

# ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET PRONOSTIQUES DE LA PRE ECLAMPSIE SEVERE A LA MATERNITE DU CENTRE HOSPITALIER DEPARTEMENTAL DU BORGOU (CHD/B) A PARAKOU (BENIN)

## EPIDEMIOLOGICAL AND PROGNOSIS ASPECTS OF SEVERE PRE ECLAMPSIA IN THE MATERNITY OF THE DEPARTMENTAL HOSPITAL CENTER OF PARAKOU IN BORGOU (BENIN)

OBOSSOU<sup>1</sup> A. A. A., SALIFOU<sup>1</sup> K., HOUNKPATIN<sup>2</sup> B., HOUNKPONOU<sup>1</sup> F., QUENUM C.E.T<sup>1</sup>., ADISSO<sup>3</sup> S., PERRIN<sup>2</sup> R. X.

<sup>(1)</sup>Service de gynécologie et d'obstétrique du CHDU/Borgou ; Faculté de Médecine. Université de Parakou

<sup>(2)</sup>Hôpital de La Mère et de l'Enfant Lagune (COTONOU) ; Faculté des Sciences de la Santé. Université d'Abomey Calavi

<sup>(3)</sup>Clinique Universitaire de Gynécologie Obstétrique ; Faculté des Sciences de la Santé. Université d'Abomey Calavi  
03 B.P : 18 Parakou – Université ; Tel : (229) 95 85 32 79 / 97 06 78 52 ; awadefr2000@yahoo.fr

### Résumé

**Introduction :** La pré éclampsie est une maladie grave de la grossesse responsable d'une morbidité et une mortalité maternelle et fœtale élevées. La forme sévère constitue une véritable urgence médico- obstétricale. **Objectifs :** Déterminer les aspects épidémiologiques et pronostiques de la pré éclampsie sévère au CHD/B. **Méthode :** Il s'était agit d'une étude rétrospective transversale descriptive couvrant une période allant du 1<sup>er</sup> /01/2008 au 31/07/2010. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel EPI INFO VERSION 2008. **Résultats :** La fréquence de la pré éclampsie sévère était de 3,41%. L'âge moyen était de 27,2 ans (avec écart type à 6,7). Les patientes étaient non scolarisées dans 80% des cas. Les nullipares et les primipares représentaient 69,2% des cas. Les patientes qui avaient eu au moins une consultation pré natale(CPN) étaient de 120(66,9%). Mais plus de la moitié des patientes soient 51,7% a fait au moins 4 CPN. Parmi les complications maternelles, l'éclampsie prédominait avec 45,9%. Les nouveau-nés ayant un poids inférieur à 2500 g représentent 57%. On a enregistré 28 mort- nés soit 15,2% dont 18 mort- nés frais (64,3%).

**Mots clés :** Pré éclampsie, éclampsie, hypertension gravidique, mortalité maternelle

### Summary

**Introduction:** Severe pre eclampsia is a serious illness of the pregnancy responsible for morbidity and a high maternal and fetal mortality. The severe form constitutes a real obstetric medical urgency. **Objectives:** To determine the epidemiological and prognosis aspects of severe pre eclampsia in CHD / B. **Method:** It is about a descriptive transverse retrospective study covering a going period of 1st/01/2008 on 31/07/2010. The data were analyzed by means of the software EAR INFORMATION VERSION 2008. **Results:** The frequency of severe pre eclampsia was 3, 41 %. The average age was of 27,2 years (with standard deviation in 6,7). The patients were schooled in 80 % of the cases. Nullipares and primipares represented 69, 2 % of the cases. The patients who had had at least one pregnancy consultation were 120 (66, 9 %). But more than half patients so 51, 7 % made at least 4 pregnancy consultation. Among the maternal complications, the eclampsia prevailed with 45,9 %. The newborn children having a weight less than 2500 g represented 57% of the childbirths. We registered 28 died born that is 15,2 % among which 18 died born fresh (64,3 %).

**Keywords:** meadow eclampsia, eclampsia, high blood pressure gravidic, maternal mortality

### Introduction

La pré éclampsie occupe une place importante dans la pathologie cardiovasculaire associée à la grossesse [1].

La forme sévère constitue une véritable urgence médico-obstétricale avec de potentielles complications dominées par l'éclampsie, l'hématome retro placentaire (HRP), le HELLP syndrome (Hemolysis Elevated Liver Enzyme Low Platelets) dont la prise en charge est redoutable pour le praticien.

Ce travail s'est proposé d'évaluer les aspects épidémiologiques et pronostiques de la pré éclampsie sévère, première forme d'expression des syndromes vasculo-rénaux chez la femme enceinte.

### Méthode

Il s'était agit d'une étude transversale et descriptive à collecte de données rétrospective. Elle avait couvert la période du 1<sup>er</sup> /01/2008 au 31/07/2010 et s'était déroulée dans le service de gynécologie obstétrique du CHD B.

La population était composée des gestantes, parturientes et accouchées du service durant la période.

Nous avons inclus dans l'étude toutes les gestantes parturientes ou accouchées ayant présenté à un moment quelconque de leur séjour à la maternité du CHD-B une pré éclampsie sévère.

Nous avons considéré comme pré éclampsie sévère une hypertension artérielle avec une Pression artérielle systolique (PAS) ≥ 140 mmHg et/ou Tension Artérielle Diastolique (TAD) ≥ 90 mmHg après la vingtième semaine d'aménorrhée (SA) avec une protéinurie ≥ à 2 croix associée à un ou plusieurs critères suivants :

- une TAD ≥ 110 mmHg
- une oligurie (diurèse ≤ 500 ml/24H) ou créatininémie > 135 μmol/l
- une protéinurie ≥ 3,5 g/24h ou à défaut une albuminurie ≥ 3 croix
- un œdème aigue des poumons ou une barre épigastrique.
- des troubles neurologiques (troubles visuels, ROT poly cinétiques, céphalées.)

Les variables que nous avons étudiées ont porté sur :

- Caractéristiques des patientes :
  - ✓ l'âge, le niveau d'instruction, la parité
- Données cliniques :
  - ✓ la consultation pré natale, le profil tensionnel, l'âge gestationnel à l'admission, les paramètres obstétricaux à l'admission et l'évolutivité de la grossesse
- Le pronostic maternel et néonatal

Pour la collecte des données, nous avons élaboré une fiche de dépouillement qui a été pré testée sur un échantillon de 20

dossiers de pré éclampsie sévère à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune de Cotonou avant sa finalisation. Nous avons répertorié de façon exhaustive tous les cas de pré éclampsie à partir des dossiers médicaux, des fiches de référence, des registres de réception et d'accouchement, des comptes rendus opératoires et d'anesthésie.

Les données ont été traitées et analysées à l'aide du logiciel EPI INFO VERSION 2008

## RESLTATS

Au cours de notre étude, nous avons recensé 172 cas de pré éclampsie sévère sur 5033 accouchements à la maternité du CHD-B soit une fréquence de 3,41%.

### 1. Caractéristiques des patientes.

L'âge moyen était de 27,2 ans (avec écart type à 6,7) avec des extrêmes de 14 à 55 ans et une médiane à 26 ans.

Quatre vingt pour cent (80%) des patientes n'étaient pas scolarisées ; 6% ont atteint le niveau primaire ; 12% le niveau secondaire et 2% ont atteint le niveau supérieur.

Les nullipares et les primipares représentaient 69,2%. Le tableau I indique la répartition des patientes en fonction de la parité.

**Tableau I :** Répartition des patientes selon la parité

	Effectif	Pourcentage(%)
Nullipares	72	41,9
Primipares	47	27,3
Paucipares	23	13,4
multipare	30	17,4
Total	172	100,0

### 2. Données cliniques

Le suivi de la grossesse par la consultation pré natale se présente dans le tableau II :

**Tableau II :** Répartition des patientes selon le nombre de consultation prénatales

	Effectif	Pourcentage(%)
0	52	30,3
1	10	05,8
2-3	48	27,9
≥ 4	62	36,0
Total	172	100,0

La proportion des patientes référées était de 76,7%.

A l'admission, 149 patientes soit 86,6% ont présenté une tension artérielle diastolique  $\geq 110$  mm Hg. Le profil tensionnel à l'admission est résumé dans le tableau III.

**Tableau III :** Répartition des patientes selon la tension artérielle à l'entrée

	Effectif	Pourcentage(%)
TAD		
90-109	23	13,4%
$\geq 110$	149	86,6
TAS		
140-159	18	10,5
$\geq 160$	154	89,5
Total	172	100,0

Parmi les 172 patientes, 4 étaient des accouchées. Sur les 168 restantes, 93 soit 55,3% ont été admises avec un âge gestationnel  $\geq 37$  SA et 25,6% entre 33SA et 36 SA.

A l'admission, 93 patientes (55,35%) étaient en travail d'accouchement. Cent dix sept (117) gestantes (69,64%) ont présenté une rupture prématurée des membranes.

La grossesse était évolutive dans 124 cas (73,8%) alors pour 27 gestantes (16,1%), il existait un doute sur la vitalité fœtale devant l'abolition des mouvements actifs du fœtus et l'absence de perception des bruits du cœur fœtal à l'auscultation et 17 gestantes (10,1%) ont présenté une mort fœtale in utero.

### 3. Pronostic

Parmi les complications maternelles, l'éclampsie prédominait avec 45,9% des cas. Le tableau V résume les complications maternelles.

**Tableau V :** répartition des patientes selon les complications maternelles

	Effectif	Pourcentage(%)
Eclampsie	79	45,9
Hémorragie délivrance	6	3,5
Hématome retro placentaire	5	2,9
HELLP syndrome	4	2,3
CIVD	1	0,6
IRA	1	0,6
OAP	2	1,2

Les chiffres tensionnels se sont normalisés dans les 7 jours chez 124 patientes soit 80,6% mais ont persisté jusqu'à la sortie de l'hôpital chez 19,4% des patientes.

Quant aux séjours en hospitalisation, la majorité des patientes a dépassé 7 jours d'hospitalisation soit 57,4%.

Nous avons enregistré un décès maternel à la suite d'un état de mal éclamptique soit 0,6%.

Les nouveau-nés ayant un poids inférieur à 2500 g représentent 57%. Trente neuf pour cent (39%) avaient un poids compris entre 2500 g et 3500g tandis que 4% ont présenté un poids supérieur à 3500g.

Le tableau VI résume l'adaptation à la vie extra utérine.

**Tableau VI :** Répartition des nouveau-nés suivant le score d'APGAR

Score d'ApGAR	1 <sup>ère</sup> minute	5 <sup>ème</sup> minute
1-3	16(10,3%)	1(0,6%)
4-7	57(36,5%)	34(21,8%)
8-10	83(53,2%)	121(77,6%)
total	156(100%)	156(100%)

Enfin on a enregistré 28 mort-nés soit 15,2% dont 18 mort-nés frais (64,3%)

## Discussion

### 1. Caractéristiques des patientes

La prévalence globale de la pré éclampsie dans le monde est chiffrée entre 3 et 5% [1]. En Afrique elle varie entre 2,8 et 6,1% [1]. Toutefois deux études Africaines ont trouvé des taux bas par rapport à notre résultat. Il s'agit d'AKPADZA et al [2] 0,92% au Togo et HARIOLY et al [3] 1,26% à Madagascar.

Dans notre série, la pré éclampsie touche les gestantes les plus jeunes. CISSE et al [1] et HARIOLY et al [3] ont retrouvé respectivement des moyennes d'âge de 28,5 et 28,3 au Sénégal et à Madagascar. C'est la période pendant la quelle l'activité

génitale culmine. La classique fréquence élevée de la pré éclampsie chez les patientes âgées de moins de 18 ans de la littérature n'est plus observée. Il s'agit en fait de la première grossesse qui intervient de plus en plus tardivement [1].

Les nullipares et les primipares sont les plus affectées par la pré éclampsie. CISSE et al [1] ont fait le même constat au cours de leur étude (toutes les patientes de moins de 29 ans étaient des nullipares).

En général, les patientes ont un bas niveau d'instruction. D'autres auteurs sont arrivés à la même conclusion. PAMBOU et al [4] au Congo avaient publié 65% de niveau d'instruction nulle. AKPADZA et al [2] au Togo ont retrouvé 45,07% de patientes n'ayant eu aucune instruction et 36,62% ayant atteint le niveau primaire. Le bas niveau d'instruction rime souvent avec un bas niveau socio-économique qui entrave une fréquentation régulière des centres de santé par les femmes qui ignorent les problèmes éventuels qui peuvent entraver l'évolution normale d'une grossesse. On peut conclure que le bas niveau d'instruction constitue un facteur de risque.

## 2. Données cliniques

Seulement 69,9% des patientes ont réalisé au moins une CPN alors que la surveillance pré natale est obligatoire pour toute grossesse dans le but d'évaluer les facteurs de risque et le dépistage précoce des pathologies liées à la grossesse [5]

CISSE et al [1] ont trouvé un taux nettement supérieur dans leur étude : 83,6%. Toutefois, au nombre des patientes ayant fait la CPN ; plus de la moitié soit 51,7% ont fait au moins 4 consultations pré natales conformes aux recommandations de l'OMS.

La majorité des patientes soit 76,7% a été référée des structures périphériques. En général, les patientes préfèrent fréquenter les formations sanitaires périphériques où elles estiment le coût de prise en charge abordable et le nombre limité des examens para cliniques. Dans son étude, CISSE et al [1] ont déclaré un taux de référence de 61,6% au Sénégal.

L'élévation de la tension artérielle diastolique au-delà de 110 mm Hg est péjorative pour la gestante. CISSE et al [1] ont publié 88,7% de patientes ayant une TAD  $\geq$  110 mm Hg. Ils ont conclu que le facteur de risque maternel le plus important est représenté par l'existence d'une TAD  $\geq$  110 mm Hg à l'entrée. La tension diastolique seule est un indicateur exact de l'hypertension pendant la grossesse [6].

## 3. Pronostic

L'éclampsie est la complication la plus fréquente avec 45,9%. Ce chiffre est inférieur à celui de KPANGON [7] 53,85% mais supérieur à celui de DJENGUE [8] 35,8%.

Quant à l'évolution la tension artérielle en post partum, on a assisté à une normalisation des chiffres tensionnels en 7 jours chez 80,6% des patientes.

CISSE et al [1] dans leur étude ont retrouvé 99% de normalisation de la tension artérielle en 8 jours mais ont précisé que 74,7% ont nécessité un traitement anti hypertenseur contre 25,3% de normalisation spontanée. Ces résultats témoignent de la physiopathologie de la pré éclampsie liée à une anomalie de la placentation et dont la guérison est obtenue de façon constante avec la délivrance et la disparition du placenta [6].

Notre étude a enregistré un cas de décès maternel ce qui donne un taux de létalité de 0,6%. Ce taux est inférieur à celui de DJENGUE [8] qui avait retrouvé 3,8% tandis que CISSE et al [1] n'ont enregistré aucun décès maternel au cours de leur étude.

La pré éclampsie est le plus souvent pourvoyeuse de prématurité. DJENGUE [8] a fait le même constat au cours de son étude. Le vrai traitement de la pré éclampsie reste l'évacuation utérine avec comme conséquence l'expulsion prématurée du fœtus souvent dans un but thérapeutique.

Quand à l'hypotrophie, elle est consécutive au retard de croissance in utero.

Les mort-nés ont représenté 15,2% dans notre étude. Ce taux est très en de ça de celui de CISSE et al [1] 38,8% mais ont précisé que dans leur série les mort-nés étaient constitués en majorité des grossesses non à terme (95%) et des fœtus de poids inférieur à 1500 g (60%).

## Conclusion

La pré éclampsie est une maladie grave de la grossesse responsable d'une morbi-mortalité maternelle et fœtale élevée. La forme sévère constitue une véritable urgence médico-obstétricale.

Elle demeure une pathologie de la primipare.

La prise en charge dans les pays sous développés reste tributaire d'une défaillance des plateaux techniques de la plupart des formations sanitaires

## Références

- 1-CISSE C, THIAM M, DIAGNE P, MOREAU J. ; Pré éclampsie en milieu africain : épidémiologie et pronostic au CHU de Dakar ; La lettre du Gynécologue 2005, 301 : 8-12 ;
- 2-AKPADZA K, N BAETA S, HODONOU AKS; Fréquence et pronostic de quatre grandes urgences médico-obstétricales au centre Hospitalier régional de Sokodé(Togo) ; Med. Afr. Noire 1996,43(11) : 592-595 ;
- 3-HARIOLY M, RASOLONJATOVO T, ANDRIANIRINA M, RANDRIAMBOLOLONA D. ; Profil épidémiologique des pré éclampsies et des éclampsies admises à la réanimation des adultes de la maternité de Befelatanana ; Revue d'anesthésie-réanimation et de médecine d'urgence 2009,1(3) :22-24 ;
- 4-PAMBOU O, EKOUNDZOLA JR, MALANDA JP, BUAMBO S. ; Prise en charge et pronostic de l'éclampsie au CHU de Brazzaville à propos d'une étude rétrospective de 100 cas  
Médecine d'Afrique Noire 1999, 46 (11) : 508-125 ;
- 5-MERGER R, LEVY J, MEICHOR G. ; Précis d'obstétrique MASSON, PARIS, 1995 ; 415-437 ;
- 6-GHIGLIONE S., POTTCHER J, TSATSARIE V, MIGNON ; Prééclampsie et éclampsie : données actuelles ; Congrès de la SFAR2007. Conférence d'actualisation 2007 : 205-215 Elsevier Masson ;
- 7-KPANGON A. ; La pré éclampsie sévère et ses complications à l'hôpital de la mère et de l'enfant (HOMEL) et à la clinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique (CUGO) à Cotonou. Aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques ; Th. Med Cotonou 2006, 126p ;
- 8-DJENGUE E. ; Alternative magnesium sulphate regimens for women with pre-eclampsia and eclampsia; Pub Med :Cochrane Database Syst Rev, 2010 Aug 4 ; (8) : CD007388.