



Article Original

Profil Clinique de la Pré Éclampsie Sévère et ses Complications en Réanimation dans deux Hôpitaux de la Ville de Douala

Clinical Profile of Severe Preeclampsia and its Complications in Intensive Care Unit in two Hospitals of the City of Douala

Metogo Ntsama Junie Annick¹, Metogo Mbengono Junette Arlette², Binam Bikoï Charles³, Passy Sone⁴, Moukouri Same Gertrude⁵, Ze Minkande Jacqueline^{4,6}

RÉSUMÉ

Introduction. La pré éclampsie est l'une des principales causes de morbidité et de mortalité maternelles et périnatales en Afrique subsaharienne. Notre objectif était d'établir le profil clinique des patientes admises en réanimation avec une complication de la pré éclampsie sévère. **Méthode.** Il s'agissait étude rétrospective sur l'année 2023 dans deux hôpitaux de référence de la ville de Douala (Hôpital Général et Hôpital Laquintinie) portant sur les dossiers des patientes admises en réanimation pour complications de la pré éclampsie-éclampsie. Les variables étudiées étaient l'âge, les antécédents, les données de l'examen physique, les complications de la pré éclampsie et la durée de séjour. Les données ont été analysées sur le logiciel Epiinfo 7.2.5.0. **Résultats.** 58 patientes ont été retenues dans l'étude dont 41 (70,7%) cas d'éclampsie. L'âge moyen des patientes était de $28,7 \pm 6,4$ ans. La gravidité et la parité moyennes étaient respectivement de $2,6 \pm 1,8$ et $2,1 \pm 1,4$ accouchements, sur un terrain d'antécédents de pré éclampsie antérieure et d'obésité respectivement dans 46,5% ($n = 27$) et 31% ($n = 18$) des cas. A l'admission, les chiffres tensionnels moyens étaient de $176,7 \pm 23\text{mmHg}/103,7 \pm 10\text{mmHg}$; les œdèmes des membres inférieurs étaient retrouvés chez 60,3% ($n = 35$) des patientes. Vingt patients (35,7%) présentaient un score de coma de Glasgow entre 12 et 14. Aucune patiente n'avait le déficit moteur, les réflexes ostéotendineux étaient vifs chez une patiente. Au plan respiratoire, 13 patientes (22,4%) avaient des signes de détresse respiratoire. Nous avons enregistré 14 (24,1%) complications dont 42,8% (6/14) d'œdème aigu du poumon (OAP), 14,3% (2/14) de syndrome HELLP et 13,4% (2/14) d'insuffisance rénale aiguë. La durée moyenne d'hospitalisation était de $4 \pm 3,8$ jours. Le taux de décès était de 6,9%. **Conclusion.** Les patients présentant une pré éclampsie sévère dans notre milieu et/ou ses complications sont jeunes avec des antécédents de pré éclampsie antérieure et d'obésité, multigestes et paucipares, avec des chiffres tensionnels élevés et des signes d'atteinte neurologique.

ABSTRACT

Introduction. Preeclampsia is one of the leading causes of maternal and perinatal morbidity and mortality in sub-Saharan Africa. Our objective was to establish the clinical profile of patients admitted to intensive care with complications of severe preeclampsia. **Methods.** This was a retrospective study conducted in 2023 in two referral hospitals in the city of Douala (General Hospital and Laquintinie Hospital), focusing on the medical records of patients admitted to intensive care for severe preeclampsia and/or its complications. The variables studied included age, past history, physical exam data and complications of preeclampsia. The data were analyzed using software Epiinfo 7.2.5.0. **Results.** 58 patients were included in the study, of whom 41 (70.7%) had eclampsia. The mean age of the patients was 28.7 ± 6.4 years. The mean gravidity and parity were 2.6 ± 1.8 and 2.1 ± 1.4 deliveries, respectively, with a history of previous preeclampsia and obesity in 46.5% ($n = 27$) and 31% ($n = 18$) of cases, respectively. On admission, the mean blood pressure readings were $176.7 \pm 23\text{mmHg}/103.7 \pm 10\text{mmHg}$; lower limb edema was found in 60.3% ($n = 35$) of patients. Twenty patients (35.7%) had a Glasgow Coma Scale score between 12 and 14. No patient had motor deficit, and deep tendon reflexes were brisk in one patient. Respiratory signs of distress were present in 13 patients (22.4%). We recorded 14 (24.1%) complications, including 42.8% (6/14) cases of acute pulmonary edema (APE), 14.3% (2/14) cases of HELLP syndrome, and 13.4% (2/14) cases of acute renal failure. The average length of hospital stay was 4 ± 3.8 days. The mortality rate was 6.9%. **Conclusion.** Patients with severe preeclampsia and/or its complications in our setting are typically young with a history of previous preeclampsia and obesity, multiparous with high blood pressure readings, and signs of neurological involvement.

1 Service de Gynécologie-obstétrique, Centre Hospitalier de Recherche et d'Application en Chirurgie Endoscopique et Reproduction Humaine (CHRACERH) Yaoundé, Cameroun
2 Département Urgences-Anesthésie-Réanimation, Hôpital Général de Douala, Cameroun
3 Département Urgences-Anesthésie-Réanimation, Hôpital Laquintinie de Douala, Cameroun
4 Département de Chirurgie et Spécialités, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I, Cameroun
5 Département de Gynécologie-obstétrique, Hôpital Laquintinie de Douala, Cameroun
6 Service d'anesthésie-réanimation, Hôpital Gynéco-obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé, Cameroun

Auteur correspondant :

Metogo Ntsama Junie Annick
Service de Gynécologie-obstétrique, Centre Hospitalier de Recherche et d'Application en Chirurgie Endoscopique et Reproduction Humaine (CHRACERH) Yaoundé Tel : 00237 699 541 775
Email : junie.metogo@fmsb-uy1.cm

Mots-clés : Présentation clinique, Prééclampsie sévère, Réanimation, Cameroun.

Keywords: Clinical features, Severe preeclampsia, Intensive care unit, Cameroon.

Article history

Received: 10 April 2024
Revision requested: 28 April 2024
Accepted: 6 May 2024
Published: 15 May 2024

POINTS SAILLANTS

Ce qui est connu du sujet

La pré éclampsie est l'une des principales causes de morbidité et de mortalité maternelles et périnatales en Afrique subsaharienne.

La question abordée dans cette étude

Présentation clinique de la pré éclampsie sévère et ses complications deux hôpitaux tertiaires de la ville de Douala au Cameroun.

Ce que cette étude apporte de nouveau

1. La fréquence des complications de la pré éclampsie-éclampsie est similaire à celle des pays de l'Afrique subsaharienne.
2. Les facteurs de risques de la pré éclampsie étaient principalement une pré éclampsie antérieure et l'obésité.
3. Les principales complications de la pré éclampsie étaient l'œdème pulmonaire aigu et le décès maternel avec les signes hémodynamiques et neurologiques.

Les implications pour la pratique, les politiques ou les recherches futures.

La multidisciplinarité et la prévention restent des armes puissantes pour l'amélioration du pronostic maternel.

INTRODUCTION

La pré éclampsie est un trouble hypertensif de la grossesse. Elle touche 2 à 8 % des grossesses dans le monde [1]. L'hypertension et la protéinurie sont la pierre angulaire de la maladie, bien qu'un dysfonctionnement systémique des organes puisse s'en suivre [2]. Elle est responsable de plus de 50 000 décès maternels chaque année dans le monde [1]. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la pré éclampsie constitue encore un problème de santé publique au niveau mondiale avec environ 14% de décès maternel [3-4]. Cette pathologie devenue rare dans les pays développés, reste encore présente en Afrique subsaharienne, ceci en raison d'un défaut de suivi prénatal de qualité [4-5]. Il existe plusieurs facteurs de risque de la pré éclampsie dont la particularité dans notre contexte est le rapport avec les antécédents de cette pathologie, le terrain de l'obésité et le niveau socio-économique [5, 6].

La pré éclampsie est définie comme une pression artérielle systolique de 140 mm Hg ou plus ou une pression artérielle diastolique de 90 mm Hg ou plus à deux reprises à au moins 4 heures d'intervalle ; ou un intervalle plus court de pression artérielle systolique de 160 mm Hg ou plus ou de pression artérielle diastolique de 110 mm Hg ou plus, qui doivent tous être identifiés après 20 semaines de gestation [7]. Lors de cette pathologie, l'atteinte endothéliale est importante faisant d'elle une maladie systémique dont les complications peuvent conduire à une admission en réanimation. Parmi ces complications graves, on compte entre autre de façon précoce : le HELLP syndrome, l'éclampsie et le placenta abruptio [8]. Le traitement définitif de la pré éclampsie est l'interruption de la grossesse ou l'accouchement [9]. Au Cameroun, une étude portant sur les admissions en réanimation de la pré éclampsie et éclampsie à l'hôpital général de Douala entre 2007 et 2014, avait retrouvé un

total de 74 admissions. La mortalité était de 23,4%, les principales complications étaient l'insuffisance rénale aiguë, l'œdème pulmonaire aigu et le HELLP syndrome respectivement [10]. Le but de notre étude était d'étudier la présentation clinique de la pré éclampsie sévère et ses complications deux hôpitaux tertiaires de la ville de Douala au Cameroun.

PATIENTS ET MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude descriptive à collecte des données rétrospective portant sur toute l'année 2023 dans les services de réanimation de l'hôpital Général de Douala et de l'hôpital Laquintinie de Douala. Nous avons inclus toutes les patientes admises pour pré éclampsie sévère ou une de ses complications dont le dossier était complet (évaluation clinique et examens complémentaires). Les variables étudiées étaient l'âge, la gravidité, la parité, les facteurs de risque de la pré éclampsie, le motif d'admission, les données de l'examen physique, les examens complémentaires et les complications. La collecte des données a été faite à l'aide d'un questionnaire préalablement établi sur Google forms. Les données collectées ont été extraites sur Microsoft office Excel 2016 et analysées avec Epi info 7.2.5.0. Les résultats étaient exprimés en moyenne et écart-type pour les variables quantitatives et en fréquence/pourcentage pour les variables qualitatives. Avant le recrutement, nous avons obtenu l'autorisation de recherche dans chaque hôpital.

La pré éclampsie était considérée comme sévère lorsqu'au moins un des critères suivants étaient présents [11] :

- Pré-éclampsie sévère(PES)-une pression artérielle systolique (PAS) ≥ 160 mmHg et une pression artérielle diastolique (PAD) ≥ 110 mmHg avec ou sans protéinurie, avec la présence d'au moins un des critères suivants :
 - ✓ Une douleur abdominale épigastrique et/ou une douleur de l'hypochondre droit « en barre » persistante ou intense,
 - ✓ Une douleur thoracique, une dyspnée, un œdème aigu du poumon (OAP),
 - ✓ Des signes neurologiques : céphalées sévères ne répondant pas au traitement, troubles visuels ou auditifs persistants, réflexes ostéo-tendineux vifs, diffusés et polycinétiques,
 - ✓ Une protéinurie >3 g/24h ou protéinurie à la bandelette urinaire $\geq 3+$,
 - ✓ Une créatinémie élevée ≥ 90 μ mol/L (≥ 10 mg/L) ou une oligurie ≤ 500 ml/24h,
 - ✓ Une thrombopénie $<100\ 000$ /mm³,
 - ✓ Une cytololyse hépatique avec ASAT/ALAT $> 2N$;
- Pré-éclampsie grave-PES avec les signes de gravité ci-après :
 - ✓ Une PAS ≥ 180 mmHg et/ou une PAD ≥ 120 mmHg,
 - ✓ Une douleur abdominale épigastrique et/ou de l'hypochondre droit « en barre » persistante ou intense,
 - ✓ Des céphalées sévères ne répondant pas au traitement, des troubles visuels ou auditifs

- persistants, un déficit neurologique, des troubles de la conscience,
- ✓ Une détresse respiratoire,
- ✓ Un HELLP syndrome,
- ✓ Une insuffisance rénale aiguë ;
- Éclampsie-crise convulsive tonico-clonique survenant dans un contexte de pathologie hypertensive de la grossesse ;
- Hypoxémie-baisse de la saturation pulsée en oxygène < 92% ;
- Anémie-taux d'hémoglobine < 10g/dl ;
- Insuffisance rénale aiguë (IRA)-concentrations de la créatinémie supérieures à 90 µmol/L (soit 10 mg/L) ou une oligurie ≤ 500 ml/24h ;
- Coagulation intravasculaire disséminée (CIVD)-une thrombopénie < 100000/mm³, temps de prothrombine (TP) < 60%, TCA allongé avec des signes cliniques (hémorragie génitale de sang incoagulable, saignement aux points de ponction, hémorragie cutanée) ;
- HELLP (Hemolysis Elevated Liver Enzymes Low Platelets) syndrome-association d'un taux de plaquettes < 100 000/mm³, un taux sérique ASAT/ALAT > 2N, soit par un taux de LDH > 600UI/l associé à la présence de schizocytes, soit par une bilirubinémie totale > 20 µmol/l (12mg/l).

RÉSULTATS

Durant l'année 2023, 58 patientes ont été retenues dans l'étude dans deux hôpitaux de référence de la ville de Douala. Près de ¾ (70,7%) des patientes avaient une éclampsie. L'âge moyen des patientes était de 28,7 ± 6,4 avec des extrêmes de 14 et 40 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle comprise entre 20 et 29 ans (48,3%, n = 28). La gravidité moyenne était de 2,6 ± 1,8 parmi lesquelles 38,9% (n = 21) étaient primigestes. La parité moyenne était de 2,1 ± 1,4 avec 65,5% de paucipares (n = 38). L'hôpital Laquintinie de Douala avait le taux d'admission le plus important (84,5%, n = 49). Les antécédents de pré éclampsie antérieure et d'obésité étaient retrouvés chez les patientes avec respectivement 46,5% (n = 27) et 31% (n = 18) dont 30,6% (n = 11) avaient à la fois l'association de ces deux comorbidités (tableau I).

Près de 90% (n = 51) des patientes avait comme motif d'admission une élévation des chiffres tensionnels seule (n = 15) ou associée à une altération de la conscience en contexte de convulsions (n = 11). A l'examen physique, dix-neuf patientes (32,8%) avaient une pâleur cutanéomuqueuse dont deux étaient également ictériques. La pression artérielle systolique (PAS) moyenne était de 176,7 ± 23mmHg et la pression artérielle diastolique (PAD) moyenne était de 103,7 ± 10mmHg. Les œdèmes des membres inférieurs étaient retrouvés chez 60,3% (n = 35) des patientes. A l'admission, deux patientes étaient sous sédation avec un RASS score de -1 et -3, 60,7% (n = 34) étaient conscientes et 35,7% (n = 20) présentaient un score de coma de Glasgow entre 12 et 14. Aucune patiente n'avait le déficit moteur, quatre patientes étaient en mydriase et sept en myosis et le réflexe ostéo-tendineux était vif et absent respectivement chez un et deux

patientes. Au plan respiratoire, la saturation périphérique en oxygène (SpO₂) moyenne était de 90,4 ± 21,8 % ; et 13 patientes (22,4%) avaient des signes de détresse respiratoire, 12 (20,7%) avaient des râles crépitants bilatéraux (tableau I).

Tableau I : Données anamnestiques et cliniques (n=58)

Variables	Effectif	Pourcentage
Tranches d'âge		
> 20	3	5,2
[20 ; 29]	28	48,2
[30 ; 39]	24	48,2
40	3	5,2
Gravidité		
Primigeste	21	38,9
Multi geste	33	61,1
Parité		
Nullipare	1	1,8
Primipare	21	38,9
Multipare	28	51,8
Hôpital		
Hôpital Laquintinie de Douala	49	84,5
Hôpital général de Douala	9	15,5
Antécédents		
Pré éclampsie antérieure	16	33,3
Pré éclampsie et obésité	11	18,9
Obésité	7	12,1
Antécédent familial d'HTA	1	1,7
Pan cytopénie sévère chronique	1	1,7
Voie d'accouchement		
Basse	23	39,6
Haute (césarienne)	35	60,4
Coloration		
Pâleur cutanéomuqueuse	17	29,3
Pâleur cutanéomuqueuse et ictère	2	3,4
Bonne	39	67,3
Pression artérielle systolique (mm Hg)		
<140	3	5,2
[140 ; 160[	6	10,3
[160 ; 180[	25	43,1
>180	24	41,4
Pression artérielle diastolique (mm Hg)		
<90	4	6,9
[90 ; 100[	5	8,6
[100 ; 110[	28	48,3
>110	21	36,2
HTA : Hypertension artérielle		

Les examens complémentaires ont mis en évidence un taux d'hémoglobine moyen de 10,3g/dl, une absence de thrombopénie dans 72% des cas à la numération formule sanguine, seulement 3 patientes présentaient un taux de plaquettes inférieur à 100000/mm³. Le débit de filtration glomérulaire était maintenu dans 79,3% (n = 46) des cas et deux patientes avaient un doublement de la créatininémie. Une patiente avait une urémie supérieure à 2g/l. les transaminases étaient supérieures ou égales à 2 fois par rapport à la normale chez quatre patientes.



Tableau I : Données anamnestiques et cliniques (n=58)

Variabes	N	%
Signes de détresse respiratoire		
Oui	13	22,4
Non	45	77,6
Saturation périphérique en oxygène (%)		
<70	3	5,2
[70 ; 90]	9	15,5
>90	46	79,3
Râles crépitants bilatéraux		
Oui	12	20,7
Non	46	79,3
État de conscience (score de coma de Glasgow)		
15	34	60,7
[14 ; 9]	19	33,9
≤ 8	3	5,4
Sédation en cours	2	3,5
Pupilles		
Mydriase	4	6,9
Myosis	7	12,1
Normales	47	81,0
Réflexes ostéotendineux		
Vifs	1	1,7
Absents	2	3,5
Normaux	55	94,8

Pour ce qui est de la prise en charge, la césarienne était la voie d'accouchement préférentielle (60,3%, n = 35). Cinq patientes (8,6%) étaient intubées et ventilées avec sédation à l'admission et huit (13,8%) et sept (12,1%) étaient respectivement sous oxygénothérapie à la lunette et au masque à haute concentration. La transfusion sanguine était effectuée chez 24,1% (n = 14) de patientes dont cinq associant les concentrés globulaires et le plasma frais congelé et le sang total. L'acide tranexamique et la vitamine K1 étaient administrées chez 17,2% (n = 10) patientes pour hémorragie peropératoire ou un taux de prothrombine bas. La prévention de la maladie thromboembolique médicamenteuse était effective chez 53 patientes (91,4%). La prévention et le traitement des convulsions étaient effectués au sulfate de magnésium chez 53 patientes (91,4%). La nicardipine intraveineuse était utilisée chez quatre patientes.

Nous avons retrouvé 41 patientes (70,7%) avec une éclampsie dont 15 primigestes ; 68,3% (28/41) avaient les œdèmes de membres inférieurs (OMI), une PAS moyenne de $184,2 \pm 17,5$ mmHg et une PAD moyenne de $105,1 \pm 6,1$ mm Hg. Le score de coma de Glasgow moyen était de $14,5 \pm 0,8$. S'agissant des autres complications (14 soit 24,1% des admissions), nous avons noté 42,8% (6/14) d'œdème aigu du poumon (OAP), 13,4% (2/14) de syndrome HELLP, 13,4% (2/14) d'insuffisance rénale aiguë ayant nécessité la dialyse et 6,9% (4/14) des décès maternels (tableau II).

Tableau II : Complications de la pré éclampsie sévère en dehors de l'éclampsie (n=14)

Complications	Effectif	Pourcentage
OAP	6	42,8
HELLP	2	14,3
LRA	2	14,3
Décès	4	28,6

OAP : Œdème Aigu du Poumon ; HELLP : Hemolysis Elevated Liver enzyme Low Platelets ; LRA : Lésion Rénale Aigue

En cours d'hospitalisation, quatre (6,9%) patientes ont nécessité une ventilation mécanique invasive pour détresse respiratoire aiguë. La durée moyenne d'hospitalisation était de $4 \pm 3,8$ avec des extrêmes de 1 et 22 jours. Les caractéristiques cliniques des complications sont détaillées dans le tableau III. Concernant les patientes décédées (4 soit 6,9%), toutes avaient une anémie sévère et ont été transfusées. Le délai de survenue du décès était inférieur à 24 heures dans un contexte d'OAP pour deux patientes et en plus de ce dernier, une lésion rénale a été observée chez la 3ème patiente. Le quatrième cas de décès était survenu au 6e jour d'hospitalisation et associait un HELLP syndrome dans un probable contexte septique (tableau III).

DISCUSSION

Notre étude a retrouvé une classe d'âge majoritaire entre 20-29 ans telles que décrites par plusieurs données africaines en Afrique subsaharienne dans un contexte souvent majoritaire de bas niveau de scolarisation [12-16]. Concernant les facteurs de risque, ceux que nous avons retrouvés étaient les antécédents de pré éclampsie antérieure ainsi que l'obésité ; confirmant ainsi l'implication du syndrome métabolique dans la pré éclampsie sévère. Une étude génétique dans notre contexte pourrait nous permettre de mieux identifier les patientes voire les familles à risque.

Dans notre étude, cinquante-huit patientes ont été retenues dans l'étude dont 41 (70,7%) avaient une éclampsie. Elombila et al. au Congo Brazzaville en 2018 ainsi que Priso et al. à Douala au Cameroun entre 2007 et 2014 avaient retrouvé respectivement une fréquence d'éclampsie de 74,6% et 72,6% [10, 17]. A contrario, Ngbale et al. à Bangui en 2016 avait retrouvé une fréquence de 29,3% dans les unités d'obstétrique et de réanimation confondues [18].

La présentation clinique à l'admission de nos patientes mettait en avant des chiffres tensionnels élevés et l'altération de la conscience. Elombila et al. au CHU de Brazzaville retrouvait des chiffres tensionnels plus bas avec un échantillon plus large avec des épisodes de convulsion en période prépartale [17]. Les deux hôpitaux reçoivent les patients graves, référés par d'autres structures sanitaires dont la plupart ne sont pas équipées de façon adéquate pour la prise en charge de cette pathologie ; ceci occasionne des retards de transfert dans les transports non médicalisés pour la plupart, pouvant expliquer les paramètres observés dans notre étude. De plus, nos patientes étaient obèses avec un antécédent de prééclampsie antérieure même si la notion d'hypertension artérielle chronique n'avait pas été mise en évidence. Les signes neurologiques tels que les convulsions étaient



présentes chez la majorité des patientes tant est-il que ces dernières présentaient une éclampsie. Les réflexes ostéotendineux étaient normaux probablement du fait que les patientes arrivaient en ayant déjà reçu du sulfate de magnésium dont le protocole associant la voie intramusculaire et intraveineuse est le plus souvent utilisé en périphérie, d'autant plus que près de 2 patientes/10 avaient une augmentation des chiffres de créatinémie. Nous avons eu deux patientes qui ont été intubées pour altération de la conscience et admises sous ventilation mécanique. Les séries africaines font état d'une fréquence de ventilation allant de 4,7 à 42,5% pour les détresses neurologiques et/ou respiratoires [5].

Concernant les complications, l'éclampsie représentait 71% des cas. Nous avons noté une fréquence élevée telle que décrite par plusieurs séries africaines [12, 15, 17]. Cependant, par rapport aux données du CHU de Brazzaville, nos patientes présentaient des chiffres tensionnels plus hauts sans d'importants signes d'atteintes neurologiques ; tant est-il que la majorité de nos patientes était référée par d'autres structures sanitaires. La prise en charge de l'éclampsie a été revisitée de façon conjointe par la SFAR et la CNGOF en 2022 avec des recommandations qui méritait d'être mieux pratiquées et surtout adaptées aux conditions locales pour une meilleure efficacité [11]. Néanmoins, l'institution des mesures telles que la couverture santé universelle ou le « chèque santé » au nord du Cameroun pourrait probablement permettre une prise en charge optimale dans des délais plus courts. En dehors de l'éclampsie, les autres complications représentaient une fréquence de 24,1%. Nos trouvailles sont proches de celles de Elombila et al [17]. A contrario, les chiffres de Obam et al au Gabon étaient plus bas dans une période de temps plus longue mais avec un échantillon proche du nôtre [19]. La fréquence (10,3%) d'œdème pulmonaire aigu, principale complication retrouvée dans notre étude est élevée par

rapport à celle rapportée par d'autres études africaines [15,17, 19] qui ont montré que l'insuffisance rénale aiguë était la principale complication. Les chiffres tensionnels hauts de notre série par rapport aux autres études pourraient justifier cet état des lieux. Le HELLP syndrome est souvent retrouvé dans les pré éclampsies sévères dans près de 30% des cas [21]. La fréquence de notre série était proche de celle de Elombila au Congo et plus haute que celle de Sima Zue et al quelques années auparavant [17,22]. Il faut noter que des progrès ont été faits dans la recherche systématique de cette complication et sa prise en charge dans notre milieu. Par contre, la lésion rénale était moins fréquente dans notre série par rapport aux données africaines du fait qu'elle n'a pu être évaluée qu'à l'admission pour la majorité des patientes dont le séjour était court. Nous avons enregistré 6,9% des décès maternels. Ce taux était inférieur à ceux retrouvés par Ngbale et al. à Bangui, Elombila et al. à Brazzaville et Coulibaly et al. à Abidjan qui ont rapporté respectivement un taux de décès de 9,7% ; 14,1% et 22,6% [11 ; 12 ; 17]. En effet, notre échantillon était de plus petite taille. Malgré cela, dans nos structures hospitalières, des thérapies telles que l'épuration extrarénale, la ventilation mécanique ainsi que la transfusion sanguine à la carte étaient disponibles par rapport aux autres centres.

Conclusion

La fréquence des complications de pré éclampsie-éclampsie est similaire à celle des pays de l'Afrique subsaharienne. Les facteurs de risques étaient principalement une pré éclampsie antérieure et l'obésité. Les principales complications étaient l'œdème pulmonaire aigu et le décès maternel avec les signes hémodynamiques et neurologiques. La multidisciplinarité et prévention restent des armes puissantes pour l'amélioration du pronostic maternel.

Tableau III : Paramètres anamnestiques et cliniques des complications de la pré éclampsie sévère

Complications	Eclampsie (n=41)	OAP (n=6)	HELLP syndrome (n=2)	LRA (n=2)
Age médian (ans)	28,8	30	30	28
Gravidité médiane	2	1	2	5
Parité médiane	2	1	1	5
Antécédents (n)				
Pré éclampsie antérieure	12	3	1	0
Obésité	9	1	0	1
OMI (n)	28	4	1	1
Pression artérielle systolique (mm Hg)				
<140	0	0	0	0
[140 ; 160[	1	0	1	0
[160 ; 180[	19	2	0	1
>180	21	4	1	1
Pression artérielle diastolique (mm Hg)				
<90	0	0	0	0
[90 ; 100[	2	0	1	0
[100 ; 110[	23	6	0	2
>110	16	0	1	0
Score de coma de Glasgow médian	14	15	13	12

OAP : Œdème Aigu du Poumon ; HELLP : Hemolysis Elevated Liver enzyme Low Platelets ; LRA : Lésion Rénale Aigu

Conflits d'intérêts : Aucun

RÉFÉRENCES

- Ives CW, Sinkey R, Rajapreyar I, Tita ATN, Oparil S. Preeclampsia-Pathophysiology and Clinical Presentations: JACC State-of-the-Art Review. *J Am Coll Cardiol*. 6 oct 2020;76(14):1690-702.
- Karrar SA, Hong PL. Preeclampsia. "Preeclampsia". In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 13 February 2023. 2024 [cité 10 avr 2024]. PMID: 34033373.
- Organisation mondiale de la Santé. Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015. Estimations de l'OMS, l'UNICEF, le Fonds des Nations unies pour la population (UNFPA), la Banque mondiale et la Division de la population de l'ONU, Santé maternelle et périnatale, Organisation mondiale de la Santé (OMS). Résumé d'orientation. Green Ink. 2015.
- Cisse CT, Thiam M, Diagne PM, Moreau JC. Prééclampsie en milieu africain : épidémiologie et pronostic au CHU de Dakar. *Lettre du gynécologue*, 2005; 301: 8-13.
- Otiobanda GF. Prééclampsie et ses complications : Quelle prise en charge en Afrique ? Editorial. *Rev Afr Anesth Med Urg*, 2019; 24 (2): 1-2.
- English FA, Kenny LC, McCarthy FP. Risk factors and effective management of preeclampsia. *Integr Blood Press Control*. 3 mars 2015;8:7-12.
- Dimitriadis E, Rolnik DL, Zhou W, Estrada-Gutierrez G, Koga K, Francisco RPV, et al. Pre-eclampsia. *Nat Rev Dis Primers*. 16 févr 2023;9(1):1-22.
- Witcher PM. Preeclampsia: Acute Complications and Management Priorities. *AACN Advanced Critical Care*. 15 sept 2018;29(3):316-26.
- Bonnet MP, Garnier M, Keita H, Compère V, Arthuis C, Raia-Barjat T, et al. Guidelines for the management of women with severe pre-eclampsia. *Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine*. oct 2021;40(5):100901.
- Priso EB, Njamen TN, Tchente CN, Kana AJ, Landry T, Tchawa UFN, et al. Trend in admissions, clinical features and outcome of preeclampsia and eclampsia as seen from the intensive care unit of the Douala General Hospital, Cameroon. *Pan Afr Med J*. 9 juin 2015;21:103.
- Prise en charge de la patiente avec une pré-éclampsie sévère. Recommandations Formalisées d'Experts commune SFAR/CNGOF, 2020 ; 1-38.
- Essola L, Ifoudji Makao A, Ayo Bivigou E, Ngomas JF, Manga F, Assoumou P, Sima Zué A. Pré-éclampsie sévère et ses complications en réanimation au CHU de Libreville : Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. *Rev Afr Anesthésiol Med Urgence* 2019 ; 24 (1) : 18-22. 3.
- Barboza D, Coulibaly S, Traoré MM, Leye PA, Diaw M et col. Prise en charge de l'éclampsie en réanimation dans un hôpital périphérique. *Rev Afr Anesthésiol Med Urgence* 2018 ; 23 (1) : 40-6.
- Kéita M, Dicko H, Diallo B, Mariane Dieuba T, Traoré S et col. L'éclampsie en réanimation polyvalente au Centre Hospitalier et Universitaire du Point G : prise en charge, évolution et facteurs pronostics. *Rev Afr Anesthésiol Med Urgence* 2017 ; 22 (3) : 33-40. 8.
- Coulibaly KT, Abhé C, Ouattara A, Yapi N, Assa N, Binlin-Dadié R, Brouh Y. Les complications de la pré-éclampsie en réanimation polyvalentes du CHU de Cocody (Abidjan-RCI). *Rev Afr Anesthésiol Med Urgence* 2014 ; 19 (1). 9.
- Otiobanda GF, Itoua C, Ossou-Nguet PM, Ndinga GH, Ellenga-Mbolla FB et col. L'éclampsie en réanimation polyvalente au CHU de Brazzaville : aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs. *Rev. Cames santé*. 2013 ; 1 : 46-50.
- Elombila M, Outsouta GN, Monkessa CMME, Kibinda RV, Mawandza PDGL, Ngala MAN, et al. La Pré-éclampsie Sévère en Réanimation Polyvalente du Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville: Severe preeclampsia in the intensive care unit of the University Teaching Hospital of Brazzaville. *Health Sciences And Disease* June 2022 ; 23(6) : 62-67.
- Ngbale NR, Gaunetfet CE, Koïrokpé A, Matoulou S, Kogboma-Gongo G, Mbano-Dede K, et al. Epidemiological Aspects and Prognosis of Severe Preeclampsia in Bangui, Central African Republic. *Gynecol Obstet* 2019; 09(02): 1-4.
- Obame R, Ekegue N, Sima Olé B, N'Nang Essone JF, Matsanga A, Sagbo Ada LV et al. Prise en charge des Prééclampsie Sévères en Postopératoires au Service de Réanimation du Centre Hospitalier Universitaire d'Owendo. *Health Sci. Dis*, 2020; 21(1): 78-81.
- G. Beucher, T. Simonet, M. Dreyfus. Prise en charge du HELLP syndrome. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 2008 ; 36: 1175-1190.
- Sima Zué A, Bang Ntamack JA, Mandji Lawson JM et col. Le HELLP syndrome : à propos de neuf cas traités dans une unité de réanimation obstétricale gabonaise. *Rev Afr Anesthésiol Med Urgence* juillet 2011 ; 16 (1).
- Ducarme G, Herrnberger S, Pharisien I, Carbillon L, Uzan M. Éclampsie : étude rétrospective de 16 cas. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. janv 2009;37(1):11-17.