



Article Original

Eclampsie, Première Cause de Décès Maternels dans le Service de Gynéco-Obstétrique de l'Hôpital Fousseyni Daou (Kayes)

Eclampsia, the leading cause of maternal death in the gynecology and obstetrics department of the Fousseyni Daou Hospital (Kayes)

Diassana. M¹, Dembele.S¹, Macalou.B¹, Ndaou.K¹, Sidibe.A², Bocoum.A³, Fane S³, Traore.Y³

RÉSUMÉ

¹Hôpital Fousseyni Daou de kayes

[²] Centre de santé de référence de kayes

³Département de gynécologie-obstétrique du CHU Gabriel Toure

Auteur correspondant :
Dr Diassana Mahamadou
Email : mahamadoudiassana@gmail.com
Téléphone : 0022366898383

Mots clés : éclampsie, pronostic maternel et foetal.

Key Words: eclampsia, maternal and fetal prognosis.

Introduction. L'éclampsie, complication majeure de la pré-éclampsie se caractérise par la manifestation des crises convulsives tonico-cloniques et / ou de trouble de la conscience. L'éclampsie constitue un véritable problème de santé publique dans nos pays avec une morbi-mortalité élevée. Le but de cette étude était d'étudier l'éclampsie dans le service de gynéco-obstétrique de l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes. **Matériels et méthodes.** Il s'agissait d'une étude descriptive, analytique, transversale, prospective sur une période de 12 mois allant du 1er janvier 2018 au 31 décembre 2018, portant sur toutes les femmes en période gravidopuerpérale admises dans le service de gynéco-obstétrique de l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes pour éclampsie. Les données ont été recueillies à partir des dossiers obstétricaux et la consignation du dossier dans le questionnaire. L'anonymat et la confidentialité ont été respectés. Les données ont été saisies sur le logiciel Microsoft world, analysées sur epi-info.7 et les graphiques analysées sur Excel. Le test statistique de khi2, de Student ont été utilisés pour comparer les résultats, une valeur de $P < 0,05$ a été considérée comme significative. **Résultats.** Nous avons enregistré 1769 admissions dont 126 Cas d'éclampsies soit une fréquence de 7,1%. La tranche d'âge < 19 ans a représenté 48%. Les ménagères ont représenté 92,1%. Les primigestes étaient majoritaires avec 73%. Quarante-sept (47) % des crises d'éclampsie sont survenues en per-partum. Vingt-sept (27)% des patientes n'avaient effectué aucune consultation prénatale et 55,6% un seul suivi prénatal. Les patientes ont accouché par voie basse avec travail d'accouchement spontané à 52,3% et après un déclenchement du travail à 2% ; la césarienne a été réalisée chez 48% de notre échantillon de patientes. Toutes nos patientes ont bénéficié du sulfate de magnésium. Onze sur cent vingt-six (11/126) des patientes sont décédées soit 8,7%. Les mort-nés ont représenté 18,3% de notre série. Le service de cardiologie a été le plus impliqué dans la prise en charge avec 3% des sollicitations. **Conclusion.** L'éclampsie est la première cause de décès maternels dans le service. Les facteurs favorisants sont la primigestité, l'âge jeune des patientes et l'absence ou la mauvaise qualité de consultation prénatale. La prise en charge de cette affection est multidisciplinaire. Le suivi prénatal de qualité et l'amélioration des conditions de vie de la femme permettraient de diminuer le taux élevé d'éclampsie et d'améliorer le pronostic materno-foetal de cette pathologie dans notre pays.

ABSTRACT

Introduction. Eclampsia, a major complication of pre-eclampsia, is characterized by the manifestation of tonic-clonic seizures and / or disturbance of consciousness. Eclampsia is a real public health problem in our countries with high morbidity and mortality. The aim of this study was to study eclampsia in the gynecology and obstetrics department of the Fousseyni Daou hospital in Kayes. **Methods.** This was a descriptive, analytical, cross-sectional, prospective study over a 12 month period from January 1, 2018 to December 31, 2018, covering all women in the pregnancy-puerperal period admitted to the service gynecology and obstetrics of the Fousseyni Daou hospital in kayes for eclampsia. The data were collected from obstetric files and the recording of the file in the questionnaire. Anonymity and confidentiality were respected. The data were entered on Microsoft word software, analyzed on epi-info.7 and the graphics analyzed on excel. Student's chi2 statistical test were used to compare the results, a value of $p < 0,05$ was considered significant. **Results.** we recorded 1769 admissions including 126 cases of eclampsia, a frequency of 7,1%. The age group < 19 years represented 48%. Housewives represented 92,1%. Primigestes were the majority with 73%. Forty-seven (47)% of eclampsia attacks occurred on a per-partum basis. Twenty-seven

(27)% of the patients had not performed any prenatal consultation and 55,6% had only one prenatal follow-up. The patients gave birth vaginally with spontaneous labor at 52,3% and after induction of labor at 2% ; cesarean section was performed in 48% of ours ample of patients. All of our patients have benefited from magnésium sulfate. Eleven out of a hundred and twenty-six (11/126) of the patients died or 8,7%. Stillbirths represented 18,3% of our series. The cardiologie department was the most involved in the treatment charge with 3% of the requests. **Conclusion.** Eclampsia is the leading cause of maternal death in our department. The main favoring factors are primigestity, young age of the patients and absence or poor quality prenatal care. The management of this condition is multidisciplinary. Quality prenatal follow-up and improvement of women's living conditions can reduce the high rate of eclampsia and improve its prognosis in our country.

INTRODUCTION

L'éclampsie, complication majeure de la pré-éclampsie se caractérise par la manifestation des crises convulsives tonico-cloniques et/ou de trouble de la conscience survenant dans un contexte de pré-éclampsie et ne pouvant être rapportées à un trouble neurologique préexistant. [1]

Chaque année près de 500 000 femmes meurent à cause des complications obstétricales ; l'éclampsie étant responsable du quart de ces décès [2,3]. Elle constitue la 3^{ème} cause de décès maternel et la 1^{ère} cause de mortalité périnatale à l'échelle mondiale. [4]

Le taux de létalité de l'éclampsie est la suivante selon les pays : en France, elle est responsable de 2,2% des morts maternelles, 0,17% en Chine, 0,34% au Vietnam, 0,40% en Birmanie, 0,93% en Thaïlande selon une étude prospective faite par l'OMS en 1994. [5,6]

L'éclampsie constitue un véritable problème de santé publique dans nos pays avec une morbi-mortalité élevée. En effet, à Dakar au Sénégal son incidence est de 8 pour 1000 accouchements avec un taux de létalité maternelle de 17,9% une mortalité périnatale de 359% naissances vivantes. Au CHU de Brazzaville au Congo son incidence est de 0.32% avec 6% de décès maternels et un taux de mortalité de 15.89%. [7,8]

Au Mali le taux de mortalité maternelle est de 325 pour 100.000 naissances vivantes. Le risque de mortalité maternelle est de 1/50 pendant les âges de procréation selon l'EDSM 2018 [9]. AU CHU du point G l'incidence de l'éclampsie en 2008 était de 6.82% avec 4.26% de décès maternels et 24.40% de morts fœtales. [10]

Les primigestes jeunes (moins de 25ans) sont les plus touchées, elles constituent l'une des couches de la population la plus sensible. [11]

Selon les rapports d'activités sur 5 ans du service de gynéco-obstétrique de l'HFDK, nous avons constaté que l'éclampsie occupe la 1^{ère} cause de décès maternels d'où l'intérêt d'initier ce travail dans ce service.

Matériels et méthodes

Il s'agissait d'une étude descriptive, analytique, transversale, prospective sur une période de 12 mois allant du 1er janvier 2018 au 31 décembre 2018, dans le service de gynéco-obstétrique de l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

Etaient incluses dans cette étude, toutes les patientes admises pendant la période de gravido-puerpéralité dans le service présentant une crise tonico-clonique associée à

une hypertension artérielle et éventuellement associée à une protéinurie.

Etaient exclues : toutes les autres causes de crises convulsives pendant la grossesse non associées aux éléments d'inclusion.

Les données ont été recueillies à partir des registres (de décès maternels, d'accouchement, de soins obstétricaux et néonataux d'urgence, de compte rendu opératoire, d'hospitalisation) des carnets de santé mère-enfants, des dossiers obstétricaux.

L'anonymat et la confidentialité ont été respectés. Les données ont été saisies sur le logiciel Microsoft world, analysées sur epi-info.7 et les graphiques analysés sur Excel. Le test statistique de khi2, de Student ont été utilisés pour comparer les résultats qualitatifs. Une valeur de $P < 0,05$ a été considéré comme significative. La région de Kayes est située à l'ouest du Mali. Elle couvre une superficie de 120 760 km² et compte 2338999 habitants. L'hôpital Fousseyni DAOU de kayes est un établissement public hospitalier de 2^{ème} référence avec une capacité de 160 lits répartis entre les services de gynécologie -obstétrique de médecine, spécialités médicales, de pédiatrie, des urgences et de chirurgie.

RESULTATS

Fréquence

Durant la période de notre étude allant du 1er janvier 2018 au 31 décembre 2018, nous avons enregistré 1769 admissions dont 126 cas d'éclampsies soit une fréquence de 7,1%.

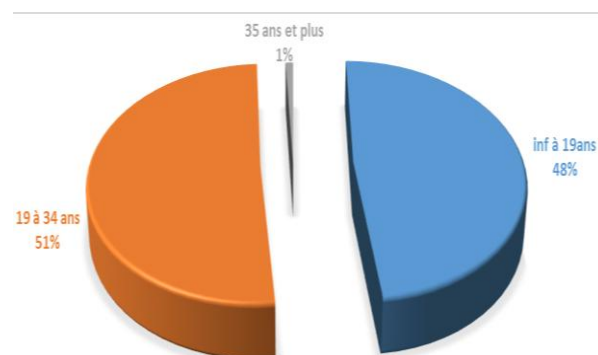


Figure 1 : répartition des patientes en tranche d'âge

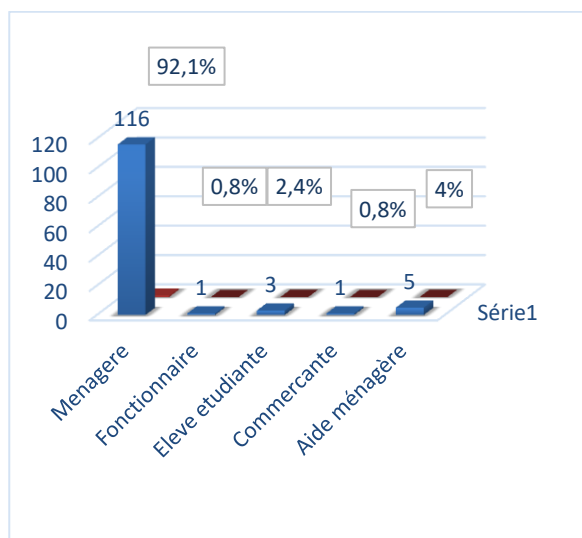


Figure 2 : répartition des patientes selon la profession

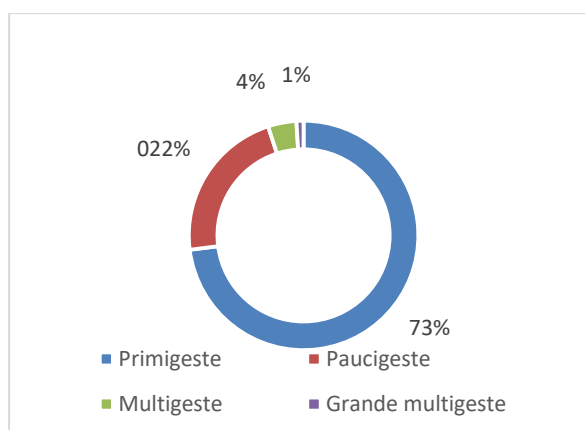


Figure 3 : répartition des patientes selon la gestité

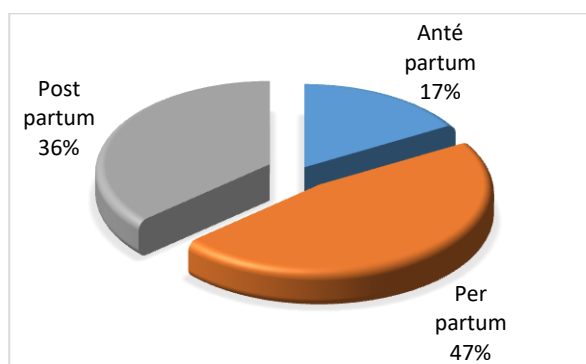


Figure 4 : répartition des patientes selon le moment de survenu de la crise d'éclampsie

Tableau I : répartition des patientes selon le nombre de consultation prénatale

Nombre de CPN	Effectif	Pourcentage
1	70	55,6
2 à 3	16	12,7
4 ou Plus	6	4,7
0	34	27
Total	126	100

Tableau II : répartition selon la voie d'accouchement.

Voie D'accouchement	Effectif	Pourcentage
Voie basse	67	53,2
Césarienne	52	41,3
Déclenchement	6	4,8
Total	125*	100

*Une parturiente est décédée quelques minutes après son admission.

Tableau III : répartition des patientes selon le traitement reçu à l'admission

Traitement L'admission	à	Effectif	Pourcentage
Anticonvulsivants :			
Sulfate de magnésium		126	100
diazépam		18	14,3
Antihypertenseurs :			
Nicardipine		98	77,8
Methyldopa		95	75,4
Nifédipine		84	66,6
Antibiothérapie		116	92
Remplissage vasculaire		105	83
Antipyrétique		96	76
Enveloppement humide		24	19
Oxygénothérapie		10	7,9
Diurétique		6	4,7
Desobstruction des vas (voies aériennes supérieures)		6	4,7

Tableau IV : répartition selon le type de complications maternelles

Complications	Effectif	Pourcentage
Aucune complication	108	85,7
AVC	6	4,7
OAP	5	4
Hématome retro placentaire	4	3,2
Psychose puerpérale	3	2,4
Total	126	100

Tableau V : répartition des patientes selon le pronostic maternel

Pronostic Vital	Effectif	Pourcentage
Vivante	115	91,3
Décédée	11	8,7
Total	126	100

Tableau VI : association pronostic vital et voie d'accouchement

	Césarienne	Voie basse	Déclenchement	Total
Vivante	48	63	4	115
Décédées	4	4	2	10*
Total	52	67	6	125

*1 parturiente est décédée à l'admission. Fischer=0, P=0,142

Tableau VII : association pronostic vital et nombre de crise

	1 à 2 crises	3 à 4 crises	>4 crises	Total

Vivantes	74	30	11	115
Decedees	9	2	0	11
Total	83	32	11	126
Fischer=0,104 P=0,093				

Tableau VIII : les différentes causes de décès dans le service

Causes	Effectif	Pourcentage
Eclampsie	11	25
Impotence fonctionnelle des membres inferieurs	9	20,45
HRP	6	13,63
Septicémie	5	11,36
Hémorragie	4	9,09
Anémie	4	9,09
OAP	2	5,54
Cardiopathie	1	2,27
Occlusion	1	2,27
Total	44	100

Tableau IX : répartition des nouveau-nés selon le score d'Apgar a la 1^{er} minute

Apgar	Effectif	Pourcentage
Supérieur à 7/10	67	53,2
0	23	18,3
Inférieur à 7/10	10	7,9
Total	100*	100

*Les patientes reçues (26) dans le postpartum chez qui nous n'avons pas eu d'informations sur l'Apgar du nouveau-né à l'accouchement

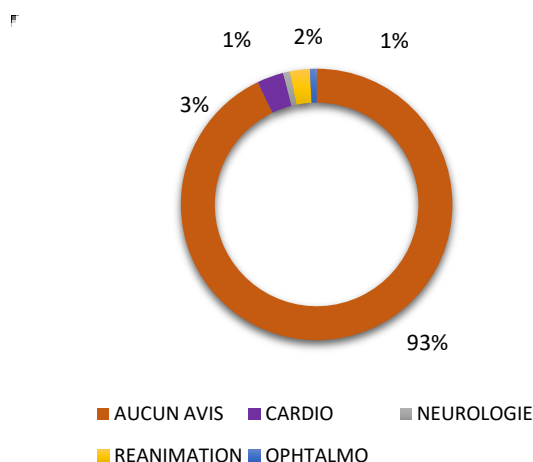


Figure 5 : répartition selon le service implique dans la prise en charge.

DISCUSSION

La fréquence de l'éclampsie

La fréquence de l'éclampsie varie selon les auteurs. Notre fréquence de 7,1% est supérieure à celles rapportées par la plupart des auteurs.

En effet Silvain G a rapporté une fréquence de 2,9% en 2014 à l'Hôpital Nianankoro Fomba de Segou [15]. Ahmadou H a noté une fréquence de 0,78% en 2005 au centre de santé de référence de la commune V [12]; Cisse CT et Al [7] ont rapporté 0,8% au CHU de Dakar en 2003 ; DEMBELE N F [3] a rapporté 1,13% d'éclampsie à l'hôpital Gabriel Touré en

1995. Notre structure étant la seconde référence dans la région de Kayes, cela explique le fait que la plupart de nos cas nous étaient adressés.

Dans notre étude la tranche d'âge victime d'éclampsie était située entre 19 et 35 ans avec une fréquence de 50,8%. Ce résultat est supérieur à ceux de Diarra I [16], Kamissoko G [17], qui ont rapporté des taux respectifs de 48% et 48,6%.

La plupart des auteurs s'accordent sur le fait que les adolescentes sont les plus touchées, ce qui expliquerait la mauvaise suivie prénatale.

Les Primigestes dans notre série étaient les plus exposées avec une fréquence de 73%, ce résultat est légèrement supérieur à ceux de Cisse C T [7], Diarra I [16] Pambou O [8] qui ont trouvé des taux respectifs de 68%, 64% et 65%.

Selon le Merger R [13], Les Primigestes jeunes sont le plus souvent exposées à cette pathologie.

Les patientes scolarisées représentaient 72,2% contre 15,9% de non scolarisées. Notre fréquence est inférieure à celle de Diarra I [16] qui a rapporté un taux d'analphabétisme de 74%, il s'agissait le plus souvent des patientes qui ignoraient l'importance des consultations prénatales ou qui provenaient des zones défavorisées.

Les consultations prénatales n'étaient pas effectives dans 27% des cas contre 55,6% qui n'avaient fait qu'une CPN au cours de leur période gravidique. La survenue de l'éclampsie chez ses patientes peut être expliquée par une mauvaise qualité de leur suivi prénatal. Seules les CPN de bonne qualité permettraient le dépistage des formes graves de pré-éclampsie et leur prise en charge adéquate. Elles constituent le seul moyen de diminuer la fréquence de l'éclampsie et d'améliorer le pronostic materno-fœtal.

L'éclampsie du perpartum n'a représenté que 46,8% des admissions, 36,5% était en post-partum et 16,7% en antepartum. Des séries marocaine et tunisienne ont rapporté que l'éclampsie du prépartum était la plus fréquente. En effet au CHU Ibn Rochd de Casablanca au Maroc, Miguil M et al [14] ont rapporté 79% de cas d'éclampsie avant le travail, 4% pendant le travail et 17% après le travail. En Tunisie Ferchiou M et al [18] ont trouvé 56,9% en prépartum, 32,5% en perpartum et 10,6% en postpartum.

La fréquence élevée de l'éclampsie au cours du travail d'accouchement pourrait être expliquée par un mauvais suivi du travail, à une méconnaissance des signes de danger par le personnel soignant et un retard à l'évacuation.

Nous avons instauré un traitement médical chez toutes nos patientes. Ce traitement a associé plusieurs médicaments dont le sulfate de magnésium qui a été administré chez 100% de nos patientes à la dose d'attaque et d'entretien, les antihypertenseurs dont la Nicardipine en phase aigüe et la Methyldopa et la Nifédipine en bithérapie comme en monothérapie.

Dans notre série 41,3% des patientes ont bénéficié d'une césarienne et 4,8% d'un déclenchement artificiel du travail d'accouchement. Ce résultat est inférieur à celui de Silvain G [18] qui a trouvé un taux de césarienne de 54,5%. Dans l'enquête MOMA réalisée en Afrique de l'Ouest citée par DUMONT A et Coll [19], le taux de césarienne retrouvé en cas d'éclampsie était de 87%, ce qui est supérieur à notre résultat.

L'éclampsie est une pathologie grave très souvent responsable de complications maternelles et fœtales, elle a été létale dans environ 8,7% des cas. Des taux de létalité souvent inférieurs au notre ont été rapportés par les auteurs suivants : Silvain G. [15] 2,3% de décès maternels, Konate S. [10] 4,26% de décès maternels, Diakité M. [20] 6,2% de décès maternels.

En comparant nos données avec ceux des auteurs suscités nous pouvons en déduire que la létalité de l'éclampsie était élevée dans notre série par rapport aux auteurs précédents.

Ceci pourrait s'expliquer par l'absence d'un service de réanimation pour la prise en charge adéquate de nos patientes comateuses.

Dans notre structure sanitaire l'éclampsie a représenté la première cause de décès maternel avec 25% des cas ; suivie de l'impotence fonctionnelle avec 20,45% et de l'hématome retro placentaire avec 13,36%.

Dans notre série nous avons rapporté 18,3% de mort-nés. Notre taux est supérieur à celui de Silvain G ^[15] qui a rapporté 11,9% de mort-nés.

Dans notre série 7,1% des cas ont nécessité l'avis d'autres spécialités dont la cardiologie dans 3,2% des cas, la réanimation dans 2,4% des cas, l'ophtalmologie et la Neurologie dans 0,8% des cas chacun.

CONCLUSION

L'éclampsie est une pathologie grave, responsable de complications maternelle et fœtale. C'est la première cause de décès maternels dans le service. Les facteurs favorisants retrouvés sont la primigestité, l'âge jeune des patientes et l'absence ou la mauvaise qualité de consultation prénatale.

La prise en charge de cette affection reste multidisciplinaire autant chez la maman que chez le fœtus.

Le suivi prénatal de qualité et l'amélioration des conditions de vie de la femme sont les moyens qui permettraient de diminuer le taux élevé d'éclampsie et d'améliorer le pronostic materno-fœtal de cette pathologie dans notre pays.

REFERENCES

- 1- Cotton D B, Hallak M, Janus C, Ertenkauf S M, berman R F Central Anticonvulsant Effects of magnesium sulphate on N-Methyl-D-Aspartate induced seizures. *Am J. Obstetric Gynecol* 1993, 168: 974-88.
- 2-Ducarme G Et al. Foie et pré-éclampsie. *Ann Fr d'Anesth et de Réanim.* (29 mars 2010), Vol. 29 : 97-103.
- 3 -Dembélé N F. Aspects cliniques de la crise d'éclampsie à l'Hôpital Gabriel Touré à propos de 65 cas. Thèse Med. Bamako 1995, page 35.
- 4-Edouard D. Pré-éclampsie. Éclampsie. *Encycl. Med Chir* (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Anesth-Réanim, 2003, 36-980-A-10.
- 5- Douglas K A Reedman C W G. Eclampsia in the United Kingdom *BMJ* 1994; 309: 1395-1400.
- 6- Goffinet R C. Pre-eclampsia as the great imposter. *Am J obstet gynecol* 199; 164:1577-1581.

7-Cissé C T, Faye Dienne M E, Ngabo D, Mbaye M, Diagne PM, Moreau JC. Indication Thérapeutiques et Pronostic de l'éclampsie au CHU de Dakar *Gyneco-obst Biol Reprod* 2003.

8- Pambou O, Ekoundzola JC, Malanda JP, Buanbos. Prise en Charge et Pronostic de l'éclampsie au CHU de BRAZAVILLE à propos d'une Etude Rétrospective de 100 Cas *Med Af Noire* 1999.

9- EDS (enquête démographique et de santé) Mali, p 344 ; 2018.

10- Konate S. Etude épidémio-clinique et Thérapeutique de L'éclampsie dans le service de Gyneco-obstetrique du CHU de Point G: Thèse Med 2008 Bamako 12 -45, 55, 60,68.

11-Lansac J, Berger C, Magnin G. Syndromes vasculo-renaux et pathologies rénales au cours de la grossesse. Précis d'obstétrique pour le praticien 3ième édition Masson, Paris 1997.

12 - Ahmadou H. Aspect épidémio-clinique de la prise en charge de l'éclampsie dans le centre de santé de référence de la commune V. Thèse Med, Bamako 2005, Pages 38,40.

13 - Merger R, Levy J, Melchior J. Syndromes vasculo-rénaux et Pathologies rénales au cours de la grossesse. Précis d'obstétrique 6ème édition Masson, Paris 1995.

14-Miguil M, Salami S, Mouhaoui M, El Youssoufi S. Aspects épidémiologiques et pronostiques de l'éclampsie au service d'anesthésie réanimation de la maternité du CHU Ibn Rochd de Casablanca. *Cah Anesthésiol*, Paris, 2003, Pages 51,177-80.

15-Silvain G. Pronostic materno fœtale de l'éclampsie dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital NIANKORO FOMBA de SEGOU à propos de 176 Cas. Thèse de Med. Bamako2014. Pages 53-76.

16- Diarra I. Aspects épidémio-cliniques de l'éclampsie dans le service de Gynécologie Obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré à propos de 50 cas. Thèse Med, Bamako 2005, P71, 74, 73,75.

17-Kamissogo G. Eclampsie au CSRéf de Koutiala à propos de 35 cas. Thèse Méd. 2007, page 33.

18-Ferchiou M, Sghaier S, Zhioua F, Hafsia S, Akremi A, Chennoufi B, Mariah S. L'éclampsie : une urgence obstétricale toujours d'actualité. *Maghreb Med* 1995 ; 293.

19- Dumont A, DE Bernis L, Bouvier Coll. M H, et le groupe MOMA. Estimation du taux attendu de césarienne pour indications maternelles dans une population de femmes enceintes d'Afrique de l'Ouest (enquête MOMA). *Gynecol Obstét Biol Reprod* 2001;31:107-12.

20-Diakite M. Pronostic materno-fœtal de l'éclampsie le service de gynéco obstétrique du CHU Gabriel TOURE Thèse Med 2008. Pages 81.