

**PRONOSTIC DE LA CRISE D'ECLAMPSIE A L'HOPITAL DE ZONE DE KANDI (BENIN)  
PROGNOSIS OFECLAMPSIA IN THE MAIN HOSPITAL AREA KANDI (BENIN)**

<sup>1</sup> **OBOSSOU A. A.**, <sup>2</sup> **HOUNKPATIN B. I. B.**, <sup>1</sup> **SALIFOU K.**, <sup>2</sup> **HOUNDEFFO T.**, <sup>1</sup> **HOUNPKONOU F.**, <sup>1</sup> **SIDI I. R.**,  
<sup>2</sup> **PERRIN R. X.**

<sup>1</sup> *Département Mère Enfant, Faculté de Médecine, Université de Parakou*

<sup>2</sup> *Faculté des Sciences de la Santé, Université d'Abomey-calavi*

**Correspondance : OBOSSOU A. A. Achille ; awadefr2000@yahoo.fr**

**RESUME**

**Objectif** : l'objectif de cette étude était d'évaluer le pronostic de la crise d'éclampsie dans un hôpital de district. **Méthodologie** : Il s'était agi d'une étude rétrospective descriptive couvrant la période du 1<sup>er</sup> janvier 2011 au 30 juin 2012. Elle a été menée à la maternité de niveau 1 de l'hôpital de zone de Kandi au Bénin. L'échantillonnage a été systématique incluant toutes les patientes qui avaient été traitées pour une crise d'éclampsie dans le service. L'analyse a été faite grâce au logiciel Epi-info version 3.5.3. **Résultats** : Au total 66 patientes ont été incluses pour 2060 accouchements. La fréquence de la crise d'éclampsie était de 3,2%. L'âge moyen des patientes était de 21 ans±4,9 ; 93,9% des Patientes étaient des femmes au foyer. Les nullipares représentaient la moitié de l'échantillon. Le suivi des soins prénatals était jugé correct chez 9% des patientes. Les évacuées étaient 46 soit 70%. A L'admission, 41 patientes (62%) présentaient une albuminurie supérieure à deux croix à la bandelette urinaire. Quarante-cinq patientes (68%) avaient une hypertension artérielle diastolique égale à 110 mm Hg ou plus. L'éclampsie était survenue respectivement en anté, pré et post-partum dans 71%, 2% et 17% des cas. Vingt-sept nouveau-nés (55%) avaient un poids inférieur à 2500g et nous avons déploré 9 décès néonataux soit 18%. Le pronostic maternel a été marqué par 5 décès maternels (7,6%).  
**Mots-clés** : éclampsie, décès maternel.

**SUMMARY**

**Objective**: the objective of this study was to estimate the prognosis of the crisis of eclampsia in a hospital of district. **Methodology**: It was about a descriptive retrospective study covering the period from January 1st, 2011 till June 30th, 2012. It was led to the level maternity of main hospital of Kandi area in Benin. The sampling was systematic including all the patients who had been treated for a crisis of eclampsia in the service. The analysis was made thanks to the software Epi-info version 3.5.3. **Results**: All in all 66 patients were included for 2060 childbirths. The frequency of the crisis of eclampsia was 3, 2%. The average age of the patients was 21 ans±4,9; 93,9% of the Patients were Housewives. Nullipares represented half of the sample. The follow-up of the antenatal care was considered correct to 9% of the patients. Evacuated patients were 46 that were 70%. In The admission, 41 patients (62%) presented an albuminuria superior to two crosses in the urinary strip. Forty five patients (68%) had an arterial high blood pressure diastolique equal to 110 mm Hg or more. The eclampsia had arisen respectively there before, meadow and post-partum in 71%, 2% and 17% of the cases. Twenty seven newborn children (55%) had a lower weight in 2500g and we regretted 9 neonatal deaths that are 18%. The maternal forecast was marked by 5 maternal deaths (7, 6%).  
**Keywords**: eclampsia, maternal death.

**INTRODUCTION**

L'éclampsie est un accident aigu paroxystique des syndromes vasculo-rénaux. C'est un état convulsif survenant par accès à répétition, suivis d'un état comateux pendant les derniers mois de la grossesse, le travail ou plus rarement les suites de couches [1]. Elle est donc une complication grave de la grossesse engageant le pronostic vital de la mère et de l'enfant.

Si dans les pays développés, cette pathologie est relativement rare, l'incidence et la mortalité liée à cette pathologie dans les pays en voie de développement en font un enjeu majeur de santé publique. En milieu africain, le diagnostic tardif de la pré-éclampsie et le plus souvent au stade de complications et l'insuffisance de moyen de réanimation expliquent la gravité particulière de l'éclampsie [2]. Nous nous sommes fixé comme objectif d'étudier le pronostic de la crise d'éclampsie dans nos conditions de travail.

**PATIENTES ET METHODE D'ETUDE**

Il s'était agi d'une étude rétrospective descriptive couvrant la période du 1<sup>er</sup> janvier 2011 au 30 juin 2012. Elle a été menée à la maternité de niveau 1 de l'hôpital de zone de Kandi au Bénin ; une maternité de 24 lits qui réalise en moyenne 1000 accouchements par an avec un seul gynécologue. L'hôpital ne dispose pas d'un service d'anesthésie réanimation. L'échantillonnage a été systématique incluant toutes les patientes qui avaient été traitées pour une crise d'éclampsie dans le service. Nous avons considéré comme une

éclampsie toute crise convulsive survenue pendant les derniers mois de la grossesse, le travail ou les suites de couches dans un contexte de syndrome vasculo rénal avec une tension artérielle systolique supérieure ou égale à 140 mm Hg et ou une tension artérielle diastolique supérieure ou égale à 90 mm Hg avec albuminurie positive au moins deux croix ou une protéinurie des 24h supérieure ou égale à 300 mg/24h. Nous avons donc exclu les crises tonico-cloniques avec une croix d'albumine. Les variables étudiées étaient :

- les caractéristiques épidémiologiques : âge, parité, profession, suivi de la grossesse.
  - les caractéristiques cliniques : l'albuminurie, âge gestationnel, les chiffres tensionnels, le type d'éclampsie, la voie d'accouchement, le nombre de crises.
  - le traitement médicamenteux, le pronostic maternel et néonatal.
- Les données ont été saisies dans le logiciel Word et analysées à l'aide du logiciel Epi-info version 3.5.3.

**RESULTATS**

Au cours de notre étude nous avons enregistré 66 cas d'éclampsie sur 2031 accouchements soit une fréquence de 3,2%. Les caractéristiques épidémiologiques des patientes sont représentées dans le tableau 1.

**Tableau I :** caractéristiques épidémiologiques des patientes

	n	%
<u>Age</u>		
≤20 ans	42	63,6
21 ans à 25 ans	13	19,7
26ans à 30ans	7	10,6
31 à 35 ans	3	4,5
≥36 ans	1	1,5
<u>Profession</u>		
Artisan	2	3
Commerçante	1	1,5
Etudiant	1	1,5
Ménagère	62	93,9
<u>Parité</u>		
Nullipare	33	50
Primipare	20	30,3
Paucipare	06	09
Multipare	7	10
<u>Suivi de la grossesse</u>		
OUI	23	34,8
NON	43	65,2

**Tableau II :** Type d'éclampsie

	n	%
Anté-partum	47	71
Post-partum	17	26
Pré-partum	02	03
Total	66	100

**Tableau III :** Apgar des nouveau-nés

Apgar	1 <sup>ère</sup> minute		5 <sup>ème</sup> minute	
	N	%	n	%
≤3	11	22	9	18
4-7	14	29	11	22
8-10	24	49	29	59
Total	49	100	49	100

**Tableau IV :** Répartition du poids des nouveau-nés

	n	%
1500 à 2000g	8	16
2000 à 2500	19	39
2500 à 3000g	16	33
> 3000g	06	12
Total	49	100

L'âge moyen était de 21 ans ± 4,9 avec des extrêmes de 15 à 36 ans et une médiane à 19,5ans. La tranche d'âge de 15ans à 20ans est majoritaire avec 63,6%. La majorité de nos patients étaient des ménagères: 93,9%. La moitié de nos patientes étaient à leur premier accouchement soit 50% de nullipare. Seulement le tiers des patientes soit 34,8% a fait suivre au moins une fois sa grossesse. Sur les 66 cas d'éclampsie admises, 46 soit 70% ont été évacuées des formations sanitaires périphériques.

A L'admission, 41 patientes soit 62% présentaient une albuminurie ≥ trois croix et 26 patientes (38%) avaient deux croix d'albumine. Quatre patientes sur les 49 grossesses (08%) avaient un âge gestationnel compris entre 28 et 32 SA ; 16 patientes soit 33% avaient un terme variant entre 32 et 37 SA et 29 patientes soit 59% avaient un âge gestationnel supérieur à 37SA. Quarante-cinq patientes Soit 68% présentaient une hypertension artérielle diastolique ≥ 110 mmHg et 38 soit 58% avaient une tension artérielle systolique ≥ 160 mmHg. Le type d'éclampsie est représenté dans le tableau 2.

Lorsque la crise d'éclampsie est survenue en post partum, elle était apparue chez 3 patientes soit 18% dans les 48h après l'accouchement ; 8 patientes soit 47% l'ont développé dans les 7 jours tandis que pour les 4 patientes restantes (24%) l'intervalle d'apparition varie entre 8 jours et 1 mois. Quant au nombre de crises effectuées, 50 patientes soit 76% ont fait une ou deux crise tandis que les 24% restantes ont fait plus de 3 crises. Sur les patientes qui ont accouché à l'hôpital, 43 soit 88% ont accouché par césarienne et le reste 12% a accouché par voie basse. La césarienne a été effectuée dans les 15 minutes suivant la crise qu'une seule fois (2%) ; dans les trente minutes trois fois (7%) ; dans l'heure qui suit la crise chez 28 patientes soit 65% et au-delà d'une heure 11 fois soit chez 26% des parturientes. L'étude du tableau 3 représentant l'Apgar des nouveau nés nous permet de constater qu'à la première minute de vie 25 nouveau-nés soit 51% avaient un Apgar inférieur ou égal à 7.

En définitif 9 décès de nouveau-nés soit 18% ont été enregistré. Le tableau IV représente la répartition du poids des nouveau-nés. Seulement 9 patientes soit 14% sont rentrées au bout de 72h d'Hospitalisation. La majorité soit 77% est sortie au bout de 07 jours. Les 9% restantes ont séjourné plus d'une semaine à l'hôpital et le plus long séjour est de 24 jours. Au plan thérapeutique, 64 patientes soit 97% ont bénéficié du protocole au sulfate de magnésium. Enfin nous avons enregistré cinq décès maternel soit 7,6% dont un cas de HELLP syndrome, 2 cas d'état de mal

éclamptique, un décès per opératoire par un syndrome de Mendelson et une insuffisance rénale oligoanurique.

**DISCUSSION**

Comparativement à l'incidence de ATADE [3] (0,73%) à Parakou en 2005, à celle de CISSE [4] (0,8%) en 2003 au Sénégal ; l'éclampsie de notre série est d'une incidence très élevée : 3,2%. SAIZONOU [5] à Cotonou en 2010 avait publié une incidence de 3,7%. Cette situation peut s'expliquer par le fait que ces deux formations sanitaires sont de véritables pôles de référence où convergent toutes les références environnantes. Toute fois l'éclampsie demeure plus rare en occident ; en témoignent les études de DUCARME [6] en 2009 et TURCK [7] en 2011 en France. Ils publient respectivement des incidences de 0,08% et 0,32%. Les pays en voie de développement portent toujours un lourd tribut des défaillances de nos organisations sanitaires. La majorité de nos patientes étaient jeunes. L'âge moyen était de 21 ans et la tranche d'âge de 15-20 ans représentait 63,6% de notre échantillon alors que 50% étaient à leur premier accouchement. Cette constatation rejoint celle de CISSE [4] qui avaient trouvé un âge moyen de 20 ans avec 68% de primipares. L'éclampsie demeure une complication des grossesses de l'adolescente et ce constat semble indépendant du niveau de développement car TURCK [7] dans son étude en France avait retrouvé un âge moyen de 21ans avec 66% de nullipare en 2011. Le très jeune âge de notre échantillon est aussi le reflet de la tradition dans les villes du Nord Benin marquée par le mariage précoce et la prématurité de la maternité. Corollaire de cette situation, la plupart sont sans emploi, 93,9% de ménagères ; ce qui rime avec un bas niveau socio-économique d'où la méconnaissance des facteurs de risque sur la grossesse. C'est la constatation faite par APADZA [8] qui affirmait que « moins le niveau d'instruction est élevé, plus la femme est exposée à l'éclampsie ». Cet analphabétisme se traduit par un faible pourcentage de consultation pré natale(CPN) car environ une patiente sur 3 a fait au moins une CPN et seulement 6 patientes (9%) ont effectué le minium de 4 CPN. Or l'importance de la CPN n'est plus à démontré. C'est pourquoi MERGER [1] affirme 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 ». Cette faible couverture en CPN demeure une inquiétude et nécessite des actions correctrices en direction des autorités sanitaires de notre aire sanitaire puis des leaders d'opinion. L'éclampsie reste toujours prédominante en anté et pré partum qu'en post partum. Dans notre série, elle était

respectivement de 47%, 2% et 17%. Ce même constat a été fait par plusieurs auteurs [6, 7, 9, 8]. Quant à l'éclampsie du post partum (EPP), elle survient le plus souvent dans les premières 48 heures suivant l'accouchement [10]. Dans notre série, 35% de nos EPP ont eu lieu dans les 48h, 47% dans les 7 jours puis un cas respectivement à J15, J22 et J30. SABIRI [10] dans son étude en 2007 avait retrouvé 82% ayant convulsé dans les 24 premières heures, puis des cas à J6, J7 et même J60. Au moment des crises, 68% de nos patientes avaient un TAD  $\geq$  110 mmHg. CISSE [2] au terme de son étude affirme que « : Le risque maternel le plus important est représenté par l'existence d'une TAD  $\geq$  110 mm Hg à l'entrée ». Parmi les 49 gestantes qui ont accouché, 43(88%) ont accouché par césarienne et 6(12%) par voie basse. En cas d'éclampsie, l'accouchement doit intervenir dans les 12H [11]. Contrairement à ATADE [3], nos césariennes ont été faites dans un but de sauvetage maternel en suivant les recommandations puisque nos patientes ont fait en moyenne 2,8 crises et en l'absence d'un service de réanimation, il était inutile de retarder l'accouchement pour risquer un état de mal éclamptique car le traitement étiologique de la crise d'éclampsie reste l'évacuation utérine [1]. Toutefois 64 patientes (97%) ont bénéficié du traitement au sulfate de magnésium qui demeure le traitement de référence de la crise d'éclampsie [11]. DUCARME [6] et CISSE [4] ont adopté le même principe thérapeutique au cours leur étude en 2009. Nous avons enregistré 9 décès de nouveau-nés soit 18%. L'éclampsie est pourvoyeuse d'une mortalité néo natale élevée. D'autres études ont retrouvé des taux de décès néonatal supérieur au nôtre. BEYE [9], CISSE [4] et ATADE [3] ont publié respectivement 42,8%, 35,9%, et 28,12%. Notre promptitude dans la réalisation des césariennes n'est-elle pas en faveur de notre résultat ?

La pré éclampsie et l'éclampsie sont le plus souvent pourvoyeuses de prématurité et la prématurité rime avec le faible poids de naissance. Cinquante-cinq pour cent (55%) des nouveau-nés de notre série ont un poids inférieur à 2500g. DUCARME [6] a retrouvé un poids de naissance moyen de  $2366 \pm 818$ g avec 43,8% d'enfants de poids inférieur au dixième percentile. SAIZONOU [5] avait conclu au cours de son étude que les facteurs statistiquement associés aux issues fœtales défavorables étaient la prématurité (OR=2,84) et la grande prématurité (OR=21,59). Enfin nous avons enregistré cinq décès maternel soit 7,6% dont un cas de HELLP syndrome, 2 cas d'état de mal éclamptique, un décès per opératoire par un syndrome de Mendelson et une insuffisance rénale oligoanurique. ATADE [3] avait déclaré en 2006 dans le Borgou 4 décès maternels en rapport avec un Hellp Syndrome, une insuffisance rénale oligoanurique, un œdème aigu des poumons et un état de mal éclamptique. En réalité, il s'agit d'un problème de plateau technique déficient car nous ne disposons même pas d'un service de réanimation. SAIZONOU [5] à HOMEL (Cotonou) avait retrouvé que le Hellp syndrome était un facteur majeur statistiquement associé à l'issue maternelle défavorable avec un risque multiplié par 16. DUCARME [6] en France malgré 10 patientes ayant présenté un Hellp Syndrome sur 16, n'avait

enregistré aucun décès maternel. De même TURCK [7] aux Antilles n'avait enregistré qu'un seul décès maternel par pneumopathie d'inhalation malgré les complications découvertes. Il urge donc de doter nos formations sanitaires d'infrastructures, de ressources matérielles et humaines adéquates.

## CONCLUSION

La crise d'éclampsie demeure une urgence médico-chirurgicale. Elle engage le pronostic maternel et néonatal. Sa prise en charge nécessite une promptitude avec des ressources humaines et matérielles adéquates

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1-MERGER R, LEVY J, MELCHIOR J. Précis d'obstétrique, 6<sup>ème</sup> édition. MASSON, PARIS, 1995 ; P : 425-438
- 2- 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-
- 3- ATADE J, ADISSO S. L'éclampsie à la maternité du CHDU de Parakou Bénin. Incidence et létalité. [En ligne] Fondation Genevoise pour la Formation et la Recherche Médicales. Août 2006. Lien : [http://www.gfmer.ch/Membres\\_GFMER/pdf/Eclampsie\\_Adisso\\_2006.pdf](http://www.gfmer.ch/Membres_GFMER/pdf/Eclampsie_Adisso_2006.pdf) (Consulté le 13 mars 2013)
- 4-CISSE T, FAYE D, NGABO D, MBAYE M, MOREAU J. Indications thérapeutiques et pronostic de l'éclampsie au CHU de Dakar JGynecolObstetBiolreprod2003; 32(3): 239-245
- 5-SAIZONOU J, AGUEH V, OUENDO E.M, BELEMOU B, MAKOUTODE M, BAZIRA L. Issues maternelles, périnatales et ses facteurs associés à l'éclampsie à l'hôpital de la Mère Enfant Lagune de Cotonou au Bénin. Méd Afr Noire2010 ; 5712 : 563-570
- 6-DUCARME G, HERRNBERGER S, PHARISIEN I, CARBILLON L, UZAN M. Eclampsie : étude rétrospective de 16 cas. Gynéco Obst & Fertilité2009 ; 37(1) : 11-17
- 7- TURCK M, CARLES G, EL GUINDI W, HELOU G, ALASSAS N, DREYFUS M. Soixante-neuf éclampsies consécutives : signes annonciateurs. Revue Sagefemme 2011 ,10(4) : 168-175
- 8- K. AKPADZA, S. BAETA, K.T. KOTOR, A.K.S. HODONOU. L'éclampsie a la clinique de Gynécologie-obstétrique du C.H.U. Tokoin-Lome (Togo). Méd Afr Noire 1996, 43 (3)
- 9-BEYE MD, DIOUF E, KANE O, NDOYE MD, SEYDI A, N'DIAYE PI, SALL BK. Prise en charge de l'éclampsie grave en réanimation en milieu africain. A propos de 28 cas. Annales française d'anesth réanimation 2003 ; 22(1) :25-29
- 10- SABIRI B, SALMI S, EL YOUSOUF S. L'éclampsie du post-partum : épidémiologie et pronostic. J Gynécol obst et Biol Reprod2007; 36(3): 276-280.
- 11- Recommandations pour la pratique clinique des soins obstétricaux et néonataux d'urgence en Afrique : guide du prestataire Bibliothèque de l'OMS/AFRO 2009 : 32-39.