



U.S.T.T.B



**Université des Sciences des Techniques et des
Technologies de Bamako**
FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
FMOS

Année universitaire : 2022- 2023

Mémoire N°....

MEMOIRE

**Rétinopathie hypertensive sur
grossesse : Aspects épidémio-clinique au
CHU IOTA à Bamako**

Présenté et soutenu publiquement le 14/ 12./2023 devant la

Faculté de Médecine et d'odontostomatologie par

Mme. Sirandou SISSOKO

Pour l'obtention du diplôme d'étude spécialisée en ophtalmologie

Président : Pr TOGO Adegné

Membre : Pr Sylla Fatoumata

Pr Guirou Nouhoum

Dr Gounon SAYE

Directeur : Pr GUINDO Adama Issiaka

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

A **ALLAH** le Tout Miséricordieux pour toutes Ses grâces innombrables en ma modeste personne. ALHAMDOULILLAH du début à la fin de cette étude.

A **maman chérie Diariatou Cissé** pour son amour inconditionnel et son soutien indéfectible. Qu'Allah t'accorde une longue vie pleine de santé à nos coté.

A papa **Maciré SISSOKO** merci pour tout.

A **ma sœur Nafissatou Sissoko et à mon frère Mamoutou Sissoko** merci pour votre soutien moral et financier.

A mon époux **Dr Kalifa Diarra** et à mes **garçons chéris Mamadou et Makan K Diarra** merci pour la patience et les encouragements.

A tous mes maitres et encadreurs et spécialement à **Pr GUINDO A, Pr SYLLA F, Pr NAPO A, Pr GUIROU N, Dr GOUNON S et Dr SISSOKO M** merci infiniment pour le temps consentis à notre formation pratique et théorique ainsi qu'à l'élaboration de ce travail puisse Allah vous accordez honneur et succès dans votre carrière.

Aux membres du jury d'avoir accepté de juger ce travail

A **Dr Gakou Kalilou** plus qu'un cadet un membre de ma famille merci pour tout l'effort consentis du début à la fin de ce travail, ce document est le nôtre.

A tous mes camarades de promotion pour toutes ces belles années ensemble.

A toutes les promotions DES, ISO, Optométrie du CHU IOTA pour le partage de connaissance et le travail d'équipe.

A tous le personnel du CHU IOTA

A tous ceux qui ont aidés de près ou de loin à l'élaboration de ce mémoire

SIGLES ET ABREVIATIONS

| | | |
|-------------|---|--|
| ATCD | : | Antécédents |
| AVL | : | Acuité visuelle de loin |
| BAV | : | Baisse d'acuité visuelle |
| CHU | : | Centre hospitalier universitaire |
| DES | : | Diplôme d'étude spécialisée |
| DSR | : | Décollement séreux rétinien |
| DR | : | Décollement de rétine |
| E | : | Eclampsie |
| FO | : | Fond d'œil |
| HIV | : | Hémorragie intra vitréenne |
| HTA | : | Hypertension artérielle |
| IOTA | : | Institut d'Ophtalmologie Tropicale d'Afrique |
| KPS | | Kératite Ponctuée Superficielle |
| OD | : | Œil droit |
| OG | : | Œil gauche |
| ODG | : | Œil droit et gauche |
| OMS | : | Organisation Mondiale de la Santé |
| PAD | : | Pression artérielle diastolique |
| PAS | : | Pression artérielle systolique |
| PES | : | Pré-éclampsie sévère |
| PIO | : | Pression intra oculaire |
| SA | : | Segment antérieur |
| RH | : | Rétinopathie hypertensive |

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|----|
| REMERCIEMENTS..... | I |
| SIGLES ET ABREVIATIONS..... | II |
| LISTE DES TABLEAUX..... | V |
| LISTE DES FIGURES | VI |
| I- INTRODUCTION | 1 |
| II- OBJECTIFS | 3 |
| III- METHODOLOGIE | 4 |
| 1- Lieu et cadre d'étude | 4 |
| 2- Type d'étude :..... | 4 |
| 3- Période d'étude :..... | 4 |
| 4- Population d'étude :..... | 4 |
| 5- Echantillonnage :..... | 4 |
| a- Critères d'inclusion :..... | 4 |
| b- Critères de non inclusion :..... | 5 |
| 6- Méthode :..... | 5 |
| a- Examen initial : | 5 |
| b- Suivi : | 5 |
| c- Support de collecte :..... | 5 |
| d- Variables à étudier :..... | 6 |
| e- Gestion des données :..... | 6 |
| 7- Définitions opérationnelles : | 6 |
| 8- Aspect éthique et déontologique | 9 |
| IV- RESULTATS..... | 10 |
| A- ANALYSE UNIVARIEE | 10 |
| ➤ Données sociodémographique | 10 |
| ➤ Données clinique et para clinique | 13 |
| B- ANALYSE BI VARIEE..... | 21 |
| ➤ Stade RH et antécédent obstétricale..... | 21 |
| ➤ Stade RH et tranche d'âge de la grossesse | 22 |
| ➤ Stade RH et diagnostic retenu au service de gynécologie | 23 |
| ➤ Stade RH et acuité visuelle | 24 |
| V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION | 25 |

| | | |
|----|---|----|
| 1- | Les Limites de l'étude | 25 |
| 2- | Fréquence | 25 |
| 3- | Caractéristiques sociodémographiques des patientes : | 25 |
| ➤ | Age | 25 |
| ➤ | Niveau d'étude | 27 |
| ➤ | Profession -..... | 27 |
| 4- | Données clinique et para clinique | 27 |
| ➤ | Antécédents | 27 |
| ➤ | Age gestationnel..... | 27 |
| ➤ | Acuité visuelle de loin sans correction : | 27 |
| ➤ | Examen du FO..... | 29 |
| ➤ | Classification de Kirkendall..... | 29 |
| ➤ | Complications de la rétinopathie hypertensive | 29 |
| ➤ | Relation entre le Stade de la rétinopathie hypertensive et le diagnostic retenu au service de gynécologie | 30 |
| | CONCLUSION | 31 |
| | RECOMMANDATIONS | 32 |
| | REFERENCES..... | 33 |
| | ANNEXES | 39 |

LISTE DES TABLEAUX

| | |
|---|----|
| Tableau I : Répartition des patientes selon le diagnostic Obstetrical..... | 14 |
| Tableau II: Répartition des patientes selon la tranche d'âge de la grossesse.... | 15 |
| Tableau III: Répartition des patientes selon les signes fonctionnels oculaires | 15 |
| Tableau IV: Répartition des patientes selon l'AV..... | 16 |
| Tableau V: Répartition des patientes selon l'examen du segment antérieure...17 | |
| Tableau VI : Répartition des yeux des patients selon les signes du fond d'œil. | 18 |
| Tableau VII: Répartition des patientes selon les signes associés au FO..... | 19 |
| Tableau VIII: Répartition des patientes selon le stade de la rétinopathie hypertensive. | 20 |
| Tableau IX: Répartition des patientes selon les complications oculaires. | 20 |
| Tableau X: Répartition des patientes en fonction du stade de la rétinopathie et l'antécédent obstétricale..... | 21 |
| Tableau XI : Répartition des patientes en fonction du stade de la rétinopathie et la tranche d'âge de la grossesse. | 22 |
| Tableau XII : Répartition des patientes en fonction du stade de la rétinopathie et le diagnostic retenu au service de gynécologie..... | 23 |
| Tableau XIII : Répartition des patientes en fonction du stade de la rétinopathie et de l'acuité visuelle..... | 24 |

LISTE DES FIGURES

| | |
|--|----|
| Figure 1: Répartition des patientes selon la tranche d'âge | 10 |
| Figure 2: Répartition des patientes selon la profession | 11 |
| Figure 3 : Répartition des patientes selon la provenance..... | 11 |
| Figure 4: Répartition des patientes selon le niveau d'étude. | 12 |

INTRODUCTION

I- INTRODUCTION

La rétinopathie hypertensive est une atteinte des vaisseaux de la rétine due à une hypertension artérielle [1]. Les troubles de la tension artérielle constituent 5 à 10% des complications au cours de la grossesse [2]. Selon l'OMS, les troubles de l'hypertension pendant la grossesse représentent 14% des décès maternels [2]. L'hypertension est dite induite par la grossesse (HPI) si on ne trouve d'autres causes d'hypertension artérielle après deux reprises au repos, (TA > 140/ 90 mm Hg) mesuré 2 fois avec au moins 6 heures d'intervalle. Elle survient après 20 semaines de grossesse [3, 4]. L'hypertension gestationnelle associée à une protéinurie importante est appelée pré-éclampsie (> 300 mg/24 h). La pré-éclampsie compliquée par des convulsions tonico-cloniques généralisées est appelée éclampsie [5].

La pré-éclampsie/éclampsie constitue un problème de santé publique car représente l'une des 3 premières causes de mortalité maternelle dans le monde [6, 7]. Sa prévalence est de 25% des femmes enceintes en Afrique subsaharienne [8] et 20,06% des femmes enceintes au Mali [9].

L'HTA gravidique va provoquer des lésions oculaires dans 30 à 40% des cas chez les pré-éclamptiques et dans 25 à 40% des cas chez les éclamptiques [10].

La toxémie sévère est la principale cause d'atteinte du système visuel complication assez fréquente et grave de la grossesse peut entraîner une défaillance multi viscérale [1, 5]. Le système visuel peut être affecté à différents niveaux dans la pré-éclampsie. Divers changements pathologiques sous-jacents de la rétine, du nerf optique et du cortex cérébral provoquent le développement de symptômes oculaires chez les patients [11]. Le changement pathologique oculaire le plus courant est la vasoconstriction des artérioles. Le décollement séreux de la rétine résultant de la vascularisation choroïdienne est une cause rare

de déficience visuelle dans la pré-éclampsie [12]. Les symptômes visuels peuvent inclure une photopsie, une hémianopsie, une difficulté à se concentrer, une vision floue, une acuité visuelle réduite ou une cécité totale dans les cas graves [13].

Une pression artérielle élevée avec des signes de rétinopathie hypertensive modérée est appelée « hypertension accélérée », tandis qu'une pression artérielle élevée avec des signes de rétinopathie hypertensive sévère, y compris un œdème de la papille optique, est appelée « hypertension maligne ». Il existe plusieurs systèmes de classement de la rétinopathie hypertensive qui ont été proposés pour classer sa gravité. Plusieurs classifications ont été attribuées à la rétinopathie hypertensive.

La classification de Keith et Wagener qui ne faisait pas la part entre les signes directement liés à l'élévation des chiffres tensionnels et ceux liés à l'artériosclérose, fut succédée par celle de Hogan et de Kirkendall.

La classification de Kirkendall est la plus simple et la plus utilisée :

- **Stade I** : Rétrécissement artériel sévère et disséminé.
- **Stade II** : En plus des modifications du stade I, présence d'hémorragies rétiniennes, d'exsudats secs et de nodules cotonneux.
- **Stade III** : En plus des modifications du stade II, présence d'un d'œdème papillaire [14].

Nos données viendront enrichir les statistiques déjà disponibles de la littérature. Le but de notre travail est d'étudier les atteintes oculaires en particuliers les aspects du fond d'œil chez les femmes atteintes de prééclampsie ou d'éclampsie référées au CHU IOTA afin de contribuer à leur meilleure prise en charge

OBJECTIFS

II- OBJECTIFS

1- Objectif général :

Etudier les aspects épidémio-cliniques des atteintes oculaires au cours de la pré-éclampsie et/ou de l'éclampsie au centre hospitalier universitaire de l'institut d'ophtalmologie tropicale d'Afrique (CHU IOTA).

2- Objectifs spécifiques :

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des patientes présentant une pré-éclampsie et/ou éclampsie au CHU IOTA;
- Décrire les signes cliniques des patientes présentant une pré-éclampsie et/ou éclampsie au CHU IOTA;
- Déterminer les stades de la classification de Kirkendall des patientes présentant une pré-éclampsie et/ou éclampsie au CHU IOTA.

METHODOLOGIE

III- METHODOLOGIE

1- Lieu et cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée au Centre Hospitalier Universitaire de l'Institut d'Ophthalmologie Tropicale d'Afrique (CHU-IOTA) qui est situé dans la commune III du district de Bamako et a servi de cadre à notre étude. Il a pour missions :

- Assurer les soins ophtalmologiques tertiaires ;
- Assurer la formation de spécialistes en ophtalmologie et en optométrie pour les pays de la région africaine ;
- Conduire des travaux de recherche dans les domaines de l'ophtalmologie et de la lutte contre la cécité sur le plan national et international ;
- Fournir à la demande des Etats de la région africaine et d'institutions nationales et internationales des expertises et des appuis techniques dans les domaines des soins ophtalmologiques, de la formation, de la recherche et de la lutte contre la cécité.

2- Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude prospective, descriptive et transversale.

3- Période d'étude :

L'étude s'est déroulée du 1^{er} Décembre 2022 au 31 Mai 2023, soit une période de 6 mois.

4- Population d'étude :

La population d'étude était constituée par les femmes admises dans un contexte de pré-éclampsie et/ou d'éclampsie diagnostiquées et/ou traitées au CHU IOTA.

5- Echantillonnage :

a- Critères d'inclusion :

Ont été incluses dans notre étude les patientes diagnostiquées ou traitées de pré-éclampsie/éclampsie présentant une RH reçu au service d'ophtalmologie et ayant

donné leur consentement libre et éclairé vu à moins d'un mois après le diagnostic de pré-éclampsie/éclampsie.

b- Critères de non inclusion :

N'ont pas été incluses, les patientes diagnostiquées ou traitées de pré-éclampsie/éclampsie ne présentant pas une RH ; et celles reçues 1 mois après le diagnostic de pré-éclampsie/éclampsie

Les patientes non consentantes.

6- Méthode :

a- Examen initial :

- Chaque femme présentant une pré-éclampsie/éclampsie qui nous a été référée pour le FO, fut reçue par l'équipe.
- Après interrogatoire et évaluation de l'acuité visuelle à l'échelle de Monnoyer (placée à 5 mètres), la patiente était ensuite examinée au biomicroscope par le DES sous la supervision d'un ophtalmologiste senior.
- Le fond d'œil fut réalisé à l'aide d'un biomicroscope et d'une lentille de volk (90 dioptries) par le médecin après dilatation pupillaire au tropicamide.

Les informations ont été rapportées sur un dossier médical.

b- Suivi :

- Un plan de suivi fut adopté pour la surveillance des malades chez qui des lésions ont été identifiées.
- Ainsi un fond d'œil fut réalisé à J15 et J30 après le premier examen.
- Le suivi des malades fut terminé à la régression complète de la RH après l'accouchement.

c- Support de collecte :

Les données ont été collectées sur une fiche d'enquête individuelle renseignée à partir des dossiers médicaux des patientes.

d- Variables à étudier :

Nous avons étudié : l'âge, la profession, la provenance, le niveau d'instruction, le diagnostic correspondant, les antécédents médicaux, l'âge gestationnel, les données ophtalmologiques (les signes fonctionnels ophtalmologiques, l'acuité visuelle, examen physique et résultats du fond d'œil)

e- Gestion des données :

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel SPSS 25.0. La saisie des textes et le dressage des tableaux ont été réalisés à l'aide des logiciels Word et Excel 2007.

7- Définitions opérationnelles :

- **Pré-éclampsie :** La Pré-éclampsie est définie comme étant l'association d'une hypertension artérielle, d'une protéinurie supérieure à 300mg/24 heures ou supérieure ou égale à 2 croix à la bandelette urinaire à partir de la 20^{ème} semaine d'aménorrhée avec ou sans œdèmes des membres inférieurs.
- **Pré-éclampsie sévère :** La pré-éclampsie sévère (PES) est définie par l'apparition à partir de la 20^{ème} semaine d'aménorrhée d'une hypertension.

artérielle dont la tension artérielle systolique (TAS) est supérieure ou égale à 160 mm Hg et/ou la tension artérielle diastolique (TAD) supérieure ou égale à 110 mm Hg et d'une protéinurie supérieure ou égale à 3g/24heures ou supérieure ou égale à 3 croix à la bandelette urinaire.

- **Eclampsie** : est un accident paroxystique survenant pendant la grossesse, l'accouchement ou dans le post-partum, caractérisé par des crises tonico-cloniques généralisées suivies d'un état comateux.
- **Gestité** : les patientes sont dites primigestes lorsqu'il s'agit de la première grossesse, paucigestes lorsqu'elles ont eu 2 à 4 grossesses, multigestes entre 5 à 7 grossesses, et grandes multigestes au-delà de 7 grossesses.
- **Parité** : les patientes sont dites primipares, lorsqu'elles sont à leur premier accouchement ; paucipares quand elles ont entre deux (2) et quatre (4) accouchements ; multipares lorsqu'elles ont eu cinq (5) à sept (7) accouchements ; grandes multipares au-delà sept (7) accouchements.
- **Consultation prénatale** : ensemble de soins de santé donnés aux femmes enceintes pour s'assurer de leur santé et de celle de leur futur enfant.
- **Patiente référée** : patiente orientée par un centre de santé vers un autre centre de santé d'échelon supérieur pour une meilleure prise en charge en dehors de toute situation d'urgence.
- **Patiente évacuée** : patiente orientée d'urgence par un centre de santé vers un autre centre de santé d'échelon supérieur et transportée dans le dit centre par une ambulance.
- **Patiente venue d'elle-même** : patiente s'étant présentée directement sans être orientée par un autre centre de santé.
- **Baisse d'acuité visuelle** : est l'incapacité à discerner un petit objet (ou optotype) situé le plus loin possible, ce qui est équivalent à ne pas voir à une distance fixe (en général 5 mètres).
- **Rétinopathie hypertensive** : est une atteinte des vaisseaux de la rétine due à une hypertension artérielle.

- **Hypertension gestationnelle** : est un trouble hypertensif pendant la grossesse qui survient en l'absence d'autres causes d'hypertension artérielle pris à deux reprises après le repos, une TA > 140/ 90 mm Hg mesuré 2 fois avec au moins 6 heures d'intervalle survenant après 20 semaines de grossesse.
- **Hypertension accélérée** : est une pression artérielle élevée avec des signes de RH modérée.
- **Hypertension sévère** : est une pression artérielle élevée avec des signes sévères de RH.
- **Protéinurie** : correspond à la présence de protéines dans les urines, qui n'en contiennent habituellement que très peu, généralement entre 50 et 130 mg par 24 heures.
- **Toxémie** : est caractérisée par l'association d'une HTA supérieure à 15/10 cm hg, d'une protéinurie, d'une prise de poids avec œdèmes.
- **Mortalité maternelle** : est définie comme le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite.
- **Décollement séreux rétinien** : également appelé décollement rétinien exsudatif ou fluide sous-rétinien, correspond à la présence de sérum sous la rétine
- **Photopsie** : lésion du sens de la vue dans laquelle on croit voir des trainées lumineuses.
- **Hémianopsie** : est une amputation du champ visuel de chaque œil.
- **Vision flou** : correspond à une réduction ou à une perte de la netteté visuelle, faisant apparaître les objets flous et « troubles ».
- **Cécité totale** : correspond à l'absence de perception de la lumière. La déficience presque totale, ou cécité sévère, est définie par une acuité visuelle

inférieure à 1/50 avec perception conservée de la lumière, ou un champ visuel inférieure à 5 degrés.

8- Aspect éthique et déontologique

Nous avons obtenu le consentement éclairé et libre des patientes et respecter la confidentialité de chacune d'elles à travers un dossier médical individuel. Le refus de la patiente n'a entraîné aucune incidence en sa prise en charge.

RESULTATS

IV- RESULTATS

Au cours de notre étude, nous avons colligé 74 cas de pré-éclampsie/éclampsie présentant une RH sur un total 85 cas reçus présentant une pré-éclampsie/éclampsie soit une fréquence de 87%. Parmi ces patientes nous avons noté **57** cas de pré-éclampsie et **17** cas d'éclampsie soit respectivement **77%** et **23%**.

A- ANALYSE UNIVARIEE

➤ Données sociodémographique

1. Age

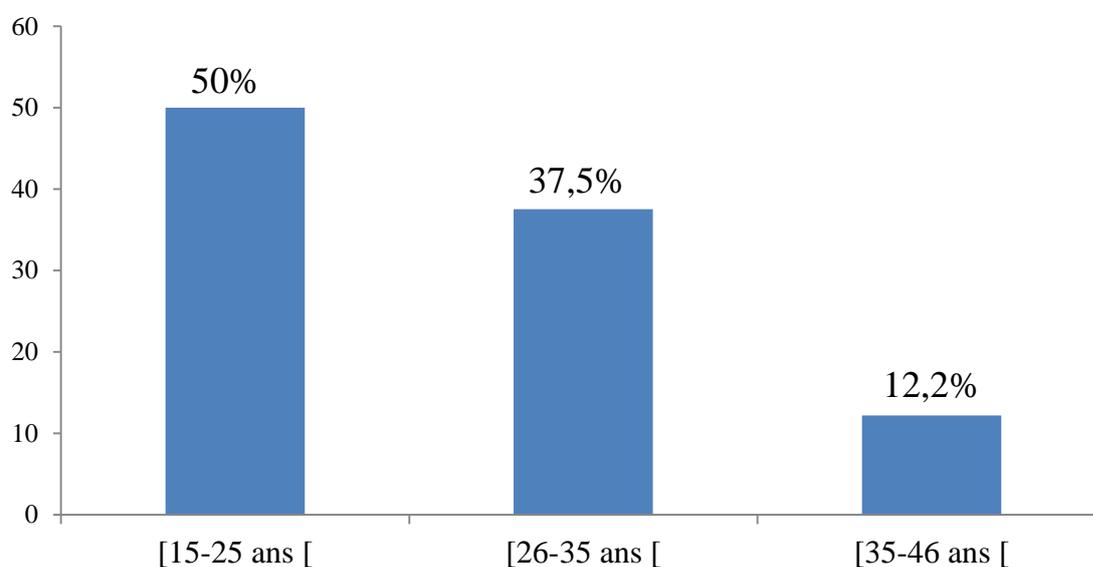


Figure 1: Répartition des patientes selon la tranche d'âge

La tranche d'âge la plus représentée était celle de 15 à 25 ans avec 50%.

2. Profession

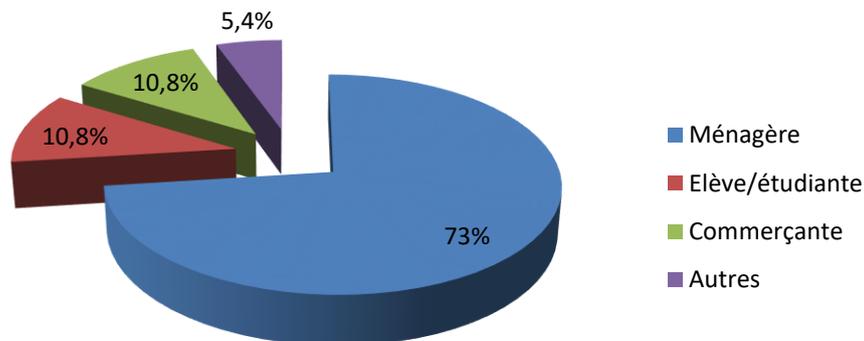


Figure 2: Répartition des patientes selon la profession

Les ménagères étaient les plus représentées avec 73%

Autres : pharmacienne, couturière, coiffeuse, teinturière.

3. Provenance

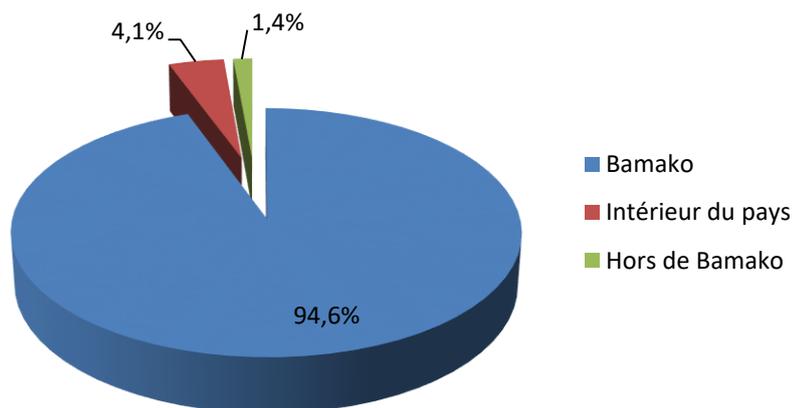


Figure 3 : Répartition des patientes selon la provenance.

Bamako était la ville de provenance dans **94,6 %**.

4. Niveau d'étude

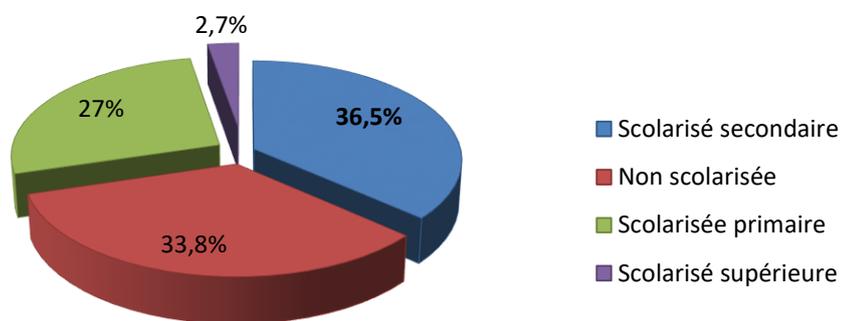


Figure 4: Répartition des patientes selon le niveau d'étude.

Le niveau d'étude secondaire était le plus représenté avec **36,5 %**.

➤ Données clinique et para clinique

1. Antécédents

Tableau I : répartition des patientes selon les antécédents obstétricaux, médicaux et ophtalmologiques

| Antécédents | Fréquences | Pourcentage (%) |
|-------------------------------------|------------|-----------------|
| obstétricaux | | |
| HTA | 12 | 16,2 |
| Eclampsie | 1 | 1,4 |
| Antécédents médicaux | | |
| Asthme | 1 | 1,4 |
| Drépanocytose | 1 | 1,4 |
| Antécédents ophtalmologiques | | |
| Amétropie | 2 | 2,7 |
| Aucun antécédent | 57 | 77 |
| Total | 74 | 100 |

L'HTA sur grossesse et l'éclampsie étaient les ATCD obstétricaux retrouvés avec des taux respectifs **de 16,2% et 1,4%**.

L'amétropie était le seul ATCD ophtalmologique retrouvé avec 2,7%.

L'asthme et la drépanocytose étaient les ATCD médicaux retrouvés chez 1,4 % de chacun des patientes.

II. Diagnostic retenu au service de gynécologie

Tableau III : Répartition des patientes selon le diagnostic retenu en gynécologie.

| Diagnostic retenu au service de gynécologie | Effectif | Pourcentage |
|---|-----------|-------------|
| Pré-éclampsie | 57 | 77 |
| Eclampsie | 17 | 23 |
| Total | 74 | 100 |

La pré-éclampsie était le diagnostic le plus fréquent avec **77%**.

2. Tranche d'âge de la grossesse

Tableau III: Répartition des patientes selon l'âge de la grossesse

| Tranche d'âge de la grossesse | Effectif | Pourcentage |
|-------------------------------|-----------|-------------|
|] 33 - 37] | 41 | 55,4 |
| > 37 | 14 | 18,9 |
|] 29 - 32] | 14 | 18,9 |
|] 22 - 28] | 3 | 4,1 |
| < 22 SA | 2 | 2,7 |
| Total | 74 | 100 |

La tranche d'âge de 33-37SA était la plus représentée avec **55,4%**

3. Signes fonctionnels oculaires

Tableau IVV: Répartition des patientes selon la présence de signes fonctionnels oculaires

| Signes fonctionnels | Effectif | Pourcentage |
|-------------------------|----------|-------------|
| Aucun | 59 | 79,7 |
| Flou visuel | 8 | 10,8 |
| BAV | 4 | 5,4 |
| Phosphène + flou visuel | 3 | 4,1 |
| Total | 74 | 100 |

Le **flou visuel** était le signe fonctionnel le plus fréquent chez nos patientes avec 10,8%.

4. Acuité visuelle

Tableau V: Répartition des patientes selon l'AV

| Acuité visuelle | Effectif | Pourcentage |
|-----------------------------------|-----------|-------------|
| AVL \geq 3/10 | 69 | 93,2 |
| 3/10 < AVL < 1/10 | 1 | 1,4 |
| AVL \leq 1/10 | 4 | 5,4 |
| Total | 74 | 100 |

L'Acuité visuelle était majoritairement supérieure à 3/10 chez **93,2%**.

5. Examen externe

L'œdème palpébral était retrouvé chez **8,1%** de nos patientes.

6. Examen des annexes

Une pâleur conjonctivale était présente chez **9,5 %** de nos patientes.

7. Examen du SA

Tableau VII: Répartition des patientes selon l'examen du segment antérieure.

| Segment antérieur | Effectif | Pourcentage |
|--------------------------------|-----------------|--------------------|
| Normale | 68 | 91,89 |
| Opacité cristallinienne | 2 | 2,7 |
| KPS | 2 | 2,7 |
| Erosion cornéenne | 2 | 2,7 |
| Total | 74 | 100 |

L'opacité cristallinienne, l'érosion cornéenne et des KPS étaient retrouvées à des valeurs égales chez 2,7% des patientes

8. Examen du vitré

Le vitré était filamenteux chez **2,7%** de nos patientes.

9. Les signes du fond d'œil

Tableau VIII : Répartition des yeux des patients selon les signes du fond d'œil.

| Signes du FO | Œil droit | | Œil gauche | |
|--------------------------------|-----------|------------|------------|--------------|
| | Effectif | % | Effectif | % |
| Rétrécissement artériel | 37 | 50 | 33 | 44,60 |
| Hémorragie rétinienne | 9 | 12,16 | 12 | 16,22 |
| Nodules cotonneux | 8 | 10,81 | 9 | 12,16 |
| Exsudats secs | 7 | 9,46 | 7 | 9,46 |
| Cedème maculaire | 7 | 9,46 | 7 | 9,46 |
| Cedème papillaire | 4 | 5,41 | 4 | 5,41 |
| DSR | 2 | 2,7 | 2 | 2,7 |
| Total | 74 | 100 | 74 | 100 |

Le **rétrécissement artériel** était le plus représenté avec 95,9%.

Les lésions peuvent être associées sur le même œil.

10. Signes associés au fond d'œil

Tableau VIII: Répartition des patientes selon les signes associés au fond d'œil

| Signes associés au fond d'œil | Effectif | Pourcentage |
|-------------------------------|-----------|-------------|
| Aucun | 63 | 85,1 |
| Excavation papillaire | 8 | 10,8 |
| Taches d'Elschnig | 2 | 2,7 |
| Cicatrices chorio-rétiniennes | 1 | 1,4 |
| Total | 74 | 100 |

L'excavation papillaire était retrouvée chez 10,8%.

11. Stade de RH

Tableau IX: Répartition des patientes selon le stade de la rétinopathie hypertensive.

| Stade de RH chez les patientes | Effectif | Pourcentage |
|--------------------------------|-----------|-------------|
| Stade I | 43 | 58,1 |
| Stade II | 27 | 36,5 |
| Stade III | 4 | 5,4 |
| Total | 74 | 100 |

Le stade I de la classification de KirKendall était le plus représenté avec **58,1%**.

12. Complications de la rétinopathie hypertensive

Tableau IX: Répartition des patientes selon les complications de la RH

| Complications oculaires | Effectif | Pourcentage |
|--|-----------|-------------|
| DR bulleux | 1 | 1,4 |
| DR bulleux+choroïdopathie hypertensive | 1 | 1,4 |
| choroïdopathie hypertensive | 1 | 1,4 |
| Aucune | 70 | 94,6 |
| DR bulleux + trou maculaire | 1 | 1,4 |
| Total | 74 | 100 |

Un décollement exsudatif fut observé chez 1,4% des patientes.

Les complications de la rétinopathie hypertensive furent observées chez 4 femmes sur 74.

13. Glycémie

La glycémie était élevée chez 4,1% des patientes.

III. ANALYSE BI VARIEE

➤ Stade RH et antécédent obstétricale

Tableau XI: Répartition des patientes en fonction du stade de la rétinopathie et l'antécédent obstétricale.

| Stade de RH / Antécédent obstétrical | Antécédent obstétrical | | | Total |
|---|------------------------|-----------|-------------|------------|
| | HTA/Grossesse | Eclampsie | aucun | |
| Stade III | 2 (2,7%) | 0 (0,0%) | 2 (2,7%) | 4 (5,4%) |
| Stade II | 5 (6,76%) | 0 (0,0%) | 22 (29,73%) | 27 (36,49) |
| Stade I | 5 (6,76%) | 1 (1,35%) | 37 (50%) | 43(58,11%) |
| Total | 12 (16,22%) | 1 (1,35%) | 61(81,43%) | 74 (100%) |

Le stade I était le plus représenté chez les patientes ayant un ATCD obstétrical.

➤ **Stade RH et tranche d'âge de la grossesse**

Tableau XII: Répartition des patientes en fonction du stade de la rétinopathie et l'âge de la grossesse.

| Stade RH/l'âge de la grossesse | Stade RH | | | Total |
|--------------------------------------|-------------|-------------|-----------|-------------|
| | Stade I | Stade II | Stade III | |
| < 22 SA | 2 (2,7%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 2 (2,7%) |
|] 22 - 28] | 1 (1,35%) | 2 (2,7%) | 0 (2,7%) | 3 (4,05%) |
|] 29 - 32] | 8 (10,81%) | 5 (6,76%) | 1 (1,35%) | 14 (18,92%) |
|] 33 - 37] | 20 (27,03%) | 19 (25,68%) | 2 (2,7%) | 41(55,41%) |
| supérieure à 37 | 12 (16,22%) | 1(1,35%) | 1(1,35%) | 14 (18,92%) |
| Total | 43 (58,11%) | 27 (36,49%) | 4 (5,41%) | 74 (100%) |

La tranche d'âge 33 à 37 SA présentait le plus de rétinopathie hypertensive.

➤ **Stade RH et diagnostic retenu au service de gynécologie**

Tableau XIII : Répartition des patientes en fonction du stade de la rétinopathie et le diagnostic retenu au service de gynécologie.

| Stade de RH | Diagnostic retenu au service de gynécologie | | |
|---|--|--------------------|------------------|
| /Diagnostic retenu au service de gynécologie | Pré-éclampsie | Eclampsie | Total |
| Stade III | 4 (5,41%) | 0 (0,0%) | 4 (5,41%) |
| Stade II | 21 (28,38%) | 6 (8,11%) | 27 (36,49%) |
| Stade I | 32 (43,24%) | 11 (14,86%) | 43 (58,11%) |
| Total | 57 (77,03%) | 17 (22,97%) | 74 (100%) |

Le stade I était le plus représenté chez les éclamptiques 14,86% comme chez les pré-éclamptiques 43,24%.

➤ **Stade RH et acuité visuelle**

Tableau XIV: Répartition des patientes en fonction du stade de la rétinopathie et de l'acuité visuelle.

| Stade de RH chez les patientes/Acuité visuelle de loin avec correction | Acuité visuelle de loin avec correction | | | Total |
|---|---|----------------------|-------------|-------------|
| | AVL ≤ 1/10 | 3/10 < AVL < 1/10 | AVL ≥ 3/10 | |
| Stade III | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 4 (5,41%) | 4 (5,41%) |
| Stade II | 2 (2,7%) | 0 (2,7%) | 25 (33,78%) | 27 (36,49%) |
| Stade I | 2 (2,7%) | 1(1,35%) | 40 (54,05%) | 43(58,11%) |
| Total Effectif | 4 (5,41%) | 1 (1,35%) | 69 (93,24%) | 74 (100%) |

L'acuité visuelle était supérieure ou égale à 3/10 chez 54,05% des patientes présentant une rétinopathie hypertensive stade I.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1- Les Limites de l'étude

Notre étude présente des limites

Un nombre important de nos patientes ne sont pas revenue avec le résultat de la glycémie.

L'indisponibilité de l'angiographie pour des cas de rétinopathie hypertensive sévère et compliquées.

2- Fréquence

La fréquence de la pré-éclampsie était de 77 %. Ce taux est nettement supérieur à celui d'**Akash et al.** [15] en Inde qui trouvaient 32,67%.

Quant à l'éclampsie le taux observé dans notre série (23%) est inférieure à celui **Ngwanou et al.** [10] à Yaoundé, qui trouvait 37,2% pour l'éclampsie.

Ses résultats dans notre étude pourraient s'expliquer par :

- La taille de notre échantillon ;
- Le fait que n'ont été inclut dans notre étude que des patientes présentant une rétinopathie hypertensive
- L'état général et les difficultés de mobilités des patientes.

3- Caractéristiques sociodémographiques des patientes :

➤ Age

- L'âge moyen était de **26,12 ans ±7,24 ans** avec des extrêmes de **15 ans et 45 ans** la tranche d'âge 15-25 ans était la plus représenté. Ces résultats sont comparable à ceux d'autres auteurs comme **Bognanou J D** au Mali qui retrouvait une tranche d'âge entre 25 - 34 ans avec des extrêmes de 16 ans et 43 ans [16] ainsi que **khanom R et al** chez qui l'âge moyen était de 26,4±5,3 [17].

- Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que cette couche fait partie de la période de vie de la femme où l'activité reproductrice est la plus importante.

➤ **Niveau d'étude**

Les patientes avaient un niveau secondaire de scolarisation à 36,5 % dans notre étude. Ce résultat est comparable à celui de **SOGOBA S** qui trouvait 34,7% [18] et inférieur celui de **GOITA et al qui trouvait** 87% [19].

Le niveau d'instruction élevé de nos patientes peut s'expliquer par le faite que Bamako la capitale était leur résidence à 94,6%.

➤ **Profession -**

Les ménagères représentaient **73%** dans notre étude. Nos résultats sont inférieurs à ceux de **Bognanou J D [16]** qui trouvait 86,4%.

Cette différence peut s'expliquer par le fait que notre étude a été réalisée dans une zone urbaine alors que celle de **Bognanou JD** fut été réalisée dans une zone périurbaine.

4- Données clinique et para clinique

➤ **Antécédents**

L'HTA sur grossesse était l'ATCD retrouvé chez 16,2% de nos patientes ce résultat est comparable à celui de **KEITA D** qui avait trouvé 11,1% [20].

➤ **Age gestationnel**

L'âge gestationnel était compris entre 33 et 37SA chez **55,4%**. Ces résultats sont similaires à ceux de **RAJAONA et al. [21]** qui trouvaient que dans 60,6% des cas, les grossesses n'étaient pas à terme lors de l'apparition de la pré-éclampsie ou de l'éclampsie **SANKARE Y et al [9]** trouvait des âges gestationnels supérieures avec 21,6% \geq 37 SA.

➤ **Acuité visuelle de loin sans correction :**

La quasi-totalité (93,2%) des patientes avaient une acuité visuelle $> 3/10$. **YANOGO A S. [22]** a rapporté des résultats similaires avec 97,6% d'acuité visuelle $> 3/10$.

Nous avons noté 1.4% de déficience visuelle et 5,6% de cécité transitoire. L'évolution de ces cas de cécité a été favorable avec une récupération de l'acuité visuelle (>5/10) à J30. Ces résultats concordent avec ceux de **YANOGO A S** qui avait trouvé un cas de déficience visuelle et deux cas de cécité avec récupération complète de l'acuité visuelle à 10/10 dans sa série.

Nous avons trouvé 4,2% de décollement de rétine exsudatif dans notre étude avec récupération spectaculaire par ré application de la rétine avec une prise en charge adaptée de l'HTA ce qui est conforme aux données de la littérature [23, 24]

➤ Examen du FO

Dans notre étude le rétrécissement artériel était prédominant à OD à 50% et 44,60% à OG suivi de l'hémorragie OD 12,16% OG 16,22%, des nodules cotonneux OD 10,08% OG 12,16% des exsudats secs ODG 9,46%, d'œdème maculaire ODG 9,46%, DSR ODG 2,7%. Nos résultats se rapproche de ceux de Gakou KI retrouvait 48,2% de rétrécissement artériel à l'OD et 47,1% des cas à l'OG [25]. Mais supérieurs à ceux de **Khanom et al** qui ont trouvé 83% de rétrécissement artériel, 12% d'exsudats secs, 10% d'hémorragie et 5% d'œdème maculaire [17]. **Diallo B** trouvaient également 3,9% de DSR, et 0,8% d'œdème maculaire [16].

Cette différence pourrait s'expliquer par le faite que notre étude concernait que des patientes présentant une RH.

➤ Classification de Kirkendall

Le stade I était le plus fréquent avec 58,1% suivi des stades II, III respectivement à 36,5 et 5,4%.

Ce résultat se rapproche de celui de SANKARE Y qui avait trouvé respectivement stade I (67,4%), stade II (30,4%) et stade III (2,2%) [9].

Cette fréquence élevée du stade I par rapport aux autres stades témoigne de l'efficacité du traitement de l'hypertension artérielle par le service de gynécologie.

➤ Complications de la rétinopathie hypertensive

Le décollement de rétine exsudatifs (bulleux) et la choroïdopathie hypertensive étaient les principales complications oculaires dans notre contexte à des taux égaux soit 1,4%. Ces valeurs sont supérieures à ceux de **Gakou K I** qui trouvait 0,6% de choroïdopathie hypertensive [25].

Khanom trouvait 2% de DR dans sa population d'étude [17].

La survenue de complication oculaire pourrait s'expliquer par la durée et la qualité de la prise en charge de l'hypertension artérielle.

➤ **Relation entre le Stade de la rétinopathie hypertensive et le diagnostic retenu au service de gynécologie**

Dans notre étude Il n'existait pas de lien significatif entre le stade de la RH et le diagnostic retenu au service de gynécologie.

Ce qui est différent de l'étude de **Rajaona al et Gakou K I** qui trouvaient un lien statistiquement significatif entre ces entités [21, 25].

Il est recommandé une surveillance régulière de toutes les formes sévères de pré-éclampsie par la mesure de l'acuité visuelle et l'examen du fond d'œil qui permettent de détecter précocement les lésions oculaires et d'indiquer à temps la terminaison de la grossesse.

CONCLUSION

CONCLUSION

La pré-éclampsie sévère et l'éclampsie constituent un problème de santé publique. Nous avons trouvé que la rétinopathie était plus fréquente au cours de la pré-éclampsie et qu'elle a tendance à disparaître après la prise en charge de l'affection causale. Bien que rares, les cas de cécité en rapport avec les lésions oculaires graves ont été notés mais étaient toutes réversibles avec récupération de l'acuité visuelle.

Il ressort de cette étude que l'HTA peut avoir des complications oculaires graves en l'absence d'un traitement adapté, d'où l'utilité d'un examen du fond d'œil de façon systématique chez les patientes souffrant de la pré-éclampsie et/ou de l'éclampsie. L'examen systématique du fond d'œil constitue un élément essentiel dans la détection des lésions oculaires afin d'instaurer une prise en charge précoce et efficace en vue d'améliorer le pronostic materno-fœtal.

RECOMMENDATIONS

RECOMMANDATIONS

➤ Aux autorités sanitaires :

Sensibiliser les populations sur l'importance des consultations prénatales.

➤ Au personnel de santé :

Sensibiliser les patientes sur l'importance de l'examen ophtalmologique au décours d'une pré-éclampsie /éclampsie.

➤ Aux femmes enceintes

- Suivre correctement les consultations prénatales afin d'assurer un diagnostic précoce de toutes les pathologies pouvant compliquer la grossesse ou l'accouchement.
- Se faire consulter le plus tôt possible par un médecin ophtalmologiste au décours de toute hypertension artérielle gravidique.

REFERENCES

REFERENCES

1. **Metha S**, MD, Vitreoretinal Diseases and Surgery Service, Wills Eye Hospital, Sidney Kimmel Medical College at Thomas Jefferson University. Avril 2022
2. **Cunningham FG, Lenovo KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Catherine YS**. Obstétrique Williams. 25e éd. New York, NY : MC Graw Hill Companies ; 2018. 710-754p.
3. **Varija T, Vanajer D et al**. Une étude de la prévalence et de l'association des modifications du fond d'œil dans l'hypertension induite par la grossesse. Mai 2016 ; vol 5- N °5. p1375.
4. **Jayashree MP, Nivedifha RK, Kuntoji NG, Vishalakshi B, Shravan GM et al**. Modification du fond d'œil dans l'hypertension induite par la grossesse: étude d'une série de cas. Journal de recherche clinique et d'ophtalmologie. Nijalingappa Médical collège et Sihanagal Kumareshwara Hospital, Bagalkot. Juin 2018. 225SSN : 2455-1414. page 2
5. **Janjua MI, Bano S, Raza A** : Rétinopathie induite par la grossesse hypertension. Pak J ophtalmol 2015, vol 31 N°4.
6. **OMS**/ tendance de la mortalité maternelle sur la période 1990-2008. mars 2015.
7. **Lansac J Berger C, Magnin G**. Paris : Masson, 1997. Obstétrique pour le praticien, p 165-176.
8. **Ouedraogo C, Ouedraogo A, Ouattara T, Akotiongna M, Thieba B et al**. La mortalité maternelle au Burkina Faso, évolution et stratégie nationale de lutte. Med Afr Noire. 2001 :11(48) :452-6.
9. **Sankaré Y**. Aspect épidémiologique-clinique du fond d'œil chez les pré-éclampsiques et les éclampsiques dans le service d'ophtalmologie de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti. Thèse de doctorat en Médecine, Bamako. 20M358.
10. **Ngwanou NA, Koki G, Epée E, Esiene A, Bella AL** : les lésions rétiniennes au cours de la prééclampsie/eclampsie et valeur prédictive sur le devenir de la grossesse. Health Sci .Dis : vol 16(2). Avril Mai Juin 2015
11. **Arpac H, Koban Y, Tok A, Beyolu A**. Pression de perfusion oculaire et pression intraoculaire chez les femmes enceintes atteintes de prééclampsie sévère. Ginekol pol 2018 ; 89 : 513-7.

12. **Mackensen F, Paulus WE, Max R, Ness T.** Changements oculaires pendant la grossesse. *DT Sch Arzetabl int* 2014 ; 111 :567-76.
13. **Garg A, Wapner RJ, Ananth CV, Lee W et al.** Epaissement choroïdien et rétinien dans la prééclampsie sévère. *Investig Ophthalmol Vis Sci* 2014, 55 : 5723-9.
14. **Tsukikawa M, Andrew WS.** Un examen de la rétinopathie hypertensive et chorioretinopathie. *Optométrie clinique* 2020 : 12, 67-73.
15. **Akash PS, Abhay AL, Renu MM, Hemant D, Avani PS et al.** Département d'ophtalmologie et d'obstétrique et de gynécologie. Collège et centre de recherche. *Maharashtra Inde* 2015, 8 : 304-07. 16 **Diallo B.** Evaluation des connaissances, attitudes et pratiques des hommes du district sanitaire de Diéma face à l'éclampsie. *Mali Sante Publique* 2021;11:29–33. <https://doi.org/10.53318/msp.v11i1.1889>.
16. **Bognanou JD.** Complication rétinienne de l'hypertension artérielle pendant la grossesse au centre de santé de référence de Kalaban Coro. Thèse de doctorat en médecine, Bamako 23M200.
17. **Khanom R, Faridi J et al.** Modification du fond oculaire pendant la grossesse, hypertension induite. *Dhaka collège ; Vol 28, n°1, Avril* 2019.
18. **Sogoba S.** Profil épidémiologique et facteurs pronostics de la prééclampsie sévère au service de gynécologie-obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. Thèse. USTTB, 2019.
19. **GOITA S.** Aspect Epidemio-Clinique de la pré-éclampsie au centre de santé de Référence de Niore du Sahel. Thèse. USTTB, 2021.
20. **KEITA D.** Prise en charge de l'hypertension artérielle associée à la grossesse au CHU ME « Le Luxembourg » : Pronostic. Thèse de Médecine, 2019 ; 66
21. **RAJAONA RA, RASOLONJATOVO EC, RASOANIRINA V, RAOBELA L, ANDRIANTSOA VR, HERY RA.** Aspects épidémiocliniques des manifestations oculaires de la prééclampsie et de l'éclampsie à Antananarivo. *RARMUT* 2015.
22. **YANOGO A. S.** Aspects du fond d'œil chez les femmes atteintes de pré-éclampsie sévère et/ou d'éclampsie ayant accouché ou vues au centre hospitalier universitaire Sourô Sanou de Bobo-Dioulasso : A propos de 127 cas. Thèse de Med, juin 2015
23. **Collège des Ophtalmologistes Universitaires de France (COUF).** Chapitre23 (ITEM224) Rétinopathie hypertensive.2021

- 24. GILLMANN Kevin.** Recommandation pour le suivi multidisciplinaire des néphropathies à immunoglobine A : le cas d'une présentation ophtalmologique d'une crise hypertensive avec rétinopathie dans le contexte d'une maladie de Berger. Congrès SFO 2018.
- 25. Gakou KI.** Les manifestations rétiniennes au cours de la pré-éclampsie sévère / éclampsie au CHU Gabriel Touré. <http://univ-km.ml/99778-2/>

ANNEXES

b. AV OG: a. AV<1/10 b. [1/10-3/10[c. ≥ 3/10

C. Examen externe, annexes et le segment antérieur

1. Examen externe

a. Normal b. Anormale (à préciser)

2. Annexes

a. Normaux b. Anormale (à préciser)

3. Pression intraoculaire

b. a. Normale b. Hypertonie c. Hypotonie

4. Dilatation

c. A. Bonne b. Moyenne c. Médiocre

5. Segment antérieur

a. Normale b. Anormale (à préciser)

6. Vitré

A. Normal b. Anormal (à préciser)

D. Fond d'œil

a. Normal c. Hémorragie e. Exsudats secs
b. Rétrécissements artériels d. Nodules cotonneux f. Taches d'elschnig
g. DSR h. Œdème papillaire i. Œdème maculaire
J. chorioretinite k. Excavation papillaire l. Autres

E. Complications de la rétinopathie hypertensive

a. Atrophie optique b. OVCR c. DR d. choroïdopathie HTA
e. DR bulleux f. Trou maculaire g. aucune

F. Diagnostic gynécologique retenue

1. pré éclampsies 2. éclampsie

G. Stade de la RH chez les patientes

a. Pas de RH b. Stade I c. Stade II d. Stade III

H. Glycémie à jeun

a. Glycémie normale b. glycémie élevée c. glycémie basse d. non faite.

ICONOGRAPHIE

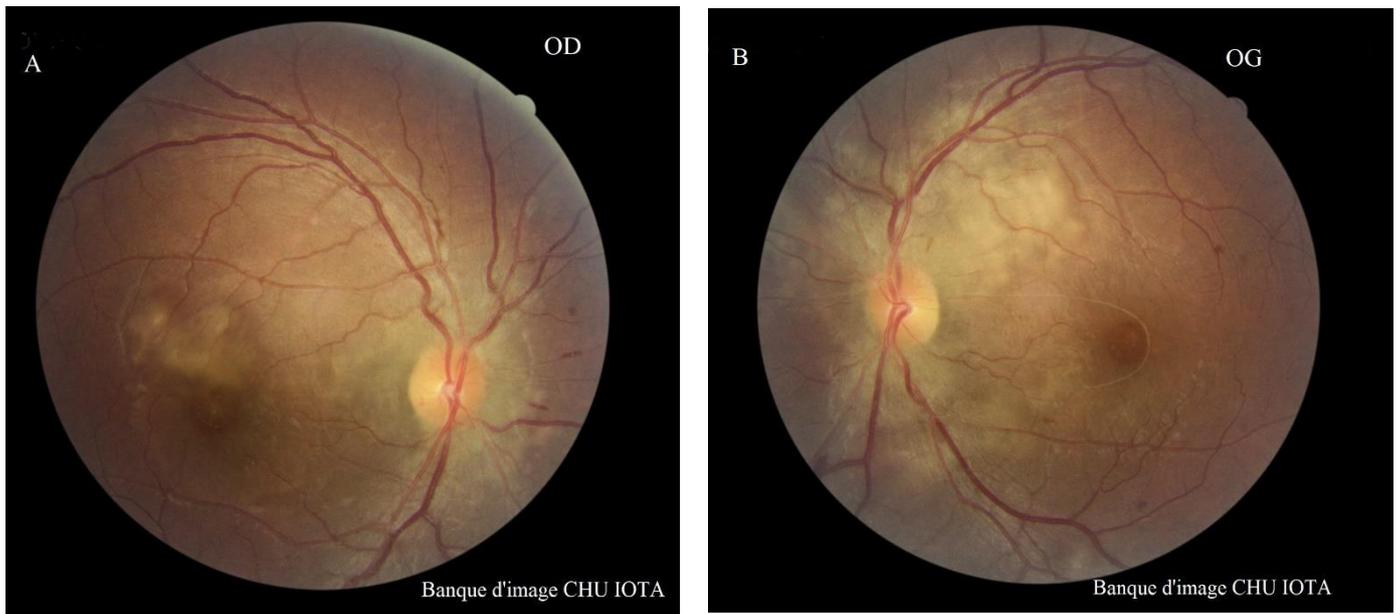


Figure 5 A et B: Rétinographie non mydriatique ODG d'une patiente de 27 ans hospitalisée au CHU Gabriel Touré pour pré-éclampsie sévère avec signes d'imminence d'éclampsie objectivant, aux deux yeux, un œdème papillaire, des hémorragies rétiniennes en flammèches et ponctiformes, un œdème maculaire avec DSR. Rétinopathie hypertensive stade III de Kirkendall ODG compliquée d'œdème maculaire et rétinien et de DSR



Figure 6: coupe OCT de la même patientes mettant en évidence les œdèmes papillaires et les DSR ODG

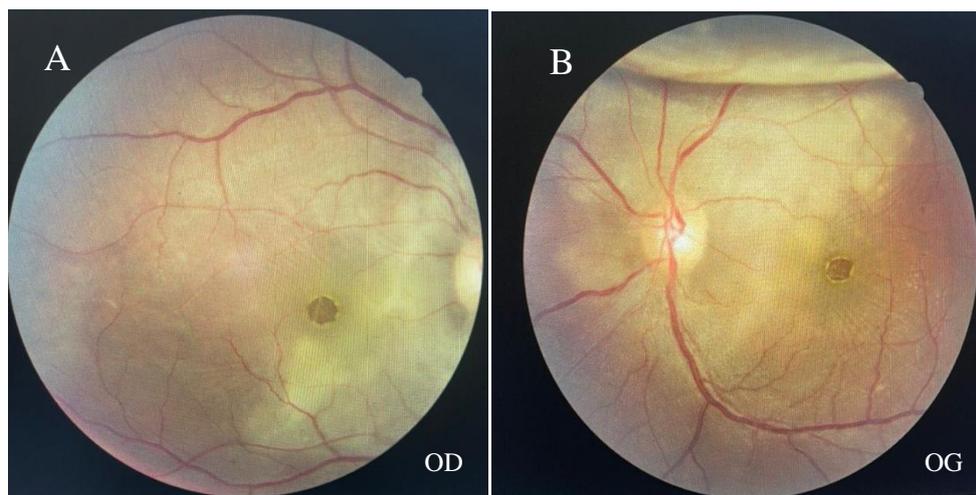


Figure 7 A et B: Rétinographie non mydriatique ODG d'une patiente de 17 ans hospitalisée au CHU Gabriel Touré pour pré-éclampsique sévère objectivant, aux deux yeux, un pseudo trou maculaire, quelques exsudats secs et un DR bulleux en périphérie supérieure. Rétinopathie hypertensive stade II de Kirkendall ODG compliquée de pseudo trou maculaire et de décollement rétinien exsudatif. [Banque d'image CHU IOTA]

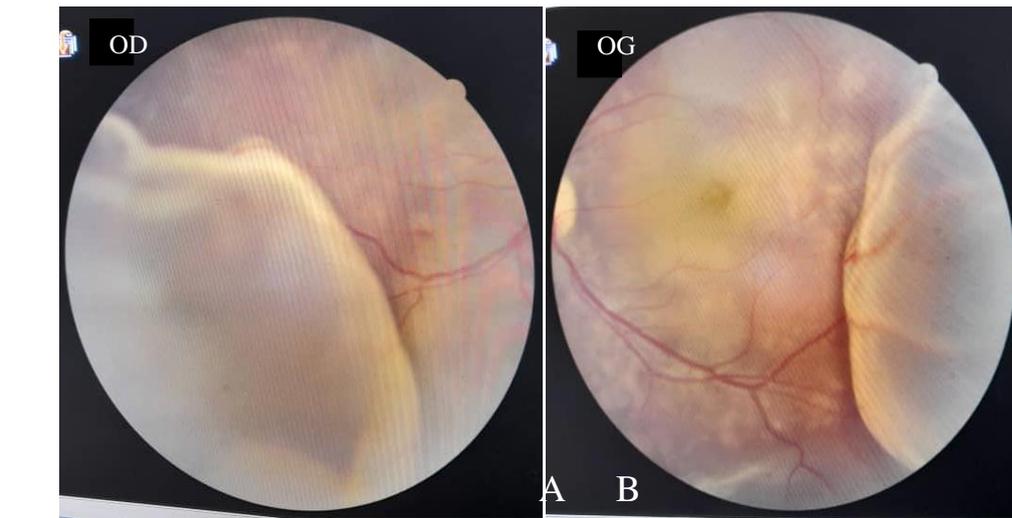


Figure 8 A et B: Rétinographie non mydriatique ODG d'une patiente de 25 ans hospitalisée au CHU Gabriel Touré pour pré-éclampsie sévère objectivant, aux deux yeux, un œdème maculaire des nodules cotonneux et un gros DR bulleux. Rétinopathie hypertensive stade II de Kirkendall ODG compliquée d'œdème maculaire et de DR exsudatif. . [Banque d'image CHU IOTA]

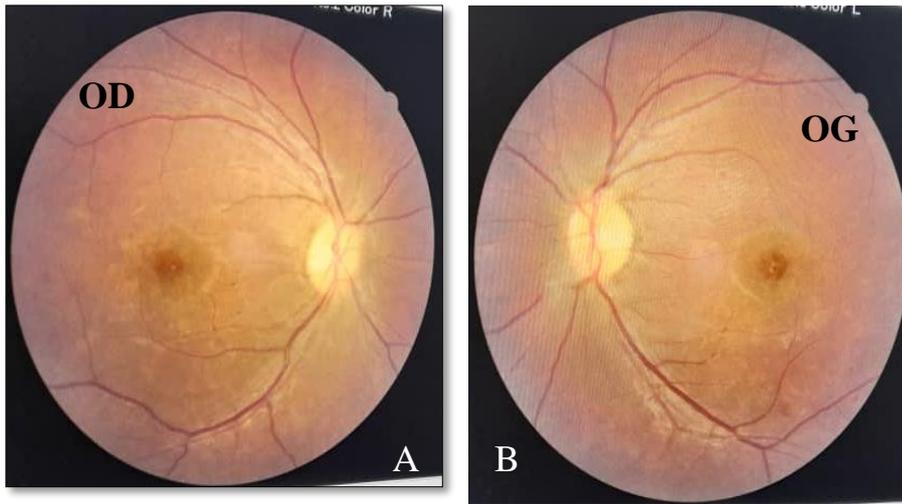


Figure 9 A et B : Rétinographie non mydriatique ODG de la même patiente 1 mois après le 1^{er} Fond d'œil objectivant une ré application de la rétine décollée et une légère infiltration de la macula. [Banque d'image CHU IOTA]

Fiche signalétique

Nom : SISSOKO

Prénom : Sirandou

Titre : Rétinopathie hypertensive sur grossesse : Aspects épidémio-clinique au CHU IOTA à Bamako

Année universitaire : 2022-2023

Email: sirandousissoko11@ gmail.com

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS), bibliothèque du CHU IOTA.

Secteurs d'intérêt : Gynéco-Obstétrique, Ophtalmologie et Santé publique

RESUME :

Introduction : La pré-éclampsie constitue un problème de santé publique. Pouvant atteindre tous les organes, y compris les yeux. **Objectif :** souligner l'importance de la surveillance ophtalmologique dans la prise en charge de la pré-éclampsie et de l'éclampsie. **Matériel et méthodes :** Nous rapportons une étude prospective portant sur 74 patientes atteintes de pré-éclampsie ou d'éclampsie admises entre Décembre 2022 et Mai 2023, dans deux centres hospitaliers universitaires de Bamako. **Résultats :** L'âge moyen de nos patientes était de 26,12 ans \pm 7,24 ans. L'HTA sur grossesse était l'ATCD retrouvé chez 16,2% de nos patientes. Dans 55,4% des cas, les grossesses n'étaient pas à terme lors de l'apparition de la pré-éclampsie ou de l'éclampsie. Le flou visuel était le signe ophtalmologique le plus rapporté par nos patientes. Nous avons noté 1,4 % de déficience visuelle et 5,4% de cécité transitoire. Le fond d'œil était anormal chez toutes nos patientes. Le stade I de Kirkendall était le plus fréquent avec 58,1%. Des complications de la rétinopathie hypertensive à type de décollement exsudatif de la rétine et de choroïdopathie hypertensive étaient observées chez 1,4% des patientes. **Conclusion :** L'examen du fond d'œil devrait faire partie de la routine dans la prise en charge d'une pré-éclampsie et ou d'une éclampsie. **Mots clés :** Pré-éclampsie, éclampsie, grossesse, Kirkendall.