

— LES ECLAMPSIES A LA MATERNITE DU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL YALGADO OUEDRAOGO DE OUAGADOUGOU (BURKINA FASO) Aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs

LANKOANDE J.* , TOURE B.* , OUEDRAOGO A.** , OUEDRAOGO C.M.R.** , OUATTARA T.** , BONANE B.* , KONE B.*

RESUME

Les auteurs rapportent les données d'une étude rétrospective menée de 1992 à 1995 et dont le but était de décrire le profil épidémiologiques, clinique et évolutif des éclampsies dans une maternité africaine à l'aube du 21ème siècle.

Sur 12175 accouchements cumulés 108 cas d'éclampsies ont été enregistrés soit un taux d'incidence de 8,9 %. Il s'agissait de patientes jeunes et primipares. En effet 40,7 % des patientes avaient moins de 20 ans et 59,3 % étaient des primipares. L'âge gestationnel au moment de la crise était compris entre 28 et 37 semaines d'aménorrhée dans 37 % des cas. 34 patientes (31,5 %) ont présenté au moins 3 crises au moment de l'admission. La tension artérielle diastolique était supérieure ou égale à 120 mm Hg dans 47,2 % des cas. Les crises sont survenues dans 30,6 % des cas avant le début du travail ; dans 38 % des cas pendant le travail et dans 31,5 % des cas après l'accouchement. Les crises du post-partum sont survenues en moyenne 67 heures \pm 18,7 après l'accouchement. L'évolution a été marquée dans 7 cas par des complications infectieuses, dans 14 cas par une insuffisance rénale et dans un cas par un hématome rétro-placentaire.

17 cas de décès ont été déplorés soit un taux de létalité de 15,7 %. Au cours de la même période 3,4 % des décès maternels étaient dus à une éclampsie. La mortalité périnatale était de 23,1 %.

Une amélioration qualitative et quantitative des consultations prénatales permettrait sans doute de réduire l'incidence des éclampsies.

Mots-clés : éclampsie, épidémiologie, clinique, évolution.

L'éclampsie est un accident paroxystique à expression neurologique dominante des toxémies gravidiques méconnues ou mal traitées. L'éclampsie réalise un état convulsif à répétition suivi d'un état comateux. Elle complique 1 à 5 %

* Département de Gynécologie Obstétrique Faculté des Sciences de la Santé (FSS) - Université de Ouagadougou (Burkina Faso).

** Interne des Hôpitaux à la maternité du Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou (Burkina Faso).

des hypertensions gravidiques (1) et survient entre la 20ème semaine de gestation et 1 post-partum immédiat. Il s'agit d'un événement qui majore le risque de décès maternel et fœtal. La mortalité varie de 0-14 % pour la mère et de 10-28 % pour le fœtus (2). La prévalence de l'éclampsie est faible dans le pays développés du fait d'une meilleure surveillance prénatale. Aux Etats-Unis, 5 % des gestantes développent une pré-éclampsie dont 5 % se compliqueront d'éclampsie (3, 4).

Le but de notre étude était de décrire le profil épidémiologique, clinique et évolutif de cette affection dans une maternité africaine à l'aube du 21ème siècle.

I - MALADES ET METHODES

Le service de gynécologie-obstétrique du C.H.N.-Y.O. est un centre de référence qui reçoit les urgences gynécologiques et obstétricales en provenance des maternités périphériques, des cliniques privées de la ville et de certaines provinces.

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 108 dossiers d'hospitalisation pour éclampsie du 1er janvier 1992 au 31 décembre 1995. Le diagnostic d'éclampsie a été retenu sur l'association dans un contexte de toxémie gravidique d'une tension artérielle supérieure à 14/9 à des crises convulsives généralisées avec ou sans œdèmes des membres inférieurs. La protéinurie n'a pas pu être réalisée chez toutes les patientes mais 1 'albuminurie était toujours positive (2 ou 3 croix). Ont été exclues les patientes ayant présenté un état de mal convulsif fébrile ou non sans notion d'hypertension artérielle. Aucune des patientes n'avait un antécédent de crise comitiale.

Les variables étudiées étaient : la période de survenue de la crise, l'âge, la parité, le statut socio-professionnel, la résidence, l'âge gestationnel, le nombre de crises, la tension artérielle, le moment de survenue de la crise, son délai de survenue en post-partum, l'évolution et l'état du fœtus.

*** Professeur agrégé de Gynécologie-obstétrique - Chef de service de gynécologie-obstétrique du Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou (Burkina Faso).

Les patientes ont été réparties en trois classes selon la valeur de la tension artérielle diastolique (5). La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur Epi-Info version 5.0.

II - RESULTATS

1. Aspects épidémiologiques

Les données générales sur les activités du service au cours de la période d'étude sont rapportées dans le tableau I.

Tableau I : Bilan général des activités du service de 1992 à 1995

Activités	Nb de cas
Nombre d'accouchements	12175
Nombre d'éclampsies	108
Nombre de décès par éclampsie	17
Nombre total de décès maternels	497

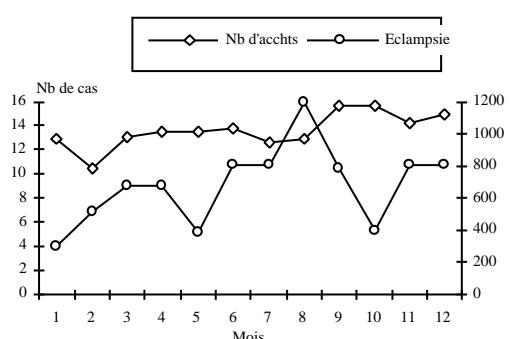
Incidence

Sur les 12175 accouchements enregistrés au cours de la période d'étude 108 cas d'éclampsies ont été observés soit un taux d'incidence de 8,9 %.

Répartition saisonnière des 108 cas d'éclampsies enregistrés

La figure 1 représente la répartition des 108 cas d'éclampsies selon le mois de survenue et la répartition mensuelle des accouchements enregistrés dans le service au cours des 4 années de l'étude.

Figure 1 : Répartition saisonnière des 108 cas d'éclampsies et des accouchements de 1992 à 1995



L'âge

Les patientes ayant présenté une crise d'éclampsie ont été regroupées en 6 classes d'âge (tableau II). Les âges extrêmes étaient de 15 et 43 ans.

Tableau II : Répartition des 108 éclamptiques selon l'âge

Age	Nb de cas	%
15-19 ans	34	40,7
20-24 ans	30	27,8
25-29 ans	14	13,0
30-34 ans	12	11,1
35-39 ans	6	5,5
40-44 ans	2	1,9

L'âge moyen était de 23 ans \pm 1,15

La parité

Les patientes ont été regroupées selon leur parité en primipares, paucipares (2-3), multipares (4-6) et grandes multipares (> 6) (tableau III). La plus grande parité était de 10. La parité moyenne était de 2.

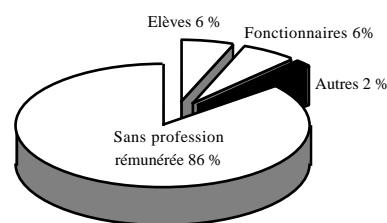
Tableau III : Répartition des 108 éclamptiques selon leur parité

Parité	Nb de cas	%
Primipares	64	59,3
Paucipares	30	27,8
Multipares	8	7,4
Grandes multipares	6	5,5
Total	108	100

Statut socio-professionnel

Les patientes regroupées selon leur statut professionnel se répartissaient principalement en : sans profession rémunérée, fonctionnaires et élèves (figure 2). Le groupe "autres" regroupait : des coiffeuses et des vendeuses.

Figure 2 : Répartition des 108 patientes selon leurs statut socio-professionnel



Provenance des patientes

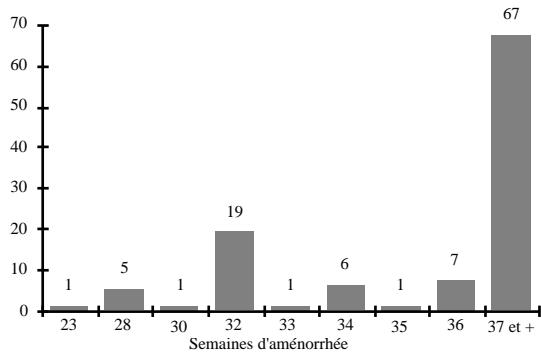
L'ensemble des patientes provenait de la ville de Ouagadougou, les 14 autres patientes étaient des évacuées des provinces avoisinantes.

2. Aspects cliniques

L'âge gestationnel

La figure 3 représente la répartition des patientes selon l'âge gestationnel en semaines d'aménorrhée au moment de la crise.

Figure 3 : Répartition des 108 éclamptiques selon l'âge gestationnel (en semaines d'aménorrhée) au moment de la crise



Nombre de crises

Le nombre de crises convulsives présentées par 108 patientes avant le début du traitement était en moyenne de $2 \pm 0,23$.

La tension artérielle

Les patientes ont été regroupées selon la valeur de la tension artérielle diastolique (TAD) en trois classe (Tableau IV).

Tableau IV : Répartition de 108 éclamptiques selon la sévérité de l'hypertension artérielle à l'admission

Type de l'HTA	Nb de cas	%
HTA modérée	43	39,8
HTA sévère	14	13
HTA maligne	51	47,2
Total	108	100

Hypertension artérielle (HTA) modérée pour les TAD de 100 à 109 mm Hg,

HTA sévère pour les TAD comprises entre 110 et 119 mm Hg et,

HTA maligne pour les TAD supérieures ou égales à 120 mm Hg.

La tension artérielle systolique variait entre 140 et 260 mm Hg.

Survenue de la crise

Les patientes ont été classées en trois groupes selon que la crise survenait avant, pendant ou après le travail (Tableau V).

Tableau V : Répartition des 108 patientes selon le moment de survenue de la crise

Moment de survenue de la crise	Nb de cas	%
Pré-partum	33	30,5
Per-partum	41	38
Post-partum	34	31,5
Total	108	100

Délai de survenue des crises du post-partum

Le délai de survenue de la crise du post-partum a été précisé chez les 34 patientes. Les extrêmes étaient de 1 heure à 12 jours. Le délai moyen était de 67 heures $\pm 18,7$ soit 2 jours 17 heures $\pm 18,7$.

3. Aspects évolutifs

La voie d'accouchement

Sur les 108 patientes, 3 sont décédées avant l'expulsion, 57 patientes (54,3 %) ont accouché par voie basse et 48 patientes (45,7 %) par césarienne.

Complications

Le résultat de l'azotémie était disponible dans 31 cas, une insuffisance rénale avec oligo-anurie et azotémie > 9 mmol/l a été notée dans 14 cas.

7 cas de complications infectieuses ont été enregistrées (endométrites et suppurations pariétales).

1 cas d'hématome rétro-placentaire a été noté.

17 cas de décès maternels ont été déplorés soit un taux de létalité de 15,7 %. Au cours de la même période 3,4 % (17/497) des décès maternels étaient dus à une éclampsie.

Le délai moyen de survenue du décès était de 40 heures après l'admission. Les extrêmes étaient de 1 heure et 120 heures.

Mortalité péri-natale

25 cas de décès fœtaux ont été enregistrés au cours de la période péri-natale, soit un taux de mortalité péri-natale de 23,1 %.

La mortalité péri-natale ne varie pas selon la voie d'accouchement (Tableau VI).

Tableau VI : Mortalité péri-natale et voie d'accouchement

	Vivant	Décédé	Total
Voie basse	46	11	57
Césarienne	37	11	48
Total	83	22	108

p > 0,05

III - COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

Il s'agit d'une étude rétrospective qui comporte quelques insuffisances notamment par rapport aux examens biologiques.

L'incidence que nous trouvons dans notre série est comparable à celle de DAO à Dakar (6) qui trouve une incidence de 10,1 %. Cette incidence est de 1,2 % à Libreville au Gabon et 39,6 % au Bénin (7, 8).

Dans notre série nous notons un pic de fréquence en août qui correspond à la période hivernale pendant laquelle on note un temps froid et humide.

L'éclampsie est fréquente chez la femme jeune. 44 patientes (40,7 %) dans notre série avaient entre 15 et 19 ans ; 48,3 % avaient entre 15 et 20 à Dakar (6). L'âge moyen de 23 ans est identique à celui de la série de MELLIER à Lyon (4). Les primipares constituaient le groupe le plus exposé. Elles représentent 59,3 % des patientes de notre série. Les données de la littérature rapportent un taux de 52 % à Dakar, 70 % à Casablanca et 77,7 % à Lyon (6, 9, 4).

L'éclampsie survient le plus souvent au cours du 3ème trimestre, mais il faut noter qu'elle peut survenir plus tôt compliquant davantage la prise en charge.

34 patientes, soit 31,5 % avaient présenté au moins trois crises au moment de l'admission à la maternité Yalgado. MELLIER trouve un taux plus élevé 55,5 %.

47,2 % des patientes avaient une HTA maligne à l'admission ce qui complique davantage la prise en charge de ce couple mère/enfant.

34 patientes soit 31,5 % ont présenté une éclampsie du post-partum. Ce taux est comparable à celui de FAYE à Libreville qui rapporte un taux de 34 %. DAO trouve un taux de 18,3 % à Dakar (6, 7).

Ces éclampsies du post-partum survenaient entre 1 heure à 12 jours après l'accouchement dans notre série. Les données de la littérature rapportent les délais de 30 mn à 9 jours et même 14 jours (6, 10, 11).

Dans notre série, le taux de létalité des éclampsies de 15,7 % est comparable à celui de DAO à Dakar mais en deçà du taux de BOUAGGAD à Casablanca qui est de 23,3 %. Au cours de la période d'étude 3,4 % des décès maternels étaient dus à une éclampsie, il est de 8 % à Libreville (12).

La mortalité péri-natale est de 23,1 % dans notre étude contre 13,2 % dans celle de FAYE à Libreville. DAO rapporte un taux de 40 % mais cela a uniquement concerné les éclampsies survenues au cours de la grossesse. Contrairement à cette dernière étude la mortalité péri-natale n'est pas significativement différente selon la voie d'accouchement dans notre série.

V - CONCLUSION

L'éclampsie est une complication redoutée par les familles des patientes qui l'assimile à une épilepsie, mais elle l'est aussi par le personnel de la santé à cause du risque élevé de mort maternelle et péri-natale. Une amélioration qualitative et quantitative des consultations pré-natales permettrait de réduire l'incidence des éclampsies.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - LANSAC J., BERGER C., MAGNIN C. *Obstétrique pour le praticien*. Simep Ed. Paris, 1990 p. 155.
- 2 - SAIDI W., DESPRATS R. *Crise d'éclampsie et aide médicale urgente*. La revue des SAMU, 1995, 3, 103-8.
- 3 - STEVEN A. SCHROEDER, MARCUS A. KRUPP, LAWRENCE M. TIERNEY, STEPHEN J. MC PHEE *Current medical diagnosis and treatment*. 30e Ed. Appleton and Lange East Norwalk Connecticut (USA), 1991, p. 541-3.
- 4 - MELLIER G., MIELLET Ch., GRIOT J.P., PERROT D. *L'éclampsie : analyse d'un série de 18 observations. Conduite à tenir devant une crise d'éclampsie grave*. Rev. Fr. Gynécol. Obstét. 1984, 79, 4, 271-5.
- 5 - The fifth report of the joint National Committee on Detection Evaluation and Treatment of high blood pressure (JNC-V) Arch. Inter. Med. 1993, 153 : 154-83.
- 6 - DAO B. *Eclampsie : aspects actuels et particularité au CHU de Dakar*. These Med. 1990, 68, Université C.A. Diop, Dakar.
- 7 - FAYE A., PICAUD A., OGOWET-IGUMU N., NLOME-NZE R.A., NICOLAS PH. *Médecine d'Afrique Noire : 1998, 45 (6)*
- 8 - ALIHOUNOU E., PERRIN R., ATCHADE D., DOSSOU YOVO L. *Toxémie gravidique au Bénin*. Méd. Afr. Noire 1981, 28, 10, 5989.
- 9 - BOUAGGAD A., LARAKI M., BOUDERKA M.A., HARTI A., EL MOUKINA M., BARROU H., BENAGUIDA M. *Les facteurs du pronostic maternel dans l'éclampsie grave*. Rev. Fr. Gynécol. Obstét., 1995, 90, 4, 205-7.
- 10 - RICHER A., RICHER E., MOULIGNER A., DILOUYA A., VIGE P., DE RECONDO J. *Eclampsie tardive du post-partum, mythe ou réalité ?* J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod., 1992, 47, 73-5.
- 11 - JOHNNY F., MILES M.D., JAMES N., MARTIN MD, PAMELA G., KENNETH G. PERRY, RICK W. MARTIN MD, RODNEY G. MEEKS MD *Post-partum eclampsia : a recurring perinatal dilemma*. Obstet. Gynecol. (New York), 1990, 76, 328-31.
- 12 - PICAUD A., NLOME NZE A.R., OGOWET-IGUMU N. FAYE A. *La mortalité maternelle au Centre Hospitalier de Libreville (1984-1987)*. J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod. (Paris) 1989, 18, 445-50.