Health Sciences & Disease
The Journal of Medicine and Biomedical Sciences
EISSN: 2309-6535 ISSN: 1684-2782

Article Original

Manifestations Neurologiques et Lésions Cérébrales de l'Éclampsie au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville

Neurological Manifestations and Brain Lesions of Eclampsia at the University Hospital of Brazzaville

Elombila Marie[1, 2], Moyikoua Regis[2, 3], Mpoy Emy Monkessa Christ Mayick [1], Niengo Outsouta Gilles[1], Bokoba Nde Ngala Marina Aurole [1], Bayoundoula Ghislaine[1], Otiobanda Gilbert Fabrice [1,2]

https://doi.org/10.67260/hsd.v27i11.7976

Affiliations:
1. Service de réanimation Polyvalente, Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville (CHUB)
2. Faculté des Sciences de la Santé (FSSA), Université Marien N'Gouabi (UMNG)
3. Service de radiologie et imagerie médicale, CHUB

Auteur correspondant:
Elombila Marie
Service de réanimation Polyvalente, Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville (CHUB), Faculté des Sciences de la Santé (FSSA), Université Marien N'Gouabi (UMNG)
E-mail : elombila@gmail.com
Tel : +242 06 495 66 50

Mots-clés : éclampsie - manifestations neurologiques - imagerie cérébrale - IRM - PRES - Brazzaville.
Keywords: eclampsia - neurological manifestations - brain imaging - MRI - PRES – Brazzaville

Article history
Submitted: 8 September 2026
Accepted: 25 October 2026
Published: 29 October 2026

RÉSUMÉ

Introduction. L'éclampsie peut s'accompagner de manifestations neurologiques et de lésions cérébrales potentiellement graves. L'objectif était de décrire les manifestations neurologiques et les lésions cérébrales retrouvées à l'imagerie cérébrale chez les patientes admises pour éclampsie au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville (CHUB). **Patientes et méthodes.** Il s'est agi d'une étude descriptive, transversale et rétrospective menée d'octobre 2016 à mars 2017 dans le service de réanimation polyvalente du CHUB. Étaient incluses les patientes éclamptiques présentant des manifestations neurologiques persistantes au-delà de 24 heures de prise en charge médicale et/ou obstétricale. Toutes les patientes ont bénéficié d'une tomodensitométrie (TDM) cérébrale et cinq d'une imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale. Les données cliniques, obstétricales, neuroradiologiques, thérapeutiques et évolutives ont été recueillies. **Résultats.** Parmi 67 patientes admises pour éclampsie, six (8,9%) présentaient des manifestations neurologiques persistantes. L'âge moyen était de 25,6 ± 5,9 ans. Les réflexes anormaux étaient retrouvés chez toutes les patientes ; quatre présentaient un trouble sévère de la conscience, deux un déficit moteur, une patiente présentait une cécité et une agitation psychomotrice. La TDM a objectivé un accident vasculaire cérébral hémorragique chez une patiente. L'IRM a montré chez cinq patientes des hypersignaux de la substance blanche, principalement pariéto-occipitaux, compatibles avec un syndrome d'encéphalopathie postérieure réversible (PRES). Le syndrome HELLP était associé dans cinq cas. **Conclusion.** Les manifestations neurologiques persistantes de l'éclampsie étaient principalement associées à des lésions cérébrales évocatrices de PRES.

ABSTRACT

Introduction. Eclampsia can be accompanied by neurological manifestations and potentially serious brain damage. The objective was to describe the neurological manifestations and brain lesions found on brain imaging in patients admitted for eclampsia to the Brazzaville University Hospital Center (BUHC). **Patients and methods.** This was a descriptive, cross-sectional and retrospective study carried out from October 2016 to March 2017 in the BUHC multipurpose intensive care unit. Eclamptic patients presenting with persistent neurological manifestations beyond 24 hours of medical and/or obstetric care were included. All patients underwent brain computed tomography (CT) and five received brain magnetic resonance imaging (MRI). Clinical, obstetrical, neuroradiological, therapeutic and evolutionary data were collected. **Results.** Among 67 patients admitted for eclampsia, six (8.9%) presented persistent neurological manifestations. The mean age was 25.6 ± 5.9 years. Abnormal reflexes were found in all patients; four presented a severe disorder of consciousness, two a motor deficit, one patient presented blindness and psychomotor agitation. CT revealed a hemorrhagic stroke in a patient. MRI showed white matter hyperintensities in five patients, mainly parieto-occipital, compatible with posterior reversible encephalopathy syndrome (PRES). HELLP syndrome was associated in five cases. **Conclusion.** Persistent neurological manifestations of eclampsia were mainly associated with brain lesions suggestive of PRES.

Copyright©2026: The Authors. This is an open access article published by HSD under the CC BY NC ND 4.0 license

L'ESSENTIEL POUR LES LECTEURS PRESSÉS

Ce qui est déjà connu sur le sujet. L'éclampsie est une cause majeure de morbi-mortalité maternelle en Afrique subsaharienne. Les manifestations neurologiques sont polymorphes : convulsions, troubles de la conscience, troubles visuels et déficits focaux. Le syndrome d'encéphalopathie postérieure réversible (PRES) est une complication reconnue, mais la plupart des séries publiées proviennent des pays à revenu élevé ou d'Afrique de l'Ouest, et les données d'Afrique centrale restent rares.

La question abordée par cette étude. Cette étude a examiné le profil clinique et neuroradiologique de patientes admises pour éclampsie avec manifestations neurologiques persistant 24 heures après la prise en charge médicale et obstétricale à Brazzaville, République du Congo.

Ce que cette étude apporte de nouveau. Sur 67 patientes admises pour éclampsie, six (8,6 %) avaient des manifestations neurologiques persistantes. La TDM cérébrale était normale chez cinq, mais l'IRM montrait des hypersignaux T2/FLAIR pariéto-occipitaux compatibles avec un PRES chez quatre. Le HELLP syndrome était présent chez cinq patientes. Un décès maternel et une mort fœtale ont été enregistrés.

Implications pour la pratique, les politiques ou la recherche future. Une TDM normale ne doit pas rassurer le clinicien lorsque les symptômes neurologiques persistent après une éclampsie. L'IRM devrait être envisagée, et le HELLP syndrome devrait inciter à une surveillance neurologique renforcée. Des études prospectives multicentriques sont nécessaires pour caractériser l'évolution à long terme en Afrique centrale.

INTRODUCTION

L'éclampsie constitue une complication neurologique majeure des troubles hypertensifs de la grossesse et demeure une cause importante de morbi-mortalité materno-fœtale, particulièrement en Afrique subsaharienne [1,2]. Elle correspond à la survenue de crises convulsives et/ou de troubles de la conscience chez une femme présentant une prééclampsie sévère, après exclusion d'une autre cause neurologique. Malgré les progrès réalisés dans le dépistage et la prise en charge des troubles hypertensifs de la grossesse, l'éclampsie demeure une urgence obstétricale nécessitant une reconnaissance et une prise en charge rapides [2,3].

Les manifestations neurologiques de l'éclampsie sont polymorphes. Elles comprennent principalement les crises convulsives, mais également les céphalées, les troubles visuels, les troubles de la conscience, le coma et, plus rarement, des déficits neurologiques focaux [3-5]. Ces manifestations sont liées à une altération de l'autorégulation cérébrale, à une augmentation de la perméabilité de la barrière hémato-encéphalique et à une dysfonction endothéliale pouvant entraîner un œdème cérébral et des lésions vasculaires cérébrales [4-6]. Le syndrome d'encéphalopathie postérieure réversible (PRES) représente une complication neuroradiologique particulièrement importante, tandis que des accidents vasculaires cérébraux (AVC) ischémiques ou hémorragiques, une vasoconstriction cérébrale réversible ou une thrombose veineuse cérébrale peuvent également être observés [5,6]. La diversité des présentations cliniques et la possibilité de complications cérébrovasculaires sévères rendent leur identification précoce essentielle.

L'imagerie cérébrale, notamment la tomodensitométrie (TDM) et surtout l'imagerie par résonance magnétique (IRM) lorsqu'elle est disponible, peut contribuer à préciser le mécanisme des manifestations neurologiques et à rechercher des lésions cérébrales associées [4-7]. L'IRM cérébrale est l'examen de référence car dans certains cas la TDM cérébrale peut s'avérer normale. Peu d'études sont réalisées en Afrique sur les manifestations neurologiques lors de l'éclampsie [8,9]. Une revue récente a souligné les lacunes de prise en charge des troubles neurologiques chez les femmes enceintes dans les pays à revenu faible ou intermédiaire [22]. Les données d'Afrique centrale restent particulièrement rares, la plupart des séries publiées provenant d'Afrique de l'Ouest. L'objectif de notre étude était de décrire les manifestations neurologiques et les lésions cérébrales mises en évidence à l'imagerie cérébrale chez les patientes admises pour éclampsie au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville (CHUB).

MÉTHODOLOGIE

Type et cadre d'étude. Il s'est agi d'une étude descriptive, transversale, rétrospective réalisée sur une période de six mois allant du 1er octobre 2016 au 31 mars 2017, dans le service de réanimation polyvalente du CHU de Brazzaville.

Population. La population cible était constituée de toutes les patientes admises pour éclampsie. Nous avons inclus toute patiente présentant des manifestations neurologiques persistantes 24 heures après la prise en charge médicale et/ou obstétricale (évacuation utérine). Ont été exclues les patientes chez qui l'imagerie cérébrale n'a pu être réalisée.

Protocole d'imagerie. Les patientes ont bénéficié d'une imagerie cérébrale par TDM et/ou IRM. Lorsque la TDM montrait des lésions hémorragiques ou des signes directs de thrombose veineuse cérébrale, l'IRM n'était pas réalisée. La TDM était réalisée en coupes axiales contiguës de 5 mm d'épaisseur, sans et avec injection de produit de contraste. L'IRM cérébrale était réalisée grâce à un appareil 1,5 Tesla (Canon Medical Systems). Des séquences pondérées en T1 dans le plan sagittal et axial sans et avec injection de gadolinium étaient réalisées. Le protocole associait de façon systématique des séquences axiales en T2, FLAIR, T2* et diffusion, en coupes contiguës de 5 mm.

Recueil des données. Les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux à l'aide d'une fiche d'enquête préétablie. Les autorisations institutionnelles ont été obtenues. Les variables recueillies étaient : l'âge maternel, le niveau d'instruction, la gestité, l'âge gestationnel, le moment de survenue des crises convulsives par rapport à l'accouchement, le mode d'accouchement, les paramètres cliniques à l'admission (pression artérielle non invasive, score de Glasgow,

Copyright©2026: The Authors. This is an open access article published by HSD under the CC BY NC ND 4.0 license

examen neurologique), les résultats de l'imagerie cérébrale, la prise en charge, les complications associées et l'évolution.

Analyse statistique. Les données ont été analysées avec Microsoft Excel pour Mac, version 16.102 (2021). Les variables quantitatives étaient exprimées en moyenne ± écart-type et les variables qualitatives en effectifs et pourcentages. Compte tenu de la petite taille de l'échantillon, aucun test statistique inférentiel n'a été réalisé.

Considérations éthiques. Les autorisations institutionnelles ont été obtenues. Ce travail n'a impliqué aucune expérimentation sur des humains ou des animaux et ne contient aucune information personnelle permettant d'identifier les patientes.

RÉSULTATS

Fréquence et caractéristiques.

Durant la période d'étude, 67 patientes ont été admises pour éclampsie. Parmi elles, six étaient symptomatiques après 24 heures de prise en charge médicale et/ou obstétricale, soit une fréquence relative de 8,6 % (Tableau I).

Tableau I : données démographiques et obstétricales des patientes

Paramètres	Valeurs
Age maternel moyen (années)	25,6 ± 5 ,9
Niveau d'instruction	
Primaire	1 (16,7%)
Secondaire	4 (66,6%)
Universitaire	1 (16,7%)
Gestité	
1	2 (33,3%)
>1	4 (66,7%)
Moment de survenue des convulsions	
Prépartum	4 (66,7%)
Postpartum	2 (33,3%)
Mode d'accouchement	
Voie Basse	1 (16,7%)
Césarienne	5 (83,3%)

L'âge moyen des patientes était de 25,6 ± 5,9 ans. Quatre des patientes avaient eu plus d'une grossesse. L'âge gestationnel variait de 28 à 40 semaines d'aménorrhée. La grossesse était monofoetale dans 66,7 % et gémellaire dans 33,3 %. Les convulsions étaient survenues en période prépartum chez quatre patientes (66,7 %) et cinq (83,3 %) des patientes avaient bénéficié d'un accouchement par césarienne (tableau I).

Données cliniques.

La pression artérielle systolique moyenne était de 169 ± 28,2 mmHg et la pression artérielle diastolique moyenne de 105 ± 24,3 mmHg. Le score de Glasgow moyen était de 8,6 ± 2,7 (extrêmes 6–12). Des réflexes anormaux étaient retrouvés chez toutes les six patientes, quatre avaient un score de Glasgow inférieur à 8, deux un déficit moteur, une une cécité et une une agitation psychomotrice (tableau II).).

Tableau II : données cliniques des patientes

Paramètres	Valeurs
Pression artérielle à l'admission	
PA systolique moyenne (mmHg)	169,5 ± 28,2
PA diastolique moyenne (mmHg)	105 ± 24,3
GCS moyen	8,6 ± 2,7
Manifestations neurologiques	
Reflexes anormaux	6 (100%)
Coma (GCS < 8)	4 (66,7%)
Déficit moteur	2 (33,3%)
Cécité	1 (16,6%)
Agitation psychomotrice	1 (16,6%)

PA - pression artérielle ; GCS - score de Glasgow

Données de l'imagerie.

Toutes les six patientes ont bénéficié d'une TDM cérébrale. La TDM a montré un AVC hémorragique chez une patiente (hématome capsulo-caudé droit avec contamination intraventriculaire). Les cinq autres TDM étaient normales, nécessitant la réalisation d'une IRM complémentaire. L'IRM a montré des hypersignaux T2/FLAIR de la substance blanche en pariéto-occipitale bilatérale chez trois patientes, en pariéto-occipitale unilatérale chez une patiente et au niveau des deux parenchymes occipitaux chez une patiente (tableau III). Ces images faisaient évoquer un PRES. La distribution observée dans notre série est donc en accord avec les données de la littérature (tableau III).

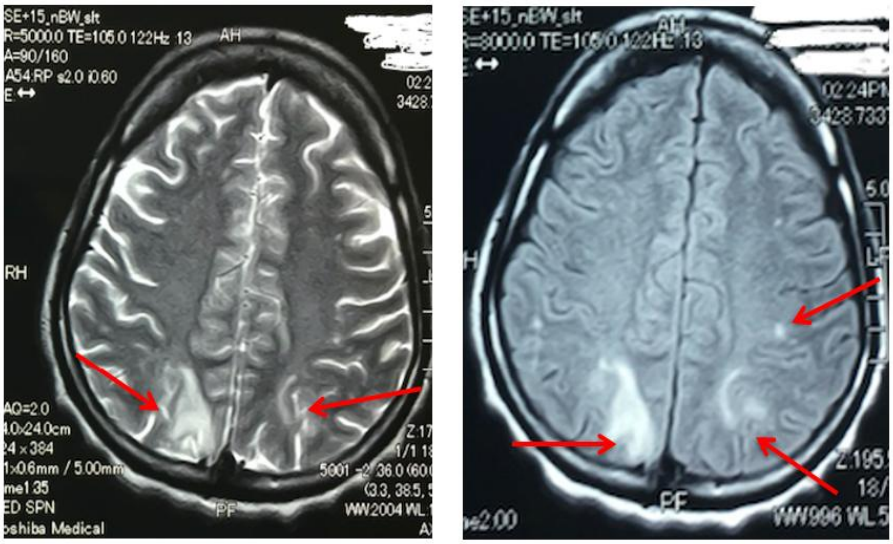
Tableau III : données de l'imagerie cérébrale (TDM et IRM) des patientes

Interprétation		Diagnostic
TDM cérébrale		
Hématome capsulo-caudé droit avec contamination intraventriculaire		Accident vasculaire cérébrale hémorragique (1 cas)
IRM cérébrale		
Séquence	***Localisation***	
T2 et FLAIR : hypersignal	Pariéto-occipitale bilatérale (3 cas) Occipitale bilatérale (1 cas) Pariéto-occipitale unilatérale (1 cas)	Syndrome d'encéphalopathie hypertensive postérieur réversible (5 cas)

TDM : Tomodensitométrie. IRM : Imagerie par Résonnance Magnétique. FLAIR : fluid-Attenuated Inversion Recovery

Copyright©2026: The Authors. This is an open access article published by HSD under the CC BY NC ND 4.0 license

Ces images faisaient évoquer un syndrome d'encéphalopathie hypertensive postérieure réversible (image 1).



a b

Image 1 : hypersignal en plage de la substance blanche en pariéto-occipitale bilatérale en séquence T2 (a) et FLAIR (b)

Complications associées et prise en charge.

Cinq patientes ont présenté des complications associées : HELLP syndrome chez cinq, insuffisance rénale aiguë chez deux et hémorragie du post-partum chez deux. Deux patientes ont bénéficié d'une ventilation mécanique. Toutes ont reçu du sulfate de magnésium selon le protocole (4 g en dose de charge intraveineuse, puis 1 g/heure en entretien) et un antihypertenseur (nicardipine) en intraveineux à la seringue électrique au cours des premières 24 heures. La durée moyenne de séjour était de 9 ± 5,7 jours (extrêmes 4–17 jours). Un décès maternel et une mort fœtale ont été enregistrés.

DISCUSSION

Notre travail présente certaines limites, notamment la petite taille de l'échantillon, le biais de sélection et le caractère rétrospectif, qui ne permettait pas de recueillir de manière exhaustive certaines données. En particulier, le délai entre l'apparition des manifestations neurologiques et la réalisation de l'IRM cérébrale, ainsi que le délai d'amélioration des symptômes neurologiques, n'ont pas pu être précisés. Par ailleurs, l'absence d'une IRM cérébrale de contrôle à distance ne permettait pas d'évaluer de manière objective la réversibilité des lésions cérébrales observées. La sélection des patientes constitue une limite importante. En effet, seules les patientes présentant des troubles neurologiques persistants au-delà de 24 heures ont été inclues, ce qui ne permet pas d'extrapoler les résultats à l'ensemble des patientes présentant une éclampsie. Néanmoins, nos observations permettent une interprétation des principales caractéristiques cliniques et neuroradiologiques observées dans notre série.

Six patientes sur 67 admises pour une éclampsie avaient présenté des manifestations neurologiques persistantes au-delà de 24ème heures après prise en charge, soit une fréquence de 8,9 %. Celle-ci ne correspond pas à la fréquence globale des complications neurologiques de l'éclampsie, mais uniquement aux formes symptomatiques persistantes ayant justifié une exploration neuroradiologique dans notre série. La fréquence des manifestations neurologiques lors de l'éclampsie est variable (6,5-20%) selon les études [3, 10,11]. Ces données soulignent l'importance d'une surveillance neurologique prolongée lorsque les symptômes persistent malgré un traitement initial bien conduit.

L'âge moyen de nos patientes était de 25 ans, avec des extrêmes gestationnels allant de 28 à 40 SA. Ces caractéristiques rejoignent celles habituellement rapportées dans les séries d'éclampsie compliquée de manifestations neurologiques, qui concernent principalement des femmes jeunes [4,8]. La survenue des convulsions dans notre série était en prépartum chez quatre patientes. Shafqat et *al*. rapportaient également que les crises survenaient en anténatal chez la majorité des patientes [10]. L'éclampsie peut toutefois survenir à différents moments de la grossesse, y compris en période postpartum [4, 9,10]. La période postpartum doit donc rester considérée comme une période à risque de complications neurologiques, même après l'accouchement.

Sur le plan clinique, quatre patientes avaient un score de Glasgow inférieur à 8 et deux présentaient un déficit moteur. Une patiente avait présenté une cécité et une autre une agitation psychomotrice. Ces manifestations correspondent au spectre clinique classiquement décrit au cours de l'éclampsie [5, 8-10]. Les complications neurologiques de la prééclampsie et de l'éclampsie peuvent comprendre le PRES, les AVC, la thrombose veineuse cérébrale et le syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible [5,11, 12]. La présence d'un déficit

Copyright©2026: The Authors. This is an open access article published by HSD under the CC BY NC ND 4.0 license

moteur dans notre série rappelle ainsi que l'éclampsie ne doit pas être considérée comme une affection exclusivement responsable de crises convulsives et que l'apparition d'un signe focal doit conduire à rechercher une complication cérébrovasculaire. La PA systolique et diastolique moyennes étaient respectivement de 169 ± 28,2 mmHg et 105 ± 24,3 mmHg. Cette hypertension artérielle importante constitue un élément physiopathologique majeur, mais la relation entre le niveau tensionnel et la survenue des lésions cérébrales n'est pas strictement linéaire. La prééclampsie et l'éclampsie sont associées à une altération de l'autorégulation cérébrale, à une dysfonction endothéliale, à une augmentation de la perméabilité de la barrière hémato-encéphalique et à des modifications du tonus vasculaire cérébral [6].

Sur les cinq patientes explorées par l'IRM, quatre patientes présentaient les anomalies compatibles avec un PRES. Le PRES est fréquemment associé à l'éclampsie comme l'ont révélé plusieurs séries [11-13]. Les lésions sont généralement mieux visualisées en séquences T2 et FLAIR, sous forme d'hypersignaux de la substance blanche dans les régions pariéto-occipitales. Des atteintes frontales, temporales, cérébelleuses, du tronc cérébral ou des noyaux gris centraux peuvent toutefois être observées [12, 13,14]. La distribution observée dans notre série est donc en accord avec les données de la littérature et renforce l'hypothèse d'un PRES comme mécanisme principal des manifestations neurologiques persistantes chez nos patientes. La normalité de la TDM cérébrale chez cinq patientes contraste avec les anomalies retrouvées à l'IRM chez les patientes ayant bénéficié de cet examen. La TDM demeure utile en urgence pour rechercher une hémorragie intracrânienne ou d'autres lésions aiguës, mais sa sensibilité peut être limitée pour détecter l'œdème vasogénique caractéristique du PRES [6,15]. Dans l'étude réalisée par Harandou et *al*. La TDM était normale chez trois des 19 patientes alors que des anomalies neuroradiologiques étaient finalement retrouvées chez toutes les patientes explorées ; l'œdème cérébral constituant la lésion prédominante avec une localisation pariétale ou occipitale dans la majorité des cas [4,13]. L'IRM apparaît donc plus performante pour caractériser les lésions du PRES particulièrement grâce aux séquences FLAIR et de diffusion. La présence d'un AVC hémorragique chez une de nos patientes rappelle néanmoins que toutes les manifestations neurologiques de l'éclampsie ne relèvent pas du PRES. La prééclampsie et l'éclampsie sont associées à une augmentation du risque d'AVC ischémiques et hémorragiques en rapport avec l'hypertension sévère, la dysfonction endothéliale, les anomalies de l'autorégulation cérébrale et l'état prothrombotique [5, 6, 12,16]. Dans la série de Brouh Yapo et *al*. la TDM avait permis d'identifier les AVC chez les patientes présentant des complications neurologiques [8]. L'imagerie cérébrale conserve ainsi un rôle essentiel pour distinguer le PRES d'une complication hémorragique ou ischémique, dont la prise en charge et le pronostic peuvent être différents.

Dans notre série, cinq patientes avaient présenté un HELLP syndrome, deux une IRA et deux une HPP. La fréquence élevée du HELLP syndrome est particulièrement intéressante car les mécanismes physiopathologiques de la prééclampsie sévère, du HELLP syndrome et des complications neurologiques sont étroitement liés à la dysfonction endothéliale systémique [8,12]. L'association entre atteinte neurologique et atteintes viscérales souligne donc le caractère multisystémique de l'éclampsie. Obame et al. ont retrouvé un taux de complications de 31,4% dominées aussi par l'IRA et le HELLP syndrome dans 11,9% et 9,8% respectivement chez les patientes prééclamptiques [17]. En effet, dans la littérature nous retrouvons que l'HELLP syndrome, l'hémorragie ainsi que l'IRA constituent les causes majeures de décès par prééclampsie sévère [18,19]. L'évolution dans notre série était marquée par un décès maternel et une mort fœtale. Bien que l'effectif soit très limité et ne permette aucune conclusion pronostique, ces événements illustrent la gravité potentielle de l'éclampsie compliquée de manifestations neurologiques. L'éclampsie constitue la troisième cause de mortalité maternelle dans les pays en voie de développement [20]. La mortalité maternelle et fœtale dépend en grande partie des conditions de la prise en charge. Elle est respectivement de 1 et 10 % dans les pays développés alors qu'elle peut atteindre 40 et 70 % dans les pays émergents [4].

La fréquence des manifestations neurologiques de l'éclampsie est élevée dans les pays à ressources limitées [21] et la prise en charge de ces patientes demeure limitée [22] par plusieurs contraintes notamment les inégalités d'accès aux soins, l'insuffisance des infrastructures hospitalières et du personnel spécialisé, ainsi que les difficultés financières. Ces facteurs peuvent retarder le diagnostic et la prise en charge et, par conséquent, aggraver un pronostic maternel et fœtal déjà défavorable.

CONCLUSION

Les manifestations neurologiques persistantes au-delà de 24 heures lors de l'éclampsie sont fréquentes et se présentent sous diverses formes. Les anomalies retrouvées à l'IRM dans notre étude sont principalement compatibles avec un PRES. L'association d'un HELLP syndrome est fréquente chez les patientes éclamptiques présentant des manifestations neurologiques persistantes au-delà de 24 heures. Néanmoins, il s'agit de la première série consacrée aux manifestations neurologiques et aux lésions cérébrales associées à l'éclampsie au en République du Congo. Des études prospectives, multicentriques et portant sur des effectifs plus importants seraient nécessaires afin de mieux caractériser ces manifestations, d'évaluer leur évolution à long terme et d'identifier les facteurs pronostiques associés. Il convient de retenir est que l'IRM cérébrale occupe une place importante dans l'exploration des manifestations neurologiques persistantes chez les patientes éclamptiques surtout lorsque la TDM cérébrale est normale.

Copyright©2026: The Authors. This is an open access article published by HSD under the CC BY NC ND 4.0 license

DÉCLARATIONS

Remerciements : nous remercions sincèrement toutes les personnes qui ont rendu cette étude possible.
Conflits d'intérêts : les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.
Contribution des auteurs : tous les auteurs ont contribué activement à la rédaction de cet article.
Financement : ce travail a été réalisé sur fonds propres.
Considérations éthiques : les autorisations institutionnelles ont été obtenues pour cette étude. Ce travail n'a impliqué aucune expérimentation sur des humains ou des animaux et ne contient aucune information personnelle permettant d'identifier les patientes.
Disponibilité des données : les données sont disponibles sur demande auprès de l'auteur principal.

REFERENCES

1. Sentilhes L, Schmitz T, Arthuis C, Barjat T, Berveiller P, Camilleri C, et al. La pré-éclampsie : recommandations pour la pratique clinique du Collège national des gynécologues obstétriciens français. Gynecol Obstet Fertil Senol. 2024;52(1):3-44. doi:10.1016/j.gofs.2023.10.002.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin, Number 222. Obstet Gynecol. 2020;135(6):e237-e260. doi:10.1097/AOG.0000000000003891.
3. Thomas SV. Neurological aspects of eclampsia. J Neurol Sci. 1998;155(1):37-43. doi:10.1016/S0022-510X(97)00274-8.
4. Harandou M, Madani N, Labibe S, Messouak O, Boujraf S, Benkirane S, et al. Apport de l'imagerie neurologique chez les éclamptiques encore symptomatiques après 24 heures : étude descriptive à propos de 19 cas. Ann Fr Anesth Reanim. 2006;25(6):577-583. doi:10.1016/j.annfar.2006.02.022.
5. Miller EC, Vollbracht S. Neurology of Preeclampsia and Related Disorders: an Update in Neuro-obstetrics. Curr Pain Headache Rep. 2021;25(6):40. doi:10.1007/s11916-021-00958-z.
6. Miller EC. Preeclampsia and Cerebrovascular Disease. Hypertension. 2019;74(1):5-13. doi:10.1161/HYPERTENSIONAHA.118.11513.
7. Tank PD, Chauhan AR, Bhattacharya MS, Warke HS, Raut VS. Neurological complications in eclampsia: a case series. Int J Fertil Womens Med. 2004;49(2):61-69.
8. Brouh Y, Jean KK, Ouattara A, Tétchi Y, Pete Y, Koffi N, et al. Brain lesions in eclampsia: A series of 39 cases admitted in an Intensive Care Unit. Indian J Crit Care Med. 2016;20(3):178-181. doi:10.4103/0972-5229.178182.
9. Youssoufa M, Callixte KT, Christian N. Occipital lobe epilepsy secondary to Posterior Reversible Encephalopathy Syndrome (PRES) during a post-partum eclampsia in Mali (West Africa). BMC Res Notes. 2013;6:321. doi:10.1186/1756-0500-6-321.
10. Shafqat T, Ayub S, Raheem R. Neurological complications of eclampsia. Pak J Neurol Surg. 2011;15(2):102-105.
11. Singh R, Hayaran N, Nagar D, Jain A. Spectrum of Neurological Complications in Eclampsia in a Tertiary Care Hospital in India. J Obstet Gynaecol Can. 2018;40(7):876-882. doi:10.1016/j.jogc.2017.08.038.
12. Tolu-Akinnawo O, Temidayo A, Vittal NB, Okafor H, Nzerue C. Cardio-Renal & Neurologic Complications of Pre-eclampsia: Current Concepts & Clinical Implications. J Preg Child Health. 2024;6:122. doi:10.29011/JPCH-122.100022.
13. Mayama M, Uno K, Tano S, Yoshihara M, Ukai M, Kishigami Y, et al. Incidence of posterior reversible encephalopathy syndrome in eclamptic and patients with preeclampsia with neurologic symptoms. Am J Obstet Gynecol. 2016;215(2):239.e1-5. doi:10.1016/j.ajog.2016.02.039.
14. Elombila M, Moyikoua R, Mpoy Emy Monkessa CM, Leyono-Mawandza PDG, Niengo Outsouta G, Nde Ngala Bokoba MA, et al. Syndrome d'encéphalopathie postérieure réversible : à propos d'un cas au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville. RAMUR. 2016;21(2):57-60.
15. Fang X, Liang Y, Chen D, He F, Chen J, Huang F. A study on clinicoradiological characteristics and pregnancy outcomes of reversible posterior leukoencephalopathy syndrome in preeclampsia or eclampsia. Hypertens Res. 2017;40(12):982-987. doi:10.1038/hr.2017.76.
16. Al-Hayali RM, Al-Habbo DJ, Hammo MK. Peripartum neurological emergencies in a Critical Care Unit. Neurosciences. 2008;13(2):Article 12. doi:10.17712/1658-3183.1580.
17. Obame R, Ekegue N, Sima Olé B, N'Nang Essone JF, Matsanga A, Sagbo Ada LV, et al. Prise en charge des pré-éclampsies sévères en postopératoires au service de réanimation du Centre Hospitalier Universitaire d'Owendo. Health Sci Dis. 2020;21(2):78-81. doi:10.5281/hsd.v21i2.1714.
18. Leye PA, Bennani M, Fall ML, Bah MD, Beye DM, Diouf E. Insuffisance rénale aiguë du post-partum en réanimation au CHU de Dakar. Rev Afr Anesth Med Urg. 2014.
19. Elombila M, Niengo Outsouta G, Mpoy Emy Monkessa CM, Kibinda RV, Leyono Mawandza PDG, Nde Ngala MA, et al. La pré-éclampsie sévère en réanimation polyvalente du Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville. Health Sci Dis. 2022;23(6):62-67. doi:10.5281/hsd.v23i6.3679.
20. Cresswell J, Alexander M, Chong M, Link H, Pejchinovska M, Gasaley U, et al. Global and regional causes of maternal deaths 2009–20: a WHO systematic analysis. Lancet Glob Health. 2025;13:e626-e634.
21. Ghulmiyyah L, Sibai B. Maternal mortality from preeclampsia/eclampsia. Semin Perinatol. 2012;36(1):56-59. doi:10.1053/j.semperi.2011.09.011.
22. Debrah AF, Adebusoye FT, Shah MH, Awuah WA, Tenkorang PO, Bharadwaj HR, et al. Neurological disorders in pregnant women in low- and middle-income countries—Management gaps, impacts, and future prospects: A review perspective. Womens Health (Lond). 2023;19:17455057231210265. doi:10.1177/17455057231210265.
23. Sanou J, Ouédraogo A, Traoré IA, et al. L'éclampsie dans le service de réanimation du Centre Hospitalier Universitaire Sourô Sanou : fréquence et facteurs associés à la mortalité maternelle. Health Research in Africa. 2023;1(4 Suppl 1). doi:10.5281/hra.v1i4(Suppl 1).4985.
24. Nsahlai CJF, Tanda S, Mendoua MF, et al. Atypical Eclampsia: A Case Report. Health Research in Africa. 2026;4:137-138. doi:10.5281/hra.v4i1.4986.
25. Posterior Reversible Encephalopathy Syndrome and Eclampsia in a Primigravid Woman: The First Reported Case from Sierra Leone. Am J Case Rep. 2015;34(3):197-200.

Copyright©2026: The Authors. This is an open access article published by HSD under the CC BY NC ND 4.0 license