le lendemain de l'intervention.

Une tomodensitométrie cérébrale avait mis évidence une hémorragie cérébro-méningée sans malformation artério-veineuse associée (Figure 1)

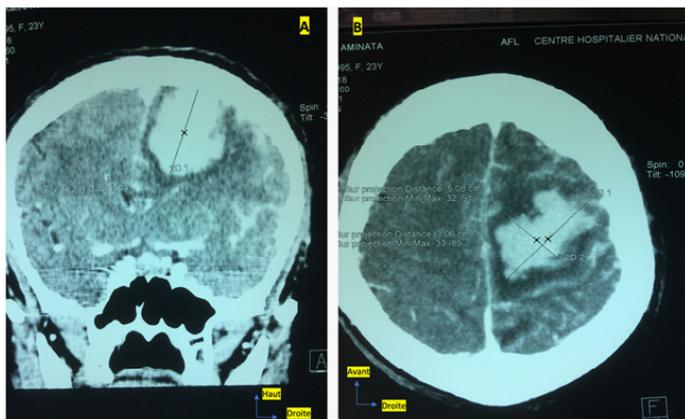


Figure 1 : TDM Cérébrale. Coupe coronale (A). Coupe transversale (B) Hémorragie cérébro-méningée à droite

Malgré la persistance de l'hémiplégie droite, l'évolution était marquée par une amélioration du tableau clinique avec le retour à une conscience claire et une diminution des chiffres tensionnels stabilisés à 150/100 mm Hg sous nicardipine. Dans le suivi, nous avons noté une régression du déficit moteur après des séances de kinésithérapie et une stabilisation de la pression artérielle.

II. DISCUSSION

• Prévalence

Sur cinq années consécutives (2013-2018), nous rapportons le seul cas d'accident vasculaire cérébral enregistré dans notre service, ce qui correspond 0,07% de l'ensemble des complications aiguës de la prééclampsie et 0,08% de l'ensemble des complications neurologiques. En France elle est

10/100000 avec 74% d'AVC hémorragique [12]. Les formes compliquées les plus rencontrées au dans nos structures sont l'éclampsie (24,9%), suivie de l'hématome rétroplacentaire (24,6%) et de la mort fœtale in utero (23,7%) [1]. La rareté de cette complication s'explique par le fait que ces dernières années ont été marquées par de nettes avancées dans la prise en charge de la prééclampsie et de ses complications notamment les crises convulsives [4]. En effet, il est clairement démontré que le sulfate de magnésium est le traitement de choix dans la prévention de la crise d'éclampsie [4]. Il est également utilisé en première intention pour le traitement de l'éclampsie et la prévention de récurrence de crise.

• Aspects cliniques et paracliniques

Hormis les facteurs de risque vasculaire classiques, certains auteurs [6] ont décrit d'autres facteurs plus ou moins spécifiques de la grossesse : l'âge maternel supérieur à 35 ans, la prééclampsie et ses complications, les changements hématologiques et prothrombotiques au cours du troisième trimestre et du post-partum, l'hyperémèse entraînant une hémococoncentration ; et les modifications de la vascularisation cérébrale (par exemple, syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible, malformations artério-veineuses ou dissection de l'artère cervicale).

Les symptômes et signes cliniques des accidents vasculaires cérébraux pendant la grossesse ne sont pas spécifiques. En effet chez notre patiente nous avons observé une confusion et une hémiplégie droite. D'autres signes ont été décrits comme des céphalées, des troubles de la vision, une paralysie faciale [8]. Le diagnostic positif repose sur l'imagerie cérébrale qui inclue un scanner cérébral sans injection de produit de contraste intracérébrale à défaut d'une IRM cérébral qui peut objectiver des images pathologiques alors que la TDM pourrait être strictement normale [5]. La TDM va permettre de mettre en évidence des pétéchies diffuses au niveau du cortex, de petites aires hémorragiques corticales ou d'hématomes. L'angio-IRM peut être réalisé afin d'identifier la source de l'hémorragie (anévrisme ou d'une malformation artério-veineuse) qui nécessitera une prise en charge par les neurochirurgiens. L'enquête étiologique doit être aussi rigoureuse qu'elle peut l'être en dehors de la grossesse, afin de permettre une prise en charge thérapeutique adaptée. Chez notre patiente, en dehors des antécédents d'hyperémésis gravidarum en début de grossesse, la seule véritable étiologie retrouvée reste la crise d'éclampsie malgré que ce soient les malformations cérébrales qui sont plus fréquentes chez les patientes jeunes [9]. Les études neuropathologiques ont montré des hémorragies cérébrales dans plus de 40 % des cas d'éclampsie [8].

• Aspects thérapeutiques

Toutes les discussions de prise en charge doivent tenir compte de la sécurité de la mère. Compte tenu de cette variabilité étiologique, des limites pratiques associées à la réalisation d'essais cliniques sur cette population et de la rareté des événements, il n'est pas surprenant qu'il y ait peu de documentation pour orienter les décisions de prise en charge importantes. Il n'existe pas de consensus sur les modalités de l'accouchement. Dans notre cas, une césarienne d'urgence a été réalisée. Da Silva et coll. avaient retrouvé une nette tendance à la pratique d'une césarienne face à la survenue d'un AVC hémorragique au cours de la grossesse [2]. La priorité doit être de maîtriser la pression artérielle et de cerner et corriger les coagulopathies. Il faut essayer de réduire la pression artérielle en visant un objectif initial inférieur à 160/110 mm Hg, puis procéder à un ajustement de la dose de médicament en visant un résultat constamment inférieur à 140/90 mm Hg.

• Aspects pronostiques

La morbidité fœtale et néonatale est très liée à la prématurité induite. L'hémorragie méningée n'a pas affecté le pronostic neurologique du nouveau-né apprécié grâce au score d'Apgar qui était de 8/10 à la première minute. L'évolution a été marquée par une régression du déficit moteur après des séances de kinésithérapie et une stabilisation de la pression artérielle. Ce qui n'est pas en phase avec les résultats retrouvés dans la littérature. En effet, la plupart des auteurs avancent que les lésions hémorragiques présentent un pronostic particulièrement défavorable [9]. Elles sont responsables de 40 à 60% des décès chez les patientes éclampsiques. Sur une série de 18 patientes, Pourrat [8] avait observé deux cas de syndrome hémorragique ayant évolué favorablement et un cas de séquelles visuelles à distance de l'épisode éclampsique. La mortalité maternelle liée à un AVC représenterait 5 à 10 % de la mortalité maternelle totale [7] plus élevée en cas d'hémorragie cérébrale qu'en cas d'infarctus [6]. Lorsque la maladie survient comme une complication liée à la grossesse, l'impact sur la mère, l'enfant et les membres de la famille peut être dévastateur ; sa particularité est de priver la mère, de ses compétences langagières et communicationnelles, au moment même où celle-ci devrait interagir avec son nouveau-né.

CONCLUSION

Les accidents vasculaires cérébraux durant la grossesse constituent une pathologie rare mais grave. Le diagnostic positif repose essentiellement sur la réalisation d'une tomodensitométrie cérébrale à défaut d'une imagerie par résonance magnétique cérébrale. Plusieurs agents thérapeutiques sont utilisés comme mesures préventives de la

prééclampsie et de ses complications. Actuellement, le traitement par l'aspirine à une dose de 150 mg/j de la 12^{ème} à la 34^{ème} semaine d'aménorrhée [1] a montré son efficacité en termes de prévention.

REFERENCES

1. **Danmadji L.** contribution à la prise en charge de la prééclampsie sévère au centre hospitalier national de pikine. a propos de 1248 cas. Mémoire Mai 2015 numéro 1086
2. **Dasilva E, Simon O.** Accidents vasculaires cérébraux, grossesse et post-partum. La Revue Sage-femme, 2006 ; 5 : 7-17.
3. **Diadiou F, Diallo D, Faye O.** et al. Mortalité maternelle en Afrique noire : tendances évolutives. Rapport 14e journées Méd. et Pharm, Dakar Janvier 1994.
4. **Edouard D .** Prééclampsie éclampsie 2003 Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS. 5-071-B-30.
5. **Eltkamp K, Kupsch A, Pfister HW.** Late onset post-partum eclampsia without pre-eclampsia prodromi : clinical and neuroradiological presentation in tow patients. J Neur Surg Psy 2000;69:824-827.
6. **James AH, Bushnell CD, Jamison MG, Myers ER.** Incidence and risk factors for stroke in pregnancy and the puerperium. Obstet Gynecol. 2005 Sep;106(3):509-16.
7. **Kittner SJ, Stern BJ, Feeser BR, Hebel R, Nagey DA, Buchholz DW,** et al. Pregnancy and the risk of stroke. N Engl J Med. 1996 Sep 12;335(11):768-74.
8. **Pourrat O.** Flammarion medecine-sciences - actualites nephrologiques. 2004. Prééclampsie et éclampsie: progrès thérapeutiques; pp. 177-189.
9. **Thomas SV.** Neurological aspects of eclampsia. J Neurol Sci. 1998 Févr;155(1):37-43.
10. **Treadwell SD, Thanvi B, Robinson TG.** Stroke in pregnancy and the puerperium. Postgrad Med J, 2008;84:238-245. doi:10.1136/pgmj.2007.066167.
11. **Yoshida K, Takahashi JC, Takenobu Y, Suzuki N, Ogawa A, Miyamoto S.** Strokes associated with pregnancy and puerperium. Stroke 2017;48 (2):276-82.