
**Ecole Nationale de Médecine
et de Pharmacie du Mali**

ANNEE 1995

N°

TITRE :

**ASPECTS CLINIQUES DE LA CRISE D'ECLAMPSIE
A L'HOPITAL NATIONAL GABRIEL TOURE
A PROPOS DE 65 CAS**

THESE :

Présentée et soutenue publiquement le..... 1995
devant l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali.

Par Mme DEMBELE FANTA NIARE

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme D'ETAT)

JURY :

Président : **PROFESSEUR MOUSSA TRAORE**

Membres : **DOCTEUR ABDOULAYE DIALLO
DOCTEUR ALMAHADI DICKO**

Directeur de thèse : **PROFESSEUR AMADOU INGRE DOLO**

**ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI ANNEE UNIVERSITAIRE
1994-1995**

ADMINISTRATION

DOYEN : PROFESSEUR ISSA TRAORE

1^{er} ASSESSEUR : PROFESSEUR BOUBACAR S.CISSE

2^{ème} ASSESSEUR : MAITRE DE CONFERENCE AGREGE AMADOU DOLO

SECRETAIRE GENERAL : MAITRE DE CONFERENCE BAKARY CISSE

ECONOME : CONTROLEUR DES FINANCES MAMADOU DIANE

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Aliou BA	Ophthalmologie
Mr Bocar SALL	Ortho-Traumato.Sécourisme
Mr Souléyman SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L.TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R & PAR GRADE

D.E.R.CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chef D E R de Chirurgie
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Ortho-Traumatologie
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie

2. MAITRES DE CONFERENCE AGREGES

Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale

3. MAITRES DE CONFERENCE

Mme SY Aissata SOW
Mr Salif Diakité

Gynéco-Obstétrique
Gynéco-Obstétrique

4. ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUE

Mr Mamadou L. DIOMBANA
Mr Abdoulaye DIALLO
Mr Alhousseïni Ag MOHAMED
Mme DIALLO Fatimata.S. DIABATE
Mr Abdoulaye DIALLO
Mr Gangaly DIALLO

Stomatologie
Ophtalmologie
O.R.L.
Gynéco-Obstétrique
Anesth.-Réanimation
Chirurgie Générale

Mr Sékou SIDIBE
Mr Abdoulaye K.DIALLO
Mr Mamadou TRAORE
Mr Filifing SISSOKO
Mr Tiéman COULIBALY
Mme TRAORE J.THOMAS

Ortho.Traumatologie
Anesthésie-Réanimation
Gynéco-Obstétrique
Chirurgie Générale
Ortho.Traumatologie
Ophtalmologie

5. ASSISTANTS

Mr Nouhoum ONGOIBA
Mr Ibrahim ALWATA
Mr Sadio YENA

Anatomie & Chirurgie Générale
Ortho.Traumatologie
Chirurgie Générale

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Bréhima KOUMARE
Mr Siné BAYO
Mr Gaoussou KANOUTE
Mr Yéya T.TOURE
Mr Amadou DIALLO
Mr Moussa HARAMA

Bactériologie-Virologie
Anatomie-Path.Histoembryologie
Chimie analytique
Biologie
Biologie Chef de D.E.R.
Chimie Organique

2. MAITRE DE CONFERENCE AGREGE

Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie

3. MAITRES DE CONFERENCE

Mr Yénimégué A.DEMBELE	Chimie Organique
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Bakary M.CISSE	Biochimie
Mr Abdrahamane S.MAIGA	Parasitologie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sekou F.M.TRAORE	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie, Biologie Animale
Mr N'yenigue Simon KOITA	Chimie organique
Mr Abdrahamane TOUNKARA	Biochimie
Mr Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie
Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Ibrahim I.MAIGA	Bactériologie

5. ASSISTANTS

Mr Benoît KOUMARE	Chimie Analytique
-------------------	-------------------

D.E.R.DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALY	Med.Int. Chef D E R MEDECINE
Mr Aly GUINDO	Gastro-Enterologie
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamamdou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Eric PICHARD	Médecine Interne

2. MAITRE DE CONFERENCE AGREGE

Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtysiologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie

3. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Abdel Kader TRAORE	Med.Interne
Mr Moussa Y.MAIGA	Gastroenterologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Leprologie
Mr Hamar A. TRAORE	Medecine Interne
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastroenterologie
Mr Mamady KANE	Radiologie

3. ASSISTANTS

Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr_Saharé FONGORO_	Néphrologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Adama D.KEITA	Radiologie
Mme Tatiana KEITA	Pédiatrie

D E R de SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1.PROFESSEURS

Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
--------------------------	-------------

2. MAITRE DE CONFERENCE AGREGE

Mr Arouna KEITA	Matière Médicale
-----------------	------------------

3. MAITRES DE CONFERENCE

Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique (chef D.E.R.)
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie

3. MAITRE ASSISTANT

Mr Drissa DIALLO	Matières Médicales
Mr Alou KEITA	Galénique

4. ASSISTANT

Mr Ababacar I.MAIGA Toxicologie

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sidi Yaya SIMAGA Santé Publique (chef D.E.R.)

2. MAITRE DE CONFERENCE AGREGE

Mr Moussa A.MAIGA Santé Publique

3. MAITRES DE CONFERENCE

Mr Sanoussi KONATE Santé Publique

2. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bocar G.TOURE Santé Publique

Mr Sory I.KABA Santé Publique

Mr Alain PRUAL Santé Publique

3. ASSISTANT

Mr Massambou SACKO Santé Publique

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mme CISSE A.GAKOU Galénique

Mr N'Golo DIARRA Botanique

Mr Boubou DIARRA Bactériologie

Mr Salikou SANOGO Physique

Mr Daouda DIALLO Chimie Générale et Min.

Mr Bakary I.SACKO Biochimie

Mr Yoro DIAKITE Maths

Mr Sidiki DIABATE Bibliographie

Mr Boubacar KANTE Galénique

Mr Souléymanne GUINDO Gestion

Mrs Sira DEMBELE Maths

Mr Modibo DIARRA Nutrition

Mme MAIGA Ftoumata SOKONA Hygiène du Milieu

Mr Nyamanton DIARRA Mathématiques

Mr Moussa I.DIARRA Biophysique

Mr Mamadou Bakary DIARRA Cardiologie

PERSONNEL D' ENCADREMENT (STAGES & TP)

Docteur Madani TOURE	H.G.T.
Docteur Tahirou BA	H.G.T.
Docteur Amadou MARIKO	H.G.T.
Docteur Badi KEITA	H.G.T.
Docteur Antoine Niantao	H.G.T.
Docteur Kassim SANOGO	H.G.T.
Docteur Yéya I.MAIGA	I.N.R.S.P.
Docteur Chompere KONE	I.N.R.S.P.
Docteur BA Marie P.DIALLO	I.N.R.S.P.
Docteur Almahdy DICKO	P.M.I.SOGONINKO
Docteur Mohamed TRAORE	KATI
Docteur Arkia DIALLO	P.M.I.CENTRALE
Docteur Reznikoff	IOTA
Docteur P.BOBIN	I.MARCHOUX
Docteur A.DELAYE	H.P.G.
Docteur N'DIAYE F. N'DIAYE	IOTA
Docteur Hamidou B.SACKO	HGT
Docteur Hubert BALIQUE	C.T. MSSPA
Docteur Sidi Yéhiya TOURE	HGT
Docteur Youssouf SOW	HGT

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr M.CISSE	HYDRLOGIE
Pr M.L.SOW	MED.LEGALE
Pr S.S.GASSAMA	BIOPHYSIQUE
Pr D. BA	BROMATOLOGIE
Pr A.E.YAPO	BIOCHIMIE
Pr B.FAYE	PHARMACODYNAMIE
Dr G.FARNARIER	PHYSIOLOGIE

Mr Souléymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L.TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie

DEDICACES

" Bénis soit Dieu tout puissant pour sa grâce qui m'a accompagné pendant ces longues années d'étude ". Allah est grand.

Je dédie cette thèse :

Aux grandes familles NIARE et TOURE

A travers vous, nous avons eu la preuve que l'union faisait la force.

A mon père : Salif Niaré

Tu nous as toujours enseigné le sens de l'honneur, du devoir et de la dignité. Cette thèse est le faible témoignage de mon affectueuse reconnaissance. Encore merci pour tous ce que vous avez fait pour nous dans cette vie.

A ma mère : Mariam Touré

Vous avez consenti de lourds sacrifices pour faire de nous ce que nous sommes aujourd'hui. Vous êtes l'exemple vivant du travail, d'endurance et d'abnégation. Que de peine , que de patience , que de privation pour vos enfants. Puisse ce travail représenter une récompense pour vos peines et votre patience.

A ma marâtre : Alamouta Diallo

Pour votre compréhension que ce travail soit un témoignage d'affection et de gratitude pour votre soutien. Ce jour est aussi le vôtre.

A mon cher et adorable mari : Abdramane Dembélé

Tu as su supporter toutes mes caprices , tu m'as toujours été un support solide sur tous les plans. Ton amour, ton courage et ton sens de la responsabilité ne m'ont jamais fait défaut. Trouve ici l'expression de mon amour et de ma profonde affection.

A mes enfants : Fanta et Guédiouma Dembélé

Ce travail est le témoignage de mon attachement et de mes sentiments pour vous. Aimez vous, restez unis et soyez honnêtes en toutes circonstances.

A mon grand frère : Yacouba Niaré (in memorium)

Ton souvenir toujours vivace dans mon cœur m'a soutenu tout le long de mes études. Seule la mort pouvait t'arracher à notre grande affection. Que ton âme repose en paix. Ton image reste à jamais gravée dans notre mémoire.

A mon oncle : Kassim Niaré

Vous m'avez conduit sur le chemin de cette vie. Depuis notre tendre enfance vous nous aviez démontré combien vous teniez à notre éducation. Vous avez guidé mes premiers pas vers les études et vous avez travaillé toujours sans ménager aucun sacrifice pour que mes frères et moi puissions affronter la vie en responsable. Il est un devoir pour moi de suivre dans l'honneur et la dignité votre exemple.

A la famille de Charles Guindo

Vos conseils n'ont jamais été de trop. Ce travail est un témoignage de ma grande reconnaissance.

A mon frère : Abdoulaye Doumbia

Ta sincérité et ton respect de la parole donnée ne m'ont jamais fait défaut. Les mots me manquent pour te remercier. Ce travail est vôtre.

A mes oncles :

Ousmane Niaré

Mama Niaré

Tidiane Niaré

Brehima Niaré

Mamadou Niaré

Ce travail est le témoignage de ma reconnaissance pour tout ce que vous aviez fait pour moi.

A mes tantes :

Ramata Mariko

Fanta Sanogo (in memoriam)

Alamako Sacko

Hama Traoré

Rokia Diallo

Mariam Sidibé

Oumou Sogoba

Pour votre patience et votre compréhension que ce travail soit un témoignage d'affection et de gratitude pour votre soutien.

A mes beaux parents

Puisse ce travail représenter l'expression de mes sincères remerciements pour votre compréhension.

A tous mes frères :

Bakary Niaré

Boubacar Doumbia (Pélé)

Mamadou Niaré

Abdoulaye Guindo

Lassine Niaré

Karamoko Niaré

Moussa Niaré

Boureima Niaré

Vous m'avez soutenu durant toute la durée de mes études. Par vos actes, la notion de famille est honorée. Que le bon Dieu nous laisse toujours unis par ces liens

fraternels qui ont de tout temps existé entre nous. Trouver ici l'expression de mon amour fraternel. Ce travail est vôtre.

A ma chère tante : Lala Kounta (in mémorium)

Seule la mort pouvait t'arracher à notre affection. Je n'oublierai jamais ce que tu fis pour moi. Que ton âme repose en paix.

A mes soeurs :

Mme Sanogo S' Niaré

Diabaté Astan Niaré

Dabo Nana Niaré

Keïta Kamba Niaré

Touré Oumou Niaré

Koumaré Hama Niaré

Niaré Ami Sy

Cette thèse est le faible témoignage de mon affectueuse reconnaissance. Je ne saurai vous exprimer toute ma reconnaissance pour le soutien moral dont j'ai bénéficié.

A Mme Maurat Assitan et à la famille Traoré à Segou

Que de patience, que de sacrifice pour moi. Ce travail est vôtre.

A Mr et Mme Treta Bintou :

C'est pendant les moments de crise qu'on reconnaît ses vrais amis. Trouvez à travers cette thèse l'expression de mes affections.

A mes camarades :

Diahara Traoré , Mariam S Traoré , Madina Tall , Etienne Keïta , Gaoussou Doucouré , Zeïnabou Yattara , Fatouma Touré , Yacouba Sidibé , Dramane Goïta, Fatoumata Kanouté, aïssata Touré, Bintou Coulibaly.

Je vous remercie de tout mon coeur pour votre précieuse amitié. En souvenir des heureux moments et longues années passés ensemble qui nous ont permis de tisser des liens d'amitié profonde. Recevez ici l'expression de ma fidèle amitié.

A mes collègues de service :

Oumar Traoré , Niagalé Dravé , Abdramane Togo , Samakoun Keïta , Youssouf Taoré , Fanta Kanté , Modibo Soumaré , Ibrahima Tékété , Garba Thiang , Diakaridia Diallo , Amsétou Touré

Certes le chemin a été long et difficile, mais avec le courage nous sommes arrivés à bout. Je garderai de vous le souvenir de grands travailleurs.

A tout le personnel du service de gynécologie et d'obstétrique de l'HPtG :

Médecins, sages-femmes, infirmières , manoeuvres...

A cause de votre indéfectible attachement au travail bien fait, votre soutien moral et vos conseils, acceptez cette thèse en gage de ma profonde gratitude.

A mes oncles :

Commandant AMARA BERETHE

Je n'oublierai jamais votre aide inestimable. Ce travail est le faible témoignage de ma reconnaissance.

KASSIM DEMBELE

Trouver ici l'expression de ma profonde gratitude.
Ce travail est aussi vôtre.

A tout le personnel de la maternité de l'HGT :

A tous les médecins du service de gynéco-obstétrique de l'HGT

Dr Almahadi Dicko

" Alou Badara Macalou

" Sidi Lamine Togora

" Salif Diakité

" Pléah

Votre franche collaboration ne sera jamais oubliée. Ce travail est vôtre.

Aux internes de l'HGT:

Mohamed Thiéro , Fanta Dembélé , Bintou N'Diaye , Abdou Salam Koité

Ce travail est vôtre.

Au Dr Cheick Tidiane Hamadi Diallo et tout le personnel de la Clinique Badala

Trouvez ici l'expression de ma gratitude pour votre soutien.

Au Docteur Amadou Sangho responsable de la cellule informatique de l'ENMP

Votre aide ne m'a jamais fait défaut, veuillez ici recevoir l'expression de ma reconnaissance.

Mes remerciement à tout le personnel de la bibliothèque de l'ENMP.

Au Docteur Traoré Mamadou assistant chef clinique en gynéco-obstétrique

Votre franche collaboration ne sera jamais oubliée. Ce travail est aussi le vôtre.

C'est l'occasion pour moi d'exprimer toute ma reconnaissance, ma grande affection et mon respect pour votre aide inestimable à l'élaboration de ce travail, veuillez ici recevoir l'expression de ma profonde gratitude.

A notre maître et président du jury : Professeur MOUSSA TRAORE agrégé en neurologie ,chef du service de Neurologie de l'HPtG.

Vous nous faite un grand honneur en acceptant de présider cette thèse malgré vos multiples occupations.

Durant nos études, nous avons eu à apprécier vos qualités d'homme aimant le travail bien fait tant en classe que dans les salles d'hôpital.

Veillez trouver ici l'expression de notre grande admiration, de notre profonde reconnaissance et nos sincères remerciements.

A notre maître et juge : Docteur ABDOULAYE DIALLO assistant chef de clinique en anesthésie-réanimation, chef du service de réanimation de l'Hôpital du point « G ».

Nous admirons votre goût du travail, votre entière disponibilité et le climat de confiance et d'amitié que vous savez créer autour de vous.

Le peu de temps au cours duquel nous vous avons connu, nous a suffi à apprécier vos qualités multiples tant professionnelles qu'humaines.

Toutes nos reconnaissances pour votre participation.

A notre juge: Docteur ALMAHADI DICKO chef du service de Gynéco-obstétrique de l'HGT.

Nous avons toujours admiré votre simplicité, votre attachement pour notre formation et votre habileté au travail.

C'est le moment de vous rendre un hommage mérité.

Veillez recevoir le témoignage de notre reconnaissance, et de notre profond respect.

A notre Maître et Directeur de thèse : Professeur AMADOU INGRE DOLO maître de conférence agrégé en gynécologie obstétrique, chef du service de Gynéco-obstétrique de l'Hôpital du Point « G »

Toujours gentil et compréhensif, vous m'avez impressionné par la richesse de vos connaissances et votre souci pour la formation continue.

Votre amour pour le travail bien fait, votre humanisme, votre modestie et votre disponibilité nous ont particulièrement séduits.

Nous n'avons jamais sous estimé vos qualités de praticien et de formateur.

Vous avez guidé nos premiers pas en gynéco-obstétrique en nous faisant découvrir l'importance de cette discipline surtout dans un pays comme le nôtre où une place de choix doit être accordée à la santé maternelle et infantile.

Nous vous dédions particulièrement ce travail dont vous êtes le promoteur et le sauveur.

Aussi est-il de notre devoir de suivre dans l'honneur et la dignité le chemin que vous nous avez tracé.

Nous n'oublierons jamais l'attention particulière dont vous avez fait preuve pour nous permettre de mener à terme ce travail.

Veillez, cher Maître, trouver dans cette thèse le témoignage de ma profonde admiration et de ma sincère reconnaissance.

ABREVIATIONS

HTA : hypertension artérielle

mm³ : millimètre cube

mm de Hg : millimètre de mercure

TA mx : tension artérielle maximale (ou systolique)

TA mini : tension artérielle minimale (ou diastolique)

CPN : consultation prénatale

°C : degré Celsius

TABLE DES MATIERES

Première Partie :

GENERALITES

Introduction

	Pages :
I Definition	1
II Epidemiologie.....	1-2
III Physiopathologie.....	2-4
IV Anatomopathologie.....	4
V Classification	5
VI Clinique	5-8
VII Evolution	9-10
VIII Traitement	10-11
IX Complications.....	11

Deuxième Partie

Chapitre 1

Objectifs.....	12
Methodologie.....	13

Chapitre 2

Résultats.....	15
Commentaires et Discussion.....	31
Conclusion.....	35
Recommandations.....	36

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

1^{ère} PARTIE :

GENERALITES

INTRODUCTION

I. DEFINITION :

L'éclampsie est l'une des complications maternelles de la pré éclampsie qui représente la conjonction d'une hypertension artérielle gravidique et d'une protéinurie gravidique.

Les oedèmes ne font plus partie de la définition de la prééclampsie. Seule l'élévation de l'uricémie au-dessus de 350 micromoles témoigne de l'atteinte tubulaire rénale. [29]

Elle est caractérisée par l'apparition de crises convulsives survenant enfin de grossesse, en début de travail ou dans le post-partum immédiat.

Les crises convulsives apparaissent dans 50% avant le travail (celui-ci s'installe le plus souvent très peu de temps après); 25% des éclampsies se déclarent pendant le travail et 25% restant au cours du post-partum.

Les trois quarts des pré éclampsies surviennent chez des primipares. La môle hydatiforme, la gémellité, le diabète multiplient par huit (8) le risque d'hypertension artérielle et de protéinurie. [29]

Les hypertensions qui apparaissent entre 28 et 32 semaines d'aménorrhée semblent affecter plus sévèrement la croissance foetale. [29]

II. EPIDEMIOLOGIE

L'hérédité joue un rôle indiscutable dans l'étiologie de l'HTA essentielle. Son rôle dans la prééclampsie sera discuté. D'autres facteurs tels la race, l'obésité et différents éléments qui conditionnent le cadre de vie et l'environnement ont été étudiés : apports diététiques, status socio-economique, tabagisme, conditions météorologiques...

La diversité des variables envisagées empêche de tirer à leur sujet des conclusions convaincantes. [39]

L'incidence de la récurrence est actuellement estimée entre 20 et 35%.

Quelque soit le moment de la survenue de la crise, l'éclampsie pose un problème de réanimation et un problème obstétrical. Ceci est particulièrement vrai pour les pays en voie de développement et sous médicalisés où la pré éclampsie reste une cause importante de mortalité foetale et maternelle.

La fréquence de l'éclampsie ne paraît avoir diminué significativement ces trente dernières années et reste de l'ordre de 0,3 à 0,7 pour mille naissances. En revanche la mortalité maternelle liée à l'éclampsie a considérablement baissé entre 1952 et 1960 passant de 53,6 à 15,9 par million de naissance.

Au cours de la décennie écoulée (1970-1981) la mortalité maternelle imputée à l'éclampsie est restée stable aux environs de 10,5 et 20 par million de naissances.[39]

L'incidence de l'éclampsie au Mali est de 1,09%. [34]

La mortalité maternelle due à l'éclampsie au Mali est de 0,12% alors qu'elle est de 9% à Dakar. [40]

Une étude rétrospective sur cinq ans au CHU de Libreville montre l'incidence de 0,12% y est comparable à celle des pays en voie de développement. [18]

A l'échelle mondiale le tribut payé par le fœtus (20 à 30% de mortalité périnatale) et par la mère (mortalité de 3 à 10%) reste particulièrement lourd et inscrit l'hypertension gravidique au 3^{ième} rang des causes de mortalité. [39]

III. PHYSIOPATHOLOGIE

Physiologiquement la tension artérielle connaît des fluctuations au cours de la grossesse.

- Pendant les premières semaines les chiffres de la tension artérielle sont inférieurs à ceux qu'ils étaient avant la grossesse.

- Jusqu'à la 36^{ème} semaine il y a une augmentation progressive et les chiffres atteignent à cette date ceux que la femme avait avant la grossesse.

Pratiquement on considère comme hypertension artérielle gravidique un chiffre tensionnel égal ou supérieur à 140 mmHg pour la systolique et à 90 mmHg pour la diastolique prise en position couchée chez la femme enceinte et après un repos d'au moins 5 minutes.

Ces chiffres doivent être retrouvés en deux consultations rapprochées.

Cependant il faut tenir compte dans l'interprétation :

- * de l'âge : on est plus strict de 20 ans jusqu'à 40 ans

- * des moments de la journée (variations nyctémérales) la systolique et la diastolique ont tendance à diminuer modérément au cours de la nuit.

Le mécanisme de cette maladie gravidique est encore mal compris.

La pathologie expérimentale en fournit une approche intéressante :

si l'on crée l'hypertension artérielle chez un animal gestant, il se produit

une autorégulation qui maintient le flux placentaire normal en dépit de

l'hypertension artérielle, la gestation se poursuit normalement.

Si au contraire on crée l'ischémie placentaire, il apparaît une hypertension

artérielle, une protéinurie, et souvent une mort fœtale.

Ces données permettent de comprendre que l'hypertension artérielle n'est pas une cause directe d'ischémie placentaire, mais que c'est l'inverse qui se produit.

Pourquoi alors l'ischémie placentaire ?

Le mécanisme n'en est probablement pas univoque.

Les principales hypothèses répertoriées sont :

- une compliance insuffisante des vaisseaux, ou un trop gros utérus (gémellité, hydroamnios) chez une jeune primipare ;
- une altération probable des vaisseaux, limitant leur compliance, chez une femme hypertendue ou prédisposée à l'être, ce qui compromet nécessairement la placentation ;
- enfin, il pourrait s'agir dans certains cas de l'équivalent d'un rejet de greffe celui-ci pourrait être expliqué par l'absence d'un phénomène de facilitation immunologique lorsque les deux parents ont un degré élevé d'histocompatibilité, aussi paradoxale que cela soit à première vue.

Comment l'ischémie placentaire cause-t-elle les troubles observés ?

Il serait trop long de détailler ici les mécanismes connus ou supposés. Nous évoquerons seulement deux ou trois points de repère.

Il est probable que l'hypertension artérielle soit liée à une rupture du fragile équilibre entre angiotensine vasoconstrictrice et prostaglandines vasodilatatrices.

De plus, ces patientes ont durant la grossesse une sensibilité vasculaire normale à l'angiotensine. Peut être à cause de l'absence de vasodilatation, il est fréquent, constant même dans les formes graves que l'expansion volémique ne se produise pas.

Les zones ischémisées du placenta libèrent dans la circulation des cellules trophoblastiques nécrosées. Celles-ci sont porteuses d'une activité thromboplastine dont la libération est responsable d'une coagulation intraveineuse disséminée d'intensité variable (souvent majeure dans la pré-éclampsie), avec pour conséquence l'atteinte rénale et la protéinurie, et éventuellement l'atteinte d'autres viscères (foie, cerveau...). [2]

Cette pathologie est très complexe on lui attribue des modifications biologiques. Tous les éléments du système rénine angiotensine sont élevés chez la femme enceinte normale. L'angiotensine cependant perd son activité : la réponse normale du rein à l'angiotensine (baisse de l'élimination de l'eau et du sel) est abolie dans la grossesse normale. [29]

Dans la pré-éclampsie, tous les composants du système rénine angiotensine sont en dessous des valeurs de la grossesse normale, dans la plupart des cas.

Cette sensibilité excessive à l'angiotensine, qui apparaît avant même l'hypertension clinique, est à l'origine du test de dépistage de l'angiotensine de Gant. [29]

La synthèse des prostaglandines de type E2 et de prostacyclines est réduite de moitié dans la pré éclampsie, alors que celle des prostaglandines PGF2 alpha et du thromboxane est multipliée par trois. [29]

Les anomalies hémodynamiques sont surtout constituées d'une augmentation des résistances vasculaires périphériques et d'une baisse de la volémie. [29]

Il se crée donc des conditions d'une coagulation intravasculaire disséminée dont les stigmates biologiques accompagnent presque toujours la pré éclampsie :

thrombopénie parfois inférieure à 50000 plaquettes par millimètre cube (mm³),
baisse du fibrinogène, élévation des monomères et des produits de dégradation de la fibrine. [29]

IV. ANATOMOPATHOLOGIE

Rénale : établit sur des biopsies effectuées en général dans le post-partum est caractéristique.

- lésions glomérulaires avec oedèmes des cellules endothéliales, l'hypertrophie mésangiale, occlusion de la lumière capillaire et dépôts sub-endothéliaux de dérivés de la fibrine ou du fibrinogène à l'exclusion de tout dépôt d'immunoglobuline
- lésions artériolaires rencontrées dans un quart des cas mais posant des problèmes d'interprétation difficile (angiopathie préexistante, hypertension artérielle permanente dans l'avenir lointain ?). [1]

lésions utéro-placentaires, elles sont mal connues et discutées
dans l'utérus et surtout la caduque, les artères seraient sclérosées et des calibres réduits.

dans le placenta, certains décrivent une angiopathie thrombosante des faisceaux ombilicaux. [28]

V. CLASSIFICATION

Plusieurs types de classification des hypertensions artérielles chez une femme enceinte ont été proposées et la plus fréquente comporte quatre types :

A - type 1 : toxémie gravidique tableau très grave censé ne pas récidiver lors des grossesses suivantes ;

B - type 2 : hypertension artérielle chronique apparaissant lors des six premiers mois de la grossesse ou chez une patiente qui n'est pas primipare. La récurrence est quasi-certaine lors d'autres grossesses ;

C - type 3 : toxémie gravidique surajoutée. Il s'agit d'une patiente de type 2 avec une protéinurie surajoutée au 3^{ème} trimestre

D - type 4 : hypertension artérielle isolée de la grossesse ; hypertension artérielle apparaissant pour chaque grossesse et disparaissant totalement dans l'intervalle de celles-ci. [17]

VI. CLINIQUE

A) Signes prémonitoires

Ils doivent être parfaitement connus car, à ce stade l'hospitalisation et le traitement immédiat peuvent encore éviter la crise et ses conséquences.

Parfois réunis au complet, plus souvent dissociés, un seul d'entre eux doit suffire à attirer l'attention

1. signes fonctionnels :

a - céphalées : elles sont fréquentes, c'est typiquement une céphalée occipitale ou occipito-frontale, en casque, non ou mal calmées par les antalgiques, d'intensité progressivement croissante.

b - les signes oculaires : fréquents également

. mouches volantes ou points brillants

. amblyopie

. parfois amaurose transitoire

c - signes auditifs

. bourdonnement d'oreilles

. parfois vertiges

d - signes nerveux

- . anxiété, irritabilité, insomnie
- . ou au contraire torpeur

e - signes digestifs

- . nausée
- . ou vomissement

f - surtout un signe fondamental : la douleur en barre épigastrique (Chaussier) intense et permanente.

Signes d'une toxémie gravidique en pleine poussée.

Parfois la toxémie est déjà connue ; ailleurs, la malade n'est vue qu'à ce stade, mais l'un quelconque des signes fonctionnels ci-dessus amène aussitôt à rechercher :

- l'œdème, parfois d'emblée visible aux membres inférieurs, parfois encore latent, mais manifesté par une prise de poids importante, anormale et rapide ;
- l'hypertension artérielle, très fortement au dessus des chiffres limites de: 140/90mm Hg et qui a tendance à s'accroître encore, souvent de façon brutale ;
- l'albuminurie, massive atteignant plusieurs grammes par litre ;
- l'oligurie ; constante

2. Evolution

le traitement entrepris d'urgence à ce stade peut encore permettre d'éviter la crise.

B) Crise d'éclampsie

1. c'est un accès convulsif généralisé, très analogue à la crise d'épilepsie, dans lequel il est classique de décrire quatre phases.

1.1. phase d'invasion :

Elle est marquée par quelques contractions rythmiques involontaires des muscles de la face (oeil, paupière, mâchoire) et du membre supérieur (mains)1.2.

1.2 Phase tonique :

Elle s'installe brusquement, sans aura ni cri, et réalise un état de contracture généralisée :

- membre inférieur, tronc et nuque raidis en extension
- membre supérieur en flexion, poings serrés
- thorax bloqué en apnée avec cyanose
- à la face, le visage est figé, les yeux révulsés, la langue souvent mordue.

cette phase dure environ une demie minute, puis survient une ample respiration qui annonce la phase suivante.

1.3. Phase clonique ou convulsive :

Elle est caractérisée par des mouvements convulsifs involontaires et désordonnés :

- la face grimaçante
- les membres supérieurs sont projetés de façon anarchique,
- les membres inférieurs sont relativement moins agités ; il est rare que la malade tombe et se traumatise. Les convulsions durent 1 à 2 minutes puis se calment progressivement

1.4. Phase résolutive ou comateuse :

A l'accès convulsif fait suite un coma généralement assez peu profond, avec respiration stertoreuse, d'une durée variable mais assez courte (une demie heure à deux heures).

1.5. Réveil :

A la sortie de la crise, la malade ne garde aucun souvenir de l'accès. Il n'y a ordinairement pas d'émission d'urine au cours de la crise. [28]

2. LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Ils porteront sur l'appréciation de :

- l'état du rein : sera exploré par les procédés habituels en néphrologie :

dosage de l'urée sanguine, de l'uricémie, clearance de la créatine, ionogramme sanguin et urinaire en particulier dosage du sodium et du potassium, numération des

corps microbiens par millilitre d'urine, numération-minute des éléments figurés du sang dans l'urine, sans sondage pour les hématies, par cathétérisme pour les leucocytes. [2] L'état du réseau vasculaire peut être préciser par :

- l'examen du fond d'oeil : la classification en quatre stades est aujourd'hui la plus courante ;

stade 1 : vasoconstriction artériolaire

stade 2 : vasoconstriction plus intense avec tortuosité des artères et écrasement des veines aux points de croisement.

stade 3 : aux aspects précédents s'ajoutent des hémorragies et des exsudats

stade 4 : en plus l'oedème de la papille et de la rétine avoisinante réalise, à l'extrême, une image de stase papillaire (neurorétinopathie). [25]

- la piézographie, mode d'exploration dont l'utilité a été démontrée dans les syndromes vasculo-renaux au cours de la grossesse.

• le piézogramme est la courbe obtenue avec un quartz piézo-électrique par l'enregistrement à travers les téguments des variations instantanées de pression à l'intérieur d'un vaisseau. L'examen se fait électivement sur les artères carotides. [25]

- des examens complémentaires évaluent l'état du fœtus et du placenta : dosages hormonaux , en particulier oestradiol, biométrie ultrasonique, surveillance instrumentale du rythme cardiaque , examen du liquide amniotique.

leur importance est essentielle.

De leurs résultats dépendent le pronostique et la conduite à tenir. [25]

VII. EVOLUTION

Les crises le plus souvent se répètent. Leur déroulement est toujours le même, mais les unes ne sont qu'ébauchées, les autres traînent en longueur. Leur nombre est variable. Habituellement, on observe de 6 à 10 crises, rarement plus de 20. Les crises peuvent être subintrantes, réalisant « l'état de mal ». [28]

Pendant les crises, la tension artérielle reste élevée, avec des acmés lors de la phase convulsive, le pouls est tendu. La température s'élève à 38° ou 39°C. L'oligurie aboutit à l'anurie : la sonde ne ramène que quelques gouttes d'urine haute en couleur, parfois sanglante ; l'albumine s'y prend en masse. [2]

Contrairement à l'épileptique, l'éclamptique ne perd pas ses urines.

Après la crise ; si la crise a été unique et légère, la malade est simplement ahurie. Plus souvent, elle est obnubilée, sa parole est embarrassée, ses yeux roulent dans les orbites. L'obnubilation se dissipe peu à peu. Plus souvent encore, le coma est profond et durable. [28]

1. COMPLICATIONS MATERNELLES

a - Pendant la crise :

- les unes sont mineures :

Morsure de la langue au cours des convulsions si l'on a pas eu le soin de la maintenir par un bâillon dans la concavité du maxillaire inférieur ou par une canule de Mayo.

Ecchymose palpébrale. [25]

- les autres sont graves :

L'asphyxie est une cause fréquente de mort. On a signalé la syncope, la mort subite au cours d'une crise. Les accidents sont souvent d'ordre hypertensif : les hémorragies cérébro-meningées pouvant provoquer une hémiplegie ou la mort subite plus ou moins brutale. Mais le plus souvent, lorsque la mort survient, c'est par l'accentuation progressive du coma dont la malade ne sort pas. Les courbes de la tension artérielle et de la protéinurie restent élevées, tandis que celle de la diurèse est proche de zéro. Le stertor augmente, la respiration devient irrégulière, soulève chaque fois des lèvres gonflées et des joues bouffies. [25]

b. Après la crise, la complication la plus redoutable est la persistance de l'anurie.

Enfin une complication, quoique rare, est encore possible : la psychose puerpérale.

Des accidents vesaniques éclatent, une manie aiguë avec agitation transitoire ou

définitive. Cette psychose est souvent grave, marquée d'idée de suicide ou d'infanticide, elle nécessite une surveillance stricte et la séparation de l'enfant. [25]

2. GUERISON

Elle ne survient souvent qu'après la mort du fœtus ou l'évacuation utérine. Elle est assez rapide, et le plus souvent complète. Aucune ne subsiste de ce paroxysme brutal. [28]

3. PRONOSTIC

Les éléments de ce pronostic sont :

date d'apparition : plus l'éclampsie est précoce plus elle est grave.

caractères des crises : l'éclampsie est d'autant plus grave que les crises sont nombreuses.

caractères du coma : la profondeur du coma est une marque de gravité.

l'élément obstétrical : l'absence de travail est mauvais élément pronostic.

signes associés : l'élévation de la température, le subictère sont de

mauvais éléments.

les courbes de la tension artérielle, de la protéinurie et de la diurèse.

le fond d'oeil : l'oedème de la papille, les hémorragies rétinienne sont des éléments les plus graves.

apparition de complication.

influence du traitement. [28]

VIII. TRAITEMENT

La thérapeutique neurosedative et anticonvulsivante est utilisée à forte dose et, en général par voie intraveineuse.

Le médicament le plus utilisé actuellement est le Diazépam (Valium*) administré par voie intramusculaire ou intraveineuse. Toute posologie précise est impossible à formuler. Elle doit être réglée sur les effets cliniques.

Parallèlement des mesures de réanimation générale sont nécessaires:

* l'expansion volémique par des macromolécules ou mieux d'albumine humaine concentrée, sous contrôle de la pression veineuse centrale. Ceci pour éviter le collapsus circulatoire et rétablir la diurèse.

* parfois intubation trachéale et ventilation artificielle.

Les diurétiques ne sont indiqués que si la diurèse ne réapparaît pas malgré la restitution de la volémie ou s'il existe une insuffisance cardiaque.

Le traitement des crises convulsives :

- mise en place d'une canule de Mayo
- oxygénothérapie utile dans tous les cas dans l'intervalle des accès.

Modalité de l'évacuation utérine éventuelle : sauf si le travail est en cours, la césarienne est indiquée comme le procédé le mieux adapté à l'urgence de la situation. [1]

IX. COMPLICATIONS FOETALES

1. Hypotrophie foetale et retard de croissance :

Elle complique 7 à 20% des grossesses avec hypertension artérielle. [17]

Le taux de séquelles neurologiques est évalué à environ 10% , conséquence de l'hypotrophie par anoxie chronique in utero et de la prématurité. [17]

La stagnation de la hauteur utérine ou l'arrêt de croissance foetale échographique en permettent le diagnostic. C'est au cours du 3^{ième} trimestre qu'apparaît le retard de croissance intra utérine , c'est dire l'importance de la surveillance clinique et échographique tous les 15 jours.

L'étude plus fine de ces conséquences , surtout au niveau neurologique

beneficiera dans les années à venir de l'étude Doppler de la vascularisation

cérébrale qui amènera sûrement une modification des indications. [17]

2. Mort foetale in utero

Sont concernées 2 à 5% des femmes enceintes atteintes d'HTA. [17]

Elle survient , soit après une longue évolution de la souffrance foetale chronique

qu'il importe de bien dépister et surveiller, soit brutalement sans aucun

signe annonciateur à l'occasion, en particulier d'un à-coup hypertensif. [17]

3. Mort néonatale précoce

La conséquence de la prématurité, soit spontanée soit iatrogène (extraction dans un but thérapeutique) . dans un tableau de souffrance foetale. [17]

2^{ème} PARTIE : TRAVAUX PERSONNELS

CHAPITRE 1:

- * OBJECTIFS**
- * METHODOLOGIE**

CHAPITRE 2 : LES RESULTATS

- * COMMENTAIRE & DISCUSSIONS**
- * CONCLUSION**
- * RECOMMANDATIONS**

MATERIELS ET METHODES

I - Lieu d'étude :

Notre étude a été menée à la maternité de l'hôpital Gabriel Touré de Bamako. Cet hôpital est situé au centre ville de Bamako. Le service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré est le plus grand de par sa taille dans la spécialité de la République. Il est dirigé par un médecin .

Le service est situé au premier étage d'un des bâtiments de l'hôpital, le rez-de-chaussée étant occupé par la chirurgie (les salles d'hospitalisation, blocs opératoires) et le service de radiologie.

En face de ce bâtiment s'élève le laboratoire d'analyse.

Les consultations des patientes non hospitalisées ont lieu dans les deux boîtes occupées par les 6 médecins du service , chacun ayant ses jours de consultation dans la semaine.

Le service compte 5 gynéco-obstétriciens et un médecin généraliste.

Pour l'hospitalisation il existe 92 lits repartis en 3 unités à savoir :

unité 1 : césarienne , pathologies obstétricales composées.

unité 2 : reçoit les suites de couche.

unité 3 : pathologies gynécologiques.

Le service est doté d'une grande salle d'accouchement contenant 4 tables d'accouchement.

Il existe 3 tables d'examen gynécologique.

Actuellement le service possède un bloc opératoire fonctionnel et qui est plus ou moins bien équipé. On y trouve un aspirateur qui n'est pas toujours en bon état.

La garde est assurée par un médecin et son équipe, la salle d'accouchement est tenue par deux sages-femmes.

II- Période d'étude :

Notre étude s'est étendue sur 12 mois (de Novembre 1992 à Octobre 1993).

III -Type d'étude :

L'étude a été prospective. Nous avons procédé à un enregistrement systématique de tous les cas d'éclampsie qui sont soit survenus à la maternité, soit adressés au service durant la période de notre étude.

IV . Le support des données

Etait des fiches d'enquête individuelle.

V . Les critères d'inclusion : étaient

- Les femmes enceintes, en travail ou dans les suites de couches immédiates présentant une crise convulsive associée à l'ensemble ou à un des signes suivants :

* hypertension artérielle

TA mx (maxima /systolique) > ou = à 140 mm de Hg.

TA mi (minima / diastolique) > ou = à 90 mm de Hg.

* protéinurie significative (>à 0,50g/24h).

* oedèmes des membres inférieurs ou généralisés.

* prise de poids excessive au cours de la grossesse.

VI . Les critères d'exclusion : étaient

La crise d'épilepsie

L'alcoolisme .

Les traumatismes crâniens

Les accidents vasculo-cérébraux

L' intoxication hydrique ou médicamenteuse

La crise hypocalcémique.

La crise d'urémie

La méningite

VII . Le critère de jugement

Nous nous sommes fixés comme critère de jugement la guérison sous traitement et sans séquelles.

LES RESULTATS

1. FREQUENCE

Durant la période de notre étude, nous avons enregistré 65 cas d'éclampsie pour 5727 accouchements durant la même période (de Novembre 1992 à Octobre 1993).

La fréquence de la crise d'éclampsie a été de 11,35 p. mille.

2. PERIODE D'ADMISSION

TABLEAU I : Répartition des éclampsiques selon les saisons

LES SAISONS	EFFECTIFS	FREQUENCES
Saison pluvieuse	31	47,69%
Saison froide	18	27,69%
Saison chaude	16	24,61%
TOTAL	65	100%

NB

Saison pluvieuse correspond aux mois de Juillet , Août , Septembre et Octobre,

Saison froide correspond aux mois de Novembre, Décembre, Janvier et Février.

Saison chaude correspond aux mois de Mars, Avril, Mai et Juin.

3. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

3.1. L'âge

TABLEAU.II : Répartition des éclamptiques selon l'âge

AGES	EFFECTIFS	FREQUENCES (%)
< à 15 ans	2	3,1 %
De 15 à 19 ans	33	50,8 %
De 20 à 24 ans	17	26,1 %
De 25 à 29 ans	4	6,1 %
De 30 à 34 ans	1	1,5%
De 35 à 39 ans	6	9,2 %
Plus de 39 ans	2	3,1 %
TOTAL	65	100 %

L'âge des éclamptiques de notre étude varie de 14 à 44 ans .La moyenne est de 21 ans.

3.2. L'ethnie

TABLEAU III : Répartition des éclamptiques selon l'ethnie

LES ETHNIES	EFFECTIFS	FREQUENCES (%)
Bamanan	27	41,5 %
Peulh	11	16,9 %
Sarakolé	7	10,8 %
Malinké	7	10,8 %
Senoufo	4	6,2 %
Dogon	3	4,6 %
Sonraï	3	4,6 %
Kassonké	1	1,5 %
Mossi	1	1,5 %
Chérif	1	1,5 %
TOTAL	65	100 %

3.3. La gestité

TABLEAU IV: Répartition des éclamptiques selon la gestité

GESTITE	EFFECTIFS	FREQUENCE
Primigestes	32	49,2%
Paucigestes	24	37%
Multigestes	4	5,85%
Grandes multigestes	5	7,7%
TOTAL	65	100%

NB

Primigestes ont un nombre de grossesses égal à 1

Paucigestes ont un nombre de grossesses de 2 à 4.

Multigestes ont un nombre de grossesses de 5 à 7

Grandes multigestes ont un nombre de grossesses supérieur à 7.

3.4. La parité

TABLEAU V : Répartition des éclamptiques selon la parité

PARITE	EFFECTIFS	FREQUENCES
Nullipares	27	41,5%
Primipares	23	35,4%
Paucipares	10	15,6%
Multipares	3	4,6%
Grandes multipares	2	3,1%
TOTAL	65	100%

NB

Nullipares n'ont jamais accouché

Primipares ont accouché une fois

Paucipares sont celles qui ont accouché de 2 à 4 fois

Multipares sont celles qui ont accouché de 5 à 7 fois

Grandes multipares sont celles qui font plus de 7 accouchements

3.5. La profession

TABLEAU VI : Répartition des éclamptiques selon la profession

PROFESSION	EFFECTIFS	FREQUENCES (%)
Ménagère	39	60 %
Fonctionnaire	2	3,1 %
Elève ou étudiant	4	3,07%
Autres	20	30,76%
TOTAL	65	100%

Autres =

- employées de maison (13).
- vendeuses (4)
- mendiante (2)
- teinturière (1)

3.6. Le niveau d'instruction

TABLEAU VII : Répartition des éclampsiques selon le niveau d'instruction

NIVEAU D'INSTRUCTION	EFFECTIFS	FREQUENCES (%)
Analphabètes	46	70,8%
Primaire	13	20%
Secondaire	5	7,7%
Supérieur	1	1,5%
TOTAL	65	100%

Nous entendons par analphabètes celles qui n'ont fréquenté aucune école (moderne ou islamique)

3-7- La situation matrimoniale

Dans notre étude la crise d'éclampsie est survenue plus fréquemment chez les femmes mariées (39 / 65) soit 60% des cas que chez les femmes célibataires (26 / 65) soit 40% ;

3.8. La provenance

TABLEAU VIII : Répartition des éclampsiques selon la provenance

LA PROVENANCE	EFFECTIFS	FREQUENCES (%)
Maternité	21	32,3%
Domicile	20	30,8%
CESCOM	15	23,1%
P.M.I.	8	12,3%
Hôpital	1	1,5%
TOTAL	65	100%

Les malades évacuées de leur domicile se composaient de :11 éclampsiques du perpartum, 6 du post-partum et 3 de l'antépartum.

3.9. L'agent ayant procédé à l'évacuation

TABLEAU IX : Répartitions des éclamptiques selon l'agent ayant procédé à l'évacuation

L'AGENT AYANT PROCEDE A L'EVACUATION	EFFECTIFS	FREQUENCES (%)
Sages-femmes	26	40%
Parents	19	29,2%
Médecins	12	18,46%
Infirmiers	7	10,7%
Inconnu	1	1,53%
TOTAL	65	100%

4. ES ANTECEDENTS

4.1. Les antécédents familiaux

De notre étude il ressort que 12 éclamptiques soit 18,46% avaient un antécédent d'hypertension artérielle dans la famille.

La cardiopathie a été retrouvée dans (5 cas / 65) soit 7,3% des cas.

4.2. Les antécédents personnels

Dans notre étude 40% (26 / 65) des éclamptiques avaient un antécédent de paludisme, 18,46% (12 / 65) avaient un antécédent d'obésité, 6,15% (4 / 65) avaient un antécédent d'hypertension artérielle et 3,07% (2 / 65) avaient un antécédent de cardiopathie.

5. L'ETUDE CLINIQUE

5.1. L'âge gestationnel des éclamptiques

Dans notre étude la crise d'éclampsie est survenue entre 31 et 43 semaines d'aménorrhée avec un âge gestationnel moyen de 37 semaines d'aménorrhée.

5.2. Les consultations prénatales

Cinquante six virgule neuf pour-cent (37 / 65) des éclamptiques n'avaient fait aucune consultation prénatale tandis que 29,23% (19 / 65) en avaient fait plus de quatre.

Le nombre moyen de consultations prénatales était de 2,18

Les consultations prénatales ont été effectuées dans 26,15% des cas (17 / 65) par une sage-femme

par une infirmière dans 7,69% (5 / 65) ,

par un gynéco-obstétricien dans 6,15% des cas (4 / 65)

et enfin par une matrone dans 3,07% des cas (2 / 65)

5.3. L'état général

Dans notre étude 84,4% des éclamptiques avaient un état général conservé. Les troubles de la conscience étaient constants allant de la simple obnubilation au coma profond (stade 3).

5.4. La température des éclamptiques

Une hyperthermie a été retrouvée chez toutes les éclamptiques avec une température moyenne de 37,69°C.

5.5. Le poids des éclamptiques

Le poids des éclamptiques dans notre étude variait de 46 à 110 Kg avec une moyenne de 70,09 Kg.

5.6. La tension artérielle

Les tensions artérielles maximales variaient entre 140 et 220 mm Hg avec une moyenne de 177,38 mm Hg.

Les tensions artérielles minimales variaient entre 90 et 150 mmHg avec une moyenne de 114 mm Hg.

5.7. Recherche des oedèmes

TABLEAU X : Répartition des éclamptiques selon la présence des oedèmes

OEDEMES	EFFECTIFS	FREQUENCES
Présents	52	80%
Absents	6	9.23%
Non précise	7	10.76%
TOTAL	65	100%

5.8. Le moment de survenue de la crise

TABLEAU XI: Répartition des éclamptiques selon le moment de survenue de la crise

MOMENT DE SURVENUE DE LA CRISE	EFFECTIFS	FREQUENCES(%)
Antépartum	8	12,3%
Perpartum	41	63,1%
Post-partum	16	24,6
TOTAL	65	100%

Dans les cas d'éclampsie du post-partum, le temps passé entre l'accouchement et la survenue de la crise d'éclampsie variait d'une heure à 10 jours.

6. EXAMENS PARACLINIQUES

6.1. Protéinurie (albumine)

Elle a pu être recherchée chez 21 éclamptiques. Dans tous ces cas elle a été retrouvée (21 sur 65) 32,30%.

6.2. Le fond d'oeil

Il n'a pu être effectué que chez 15 éclamptiques et dans 14 cas il était normal soit 93,3%. Dans un cas le fond d'oeil était anormal et coté stade II.

7. LE MODE D'ACCOUCHEMENT

TABLEAU XII : Répartition selon le mode d'accouchement

MODE D'ACCOUCHEMENT	EFFECTIFS	FREQUENCES (%)
Césarienne	42	64,618%
Voie basse	23	35,35%
TOTAL	65	100%

8. LE TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

Les traitements étaient :

Anti-hypertenseurs	:52 éclamptiques	(80%)
Tranquillisants :	52 éclamptiques	(80%)
Diurétiques :	24 éclamptiques	(36,92%)
Oxygenateurs cérébraux :		19 (29,23%)
Antibiotiques :		15 (23,07%)
Anti-inflammatoires :	11 éclamptiques	(16,92%)
Aucun traitement médicamenteux :	8 éclamptiques	(12,30%)

NB :Ces médicaments étaient administrés soit en monothérapie, soit en association

9. EVOLUTION ET COMPLICATIONS

TABLEAU XIII: Répartition des éclamptiques selon l'évolution et les complications de la maladie

DEVENIR	EFFECTIFS	FREQUENCES (%)
Guérison	55	84,6%
Décès	10	15,4%
TOTAL	65	100%

Les complications sont survenues chez 33,84% (22 / 65) des éclamptiques :

Obnubilation post-critique 24,61% (16 / 65)

Psychose puerpérale 4,61% (3 / 65)

Anurie 3,07% (2 / 65)

Embolie pulmonaire 1,53% (1 / 65)

10. LE NOUVEAU - NE

10.1. Poids de nouveau né

Le poids des nouveaux nés des éclamptiques dans notre étude variait de 1000 g à 3400 g .

10.2. Le sexe

TABLEAU XIV : Répartition des nouveau-nés selon le sexe

SEXE	EFFECTIFS	FREQUENCES
Masculin	37	54,41%
Féminin	31	45,58%
TOTAL	68	100%

10.3. Score d'Apgar

TABLEAU XV : Répartition des nouveaux nés selon l'Apgar

POINTS D'APGAR	EFFECTIFS	FREQUENCES
0	16	24,6%
< ou = 7	10	14,70%
> 7	42	64,22%
TOTAL	68	100%

10.4. Etat du nouveau né à la naissance

TABLEAU XVI.: Répartition des nouveau-nés selon l'état à la naissance

Etat à la naissance	EFFECTIFS	FREQUENCES
Hypotrophiques	34	50%
Prématurés	19	27,94%
Eutrophiques	15	22,05%
TOTAL	68	100%

NB :

Parmi ces nouveau-nés , 33,8% ont été réanimés

11. LA CONSULTATION POSTNATALE

TABLEAU XVII : Fréquentation des consultations postnatales

CONSULTATIONS POSTNATALES	EFFECTIFS	FREQUENCES
Consultation non faite	59	90,8%
Consultation faite	6	9,2%
TOTAL	65	100%

DISCUSSIONS ET COMMENTAIRES

1. Choix de l'Hôpital Gabriel Touré comme lieu de l'étude :

Nous avons choisi l'HGT comme lieu de notre étude à cause de sa situation géographique en plein centre du district de Bamako.

Ceci lui vaut une certaine facilité d'accès et par conséquent de recevoir le maximum d'éclampsiques.

C'est dans cet hôpital que la grande majorité des femmes du centre ville accouchent et d'autre part les éclampsiques des autres centres y sont généralement référées, donc c'est là où nous pouvions enregistrer le plus grand nombre de cas de crise d'éclampsie.

2. FREQUENCE

De novembre 1992 à octobre 1993 nous avons observé 65 cas de crise d'éclampsie (à rapporter à 5725 accouchements) soit une fréquence de 1,13 p. cent. Cette fréquence est supérieure à celle rapportée par d'autres auteurs selon lesquels elle varie entre 0,05 et 0,25 p. cent des accouchements [31,21, 33]

La fréquence de l'éclampsie dans le milieu zaïrois est de 0,24 p. cent selon une étude menée par Onyangunga et collaborateurs en 1982 au Zaïre. [31]

Au Pakistan, Parapak Khan rapporte une fréquence de 0,2 p. cent.[33]

Par ailleurs, Faye A., et collaborateurs lors d'une étude au CHU de Libreville de 1985 à 1989 trouvaient une fréquence de 0,12 p. cent.[18]

- Selon une étude menée à la clinique gynéco-obstétricale du CHU d'Amiens de 1965 à 1978 la fréquence de l'éclampsie était de 0,15%. [7]

Adama Guédiouma Sangaré dans une étude menée dans les hôpitaux Gabriel Touré et du Point G ; et 5 autres centres de santé en 1985 avait trouvé une fréquence de 1,09%. [34]

En 1969, CH. Berger rapportait au cour d'une étude concernant le traitement médical et chirurgical de l'éclampsie grave 15 cas hospitalisés au CHR de Tours en 5 ans. [3]

De 1973 à 1978 Binet.C., lors d'une étude portant sur l'éclampsie et la réanimation, observa 15 éclampsiques dans le service de réanimation médicale. [6]

Les 65 cas de crise d'éclampsie de notre étude se subdivisent en :

- 41 cas sur 65 durant le travail d'accouchement soit 63,1%.
- Dans le post partum 24,6% (16 / 65) des cas.
- Durant la grossesse 12,30% (8 / 65) des crises d'éclampsie.

Aux cliniques Universitaires du Mont Amba (Zaïre) l'éclampsie a été observée dans 42,8 p. cent en antépartum et 21,5 p. cent des cas en perpartum et 35,7 p. cent dans post-partum immédiat.[31]

Alors qu' au CHU d'Amiens en 1979 eux trouvaient 92,85% (26 / 28) des cas durant la grossesse et le travail ; et 0,14% (2 / 28) des cas dans le post-partum. [7]

Dans la série du CHU de Libreville on relève :32,07 p. cent de crise d'éclampsie avant l'accouchement, 33,96 p. cent des cas en cours de travail et 33,96 p. cent dans le post-partum. [18]

Nos résultats corroborent ces différentes observations.

3. LES CIRCONSTANCES FAVORISANTES

On dit que l'éclampsie survient en général chez les primipares, notre étude le confirme bien avec 76,9 p. cent (50 /65) des cas.

La parité est un facteur de risque de la crise d'éclampsie. Ce sont surtout les primipares qui sont les plus concernées. [12]

Adama dans sa thèse en 1985 à Bamako avait trouvé 63,73% de primipares. [34]

Binet C. en 1979 trouvait 73% de primipares.[6]

Les circonstances favorisantes classiquement connues comme la primiparité, l'âge jeune de la patiente, les saisons froides [6, 9, 21, 33, 35, 39, 46] ont été également retrouvée dans notre étude.

4. LES CONSULTATIONS PRENATALES

On constate une mauvaise fréquentation des consultations prénatales.

En effet , il ressort de notre étude que plus de la moitié des éclamptiques 56.92% (37 / 65) n'avaient pas fait de consultation prénatale.

Par contre dans la série des Cliniques Universitaires du Zaïre 17,8% n'ont bénéficié de soins prénatals.[31]

Ceci est inquiétant quand on sait que la prévention de l'éclampsie passe par le diagnostic et la prise en charge correcte de l'HTA au cours de la grossesse.Celle qui ont consulté, ont été prise en charge pour la plupart par des sages-femmes 26.15% (17 / 65) des cas.

L'éclampsie est l'une des nombreuses complications de la pré éclampsie décelable par une bonne consultation prénatale.

Toute action tendant donc à diminuer l'incidence de l'éclampsie doit tendre à amener les femmes enceintes à consulter régulièrement une sage-femme bien formée en conséquence.

Mais certains auteurs ne retiennent pas l'influence bénéfique des consultations prénatales.[31, 35] .

5. EXAMEN CLINIQUE

Il aurait été intéressant de connaître la prise de poids pendant la grossesse chez les éclamptiques mais malheureusement elles ne connaissaient pas leurs poids antérieurs.

Donc nous ne pouvons rien dire de l'influence du poids étant donné que nous ne connaissions pas les poids des éclamptiques avant la grossesse.

Il faut noter que le signe clinique le plus constant dans notre étude a été l'hypertension artérielle qui a été retrouvée chez toutes les éclamptiques.

6. EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Les difficultés de laboratoire et le manque de moyen financier ne nous ont pas permis d'avoir les résultats de tous les examens complémentaires classiquement demandés chez une éclamptique.

Avaient été demandés : NFS, ionogramme sanguin, urée sanguine, créatinémie, azotémie, l'uricémie, l'albuminurie.

7. PRONOSTIC

Dans notre étude la césarienne a été pratiquée dans 64,61% (42 / 65) des cas.

L'eutocie était observée dans 23 cas soit 35,35%.

Par contre aux Cliniques Universitaires du Mont Amba au Zaïre la césarienne était indiquée dans 36% des cas et l'eutocie observée dans 64%. [31]

La césarienne reste le moyen le plus rapide et aussi l'un des plus efficaces pour traiter la crise d'éclampsie.[31]

Binet C. dans une étude menée à Tours en 1979 trouvait 33,33% comme taux de césarienne.[7]

Ces différents résultats sont donc à mettre en parallèle en ce qui concerne la décision de la césarienne.

Si classiquement, l'expulsion du fœtus et de ses annexes entraîne la sédation des phénomènes éclamptiques, il est à signaler que de nouvelles crises se sont produites dans 6 cas après cette évacuation 9,23%. Nous avons constaté que certaines crises étaient survenues dans un délai allant d'une heure de temps à 10 jours.

Par contre Binet C. en 1979 à Tours affirmait dans une étude que les crises convulsives ne se sont jamais reproduites au delà la 24 ième heure après traitement. [7]

Peut être que tranquilisés par cette évacuation , nous avons un peu trop rapidement diminué la thérapeutique ou encore la prise en charge n'était pas correcte par manque de moyen.

Le tribut à payer à l'éclampsie est assez lourd . 15,4% de décès maternel, 33,82% de complications maternelles, 24,6% de mort foetale, 27,94% de prématurité avec tout ce que cela implique.

Dans une étude au Zaïre le taux de prématurité a été de l'ordre 31% et celui de la mortalité foetale était de 10,7%. [31]

Par ailleurs a Libreville le taux de mortalité foetale a été de 13,2%. [18]

Ce prix lourd justifie qu'un accent particulier soit mis plutôt sur la prévention de l'éclampsie qui passe par le dépistage et la prise en charge de la pré éclampsie.

Sangaré Adama dans son étude en 1985 à Bamako enregistre 11 décès sur les 62 cas d'éclampsie soit 17,74%. [34] Onyangunga O.A et collaborateurs n'ont pas eu de décès maternel lié à l'éclampsie. [31]

Lopez-Liera trouva au cours d'une étude en 1979 13% de décès maternel. [24]

Syoum Guenet dans sa thèse 1984 au Gabon enregistre 85% de décès maternel. [37]

Traoré Bakary trouva dans son étude en 1988 à Bamako 12,12% de décès maternel. [40]

La mortalité maternelle liée à l'éclampsie est de 9% à Dakar selon l'étude de Berthé en 1982 . [5]

En 1979 à Tours Binet C. trouva 5% de décès maternel. [7]

Le taux de mortalité maternelle de notre étude est parmi les plus élevés de par le monde.

Sangaré Adama retrouvait en 1985 à Bamako un taux de mortalité foetale de 17,74%. [34]

Binet C. affirme que la mortalité foetale est de 39% si la crise survenait avant 8 mois et de 8% au delà de 8 mois. [7]

Cette mortalité est élevée . Ceci peut s'expliquer par notre proportion moindre d'éclampsie du post-partum (24,6%).

CONCLUSION

Ce travail nous a donné l'occasion d'analyser 65 cas d'éclampsie soit 1,13p.cent des accouchements à l'HGT (durant la même période) et de nous pencher sur les conséquences maternelles et foetales de cette affection.

Dans les pays développés l'amélioration des conditions de vie et l'intensification des structures sanitaires ont permis une régression progressive de l'éclampsie.

Cependant en Afrique elle demeure un problème de santé publique et l'affection demeure hautement mortelle.

Dans notre étude nous avons constaté que :

l'incidence de l'éclampsie est très élevée chez les sujets jeunes sans distinction d'ethnie avec la prédominance chez les primigestes, surtout analphabètes.

Le mariage précoce expose les filles à des risques de grossesse au bas âge.

Mariage et grossesse précoces sont de règle dans bien des pays, ce qui prélude souvent à une fécondité élevée, ayant pour corollaire une forte mortalité maternelle.

L'influence des saisons fraîche et pluvieuse sur la survenue de la crise.

La corrélation entre la période de survenue de la crise (l'éclampsie survient le plus souvent au cours du travail d'accouchement) par rapport à l'âge de la grossesse :plus la crise survient tôt , plus le pronostic maternel et foetal sont mauvais.

Les femmes négligent les consultations prénatales

Dans les pays en voie de développement , l'insuffisance des infrastructures sanitaires de qualité et le retard dans la prise en charge.

Le manque de personnel qualifié, l'ignorance et la négligence font que l'éclampsie atteigne une telle incidence.

La mauvaise fréquentation des consultations prénatales qui quel que fois n'étaient pas de bonne qualité.

La guérison possible après prise en charge correcte.

FICHE D'ENQUETE

I IDENTIFICATION DE LA PATIENTE

Nom :
Prenom :
Age :
Lieu de residence :
Ethnie :
Situation matrimoniale :
Profession de la femme :
Lieu et agent d'évacuation :
Diagnostic d'évacuation :
Heure d'évacuation :
Medication éventuelle :

II ANTECEDENTS

A- Familiaux

- HTA
- Notion de crise convulsive
- Cardiopathie
- Diabète
- Autres

B- Personnels

1- médicaux

- HTA
- Paludisme
- Obésité
- Crises convulsives antérieurs
- Infection urinaire

2- chirurgicaux

- Indication
- Nature
- Lieu
- Date

3- gynéco-obstétriques

- DDR
- Cycle menstruel
- Gestité
- Parité
- Avortement
- Atcd de crise convulsive après l'accouchement

III EXAMEN CLINIQUE A L'ADMISSION

A- Interrogatoire

- Histoire de la grossesse et de l'accouchement
- Age gestationnel
- Consultation prénatale

B- Examen medical

- TA
- Oedèmes
- Poids
- Conjunctives
- Etat général
- Température

C- Examen obstétrical

- Toucher vaginal
- Hauteur utérine
- BDC

D- Examens complementaires

- Protéinurie
- Uricémie
- Créatinémie
- Azotémie
- Fond d'oeil
- NFS
- Ionogramme sanguin

IV DIAGNOSTIC RETENU

V CAT

- A- Medicale
- B- Obstétricale

VI EVOLUTION

- TA
- Etat de la femme
- Diurèse
- Frequence des crise
- Durée des crises

VII CARACTERISTIQUES DU NOUVEAU-NE

- Apgar
- Hypotrophie
- Poids
- Taille
- Sexe
- Prématuré
- Vivant
- Mort foetale
- Réanimé ou pas

VIII SUITES DE COUHE

Consultation

postnatale

RECOMMANDATIONS

A la lumière de notre étude nous avons fait quelques recommandations :

- 1 - Doter les centres de santé d'appareil à tension afin de détecter le plus tôt possible les hypertensions artérielles et de prévenir leurs complications.
- 2 - Recherche systématique de l'albuminurie au cours de la consultation prénatale.
- 3 - Poursuivre et intensifier la formation et le recyclage du personnel socio-sanitaire sur la conduite à tenir devant l'hypertension artérielle gravidique.
- 4 - Promouvoir la consultation prénatale par une politique médico-sociale adaptée à nos populations qui doit être menée et intensifiée aussi bien dans le sens d'une information que d'une éducation sanitaire afin d'assurer la prise en charge de toutes les grossesses.
- 5 - Répartition équilibrée des centres médico-chirurgicaux à travers le pays.
- 4 - Renforcer la scolarisation et l'éducation des filles (les futures mères).

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - **Beaufils M.** << Hypertension gravidique >> Encyclopédie médico-chir, Rein, 18064 E10, 1984
- 2 - **Beaufils M.**, « Rein et grossesse » in Gabriel Richet (Néphrologie) / Ellipse / AUPELF 1988
- 3 - **Berger Ch., Soutoul J.H.**- Le traitement médical obstétrical et chirurgical de l'éclampsie grave à la lumière de 15 observations récentes . Rev. Med. Tours, 1969, 3, 35.
- 4 - **Berger Ch.**- Pronostic maternel et foetal dans l'éclampsie. Applications thérapeutiques à propos de 13 observations. Thèse de Médecine, Tours, 1968, n° 16
- 5 - **Berthé (M.A.)** - Contribution à l'étude des accidents paroxystiques des syndromes vasculo-renaux au cours de la gravido-puerpéralité à Dakar. Thèse Med . Dakar 1982,n°14.
- 6 - **Binet C., Choutet., Berger Ch, Lamisse F., Ginies G., Perrotin D., Boscq G., Soutoul J.H.**-Eclampsie et réanimation. A propos de 15 cas. Rev. franç. Gynec., 1979, 74, 6, 385-394.
- 7 - **Binet C** -Réanimation et éclampsie. A propos de 15 cas hospitalisés dans le service de réanimation médicale .Thèse de Médecine , Tours, 1979.
- 8 - **Bohousou M. Palis R. Koné N. Sangaret M.** Reflexions sur l'éclampsie : Etudes Médicales Septembre 1974 n° 3 p. 167-173.
- 9 - **Caffrey K.T** - Eclampsie in Kadura 1968 - 1971. WAMJ, 1975, 23, 62- 64.
- 10 - **Cornu (P.), Moun (P.), Teshar (M.) et coll.** Etude clinique et thérapeutique de 14 cas d'éclampsie au centre de réanimation. Sem. Hôp. Paris 1973. 49, 1409
- 11 - **Cornu (P.)** - Actualité de l'éclampsie - Entretien de Brichat. 1973.Paris Expans. Sc. Fr : 243-248.
- 12 - **Correa (P.)** - L'éclampsie à la maternité africaine de Dakar: (à propos de 54 cas : Bull. Med. A.O.F. 1957,1 : 88 - 91).
- 13 - **Correa P., Bahm D., Berthe M.A. et coll.** - L'hypertension au cours de la gravido-puerpéralité chez l'africaine. Afr. med., 1981, 20, 471- 480

- 14 - **Darbois Y.** Grossesses à risques. Revue du Praticien. Paris 11 Février 1987.
- 15 - **Debru J.L., Guignier M., Pircher C., Berthet F ; Muller J.M.** - Expérience de la réanimation des éclampsies graves : à propos de 20 observations. IX ième journée de réanimation medico-chirurgicale (Nancy, 1976), vol 1, p. 147. Paris, SPEI , 1976.
- 16 - **Diarra S., Coulibaly K., gnebel R. et coll.** - Toxémie gravidique. A propos de 232 cas à la maternité de Treichville. Méd. Afr. Noire, 1980, 27, 876 - 882.
- 17 - **Fabrice - Pierre ; Dr T Couzon**, département de gynéco-obstétrique et de la reproduction service du Pr Soutoul CHU de Tours, maternité du Beffroi. 3700 Tours. Impact internat 1990.
- 18 - **Faye A. , Picau A., Ogowet - Igunu N, Nlome-Nze R.A., Nicola Ph.** - L'éclampsie au CHU de Libreville. 53 cas pour 41285 accouchements de 1985 à 1989. Rev. Frç. Gynéco-obstet., 1991. 86, 7- 9 , 503- 510.
- 19 - **Fournie (A.), Boneu (B.) et coll.** -Physiopathologie de la toxémie gravidique sévère et plus particulièrement de l'éclampsie in journée de réanimation médico-chirurgicale.Larsaut, Edt.Nancy 1976.
- 20 - **Gamère (M.), Laffargue (F.), Erny (R.)** - L'éclampsie conduite à tenir - Rev Franç. Gyne. 1976, 71, (4), 273.
- 21 - **Gedekoh, Hayashi T.T., Mc Donald H.M.** - Eclampsia at Magel-women Hospital 1970 to 1980. Am. J. Obstet. Gynecol., 140, 860 - 866.
- 22 - **Largan A. , Richon J. , Laprevotée - Heully M.C. , Lambert H. , Briquel B. .** Briquel F. - Accidents neurologiques centraux aigus au cours de de la gravidopuerpéralité. Place de l'éclampsie IX ième journée de réanimation medico-chirurgicale (Nancy, 1976), vol. 1, P. 213. Paris, SPEI, 1976
- 23 - **Le Cannelier (R.) et coll.** - Association d'éclampsie et HRP - Bull. Fed. Soc. Gynéc.Obstet. Franç. 1963. 15 159 - 163
- 24 - **Lopez-Llera M. , Linares R.G. , Horta J.L.H.** - Maternal mortality rates in eclampsia. Amer. J. obstet. Gynec. . 1976. 124, 149.
- 25 - **Merger R. Levy J. Melchior J.** Précis d'obstetrique 5 ième édition Masson 1979 p 414 - 438
- 26 - **Nicolas (F.), Despars (PH.), Baron (D.)** - Réanimation des éclampsies graves - Anesth. Analg. Réarim . 1975 30 271 - 285.
- 27 - **N. Le Thai, G. Lefèbvre, V. Stella, D. Vauthier, D.Sfoggia, Goulon,**

Y. Darbois. Service de gyneco et obst (Pr Y. Darbois), CHU Pitié-Salpêtrière

- 28 - Nouveau manuel d'obstétrique par **B. Seguy, J. Chavinie ; B. Michelon.**
Tome 2.
- 29 - **Revue du Gynécologue-obstétricien** n° 3 ;vol 1 ;Novembre 1989
- 30 - **Rouchy R. , Cardi S.** - L'éclampsie puerpérale. A propos de 86 observations.
Rev. franç. Gynéc. , 1974, 69, 151 - 160.
- 31 - **Onyangunga O.A., Kamba B., Mputu L.** - Etude épidémiologique de l'éclampsie aux Cliniques Universitaires du Mont Amba (zaïre). A propos de 28 observations de 1981 à 1982. Rev. fr. Gynéco. Obstét., 1986, 81, 2, 95 - 98. .
- 32 - **Pontannier (G.), Fournier (A.) et Lagorge (J.C.).** Les syndromes vasculo-rénaux de la grossesse - EMC. Paris obst. 1 - 1972, 5036.
- 33 - **Porapakkhan S.** - An epidemiologic study of eclampsia. Obstet. Gynecol., 1979, 54, 26- 30.
- 34 - **Sangaré Adama Guédiouma 1985 :** La toxémie gravidique et éclampsie à Bamako. These de médecine.
- 35 - **Sibai B.M., Mc Cubbin J.H., Anderson G.D. et coll.** - Eclampsie I. Observations from 67 récent cases. Obstet. Gynecol., 1981, 58, 609 - 613.
- 36 - **Soutoul (J. H.), Berger (CH) et Jacob (CH).** Le pronostic maternel et foetal dans l'éclampsie. Etude statistique et incidence thérapeutique à propos de 16 observations. Rev. Franç. Gyn. Obst 1969, 64. (3) : 83 - 90.
- 37 - **Syoum Guenet** - Etude de 35 cas d'éclampsies. Thèse Méd. Libreville (Gabon). 1984.
- 38 - **Thoulon (J.M.), Gaja (R.).** L'éclampsie : Aspect actuel et traitement - Cah Med. Lyonnais. 1972, 48 : 997 - 1004
- 39 - **Traité d'obstétrique, Tome III. Pathologie medico-chirurgicale de la grossesse.** Roger Vokaer avec coll de J. Barrat, H. Bossart, D. Rewin, R. Renaud. Masson Paris. Milan, Barcelone Mexico 1988.
- 40 - **Traoré Bakary Nanko.** - Contribution à l'étude de la toxemie gravidique dans le service de gynéco-obstétrique de l'HGT de Noy 1988 à Oct. 1989. Thèse de médecine à Bamako 1989 n° 9
- 41 - **Virenque (CH)** - Traitement de la crise eclamptique - Anale d'anesthésiologie française 1976 17 (5) : 1-5
- 42 - **Vokaer A. Vokaer R.** - Traite d'Obstétrique. tome I Paris. Masson 1982

- 43 - **Wolf (F.) , Dellenbach (P.) et coll.** Etude de 60 cas de pre-éclampsie sévère et d'éclampsie observée. Appointement diagnostic et thérapeutique. Bull. Fed. Soc. N. Gyn. Obst. Franç., 1970, 22 : 552 -554.
- 44 - **Yopobi (Y.), Coffi (S.), N'Dri (D.) et Bondmaed (A.).** Les éclampsies graves en réanimation. Apropos de 56 cas observés au CHU de Cotonou en 1978 à 1980 ; - Rev. Med. de Cl. . 1984. 67 : 27 - 30.
- 45 - **Yovo D.** Contribution à l'étude des évacuation sanitaires d'origine obstétricale. Thèse Medecine Cotonou 1985 n° 224.
- 46 - **Zuspan F.P.** - Problems encountered in the treatment of prregnancy induced hypertension. Am. J. Obster. Gynecol. . 1978. 131 : 591 - 597

FICHE DE RENSEIGNEMENT

NOM : Mme DEMBELE

PRENOM : FANTA NIARE

TITRE DE LA THESE :

*** ASPECT CLINIQUE DE LA CRISE D'ECLAMPSIE A PROPOS DE 65 CAS A L'HOPITAL NATIONAL GABRIEL TOURE.**

ANNEE : 1992 - 1993

VILLE DE SOUTENANCE : BAMAKO

PAYS D'ORIGINE : MALI

LIEU DE DE DEPOT : BIBLIOTHEQUE ECOLE NATIONAL DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

SECTEUR D'INTERET : Gynéco-obstétrique

RESUME :

La crise d'éclampsie demeure toujours une affection grave et hautement mortelle aussi bien pour la mère que pour l'enfant.

Au cours de notre étude qui s'étendait sur une année nous avons enregistré 65 cas de crise d'éclampsie parmi lesquels 10 décès maternels et 16 morts fœtales.

Les circonstances favorisantes comme la primiparité, l'âge jeune de la patiente, saison froide... furent retrouvées.

MOTS CLES :

- CRISES
- ECLAMPSIE
- HYPERTENSION ARTERIELLE
- CESARIENNE
- CONSULTATION PRENATALE
- CONSULTATION POST-NATALE

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraire.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui se passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre la loi de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.