

L'ÉCLAMPSIE A LA CLINIQUE DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE DU C.H.U. TOKOIN-LOME (TOGO)

K. AKPADZA, S. BAETA, K.T. KOTOR, A.K.S. HODONOU

RÉSUMÉ

71 cas d'éclampsie pour 7713 accouchements effectués à la Clinique de Gynécologie Obstétrique du C.H.U. Tokoin-Lomé, du 1er Janvier au 31 Décembre 1993, ont été répertoriés. L'incidence de cette pathologie était de 0,92% soit 1 éclampsie sur 109 accouchements. Les âges allant de 15 à 25 ans étaient les plus affectés (35 cas).

La fréquence de l'éclampsie ante-partum était 49,30% celle du per-partum s'élevait à 32,40% contre 18,30% de celle du post-partum. Les saisons froides étaient les moments favoris.

Les maternités satellites étaient les grandes pourvoyeuses (67 cas).

La négligence des consultations prénatales (23 cas d'éclampsie sans consultation prénatale) était le principal facteur favorisant. Aussi le nombre de cas d'éclampsie du per-partum et du post-partum, reflète la déficience dans la prise en charge de nos parturientes. Le pronostic foetal fâcheux (31,03% de mortinatalité dont 22,41% de mort per-partum) peut être amélioré par la césarienne d'indication électorale. Quant au pronostic maternel, il était dominé par 2 décès. La persuasion des gestantes de l'utilité des consultations prénatales, la bonne conduite de ces consultations prénatales, et la prise en charge efficiente des parturientes, réduiraient l'incidence de l'éclampsie.

Mots clés : Eclampsie-Négligence des consultations prénatales, Saisons froides.

INTRODUCTION

L'éclampsie, définie par des crises convulsives généralisées pouvant survenir avant, pendant ou après l'accouchement, semble d'une fréquence remarquable à la Clinique de Gynécologie-Obstétrique du C.H.U. TOKOIN par des estimations ponctuelles.

Quels sont son incidence et son impact sur le pronostic foetal et maternel. Telles sont les questions auxquelles nous

Clinique de Gynécologie-Obstétrique CHU-Tokoin BP 57 LOMÉ.

tenterons de répondre dans ce travail.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Nous avons mené une étude rétrospective par analyse des registres de l'Unité de Réanimation de la Clinique, et des dossiers des parturientes enregistrées du 1er Janvier au 31 Décembre 1993.

Tous les cas d'éclampsie ont été répertoriés.

L'âge, la parité, le niveau d'instruction, la consultation prénatale, l'âge gestationnel, le mode d'accouchement, le score d'APGAR et la période de survenue des crises par rapport à l'accouchement sont les variables que nous avons exploitées.

RÉSULTATS

Nous avons dénombré 71 cas d'éclampsie pour 7713 accouchements effectués en 12 mois. L'incidence de l'éclampsie s'élève ainsi à 0,92% soit 1 éclampsie sur 109 accouchements.

Nous présentons la plupart de nos résultats concernant les variables en tableaux.

I. Facteurs Épidémiologiques.

1. Age

Tableau I. : Répartition par tranche d'âge.

Age (an)	Éclampsie	
	Nombre	%
20 ans	19	26,76
21-25	16	22,54
26,30	15	21,13
31,35	10	14,08
>35	7	9,86
Inconnu	4	5,63
Total	71	100

*Les âges extrêmes étaient 15 ans et 42 ans.

2. Parité

Tableau II : Éclampsie et parité

Partie	Éclampsie	
	Nombre	%
I	31	43,66
II-III	21	29,58
IV-V	15	21,13
VI	4	5,63
Total	71	100

Les primipares étaient les grandes victimes.

3. Niveau d'instruction.

Tableau III : Répartition en fonction du niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Éclampsie	
	Nombre	%
0	32	45,07
Primaire	26	36,62
Secondaire	13	18,31
Total	71	100

Le niveau d'instruction le plus élevé était la classe de 3^e.

4. Consultation Prénatale

Tableau IV : Éclampsie et consultation prénatale

Nombre de Consultations Prénatale	Éclampsie	
	Nombre	%
0	23	32,39
1	3	4,93
2	12	16,90
3	8	11,27
4	7	9,86
5	7	9,86
6	5	7,04
Non précisé	6	8,45
Total	71	100

Le nombre moyen des consultations prénatales était deux.

Le 1/3 des éclamptiques n'a jamais fait suivre médicalement et obstétriquement sa grossesse. Parmi les 71 patientes, 4 soit 5,63% provenaient du C.H.U. Tokoin. Elles représentaient 0,10% des 3850 gestantes suivies dans le service. Les 67 autres étaient transférées des institutions sanitaires de Lomé et de ses environs.

II. Période et délai de survenue de l'éclampsie par rapport à l'accouchement

Nous avons recensé :

- 35 cas d'éclampsie ante-partum (49,30%)
- 23 cas d'éclampsie per-partum (32,40%)
- 13 cas d'éclampsie post-partum (18,30%)

Pour l'éclampsie du post-partum, son délai de survenue allait d'1 H à 120H (5 jours) après la délivrance (Tab. V).

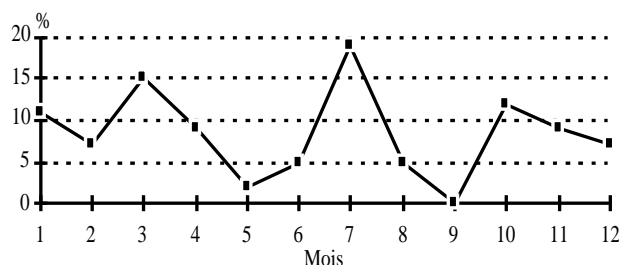
Tableau V : Délai de survenue de l'éclampsie dans le post-partum

Délai de survenue de l'éclampsie après la délivrance	Eclampsie	
	Nombre	%
1 H	3	23,08
2 H	4	30,78
3 H	2	15,38
24 H	2	15,38
120 H	2	15,38
Total	13	100

III. Répartition de l'éclampsie dans l'année

L'éclampsie a été enregistrée dans presque tous les mois de l'année avec une fréquence plus élevée en Mars et Juillet.

Figure 1 : Répartition des cas d'éclampsie dans l'année



IV. PRONOSTIC

1. Pronostic Foetal

1.1 Age gestationnel

Nous nous sommes intéressés aux âges gestationnels des éclampsies ante-partum.

Tableau VI. : Répartition de l'éclampsie ante-partum par rapport à l'âge gestationnel

Age Gestationnel (semaines d'aménorrhée)	Éclampsie ante-partum	
	Nombre	%
24	1	2,86
28	4	11,43
30	3	8,57
32	5	14,29
34	9	25,71
36	6	17,14
37 et plus	7	20
Total	35	100

1.2 Score d'APGAR

Nous avons corrélié la vitalité foetale à la naissance à la voie d'accouchement des éclampsiques ante-partum et per-partum.

Tableau VII : Score d'APGAR et mode d'accouchement des éclampsiques

Score d'APGAR à 5 mn	Voie d'accouchement des Éclampsiques ante et per-partum (58 cas)			
	Voie Basse %		Césarienne %	
7	28	48,28	7	12,07
7	3	5,17	2	3,45
00(mort per-partum)	13	22,41	/	/
00(mort ante-partum)	5	8,62	/	/
Total	49	84,48	9	15,52

L'analyse de ce tableau fait ressortir

- 31,03% de mortalité
- 60,35% d'enfants nés avec un bon score d'APGAR.

2. Pronostic maternel

Nous n'avons pu étudier que le pronostic à court terme. Il comportait :

- La césarienne (9 cas) dont les indications étaient :
 - * état de mal éclamptique : 4 cas
 - * crise éclamptique et souffrance foetale aiguë : 3 cas
 - * éclampsie et viciation pelvienne : 2 cas
- 1 état dépressif transitoire
- 2 cas d'hématome rétro-placentaire modéré
- 1 insuffisance rénale réversible
- 2 décès maternels (2,82%). Ces décès étaient dus à un état de mal éclamptique et à un coma carus avec les complications broncho-pulmonaires.

COMMENTAIRES

Comparativement à l'incidence de Faye (2) (0,12%) à Libreville en 1989 et à celle de ZONGO (8) (0,24%) à Lomé en 1980, l'éclampsie de notre série est d'une incidence élevée (0,92%). Elle serait expliquée par le phénomène de concentration des pathologies obstétricales dont la clinique est le centre de référence. Ceci justifie l'importance des cas d'éclampsie transférés.

Contrairement à FAYE (2), MILLIEZ (4) et SANGARET (7), la majorité de nos éclampsiques était jeune. Leurs âges étaient compris entre 15 et 25 ans. Cette constatation rejoint celle de ZONGO (8) qui répertoriait 63,15% de cas d'éclampsie dans la tranche d'âge de 15 à 20 ans. On serait tenté d'expliquer ces faits par la profession qui a fait défaut dans les dossiers exploités. Cependant, l'éclampsie paraît une des complications de la grossesse chez l'adolescente. Le risque de l'éclampsie évolue en raison inverse de la parité. De même moins le niveau d'instruction est élevé, plus la femme est exposée à l'éclampsie. Un niveau d'instruction élevé permet la compréhension et l'utilité de la surveillance prénatale. Cette utilité de la surveillance prénatale est illustrée par les cas d'éclampsie qui vont en diminuant avec le nombre des consultations prénatales. Mais l'importance du pourcentage d'éclampsie (32,39%) qui n'ont jamais fait suivre leurs grossesses dans une cité comme celle de Lomé comptant au moins une douzaine de Centres de Protection Maternelle et Infantile, suscite une inquiétude et fait poser un certain nombre de questions sans réponse.

Cette déficience justifierait la prédominance de l'éclampsie ante-partum.

SANGARET (7) et ZONGO (8) relevaient respectivement 63,20 et 68,42% de cas de toxémie gravidique compliquée d'éclampsie sans surveillance prénatale.

Les cas d'éclampsie du per-partum et du post-partum pourraient être interprétés comme la résultante de la déficience dans la prise en charge des parturientes. Le tableau III fait ressortir l'importance de la surveillance de l'accouchée dans les 2 heures qui suivent la délivrance, et l'intérêt de garder les parturientes à la maternité durant la première semaine de l'accouchement. Cette attitude est loin d'être adoptée dans nos milieux en raison de l'insuffisance des infrastructures sanitaires, et du personnel paramédical qualifié.

La recrudescence de l'éclampsie à la saison froide est un fait constaté par bon nombre d'auteurs (2, 5, 7). En effet, la grande saison des pluies à Lomé, va du mois de Mars à Juillet. Ce qui justifie les deux pics de la courbe de répartition des cas d'éclampsie dans l'année. Ainsi devons-nous accorder une attention particulière aux parturientes toxémiques en saisons de pluie ?

La forte mortalité qui caractérise l'éclampsie (1, 3, 8) appelle d'une part la vigilance devant cette urgence médico-obstétricale, et indique d'autre part la césarienne

pour le sauvetage de l'enfant (1, 2, 3, 4). La survenue de l'éclampsie à un période de viabilité foetale (32ème à 36ème semaines d'aménorrhée surtout), plaide en faveur de cette césarienne. Mais pratiquée dans le but d'évacuer l'utérus pour conforter l'état maternel, la césarienne est remise en cause avec l'existence des éclampsies tardives du post-partum (6).

La mortalité maternelle due à l'éclampsie qui occupe le 4è rang des principaux facteurs étiologiques dans le service, appelle un renforcement de la prise en charge des patientes.

CONCLUSION

L'éclampsie est d'une incidence remarquable à la clinique de Gynécologie-obstétrique du C.H.U. Tokoin avec un pourcentage élevé à la période ante-partum et aux saisons froides. Elle alourdit le pronostic foetal surtout par un accouchement par voie basse.

L'amélioration de la surveillance prénatale, de la surveillance des accouchées dans le post-partum immédiat, et la pratique éclectique de la césarienne chez les éclamptiques, réduiront cette incidence tout en affinant le pronostic foetal.

BIBLIOGRAPHIE

1 - J.C. COLAU, UZANS, M. BEAUFILS

Néphropathies gravidiques.

Encycl. Méd. Chir. PARIS, Obstétrique, 5036 A 10, 12-1983.

2 - A. FAYE, A. PICAUD, N. OGOWET-IGUMU, NLOME-NZERA, P. NICOLAS.

L'éclampsie au Centre Hospitalier de Libreville. 53 cas pour 41.285 accouchements de 1985 à 1989.

Rev. Fr. Gynécol. Obstét. 1991, 86, 7-9, 503-510.

3 - G. MELLIER, C. MIELLET, J.P. GRIOT, D. PERROT

L'éclampsie : analyse d'une série de 18 observations. Conduite à tenir devant une crise grave.

Rev. Fr. Gynécol. Obstét. 1984, 79, (4), 271-275.

4 - J. MILLIEZ

Hypertension artérielle et Grossesse : Éclampsie.

Artères et veines, 1986, 6 (6), 461-464.

5 - O.A. ONYANGUNGA, B. KAMBA, L. MPUTU.

Étude épidémiologique de l'éclampsie aux Cliniques Universitaires du

MONT AMBA (ZAIRE). A propos de 28 observations de 1981 à 1982.

Rev. Fr. Gynécol. Obstét. 1986, 81 (2), 95-98

6 - A. RICHER, E. RICHER, A. MOULIGNER, A. DILOUYA, P. VIGE, de J. RECONDO

Éclampsie tardive du post-partum, mythe ou réalité ?

J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod. 1991, 20, 979-984.

7 - M. SANGARET, K. BOHOSSOU, N. KONE, J.P. BRETTE, Y. DJANHAN, S. ANONGBA, BAP

Aspects épidémiologiques et thérapeutiques de la toxémie gravidique. Expérience du C.H.U. de COCODY (Abidjan).

31è Congrès de la Fédération des Gynécologues-Obstétriciens de la Langue Française - TOURS, 1986.

8 - Y. ZONGO

La néphropathie gravidique au C.H.U. de Lomé. A propos de 1733 cas. Thèse. Méd. Fac. Sciences Méd. Biol. UNIVERSITE DU BÉNIN, Lomé 1981.