

ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL HEMORRAGIQUE COMPLIQUANT UNE PRE-ECLAMPSIE SEVERE AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE ET DEPARTEMENTAL DU BORGOU-ALIBORI : A PROPOS D'UN CAS

S.R. ATADE, A. A. A. OBOSSOU, E. K. DETTIN, R. KLIPEZO, E. KPOKOUN, K. BOURAIMA, D. L. TOGBENON, L. SIPOTY, K. SALIFOU

RESUME

La survenue d'un accident vasculaire cérébral sur grossesse est très rare. La pré-éclampsie en est la principale cause. Nous rapportons le cas d'un accident vasculaire cérébral survenu sur grossesse de 36 Semaines d'Aménorrhée + 2 jours dans un contexte de pré-éclampsie sévère

Mots-clés : Accident vasculaire cérébral ; Pré-éclampsie ; Hypertension artérielle.

SUMMARY

Hemorrhagic stroke complicating severe pre-eclampsia at the university and departmental hospital center of Borgou-Alibori: about a case.

The occurrence of cerebrovascular accident during pregnancy is very rare. Pre-eclampsia is the most found factor. We report the case of a cerebrovascular accident occurring during pregnancy of 36 weeks of amenorrhea + 2 days in a context of severe pre-eclampsia

Keywords: Stroke; Pre-eclampsia; High blood pressure.

INTRODUCTION

La survenue d'un accident vasculaire cérébral (AVC) durant la grossesse ou le post-partum est un événement rare bien que la grossesse soit considérée comme un facteur de risque d'AVC ischémique et hémorragique [1]. Lorsque ces AVC surviennent dans un contexte de pré-éclampsie, ils sont responsables de 50% de décès [2]. Le dysfonctionnement endothélial, l'altération de l'autorégulation cérébrale, et l'hypertension sévère sont, probablement, la cause de ces AVC chez la femme enceinte et durant la période du post-partum [3]. Le tableau clinique peut être non spécifique et trompeur. Le contexte clinique et les explorations paracliniques permettent de mieux cerner ce tableau [4]. Nous rapportons le cas d'une patiente qui a présenté un accident vasculaire cérébral survenu sur grossesse de 36 semaines d'Aménorrhée + 2 jours dans un contexte de pré-éclampsie sévère.

OBSERVATION

Il s'agit de la patiente B.Y.V, âgée de 34 ans, référée pour hémiparésie gauche de survenue brutale sur grossesse de 36 semaines d'aménorrhée (SA) +2 jours. Les antécédents obstétricaux notaient

6 gestes, 3 pares, 3 fausses couches spontanées précoces, 2 enfants vivants et 1 enfant décédé. Les antécédents médicaux et chirurgicaux étaient sans particularité. Le début de la symptomatologie remonterait à la veille de sa référence par des céphalées frontales intenses, rebelles au traitement usuel, associées à des vertiges. La survenue d'un déficit moteur gauche motiva une consultation dans une maternité publique d'où elle fut référée au Centre Hospitalier Universitaire et Départemental du Borgou Aliboli (CHUD/B-A) pour hémiparésie gauche. Après consultation du carnet de consultation de la patiente, il a été remarqué que lors des deux dernières consultations (28 SA et 32 SA) la tension artérielle oscillait pour la systolique entre 152 et 167 mm de Hg et la diastolique entre 94 et 102mm de Hg ; aucun traitement anti hypertenseur n'avait été administré à la patiente.

A l'admission la patiente se plaignait de céphalées, et vertiges. L'examen retrouvait un état général peu conservé. La conscience était bonne avec un score de Glasgow à 15. La tension artérielle était de 157/106 mmHg, la fréquence cardiaque était à 74 battements par minute, la fréquence respiratoire à 20 cycles par minute ; à la bandelette urinaire il a été noté une albuminurie à 3 croix.

L'examen obstétrical avait objectivé un utérus gravide avec une hauteur utérine à 30 cm ; les bruits du

Tirés à part : ATADE Sédjro Raoul , Mail : raoulatade@yahoo.fr
Tél : (229) 97 09 90 11 / 95 59 25 41

ATADE S.R., OBOSSOU A. A. A., DETTIN E.K., KLIPEZO R., KPOKOUN E., BOURAIMA K., TOGBENON D.L., L. SIPOTY L., SALIFOU K. Accident vasculaire cérébral hémorragique compliquant une prééclampsie sévère au Centre Hospitalier Universitaire et Départemental du Borgou-Alibori : à propos d'un cas. Journal de la SAGO, 2022, vol.23, n°1, p.38-40

du coeur foetal étaient perçus à 136 battements par minute ; au toucher vaginal, le col était médian, court, fermé, le bassin était cliniquement normal et le doigtier était revenu propre. Par ailleurs la sensibilité était conservée mais la motricité du côté gauche était cotée à 1/5 pour le membre thoracique et 0/5 pour le membre pelvien. Les réflexes ostéo-tendineux étaient présents et symétriques, pas de signe de Babinski. Le diagnostic d'une pré-éclampsie sévère compliquée d'AVC à 36SA + 2 jours avait été posé. La patiente a été admise directement aux soins intensifs, elle avait bénéficié d'une mise en condition, du protocole sulfate de magnésium, d'un bilan biologique. Le bilan biologique avait objectivé un taux d'hémoglobine à 11,7g/dl, un taux de plaquettes à 303 G/L, créatininémie à 8 mg/l, urée à 0.18 mg/l, ASAT à 17.2 UI/L, ALAT à 17.4 UI/L. Une césarienne a été réalisée en urgence permettant l'extraction d'un nouveau-né de sexe féminin, APGAR 5-7-8, d'un poids de naissance de 2410g. Les suites post-opératoires ont été simples. La patiente a été mise sous pansement gastrique, Enoxaparine à 0.4 ml/24H, hydratation à 2L/24H, antalgiques et hypertenseurs. Le scanner réalisé à J2 post-opératoire montre un hématome intra parenchymateux lenticulaire droit comprimant légèrement le ventricule latéral homolatéral. La patiente fut transférée en service de neurologie. Au bout de 14 jours d'hospitalisation et de rééducation, la patiente a récupéré complètement et son exéat réalisé.

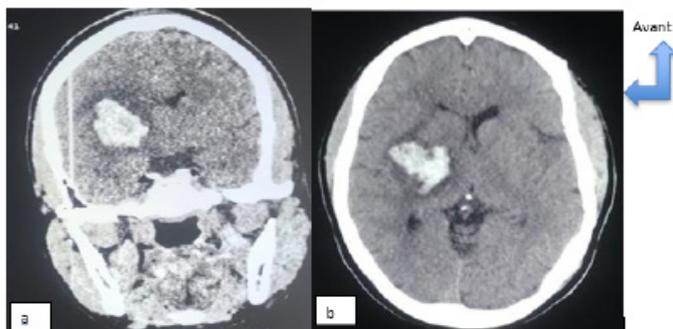


Figure 1 : Scanner cérébral sans injection en fenêtre parenchymateuse et en coupe coronale (a) et axiale (b) montrant une collection spontanément hyperdense lenticulaire droite

DISCUSSION

La grossesse constitue une période de risque de complications cérébro-méningées ; Le risque est encore plus élevé lorsqu'une pré-éclampsie est associée à la grossesse [4]. Kuklina et coll. [5] avaient rapporté que les troubles hypertensifs étaient directement impliqués dans les accidents vasculaires cérébraux pendant la grossesse. Olié et coll. [6] sont du même avis en affirmant que la pré-éclampsie multipliait par 2,1 le risque de survenue d'un AVC sur la grossesse (IRR = 2,1 [1,3–3,3]). Mais en réalité

la fréquence de survenue des AVC varie de 5 à 67 pour 100 000 accouchements et diffère largement d'un pays à l'autre [1]. Elle est de 0,007% au Sénégal contre 10/100 000 en France avec 74% d'AVC hémorragique [7]. En ce qui concerne le diagnostic, les signes de l'AVC pendant la grossesse ne sont pas spécifiques. Dans notre cas, la patiente présentait des céphalées rebelles et des vertiges. D'autres signes ont été décrits dans la littérature à savoir des troubles de la vision, une paralysie faciale [7]. L'AVC sur grossesse peut se manifester aussi par une raideur du cou, des nausées et vomissements, des troubles de conscience, des convulsions ou des anomalies neurologiques focales [3]. Mais le diagnostic de certitude repose sur l'imagerie notamment le scanner cérébral qui n'est pas accessible dans toutes les régions du Bénin en particulier au Nord du pays. Toute la place devrait être donnée à la prévention au travers d'une consultation prénatale de qualité. La recherche des facteurs de risque doit être systématique à savoir l'âge maternel supérieur à 35 ans, les changements hématologiques et prothrombotiques au cours du troisième trimestre et du post-partum, l'hyperémèse entraînant une hémococoncentration, la pré-éclampsie et ses complications [8]. L'absence de traitement ou un traitement mal suivi est aussi un facteur non négligeable surtout dans les pays en voie de développement où les populations peinent à voir un spécialiste ; ce qui fut le cas chez la présente patiente. De plus la prise correcte de la tension artérielle et la recherche de protéines dans les urines doivent aussi être systématiques. L'administration d'aspirine à la dose de 50 à 160 mg/jour chez les femmes ayant des antécédents d'éclampsie ou de pré-éclampsie a fait ses preuves dans la réduction des complications liées à la pré-éclampsie [9]. Il n'existe aucun consensus sur la voie d'accouchement en cas d'AVC sur grossesse. Dans la présente étude il a été procédé à une césarienne systématique. Le même constat a été fait dans plusieurs études africaines et européennes [7]. D'aucuns pensent que les modalités d'accouchement devraient être décidées avant tout en fonction des critères obstétricaux, sans recourir de façon systématique à un accouchement par césarienne [1].

CONCLUSION

Les AVC sur grossesse sont des pathologies rares. Les signes cliniques ne sont pas spécifiques. L'imagerie reste la clef du diagnostic de certitude. Il n'existe cependant aucun consensus sur les modalités d'accouchement en cas d'AVC et grossesse. Le traitement préventif passe non seulement par le diagnostic correct de la pré-éclampsie et l'éviction de ses complications mais surtout par l'administration d'acide acétylsalicylique aux gestantes ayant eu un antécédent d'éclampsie ou de pré-éclampsie.

RÉFÉRENCES

1. **Lamy C**, Accident vasculaire cérébral et grossesse, *La lettre du gynécologue*, 2012, 372-373, 37-41
2. **Moodley J**, Maternal deaths associated with hypertensive disorders of pregnancy : a population-based study. *Hypertens Pregnancy*, 2004, 23,3,247-56.
3. **Ennaoui K, Makayssi A, Boufettal H, Samouh N**, Accident vasculaire cérébral hémorragique du tronc cérébral suite à une éclampsie du post partum: à propos d'un cas et revue de la littérature, *Pan Médical Journal*,2017,27,266, 2-5 doi:10.11604/pamj.2017.27.266.12288
4. **Lakhdar R, Baffoun N, Hammami N, Nagi S, Baccar K, Drissi S, Kaddour C**, Aspects neuroradiologiques de la pathologie vasculaire cérébrale du peripartum nécessitant un transfert en milieu de réanimation, *LA TUNISIE MEDICALE*, 2012, 90,3, 223 – 232
5. **Kuklina E, Tong X, Bansil P, George M, Callaghan W**, Trends in pregnancy hospitalizations that included a stroke in the United States from 1994 to 2007 : reasons for concern? *Stroke*, 2011,42,9,2564-70.
6. **Oliéa V, Moutengoua E, Deneux-Tharoux C, Plu-Bureau G**. Désordres hypertensifs et risque de maladies cardiovasculaires pendant la grossesse et le post-partum. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*.2018,66,1,16-17 <https://doi.org/10.1016/j.respe.2018.01.032>
7. **Diouf AA, 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, 21,2, 36-38
8. **James AH, Bushnell CD, Jamison MG, Myers ER**. Incidence and risk factors for stroke in pregnancy and the puerperium. *Obstet Gynecol*,2005,106,3,509–16.
9. **Boufettal H, Moussaïd I, Noun M, Hermas S, Salmi S, Miguil M et al**. Gestational recurrent of ischemic stroke event. *Ann Fr Anesth Reanim*,2012, 31,12,977-8