

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple-Un But-Une Foi



U.S.T.T.B



F.M.O.S

Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako
(USTTB)

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie
(FMOS)

Année universitaire 2022-2023

N°...../M

MEMOIRE

INSUFFISANCES RÉNALES AIGUES DES URGENCES OBSTÉTRICALES AU SERVICE DE REANIMATION DU CHU GABRIEL TOURE

Présenté et soutenu le .././2024

Par

Dr NYANGONO NDZIE Juliette

Pour l'obtention du Diplôme d'Étude Spéciale (DES) en
Anesthésie Réanimation

JURY

Président :

Co-Directeur : Madane thierno DIOP

Directeur :

COLLEGE DES ENSEIGNANTS DE LA FILIERE ANESTHESIE-REANIMATION

Professeurs :

- Docteur Abdoulaye DIALLO (Retraité)
- Docteur Col. Abdoulaye DIALLO (Retraité)
- Docteur Youssouf COULIBALY
- Docteur Djibo Mahamane DIANGO
- Docteur Broulaye SAMAKE
- Docteur Mohamed KEITA
- Docteur Aladji Seidou DEMBELE
- Docteur Nouhoum DIANI

Maitre de conférences Agrégé

- Docteur Moustapha MANGANE
- Docteur Thierno Madane DIOP
- Docteur Mahamadoun COULIBALY
- Docteur Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE

Maitre de conférences

- Docteur DOUMBIA Dieneba
- Docteur Seydina Alioune BEYE
- Docteur Hammadoun DICKO
- Docteur Mamadou Karim TOURE
- Docteur Siriman Abdoulaye KOITA
- Docteur Mamadou Chiad CISSE
- Docteur Daouda DIALLO
- Docteur Abdoulaye TRAORE

Maitre- assistants

- Docteur Fadima Koureissi TALL

Enseignants Associés

- Neurologie : Pr Youssoufa MAIGA
- Gastro-entérologie : Pr Moussa DIARRA T – Pr Anselme KONATE
- Infectiologie : Pr Daouda K MINTA
- Cardiologie : Pr DIALL Ilo B – Pr MENTA Ichaka- Dr Ibrahima SANGARE
- Interniste / Chirurgien : Pr YENA Sadio
- Otorhinolaryngologie : Pr KEITA Mohamed A

Enseignant non permanents

- Professeur Hawa Meyer KEITA Paris (France)

Liste des figures

Figure 1 : Répartition des patientes selon l'âge	9
Figure 2 : Répartition des patientes selon le statut matrimonial.....	9
Figure 3 : Répartition des patientes selon le délai d'admission.....	14
Figure 4 : Répartition des patientes selon accouchement.....	18
Figure 5 : Répartition des patientes selon le pronostic du nouveau née.....	19
Figure 6 : Répartition des patientes selon l'évolution.....	28

Liste des tableaux

Tableau I : Répartition des patientes selon l'ethnie	10
Tableau II : Répartition des patientes selon la zone de provenance	10
Tableau III : Répartition des patientes selon les ATCD gynécologique	11
Tableau IV : Répartition des patientes selon les ATCD médico-chirurgicaux.....	12
Tableau V : Répartition des patientes selon le lieu de provenance	12
Tableau VI : Répartition des patientes selon le mode d'arrivé en réanimation.....	13
Tableau VII : Répartition des patientes selon le lieu de transfert.....	13
Tableau VIII : Répartition des patientes selon le motif d'admission.....	13
Tableau IX : Répartition des patientes selon le nombre de structure de transit.....	14
Tableau X : Répartition des patientes selon les signes généraux à l'admission.....	15
Tableau XI : Répartition des patientes selon la classification de la pression artériel	15
Tableau XII : Répartition des patientes selon l'anémie	15
Tableau XIII : Répartition des patientes selon les troubles de la coagulation	16
Tableau XIV : Répartition des patientes selon leur poids	16
Tableau XV : Répartition des patientes selon la température	16
Tableau XVI : Répartition des patientes selon la fréquence cardiaque	17
Tableau XVII : Répartition des patientes selon les transaminases	17
Tableau XVIII : Répartition des patientes selon les signes d'appels rénaux	17
Tableau XIX : Répartition des patientes selon l'âge de la grossesse	18
Tableau XX : Répartition des patientes selon la voie d'accouchement	19
Tableau XXI : Répartition des patientes selon la réalisation de la créatinémie.....	19

Tableau XXII : Répartition des patientes selon la diurèse.....	20
Tableau XXIII : Répartition des patientes selon les moyennes de diurèse	20
Tableau XXIV : Répartition des patientes selon l'évolution de la créatinémie	21
Tableau XXV : Répartition des patientes selon le nombre de contrôle de créatinémie	21
Tableau XXVI : Répartition des patientes selon le nombre de créatinémie anormale.....	21
Tableau XXVII : Répartition des patientes selon le nombre de temps de normalisation de la créatinémie.....	22
Tableau XXVIII : Répartition des patientes selon la créatinémie de sortie.....	22
Tableau XXIX : Répartition des patientes selon le taux d'urée	22
Tableau XXX : Répartition des patientes selon le score de KDIGO	23
Tableau XXXI : Répartition des patientes selon les troubles de l'ionogramme sanguin	23
Tableau XXXII : Répartition des patientes selon l'échographie abdominopelvien	23
Tableau XXXIII : Répartition des patientes selon les bandelettes urinaires	24
Tableau XXXIV : Répartition des patientes selon le nombre de croix.....	24
Tableau XXXV : Répartition des patientes selon l'ECBU	24
Tableau XXXVI : Répartition des patientes selon le diagnostic associé.....	25
Tableau XXXVII : Répartition des patientes selon les modalités thérapeutiques.....	25
Tableau XXXVIII : Répartition des patientes selon le type d'antibiothérapie.....	26
Tableau XXXIX : Répartition des patientes selon le type d'antihypertenseur	26
Tableau XL : Répartition des patientes selon le type de produit sanguin.....	26
Tableau XLI : Répartition des patientes selon le mode d'administration de diurétique.....	26
Tableau XLII : Répartition des patientes selon le type d'assistance hémodynamique	27
Tableau XLIII : Répartition des patientes selon les critères d'indication de dialyse	27
Tableau XLIV : Répartition des patientes selon le type de complications	27
Tableau XLV : Répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation	28
Tableau XLVI : Répartition des patientes selon l'évolution et le diagnostic.....	28
Tableau XLVII : Répartition des patientes selon l'évolution et la survenue de complication ..	29
Tableau XLVIII : Répartition des patientes selon l'évolution et la durée d'hospitalisation.....	29

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
I. OBJECTIFS	3
1. Objectif général	3
2. Objectifs spécifiques	3
II. MÉTHODOLOGIE	4
1. Cadre de l'étude.....	4
2. Type et période de l'étude	6
3. Population de l'étude	6
4. Échantillonnage	7
5. Collecte de données	7
6. Saisie et analyse de données	8
7. Définitions opératoires	8
8. Considérations éthiques	8
III. RÉSULTATS	9
1. Données socio démographiques	9
2. Données cliniques.....	11
3. Données obstétricales	18
4. Données biologiques	19
5. Données diagnostics	25
6. Données thérapeutiques	25
7. Complications et évolution	27
IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	31
1. Fréquences globales	31
2. Données socio démographiques	31
3. Données cliniques.....	32
4. Données biologiques	33
5. Données diagnostics	34
6. Données thérapeutiques	35
7. Mode d'accouchement	36
8. Complications	37

9. Évolution	37
CONCLUSION	39
RECOMMANDATIONS.....	40
V. RÉFÉRENCES.....	41
ANNEXES	44
Fiche d'enquête	44
Résumé	47

REMERCIEMENT

A DIEU LE PERE TOUT PUISSANT

Toute la gloire de l'accomplissement de ce travail qui traduit ton miracle dans ma vie te reviennent pour des siècles des siècles amen !

Au corps enseignant du DES d'Anesthésie Réanimation de la FMOS

Merci pour la qualité de l'enseignement et votre souci de former des réanimateurs Africains compétitifs sur le plan Mondial.

A mes encadreurs :

Pr DIANGO djibo, Pr Almeimoune abdoul, Pr Diop Madane Thierno ,Pr Mangane Moustapha

Dr Soumaré Alfousseini, Gamby Amadou, Sanogo Dramane, Coulibaly Adama, Traore Aliou, Bagayogo Adama, Traore Moriba.

C'est un grand plaisir et un grand honneur pour nous d'avoir appris à vos côtés. Merci pour la formation de qualité dont nous avons bénéficiée.

A Dr BADIMI Issiaka :

Merci pour votre accompagnement et vos conseils qui m'ont éclairé dans ce cursus.

A tous les DESAR :

Merci pour votre collaboration et votre respect nous avons toujours su apprendre les uns des autres, un avenir meilleur nous attend sil plait à DIEU.

A Dr Moussa Sidibe

Vous avez par votre présence été indispensable à la réussite de ce projet, je vous dédie ce travail car il est aussi le vôtre, trouvez en ces mots ma profonde gratitude

A mes collègues de promotion DESAR 4

Ces quatre années passées ensemble ont fait naitre un lien de famille qui j'espère durera tant que ce titre que nous aurons bientôt nous accompagnera, que la grâce de DIEU accompagne

chacun de nous dans l'exercice de cette profession, je vous souhaite une fructueuse et longue carrière de MAR, je vous aime.

A mes familles de Bamako

Vous êtes nombreux à m'avoir adopté comme votre petite-fille, fille, sœur, mère, amie, à travers vous j'ai trouvé le soutien et l'amour dont j'avais besoin sachez que je vous porte tous dans mon cœur.

A ma famille biologique

Vous êtes ma principale source de motivation, merci pour les sacrifices consentis durant toutes ces années, que le seigneur nous fasse vivre longtemps et en bonne santé, j'ai hâte de vous retrouver.

INTRODUCTION

La grossesse, période d'épanouissement et de transformations physiologiques, n'est pas exempte de risques, notamment ceux liés aux complications rénales [1,2]. Ces complications, regroupant un éventail de troubles affectant la fonction rénale, revêtent une importance cruciale dans le contexte des urgences obstétricales. La gestion de ces complications au sein du service de réanimation soulève des défis complexes nécessitant une compréhension approfondie et des protocoles adaptés [1,3].

L'insuffisance rénale aigue (IRA) correspond à une altération de la fonction rénale en réponse à une situation d'agression. Elle se caractérise par une dégradation du débit de filtration glomérulaire (DFG) [4]. L'IRA obstétricale est une altération brutale et temporaire de la fonction rénale pendant la grossesse ou au cours du péri partum [5].

L'IRAO est une complication exceptionnelle dans les pays développés, mais reste fréquente dans ceux en voie de développement où elle demeure un problème de santé publique avec une incidence de 20 à 25% [4,6]. L'IRAO nécessite une prise en charge immédiate, vue les complications telles que : les multiples défaillances viscérales voire une insuffisance rénale irréversible [6].

En Afrique, et spécifiquement au Mali, les réalités locales façonnent un paysage unique en matière de santé maternelle. C'est dans ce contexte que notre recherche se concentre sur les complications rénales des urgences obstétricales au sein du service de réanimation du CHU Gabriel Touré. Outre les complications susmentionnées, l'impact des infections rénales aiguës, de la nécrose tubulaire aiguë, et de l'hydronéphrose sur la santé des femmes enceintes nécessite une exploration approfondie.

La problématique s'intensifie alors que ces complications rénales peuvent entraîner une détérioration rapide de la fonction rénale, menaçant la vie de la mère et du fœtus [7]. Les enjeux spécifiques au Mali, tels que les ressources limitées et les barrières d'accès aux soins, soulignent l'urgence de comprendre et de traiter ces complications de manière adaptée à notre contexte.

Ainsi, notre recherche, se situant à l'intersection de la médecine obstétricale, de la réanimation et de la néphrologie, déploie une approche holistique pour aborder les multiples facettes des complications rénales chez les femmes enceintes. En embrassant cette perspective, nous aspirons non seulement à améliorer les soins aux femmes enceintes mais également à forger une base de connaissances médicales spécifiques à notre réalité malienne.

I. OBJECTIFS

1. Objectif général :

Étudier les complications rénales chez les patientes admises pour urgences obstétricales au service de réanimation du CHU Gabriel Touré à Bamako.

2. Objectifs spécifiques :

- Évaluer la prévalence des complications rénales chez les femmes admises pour urgence obstétricale en réanimation selon le score de KDIGO
- Décrire les modalités de prise en charge des patientes ayant fait une complication rénale au cours d'une urgence obstétricale

II. MÉTHODOLOGIE

1. Cadre de l'étude

L'étude a été menée au Service de Réanimation du CHU de Gabriel Touré, situé dans le district de Bamako, au Mali.

1.1. Présentation du CHU Gabriel Touré

Le CHU Gabriel Touré fait partie des hôpitaux nationaux de 3eme référence de la république du Mali ; Il s'agit d'un ancien dispensaire situé dans la commune III du district de Bamako. Il a été érigé en institution hospitalière le 17 février 1959. Il est situé en plein centre-ville dans le quartier commercial de la Commune III du District de Bamako. Il est limité au Nord par le quartier général du Ministère de la Défense et des Anciens Combattants, au Sud par la Société des Chemins de Fer (Trans rail SA), à l'Ouest par l'École Nationale d'Ingénieurs Abdul Rahman Baba Toure (ENI-ABT) et à l'Est par le CHU IOTA.

1.2. Présentation du Service de Réanimation

Il fait partie du Département d'Anesthésie-Réanimation et de Médecine d'Urgence (DARMU). C'est une unité de réanimation polyvalente (médicale et chirurgicale).

Le Service compte en son sein :

- 06 Bureaux : 01 bureau pour le Chef de Service ; 01 bureau pour les autres médecins anesthésistes –réanimateurs ; 01 bureau pour la Secrétaire ; 01 bureau pour les D.E.S ; 01 bureau pour la Major ; 01 bureau pour les Internes et Thésards
- 01 Salle de surveillance des patients,
- 05 Salles d'hospitalisation contenant au total 08 lits. Soit 02 salles uniques et 03 salles de 02 lits chacune.

Les équipements du service :

Le Service de Réanimation dispose de :

- 08 Scopes multiparamétriques (TA, FR, SpO₂, FC, Température, ECG) pour la surveillance de l'activité cardiaque et des paramètres hémodynamiques.
- 10 Seringues auto-pousseuses à double piste
- 02 Insufflateurs manuels
- 02 Trousses à intubation

- 02 Aspirateurs fonctionnels
- Un Réfrigérateur pour conservation des médicaments et produits sanguins
- 03 Respirateurs
- 01 Glucomètre
- Un Stérilisateur de salle
- 06 Barboteurs pour oxygénation nasale
- Un Brancard
- 02 Fauteuils roulants de transport
- 02 Fauteuils roulants pour mobilisation

L'équipe de soins :

Le service de Réanimation est constitué du personnel suivant :

- Le Chef du Service de Réanimation Polyvalente qui est Médecin Anesthésiste Réanimateur.
- 06 Autres médecins spécialistes anesthésistes-réanimateurs
- Le major du service, qui est une Infirmière anesthésiste Diplômée d'État.
- Plusieurs Médecins en spécialisation
- 04 Thésards de l'année académique 2020-2021 faisant fonction d'Internes.
- 19 Infirmiers
- 11 Aides-soignants
- 05 Techniciens de surface

Fonctionnement du service

Le service est animé par diverses activités telles que :

- Le staff qui a lieu de lundi à jeudi au service d'accueil des urgences à partir de 7H30 ;
- La présentation des thèmes d'exposés le vendredi à 10h00 ;
- Les admissions en réanimation des patients venant de divers services via des transferts intra et inter hospitalier ainsi que du bloc opératoire ;
- La surveillance stricte des patients hospitalisés au service.

2. Type et période de l'étude

Il s'agissait d'une étude observationnelle, descriptive, à collecte de données retrospective sur une période de 2 ans allant de janvier 2022 à décembre 2023.

3. Population de l'étude

La population d'étude était constituée de femmes admises au service de réanimation du CHU Gabriel Touré pour des urgences obstétricales au cours de la période définie.

Critères d'inclusion :

Ont été incluses dans notre étude les patientes admises au service de réanimation pour des urgences obstétricales ayant présenté ou développé une insuffisance rénale aigue.

En période gestationnelle : défini par un âge gestationnelle > à 02 semaines d'aménorrhées, ou du post partum défini par un délai de 07 jours après l'accouchement.

Répondant au moins à un des critères de « Kidney Disease Improving Global Outcomes » (KDIGO) défini comme suit [8] :

- Stade 1 : créatinine plasmatique $\geq 26,5 \mu\text{mol/l}$ ou 1,5 à 1,9 fois la créatinine plasmatique de base (Diurèse $< 0,5 \text{ ml/kg/h}$ pendant 6h à 12h)
- Stade 2 : créatinine plasmatique : 2,0 à 2,9 fois la créatinine plasmatique de base (Diurèse $< 0,5 \text{ ml/kg/h}$ pendant $\geq 12\text{h}$)
- Stade 3 : créatinine plasmatique : 3,0 fois la plasmatique de base ou Créatinine plasmatique $\geq 354 \mu\text{mol/l}$ ou mise en route de l'épuration extra rénale (Diurèse $< 0,3 \text{ ml/kg/h}$ pendant $\geq 24\text{h}$ ou anurie pendant $\geq 12\text{h}$)

Critères de non-inclusion :

N'ont pas été incluses dans notre étude :

- Les patientes admises en réanimation pour urgences obstétricales ayant développé des complications autre que rénale
- Les patientes dont les dossiers étaient inexploitables

4. Échantillonnage

Un échantillonnage exhaustif de tous les dossiers de femmes admises pour urgence obstétricale répondant aux critères d'inclusion a été effectué. Cela a garanti une représentation complète de la population étudiée.

5. Collecte de données :

Les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux des patientes ; du registre du service de réanimation ; les fiches individuelles.

Les variables étudiées ont été :

↳ Variables sociodémographiques et obstétricales :

- Âge de la patiente
- Statut socio-économique
- Antécédents obstétricaux
- Type d'accouchement (voie basse, césarienne)

↳ Variables médicales :

- Antécédents médicaux préexistants (hypertension, diabète, maladies rénales)
- Indications d'admission en réanimation
- Diagnostic précis des complications rénales (prééclampsie, éclampsie, néphropathie gravidique, infections urinaires graves, syndrome HELLP, etc.)

↳ Variables liées aux soins médicaux :

- Traitements administrés (remplissage, diurétique, etc.)
- Interventions médicales (dialyse)
- Durée du séjour en réanimation

↳ Variables liées aux complications rénales :

- Niveau de sévérité des complications rénales
- Évolution des complications rénales

↳ Devenir du malade

6. Saisie et analyse de données

La saisie et l'analyse des données ont été réalisées de manière rigoureuse et méthodique à l'aide du logiciel SPSS Statistics 23.0 d'IBM. Les étapes principales ont été les suivantes :

- Saisie des données : Les données collectées ont été entrées dans une base de données électronique de manière à garantir leur intégrité et leur précision.
- Vérification et nettoyage des données : Une vérification a été effectuée pour identifier et corriger les erreurs, les valeurs aberrantes et les données manquantes
- Les informations recueillies pour chaque patiente ont été classées en variables qualitatives (exprimées en nombre et en pourcentage) et quantitatives (exprimées en moyenne et en écart- type).

7. Définitions opératoires :

Complications rénales : la néphropathie gravidique, les infections urinaires graves, l'hydronéphrose, la nécrose tubulaire aiguë.

Issues maternelles et fœtales : a englobé la mortalité maternelle, les issues néonatales.

8. Considérations éthiques

L'étude a été menée conformément aux principes de la Déclaration d'Helsinki. La confidentialité des informations personnelles des patientes a été rigoureusement préservée, et les données ont été utilisées uniquement à des fins de recherche scientifique. Les résultats ont été présentés de manière agrégée, sans révéler l'identité individuelle des patientes.

III. RÉSULTATS

Nous avons colligé 63 cas d'insuffisances rénales parmi les 453 urgences obstétricales enregistrées au cours des deux années 2022 et 2023 soit un pourcentage de 7,19%.

1. Données socio démographiques

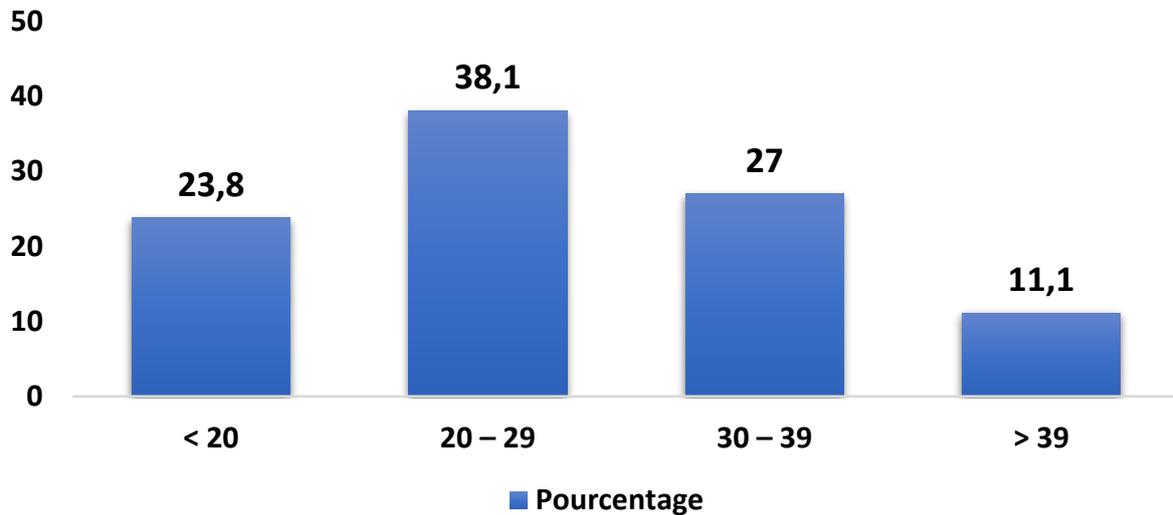


Figure 1 : Répartition des patientes selon l'âge

La majorité de nos patientes avaient un âge compris entre 20 et 29 ans. La moyenne d'âge était de $26,84 \pm 8,402$ ans avec les extrêmes de 15 et 43.

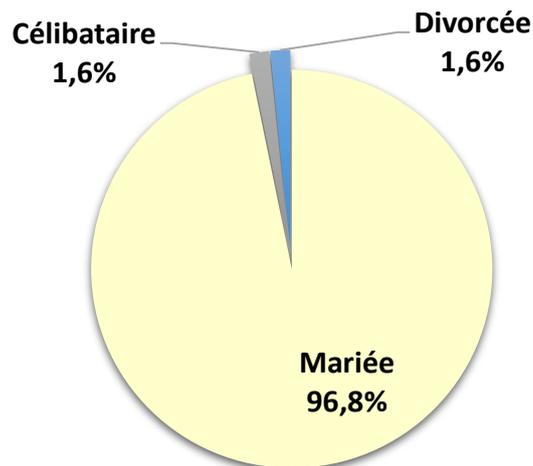


Figure 2 : Répartition des patientes selon le statut matrimonial

La quasi-totalité de nos patientes soit 96,8% étaient mariées.

Insuffisance rénale aigüe chez les urgences obstétricales

Tableau I : Répartition des patientes selon l'éthnie

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Bambara	26	41,2
Peulh	11	17,5
Dogon	6	9,5
Malinké	7	11,1
Bobo	2	3,2
Bozo	2	3,2
Soninké	2	3,2
Mianka	5	7,9
Autre*	2	3,2
Total	63	100,0

* : Guinéenne (1, Sonrhäï (1),

L'éthnie Bambara étaient majoritaire avec un pourcentage de 41,3%.

Tableau II : Répartition des patientes selon la zone de provenance

Provenance	Effectif	Pourcentage
Urbain	58	92,1
Rural	5	7,9
Total	63	100,0

2. Données cliniques

Tableau III : Répartition des patientes selon les ATCD gynécologique

ATCD obstétrique		Effectif (n = 63)	Pourcentage
Gestité	Nulligeste	1	1,6
	Primigeste	20	31,7
	Paucigeste	17	27,0
	Multigeste	9	14,3
	Grande multigeste	16	25,4
Parité	Nullipare	9	14,3
	Primipare	17	27,0
	Paucipare	15	23,8
	Multipare	12	19,0
	Grande multipare	10	15,9
Nbre d'enfant vivant	Aucun	15	23,8
	1 - 3	28	44,4
	4 - 5	15	23,8
	> 5	5	7,9
Nbre d'enfant décédé	Aucun	46	73,0
	1	12	19,0
	2	4	6,3
	> 2	1	1,6
Nbre d'enfant Mort-né	Aucun	44	69,8
	1	18	28,6
	3	1	1,6
Nbre d'enfant décédé	Aucun	46	73,0
	1	12	19,0
	2	4	6,3
	5	1	1,6

Les patientes étaient en majorité primigestes, primipares avec un pourcentage de 31,7%, et 27%.

Insuffisance rénale aigue chez les urgences obstétricales

Tableau IV : Répartition des patientes selon les ATCD médico-chirurgicaux

ATCD		Effectif (n = 63)	Pourcentage
Chirurgical	Césarienne	8	12,7
	Chirurgie du petit bassin	1	1,6
	Chirurgie rénale	1	1,6
	Aucun	53	84,1
Médical	Hypertension	12	19,0
	Asthme	2	3,2
	Drépanocytose	2	3,2
	Aucun	48	76,2

Les antécédents médicaux et chirurgicaux ont respectivement été dominé par l'hypertension artériel 12 cas (19%) et la césarienne 8 cas (12,7%).

Tableau V : Répartition des patientes selon le lieu de provenance

Structure d'évacuation	Effectif	Pourcentage
Autres (CHU et Privées)	6	17,6
CI	4	11,8
CII	1	2,9
CIII	3	8,8
CIV	6	17,6
CV	4	11,8
CVI	7	20,6
Hors de Bamako	3	8,8
Total	34	100,0

La majorité des patientes ont été évacuée de la commune VI soit 20,6%.

Insuffisance rénale aigüe chez les urgences obstétricales

Tableau VI : Répartition des patientes selon le mode de d'arrivé en réanimation

Mode d'accès	Effectif	Pourcentage
Évacuation	34	54,0
Transfert	29	46,0
Total	63	100,0

Les évacuations ont été le principal mode d'accès de nos patientes avec 54% des cas.

Tableau VII : Répartition des patientes selon le lieu de transfert

Lieu de transfert	Effectif	Pourcentage
Gynéco obstétrique	27	93,1
Bloc opératoire	2	6,9
Total	29	100,0

Le service de gynécologie obstétrique a été le lieu de transfert de 93,1% de nos patientes.

Tableau VIII : Répartition des patientes selon le motif d'admission

Motif de d'admission en réanimation	Effectif (n = 63)	Pourcentage
Éclampsie	25	39,7
HRP	19	30,2
IIIa	11	57,9
IIIb	8	42,1
Choc hémorragique du post partum	7	11,1
Prééclampsie	4	6,3
OAP	4	6,3
Altération de conscience	3	4,8
Syndrome HELLP	2	3,2
Insuffisance rénale	2	3,2
Autre*	7	11,1

* : Anémie sévère (1), Rupture utérine (1), ACR récupéré (1), Choc septique (1), Paludisme grave (1), Pleurésie (1), Retard de réveil (1),

Nos patientes ont été majoritairement admises pour éclampsie dans 39,7% des cas et pour HRP dans 30,2% des cas dominé par le grade III A de sher à 57,9%.

Insuffisance rénale aigüe chez les urgences obstétricales

Tableau IX : Répartition des patientes selon le nombre de structure de transit

Nombre de structure de transit	Effectif	Pourcentage
1	8	12,7
2	35	55,6
3	15	23,8
4	1	1,6
Aucun	4	6,3
Total	63	100,0

Les patientes avaient transité en majorité dans 2 structures soit 55,6%.

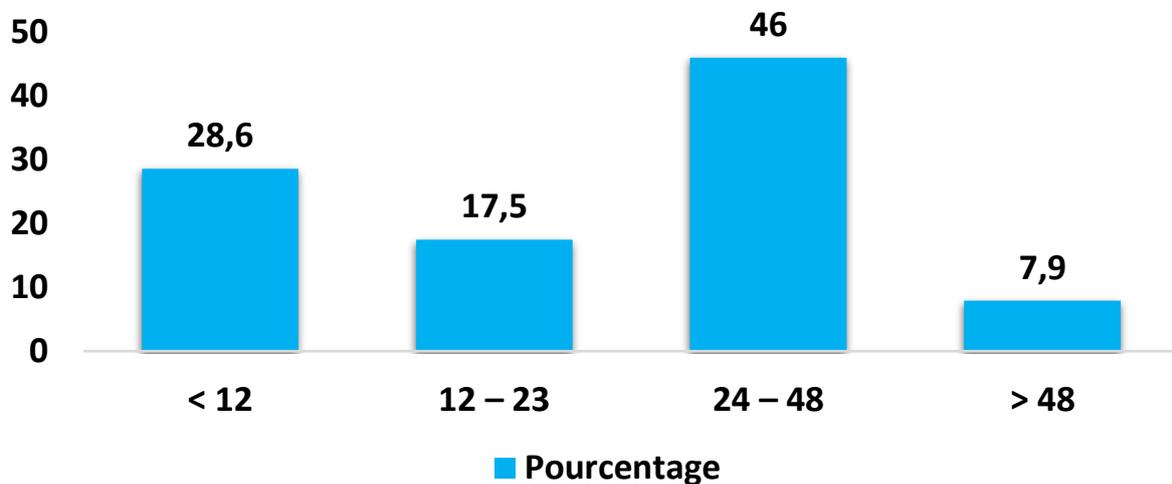


Figure 3 : Répartition des patientes selon le délai d'admission

Les patientes étaient admises dans un délai de 24 à 48 heures dans la 46% des cas.

Insuffisance rénale aigue chez les urgences obstétricales

Tableau X : Répartition des patientes selon les signes généraux à l'admission

Signes généraux		Effectif	Pourcentage
État général	Altéré	20	31,7
	Bon	43	68,3
Muqueuses	Colorées	32	50,8
	Pâles	31	49,2
Ictère	Non	54	85,7
	Oui	9	14,3
Bouffissure du visage	Non	60	95,2
	Oui	3	4,8

À l'admission les patientes présentaient en majorité un bon état générale (68,3%), les conjonctives colorées (50,8%) et seulement 14,3% avaient un ictère et 4,8% avaient une bouffissure du visage

Tableau XI : Répartition des patientes selon la classification de la pression artériel

Classification de la TA	Effectif	Pourcentage
Normale (inf140/90)	31	49,2
Modérée (Pas 160-140/ Pad 110-90)	22	34,9
Sévère (supérieur à 160/110)	10	15,9
Total	63	100,0

Les patientes avaient une hypertension artériel sévère dans 15,9% des cas

Tableau XII : Répartition des patientes selon l'anémie

Anémie	Effectif	Pourcentage
Non	17	27,0
Oui	46	73,0
Total	63	100,0

Les patientes présentaient une anémie dans 73% des cas.

Insuffisance rénale aigue chez les urgences obstétricales

Tableau XIII : Répartition des patientes selon les troubles de la coagulation

Trouble de la coagulation	Effectif	Pourcentage
Non	50	79,4
Oui	13	20,6
Total	63	100,0

Les patientes avaient un trouble de la coagulation dans 20,6% des cas.

Tableau XIV : Répartition des patientes selon leur poids

Poids en kg	Effectif	Pourcentage
< 60	9	14,3
60 – 79	41	65,1
80 – 99	7	11,1
NR	6	9,5
Total	63	100,0

NR : Non renseigné

Seulement 11,1 % des patientes étaient en surpoids

Tableau XV : Répartition des patientes selon la température

Température en °C	Effectif	Pourcentage
< 36,1	25	39,7
36,1 - 37,8	27	42,9
> 37,8	9	14,3
NR	2	3,2
Total	63	100,0

Les patientes avaient une hyperthermie dans 14,3% des cas

Insuffisance rénale aiguë chez les urgences obstétricales

Tableau XVI : Répartition des patientes selon la fréquence cardiaque

Fréquence cardiaque (batt/min)	Effectif	Pourcentage
< 60	1	1,6
60 – 90	3	4,8
> 90	59	93,7
Total	63	100,0

À l'admission 93% des patientes étaient tachycardes

Tableau XVII : Répartition des patientes selon les transaminases

Transaminases	Effectif	Pourcentage	
ASAT	>= 34	17	27,0
	< 34	24	38,1
	NR	22	34,9
ALAT	>= 35	26	41,3
	<35	15	23,8
	NR	22	34,9

Les transaminases ASAT étaient supérieures à la normale dans 27% des cas et ALAT étaient supérieures à la normale dans 41,3% des cas.

Tableau XVIII : Répartition des patientes selon les signes d'appels rénaux

Signes rénaux	Effectif (n = 63)	Pourcentage
Oligurie	16	25,4
Anurie	12	19,0
Couleur foncée des urines	9	14,3
Protéinurie	3	4,8
Aucun	41	65,1

Nos patientes dans 19% des cas étaient en anurie, 25,4% en oligurie.

3. Données obstétricales

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

Âge de la grossesse en SA	Effectif	Pourcentage
< 20	1	1,6
20 – 29	7	11,1
30 – 38	50	79,4
> 38	5	7,9
Total	63	100,0

De nos patientes, 79,4% des urgences obstétricales concernaient les grossesses à terme.

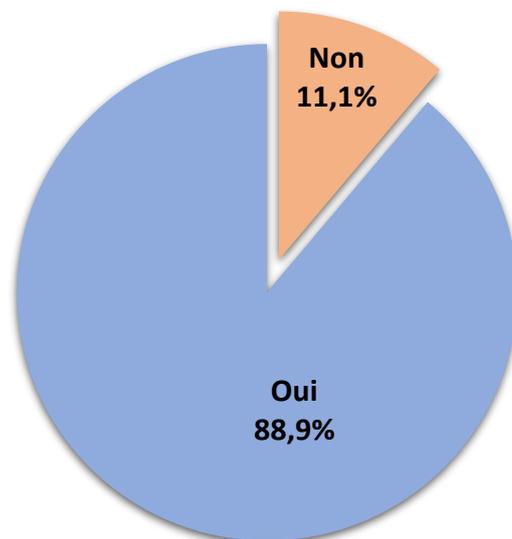


Figure 4 : Répartition des patientes selon accouchement

Les patientes avaient accouché dans 88,9% des cas.

Insuffisance rénale aigue chez les urgences obstétricales

Tableau XX : Répartition des patientes selon la voie d'accouchement

Type d'accouchement	Effectif	Pourcentage
Césarienne	46	82,1
Voie basse	10	17,9
Total	56	100,0

Les patientes avaient pour la plupart été césarisées 82,1%.

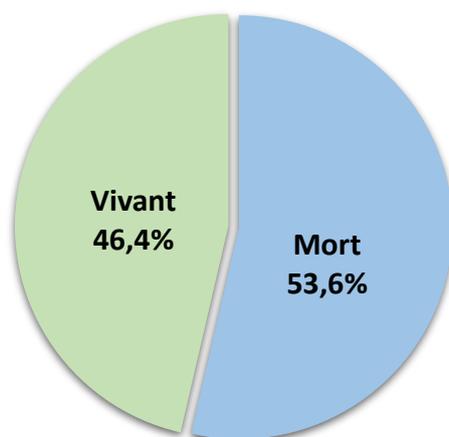


Figure 5 : Répartition des patientes selon le pronostic du nouveau-né

Chez les 56 patientes qui ont accouchées, seulement 26 enfants étaient vivants soit 46,4%.

4. Données biologiques

Tableau XXI : Répartition des patientes selon la réalisation de la créatinémie

Créatinémie	Effectif	Pourcentage
Non	3	4,8
Oui	60	95,2
Total	63	100,0

Seulement 3 patientes incluses n'avaient pas réalisé la créatinémie soit 4,8%.

Insuffisance rénale aiguë chez les urgences obstétricales

Tableau XXII : Répartition des patientes selon la diurèse

Diurèse à (ml/Kg/h)		Effectif	Pourcentage
3h (n = 60)	< 0,5	37	61,7
	0,5 - 1	11	18,3
	> 1	12	20,0
6h (n = 60)	< 0,5	34	56,7
	0,5 - 1	8	13,3
	> 1	18	30,0
12h (n = 60)	< 0,5	29	48,3
	0,5 - 1	8	13,3
	> 1	23	38,3
24h (n = 51)	< 0,5	20	39,2
	0,5 - 1	12	23,5
	> 1	19	37,3
48h (n = 28)	< 0,5	8	28,6
	0,5 - 1	6	21,4
	> 1	14	50,0
Sup 48h (n = 12)	< 0,5	4	33,3
	0,5 - 1	2	16,7
	> 1	6	50,0

Les patientes avaient une oligo- anurie pendant les 3 premières heures dans 67,7% des cas.

Tableau XXIII : Répartition des patientes selon les moyennes de diurèse

Moyennes de diurèse (ml/Kg/h)	3h (n = 60)	6h (n = 60)	12h (n = 60)	24h (n = 51)	J2 (n = 28)	Sup J2 (n = 28)
Moyennes	1,58	1,73	1,90	1,98	2,21	2,17
Écart-types	0,809	0,899	0,933	0,883	0,876	0,937
Extrêmes	[1-3]	[1-3]	[1-3]	[1-3]	[1-3]	[1-3]

Les taux moyens de diurèse de nos patientes ont augmenté au cours du temps passant de 1,58 à 2,17 ml/Kg/h.

Insuffisance rénale aigüe chez les urgences obstétricales

Tableau XXIV : Répartition des patientes selon l'évolution de la créatinémie

Créatinémie (umol/l)	J0 (n = 60)	J1 (n = 13)	J2 (n = 11)	J3 (n = 4)	J4 (n = 3)	J5 (n = 1)	Sup J5 (n = 2)
Moyennes	2,90	2,69	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00
Écart-types	0,354	0,63	0	0	0	-	0
Extrêmes	[1-3]	[1-3]	[3-3]	[3-3]	[3-3]	[3-3]	[3-3]

Tableau XXV : Répartition des patientes selon le nombre de contrôle de créatinémie

Nombre de control de créatinémie	Effectif	Pourcentage
1	34	56,7
2	20	33,3
3	4	6,7
4	2	3,3
Total	60	100,0

Parmi les 60 patientes qui ont fait la créatinémie, 56,7% n'avaient fait qu'une créatinémie.

Tableau XXVI : Répartition des patientes selon le nombre de créatinémie anormale

Nombre de créatinémie anormale	Effectif	Pourcentage
0	3	5,0
1	43	71,7
2	10	16,7
3	3	5,0
4	1	1,7
Total	60	100,0

Les patientes avaient pour la plupart 71,7%, 1 seule créatinémie anormale.

Insuffisance rénale aigue chez les urgences obstétricales

Tableau XXVII : Répartition des patientes selon le nombre de temps de normalisation de la créatinémie

Nombre de temps de normalisation de la créatinémie en jours	Effectif	Pourcentage
0	41	68,3
1	7	11,7
2	4	6,7
3	1	1,7
4	5	8,3
5	1	1,7
6	1	1,7
Total	60	100,0

Dans 68,3% des cas, les patientes la normalisation de la créatinémie n'était pas effective.

Tableau XXVIII : Répartition des patientes selon la créatinémie de sortie

Créatinémie de sortie	Effectif	Pourcentage
Anormale	40	66,7
Normale	20	33,3
Total	60	100,0

La créatinémie s'est normalisée chez 20 patientes soit 33,3%.

Tableau XXIX : Répartition des patientes selon le taux d'urée

Urée (ml)	Effectif	Pourcentage
< 2,5	5	7,9
2,5 - 8,3	24	38,1
8,4 – 29	23	36,5
NR	11	17,5
Total	63	100,0

NR : Non renseigné

L'urée a été anormale chez 23 patientes soit 36,5% de cas.

Insuffisance rénale aigue chez les urgences obstétricales

Tableau XXX : Répartition des patientes selon le score de KDIGO

Stade de l'insuffisance rénale aigue selon le score de KDIGO	J0 (%)	J2 (%)	J7 (%)
0	-	6 (23,1)	-
1	37 (58,7)	7 (26,9)	-
2	18 (28,6)	2 (7,7)	2 (33,3)
3	8 (12,7)	11 (42,3)	4 (66,7)
Total	63 (100)	26 (100)	6 (100)
Moyenne	1,54	1,69	2,67

Le stade de l'insuffisance rénale aigue selon le score de KDIGO a été de 1 pour 58,7% de nos patientes à l'entrée, de 3 pour 42,3% des 26 patientes contrôlées à J2 et toujours de 3 pour 66,7% des 6 patientes à J7. Avec des scores moyens en constante progression allant de 1,54 à 2,67.

Tableau XXXI : Répartition des patientes selon les troubles de l'ionogramme sanguin

Trouble de l'ionogramme sanguin	Effectif	Pourcentage
Non	50	79,4
Oui	13	20,6
Total	63	100,0

Les patientes avaient les troubles de l'ionogramme dans 20,6% des cas.

Tableau XXXII : Répartition des patientes selon l'échographie abdominopelvien

Échographie abdominopelvien	Effectif	Pourcentage
Non	61	96,8
Oui	2	3,2
Total	63	100,0

Seulement 3,2% des patientes avaient fait une échographie abdominale.

Insuffisance rénale aigue chez les urgences obstétricales

Tableau XXXIII : Répartition des patientes selon les bandelettes urinaires

Bandelettes urinaires	Effectif	Pourcentage
Non	40	63,5
Oui	23	36,5
Total	63	100,0

Les patientes avaient une bandelette urinaire dans 36,5% des cas.

Tableau XXXIV : Répartition des patientes selon le nombre de croix

Nombre de Croix	Effectif	Pourcentage
0	2	8,7
1	4	17,4
2	5	21,7
3	11	47,8
4	1	4,3
Total	23	100,0

Des 23 patientes qui ont eu une protéinurie 47,8% avaient 3 croix.

Tableau XXXV : Répartition des patientes selon l'ECBU

ECBU	Effectif	Pourcentage
Non	61	96,8
Oui	2	3,2
Négatif	1	50,0
Positif*	1	50,0
Total	63	100,0

* : **Germe** : Staphylococcus

* : **Sensibilité** : Amoxicilline + acide clavulanique, gentamicine, érythromycine, cotrimoxazole

L'ECBU a concerné 2 (3,2%) patientes, des 2 patientes qui avaient fait un ECBU et un seul (50%) était positif à staphylococcus

5. Données diagnostics

Tableau XXXVI : Répartition des patientes selon le diagnostic associé

Diagnostic	Effectif (n = 63)	Pourcentage
Éclampsie	26	41,3
HRP	20	31,7
Choc hémorragique du post partum	8	12,7
Prééclampsie	7	11,1
Syndrome HELLP	7	11,1
OAP	4	6,3
Paludisme grave	3	4,8
Anémie sévère	2	3,2
Rupture utérine	2	3,2
Autre*	5	7,9

* : ACR récupérer (1), AVC (1), Choc septique (1), GEU (1), Pleurésie (1).

L'éclampsie et l'HRP avec respectivement 41,3 et 31,7% ont été les diagnostics majoritairement retenus chez nos patientes.

6. Données thérapeutiques

Tableau XXXVII : Répartition des patientes selon les modalités thérapeutiques

Traitement reçu	Effectif (n =63)	Pourcentage
Antihypertenseur	32	50,8
Transfusion de produit sanguin	28	44,4
Assistance respiratoire	19	30,2
Diurétique	19	30,2
Assistance hémodynamique	12	19,0
Corticothérapie	11	17,5
Dialyse	10	15,9

Les antihypertenseurs avec 51% des cas ont été le principal traitement administré à nos patientes suivie de transfusion de produit sanguin ont été administrés chez 28 (44,4%) de nos patientes.

Insuffisance rénale aigue chez les urgences obstétricales

Tableau XXXVIII : Répartition des patientes selon le type d'antibiothérapie

Type d'antibiothérapie	Effectif	Pourcentage
Bithérapie	9	17,6
Monothérapie	41	80,4
Trithérapie	1	2,0
Total	51	100,0

La majorité des patientes qui ont bénéficié d'une antibiothérapie était sous amoxicilline acide clavulanique.

Tableau XXXIX : Répartition des patientes selon le type d'antihypertenseur

Type d'antihypertenseur	Effectif (n = 32)	Pourcentage
Inhibiteur calciques	28	87,5
Anti HTA centraux	20	62,5
B Bloquant	6	18,7

Les antihypertenseurs ont principalement été les inhibiteur calciques (87,5%) et les anti HTA centraux (62,5%).

Tableau XL : Répartition des patientes selon le type de produit sanguin

Type de produit sanguin	Effectif (n =28)	Pourcentage
CGR	25	89,3
PFC	10	35,7

Les types de produits sanguins ont principalement été le CGR (89,3%) et le PFC (35,7%).

Tableau XLI : Répartition des patientes selon le mode d'administration de diurétique

Type de diurétique	Effectif (n = 19)	Pourcentage
Bolus	19	100,0
Discontinue	15	78,9
Perfusion continue	7	36,8

Les diurétiques ont été administré chez 19 patientes et dans 100 % des cas l'administration se faisait par bolus, alors que dans 78,9% des cas les diurétiques ont ensuite été administré en continue.

Insuffisance rénale aigue chez les urgences obstétricales

Tableau XLII : Répartition des patientes selon le type d'assistance hémodynamique

Type d'assistance hémodynamique	Effectif (n = 12)	Pourcentage
Remplissage vasculaire	12	100,0
Vaso-amines	1	8,3

Le remplissage vasculaire a été pour le type d'assistance hémodynamique de tous les 12 patients sous assistance.

Tableau XLIII : Répartition des patientes selon les critères d'indication de dialyse

Critères d'indication de dialyse	Effectif	Pourcentage
Anurie ou oligurie extrême (inf à 50 ml/12h)	8	80,0
Encéphalite urémique	1	10,0
Surcharge volumique (OAP)	1	10,0
Total	10	100,0

La dialyse a concerné 10 patientes et les critères d'indication de dialyse ont été pour 8 patientes anurie ou oligurie extrême.

7. Complications et évolution

Tableau XLIV : Répartition des patientes selon le type de complications

Type de complication	Effectif (n = 9)	Pourcentage
OAP	2	3,17
Choc hémorragique	3	4,76
Altération de la conscience	3	4,76
Choc septique	1	1,58

Des 9 patientes concernées par des complications, 3 altérations de la conscience, 3 ont fait un choc hémorragique et 2 un OAP avec des pourcentages respectifs de 4,76 ; 4,76 et 3,17

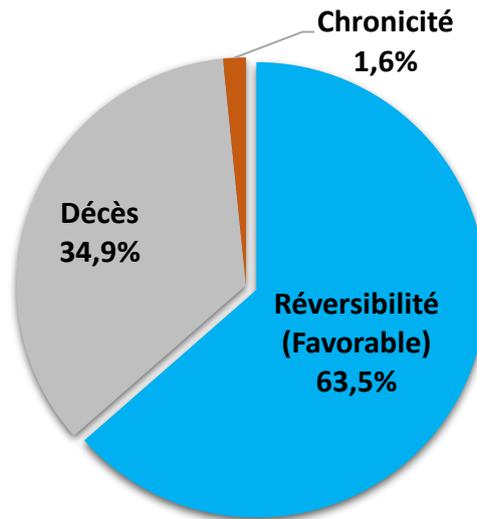


Figure 6 : Répartition des patientes selon l'évolution

À la sortie la plupart de nos patients soient 63,5% ont eu une réversibilité et un taux de décès de 34,9% a été enregistré.

Tableau XLV : Répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation en jours	Effectif	Pourcentage
1 – 3	38	60,3
4 – 7	19	30,2
> 7	6	9,5
Total	63	100,0

La durée moyenne d'hospitalisation a été de $3,67 \pm 3,8$ jours avec des extrêmes de 1 et 24 jours avec une durée située entre 1 et 3 jours pour 60,3%, de nos patientes.

Insuffisance rénale aigue chez les urgences obstétricales

Tableau XLVII : Répartition des patientes selon l'évolution et le diagnostic

Diagnostic	Évolution			Total (%)	p
	Chronicité	Décès	Réversibilité (Favorable)		
Éclampsie	0 (0)	7 (26,9)	19 (73,1)	26 (41,3)	0,342
HRP	1 (5)	9 (45)	10 (50)	20 (31,7)	0,111
Choc hémorragique du post partum	0 (0)	3 (37,5)	5 (62,5)	8 (12,7)	1,000
Insuffisance rénale	0 (0)	5 (62,5)	3 (37,5)	8 (12,7)	0,231
Prééclampsie	0 (0)	3 (42,9)	4 (57,1)	7 (11,1)	0,725
Syndrome HELLP	0 (0)	3 (42,9)	4 (57,1)	7 (11,1)	0,725
OAP	0 (0)	1 (25)	3 (75)	4 (6,3)	1,000
Paludisme grave	0 (0)	2 (66,7)	1 (33,3)	3 (4,8)	0,319
Anémie sévère	0 (0)	0 (0)	2 (100)	2 (3,2)	0,549
Rupture utérine	0 (0)	1 (50)	1 (50)	2 (3,2)	1,000
Autre*	0 (0)	2 (40)	3 (60)	5 (7,9)	1,000

Tableau XLVIII : Répartition des patientes selon l'évolution et la survenue de complication

Survenue de complication	Évolution			Total (%)
	Chronicité	Décès	Réversibilité (Favorable)	
Oui	1 (1,8)	19 (34,5)	35 (63,7)	55 (87,5)
Non	0 (0)	3 (37,5)	5 (62,5)	8 (12,7)
Total	1 (1,6)	22 (34,9)	40 (63,5)	63 (100,0)

Test exact de Fisher = 0,164 ; ddl = 2 ; p = 1,000

Tableau XLVIII : Répartition des patientes selon l'évolution et la durée d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation (en jours)	Évolution			Total (%)
	Chronicité	Décès	Réversibilité (Favorable)	
1 – 3	0 (0)	16 (42,1)	22 (57,9)	38 (60,3)
4 – 7	0 (0)	5 (26,3)	14 (73,7)	19 (30,2)
> 7	1 (16,7)	1 (16,7)	4 (66,7)	6 (9,5)
Total	1 (1,6)	22 (34,9)	40 (63,5)	63 (100,0)

Test exact de Fisher = 6,746 ; ddl = 4 ; p = **0,121**

IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. Fréquences globales

La fréquence globale des complications rénales chez les patientes admises au service de réanimation du CHU Gabriel Touré pour des urgences obstétricales a été examinée lors de cette étude observationnelle menée sur une période de 2 ans (janvier 2022 à décembre 2023). Au cours de cette période, 453 urgences obstétricales ont été enregistrées, parmi lesquelles 63 cas d'insuffisance rénale, représentant un pourcentage de 7,19%.

Ce pourcentage est inférieur aux résultats obtenus par Beye S et al [6], qui ont rapporté une prévalence de 12,4%. Cette différence peut être attribuée à des variations dans les populations étudiées et aux facteurs de risque spécifiques présents dans chaque contexte.

L'insuffisance rénale aiguë obstétricale a constitué 1,85% de l'ensemble des hospitalisations au cours de la période de 24 mois, selon une étude menée par Konate S [9] en 2015 sur l'insuffisance rénale aiguë obstétricale au service de néphrologie et d'hémodialyse du CHU du Point G. Ce résultat est également inférieur à ceux rapportés par Tounkara AA et al [10], Parkoo I [11] et la maternité de Gazoby ISSAKA [5] au Niger, qui ont respectivement trouvé des prévalences de 2,08%, 4,2% et 14,95%.

En outre, au Sénégal, la prévalence de l'insuffisance rénale aiguë obstétricale a été estimée à 4,65% sur une période de 10 ans [12]. Des études menées en France par Moussaid et al. ont rapporté une fréquence de 0,10% chez les parturientes hospitalisées, tandis qu'en Inde, l'insuffisance rénale aiguë obstétricale représentait 6,5% de toutes les admissions pour insuffisance rénale aiguë entre 2007 et 2009 [13].

Bien que l'incidence de l'insuffisance rénale aiguë obstétricale ait diminué dans les pays où l'avortement est légalisé et les consultations prénatales rendues obligatoires, elle reste une complication redoutable dans les pays en voie de développement, où la mortalité maternelle atteint souvent 15% [14,15].

2. Données socio démographiques

L'avancement de l'âge est unanimement reconnu comme un facteur prédisposant à l'insuffisance rénale aiguë, comme l'ont souligné plusieurs auteurs [16–18]. Dans notre étude, une proportion significative de nos patientes était mariée (96,8%), avec une répartition notable de 38,1% dans la tranche d'âge de 20 à 29 ans. La moyenne d'âge observée était de

26,84 ans, variant de 15 à 43 ans. Ces chiffres se situent légèrement en deçà de ceux rapportés par Konaté [9], qui a signalé une moyenne d'âge de 26,9 ans avec des extrêmes de 15 à 40 ans. Tounkara AA et al et Fomba I ont également communiqué des âges moyens de 25,9 ans et 27,31 ans respectivement [10,19].

En comparaison avec les moyennes d'âge relevées au Niger ($25,21 \pm 5,14$ ans) et au Maroc (28 ± 7 ans) [12,18], nos résultats démontrent des variations qui peuvent être attribuées à des particularités démographiques propres à chaque région ou pays. Dans une étude menée par Dembélé H [20] sur les urgences obstétricales de 2015 à 2018 dans le district sanitaire de Yelimane, une moyenne d'âge de $31,07 \pm 10,37$ ans a été rapportée, avec une concentration significative des femmes âgées de 20 à 34 ans représentant 53,19%.

De manière similaire, l'étude de Tangara T [21] sur les urgences obstétricales, en mettant l'accent sur les modes d'admission, a révélé que 96,8% des patientes étaient mariées. Ces données soulignent la cohérence des résultats observés dans notre étude en ce qui concerne le statut matrimonial des patientes.

Les variations dans les moyennes d'âge entre ces différentes études peuvent être expliquées par des différences dans les périodes d'étude, les critères d'inclusion, les caractéristiques socioculturelles propres à chaque population, et d'autres facteurs spécifiques à chaque contexte.

3. Données cliniques

Antécédents

La majorité des patientes présentaient des antécédents de primigestité (31,7%) et de primiparité (27%). Les antécédents médicaux et chirurgicaux étaient principalement marqués par l'hypertension artérielle, observée chez 19% des cas, et la césarienne, notée dans 12,7% des situations. À l'admission, Konaté S rapportait une prévalence de 67% pour les patientes multipares et de 33% pour les primipares. Des études antérieures, telles que celles d'Arora et al., Goplani et al. en Inde, ont également décrit des pourcentages respectifs de 68,57% et 54,4% pour les multipares. Cependant, d'autres recherches ont rapporté une prédominance des primipares [6, 8, 71,74], illustrant la variabilité des résultats dans la littérature.

Motifs d'hospitalisation

La principale raison d'hospitalisation de nos patientes était l'éclampsie, observée dans 39,7% des cas, suivie de l'HTA avec protéinurie (HRP) dans 30,2% des situations, dominée par le grade III A de Sher à 57,9%. Des études comparables, telles que celles de Goplani et al. [22], ont signalé l'oligurie chez 62,85% et les œdèmes chez 72,85%. Dans une série menée par Kane et al. [23] au Niger, l'HTA était présente chez 86,66% des patientes, avec une oligurie observée chez 40,5% et un syndrome œdémateux chez 37,5%. La majorité de nos patientes (46%) ont été admises dans un délai de 24 à 48 heures, avec un délai moyen de $24,621 \pm 7,03$ heures. Les évacuations représentaient le principal mode d'accès pour 54% des cas.

À l'admission, la majorité des patientes présentaient un bon état général (68,3%), des conjonctives colorées (50,8%), tandis que seulement 14,3% avaient un ictère et 4,8% une bouffissure du visage. Konaté S [9] rapportait que, à l'admission, 83,3% des patientes étaient en tableau d'insuffisance rénale aiguë (IRA) oligo-anurique, avec 63,3% provenant d'hôpitaux externes. Les symptômes prédominants étaient les vomissements (63%) et les nausées (63%). L'examen physique révélait une pâleur conjonctivale (96,7%), un œdème des membres inférieurs (76,7%), et un ictère (23,3%). À la maternité Issaka Gazoby de Niamey au Niger, les évacuations depuis les hôpitaux représentaient 71,9% des cas [5].

4. Données biologiques

En ce qui concerne le taux de créatinine sérique à l'admission, seulement 3 des 63 patientes incluses n'avaient pas réalisé la créatinémie, représentant ainsi 4,8% de l'échantillon. La créatinémie était dans la plage normale pour 5 patientes, soit 8,4%. Dans 67,7% des cas, les patientes présentaient une oligo-anurie au cours des 3 premières heures. Ces constatations concordent avec les résultats de Konaté S, qui avait rapporté une créatininémie située entre 500 et 1000 $\mu\text{mol/l}$ chez 40,6% des patientes, avec une moyenne de 1007,12 $\mu\text{mol/l}$ et des extrêmes allant de 200 à 2000 $\mu\text{mol/l}$.

Concernant la concentration d'urée, 36,5% des patientes présentaient des valeurs anormales, ce qui peut refléter la gravité des complications rénales dans cette cohorte spécifique. Les troubles de l'ionogramme, observés chez 20,6% des patientes, pourraient être attribués à la dysrégulation électrolytique associée aux complications obstétricales, en alignement avec les observations antérieures de Konaté S (40,6% de taux d'urée compris entre 18 et 28 mmol/l). Les résultats sont également comparables avec ceux de Hachim et al. [24] au Maroc, qui ont

signalé un taux d'urée moyen de 37,4 mmol/l, ainsi qu'avec Aggarwal et al. [18] en Inde et Miguil et al. [25] au Maroc, qui ont rapporté l'hyperkaliémie dans respectivement 13% et 10% des cas.

La faible fréquence (3,2%) des échographies abdominales pourrait découler de limitations en termes d'accès aux équipements ou d'indication spécifique dans ces cas cliniques. L'utilisation de la bandelette urinaire dans 36,5% des cas reflète une pratique diagnostique courante, bien que la variabilité des résultats puisse être liée à la sensibilité de cette méthode.

Concernant la protéinurie, la proportion de patientes présentant une trace de 3 croix (47,8%) met en évidence la sévérité de l'atteinte rénale chez une partie de la cohorte. Les résultats sont comparables avec la littérature, notamment avec la protéinurie moyenne signalée par Mahfoudh et al. [13] en Tunisie (1,84 g/24h), ainsi qu'avec les protéinuries moyennes de Hachim K et al. [24] au Maroc et Arora N et al. [26] en Inde, qui ont rapporté des valeurs de 847,33 $\mu\text{mol/l}$ et de $591 \pm 350,12 \mu\text{mol/l}$ respectivement.

L'examen cyto bactériologique des urines (ECBU) concerne seulement 3,2% des patientes, ce qui pourrait indiquer une utilisation sélective de cette analyse. La prévalence de positivité à *Staphylococcus* chez ces patientes suggère la possibilité d'infections concomitantes, nécessitant une attention particulière.

Les résultats d'ionogramme de Konaté S [9], révélant l'hyperkaliémie dans 16,7% des cas, l'hypokaliémie dans 13,3%, et une anémie dans 97% des cas, correspondent à nos observations, soulignant la complexité des perturbations électrolytiques et hématologiques dans ce contexte clinique spécifique. Ces résultats, combinés à ceux de la littérature, justifient la nécessité d'une prise en charge multidimensionnelle pour traiter ces complications rénales obstétricales.

5. Données diagnostics

En ce qui concerne les données diagnostics, l'éclampsie et l'HRP ont été les diagnostics majoritairement retenus chez nos patientes, avec des proportions respectives de 41,3% et 31,7%. Au moment de l'admission, le stade de l'insuffisance rénale aiguë selon le score de KDIGO était de 1 pour 58,7% de nos patientes.

Dans l'étude menée par Ngagoue Tchani C [27] en 2012 sur les complications obstétricales en réanimation, 88,2% des complications obstétricales étaient associées à l'HTA, dont 80,3%

étaient dues à l'éclampsie. De plus, 76,3% des patientes présentaient une hypertension artérielle, parmi lesquelles 59,2% avaient une HTA sévère. Ces résultats mettent en évidence la prédominance des complications liées à l'hypertension dans les contextes obstétricaux, en accord avec nos propres observations.

Les travaux de Konaté S. ont identifié, par ordre de fréquence, la prééclampsie (43%), l'hématome rétro placentaire (23,5%), et le syndrome HELLP (20%) comme principales causes d'insuffisance rénale aiguë obstétricale. La littérature évoque également d'autres causes telles que les vomissements gravidiques, les avortements septiques, les saignements du péri-partum, la microangiopathie, et le sepsis post-natal.

Kane et al. ont rapporté que 45% des insuffisances rénales aiguës parenchymateuses sont d'origine obstétricale, parmi lesquelles la prééclampsie constitue 27,78% des cas. Tounkara et al. [10] et Fomba I [19] ont trouvé la prééclampsie dans 28,57% et 55,7% de leurs cas respectivement. Dans une série de Maiga Z et al. [5] de la maternité ISSAKA GAZOBY au Niger, la crise d'éclampsie et la prééclampsie représentent 68,75% des étiologies. Ces résultats corroborent largement avec notre série, soulignant la fréquence élevée des complications liées à la prééclampsie et à l'éclampsie dans les contextes obstétricaux, comme constaté dans d'autres études similaires [12,13,25,28].

6. Données thérapeutiques

En ce qui concerne les données thérapeutiques, l'antibiothérapie a été le principal traitement administré à nos patientes, concernant 81% des cas, suivi de l'antihypertenseur et de la transfusion de produits sanguins, qui ont été administrés respectivement à 50,8% et 44,4% des patientes. Parmi celles ayant bénéficié de l'antibiothérapie, la majorité a été traitée avec de l'amoxicilline acide clavulanique. Les antihypertenseurs prescrits étaient principalement des inhibiteurs calciques (87,5%) et des anti-HTA centraux (62,5%). Le remplissage vasculaire a été le type d'assistance hémodynamique administré à tous les 12 patients sous assistance.

Le recours à la dialyse a été nécessaire pour 15,9% des patientes, et les critères d'indication de dialyse ont été une anurie ou une oligurie extrême pour 8 patientes sur les 10 ayant subi une dialyse. En comparaison, Tounkara et al. [10] ont rapporté des indications de dialyse dans 67,8% des cas, la transfusion sanguine dans 64,3%, et l'utilisation d'antihypertenseurs dans 75% de leurs cas. Arrayhani et al. [28] ont signalé que la dialyse était nécessaire dans 16,2%

des cas, la transfusion sanguine dans 42%, et les antihypertenseurs dans 51,4%. Les résultats d'Arora et al. ont montré que la dialyse était indiquée dans 85,9% des cas, tandis qu'Aggarwal et al. [18] ont rapporté un taux de 66% d'indication de dialyse.

Ces données thérapeutiques soulignent la diversité des approches de prise en charge, avec une prédominance de l'antibiothérapie, des antihypertenseurs, et de la transfusion sanguine. La faible fréquence de la dialyse dans notre étude peut être attribuée à une sélection stricte des patientes en fonction des critères d'indication. Les variations observées par rapport à d'autres études peuvent être liées à des différences dans les pratiques cliniques, la gravité des cas, et les ressources disponibles.

7. Mode d'accouchement

Parmi nos patientes, 79,4% des urgences obstétricales concernaient des grossesses à terme. Dans 88,9% des cas, les patientes avaient déjà accouché, principalement par césarienne (82,1%). Sur les 56 patientes qui ont accouché, seulement 26 enfants étaient en vie, entraînant un taux de décès de 53,6%.

Dans la série de Kane et al. [23], la césarienne a été le principal mode d'accouchement dans 90% des cas, avec des indications telles que l'éclampsie (58%) et l'HRP (18%). Ils ont également rapporté dix morts fœtales in utero sur 32 accouchements. La différence observée entre notre étude et la leur pourrait s'expliquer par la qualité de la consultation prénatale, soulignant l'importance de la surveillance préventive.

Aggarwal et al. [18] ont rapporté que 70% des accouchements étaient effectués par voie basse et 22% par césarienne. Miguil et al. [25] ont signalé 30 cas de césarienne et 26 cas d'accouchement par voie basse sur 58 patientes. Selon Kerma et al. [29], l'accouchement s'est déroulé par césarienne dans 57,1%. Ils ont également observé une perte fœtale chez 48% des patientes et des enfants vivants dans 23% des cas. Ces variations dans les modes d'accouchement et les résultats néonataux peuvent être attribuées à des différences dans les pratiques médicales, l'accès aux soins prénataux, et les caractéristiques des patientes dans chaque étude.

8. Complications

La survenue de complications a été observée chez 9 (14,3%) parmi lesquels 3 altérations de la conscience, 3 ont fait un choc hémorragique et 2 un OAP avec des pourcentages respectifs de 4,76 ; 4,76 et 3,17 11, soit 57,9%.

En comparaison, Dembélé H [20] rapportait que les complications représentaient 5,10% de ses cas, les plus fréquentes étant les hémorragies (38,46%) et la septicémie (25,00%). Maiga [30] a trouvé un taux de complications de 38,80%, avec l'hypertension artérielle et ses complications prédominantes à 20,90%. En revanche, Cissé E [31] a signalé un taux plus bas de complications, soit 7,00%, avec une prévalence majoritaire de l'anémie (51,14%). Ces variations dans les taux et les types de complications peuvent être attribuées à des différences dans les populations étudiées, les pratiques médicales, et les caractéristiques des cas dans chaque étude.

9. Évolution

Concernant l'évolution des patientes, à la sortie, la majorité d'entre elles, soit 36,5%, ont été transférées, tandis qu'un taux de décès de 34,9% a été enregistré. Une récupération totale de la fonction rénale a été observée chez 27%, avec une chronicité de 1,6%. La durée moyenne d'hospitalisation a été de $3,67 \pm 3,778$ jours, variant de 1 à 24 jours, principalement concentrée entre 1 et 3 jours pour 60,3% de nos patientes.

En comparaison, chez Konaté S [9], une récupération totale de la fonction rénale a été constatée chez 47% des patientes, tandis que 40% ont évolué vers la chronicité, avec un taux de décès de 13%. La durée moyenne d'hospitalisation dans leur étude a été de 10,6 jours, avec des extrêmes de 5 à 35 jours, et des complications telles que l'hyperkaliémie (27%), l'OAP (17%), et l'acidose métabolique (13%) ont été observées.

D'autres études, telles que celle de Goplani et al. [22] en Inde, ont rapporté une récupération totale de 54,28%, une dialyse chronique de 14,28%, et un taux de décès maternel de 18,57%. Aggarwal et al. [18] ont trouvé 42% de récupération complète, 30% de dialyse chronique, et 12% de décès. Des auteurs ont rapporté des taux de récupération complète plus élevés, allant jusqu'à 87,5% et 89,2%, avec des durées moyennes d'hospitalisation de 19,17 jours et $11,4 \pm 6,2$ jours [25,29]. Les complications les plus courantes étaient l'OAP et le syndrome hémorragique [12,22].

En ce qui concerne le stade de l'insuffisance rénale aiguë selon le score de KDIGO, il a été de 1 pour 58,7% des patientes à l'entrée, de 3 pour 42,3% des 26 patientes contrôlées à J2, et

toujours de 3 pour 66,7% des 6 patientes à J7. Les scores moyens ont progressé de manière constante, passant de 1,54 à 2,67. Ces résultats soulignent la diversité des évolutions cliniques, avec des taux variables de récupération, de chronicité, et de décès, reflétant la complexité des situations rencontrées dans la prise en charge des complications rénales des urgences obstétricales.

CONCLUSION

En conclusion de cette étude sur les complications rénales des urgences obstétricales menée au Service de Réanimation du CHU Gabriel Touré, l'analyse des caractéristiques socio-démographiques, des antécédents médicaux, des diagnostics, des traitements administrés et de l'évolution des patientes a permis de mettre en lumière les aspects spécifiques de ces situations cliniques complexes.

Les résultats révèlent une prévalence significative des complications rénales chez les femmes enceintes admises en réanimation, soulignant ainsi l'ampleur de ce défi médical. L'évaluation de l'évolution des patientes a révélé des résultats divers, avec des taux de récupération, de chronicité et de décès variables, soulignant la complexité de la prise en charge de ces urgences obstétricales.

Les complications survenues chez 30,2% des patientes soulignent la nécessité d'une approche attentive et multidisciplinaire pour améliorer les résultats cliniques.

RECOMMANDATIONS

Aux autorités sanitaires et politico-administratives :

- Créer un système de médecine pré hospitalière pour une prise en charge rapide des urgences obstétricales depuis le domicile ;
- Mettre un système de régulation pour améliorer la réception des parturientes et diminuer l'intervalle de temps d'admission ;
- Renforcer d'avantage le système de référence/évacuation en dotant les centres d'ambulance médicalisée ;
- Élargir la prise en charge de la mère et de l'enfant à la réanimation des urgences obstétricale.
- De doter le service de réanimation de Gabriel Touré d'un générateur de dialyse

Aux prestataires de soins :

- Évacuer précocement les cas compliqués ;
- Promouvoir les consultations prénatales recentrées par le dépistage précoce des facteurs de risques sur grossesse et par la référence vers les structures adaptées ;
- Remplir correctement les fiches d'évacuation.

À la population :

- Éviter le retard dans le recours des soins ;
- Mettre en place des mutuelles pour payer les frais de transport en cas de création du système de médecine préhospitalier.

V. RÉFÉRENCES

1. Bessaguet F, Desmoulière A. Physiologie de la grossesse. Actual Pharm. 1 sept 2023;62(628):18-21.
2. Friel LA. Maladies rénales pendant la grossesse - Problèmes de santé de la femme [Internet]. Manuels MSD pour le grand public. 2021. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/probl%C3%A8mes-de-sant%C3%A9-de-la-femme/grossesse-complicqu%C3%A9e-par-la-maladie/maladies-r%C3%A9nales-pendant-la-grossesse>
3. OMS. Santé sexuelle [Internet]. [cité 22 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/health-topics/sexual-health>
4. Bellomo R, Kellum JA, Ronco C. Defining and classifying acute renal failure: from advocacy to consensus and validation of the RIFLE criteria. Intensive Care Med. mars 2007;33(3):409-13.
5. Maiga Z, Moussa Tondi ZM, Nayama M, Kane Y, Moumouni G, Lemrabott AT, et al. Insuffisance rénale aigue obstétricale : expérience de la maternité Issaka GAZOBY de Niamey (Niger). Eur Sci J. 1 déc 2016;12:1857-7881.
6. Beye S, Dicko H, Sidibé A, Diallo B, Touré MK, Coulibaly N, et al. Insuffisance Rénale Obstétricale en Milieu de Réanimation Polyvalente au Mali. Health Sci Di. 2021;22(1):67-70.
7. Liu T, Roshschild J. Maladie rénale chronique | Étapes, 5 causes de la maladie rénale chronique et pronostic [Internet]. 2018 [cité 22 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.buoyhealth.com/learn/fr/chronic-kidney-disease>
8. Khwaja A. KDIGO clinical practice guidelines for acute kidney injury. Nephron Clin Pract. 2012;120(4):c179-184.
9. Konaté S. Profils épidémiologique, étiologique et évolutif de l'insuffisance rénale aigue obstétricale dans le service de néphrologie et hémodialyse du CHU du Point G [Internet] [Thesis]. [Bamako, Mali]: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2020 [cité 21 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/4042>
10. Tounkara AA, Coulibaly N, Mahamane KM, Sissoko I, Idrissa M. Problématique de la prise en charge de l'insuffisance rénale obstétricale dans le service de néphrologie du CHU du Point G. Batna J Med Sci. 2016;3(1):32-4.
11. Parkoo K. Insuffisance rénale aigue obstétricale au service de réanimation CHU du Point G [Thèse de Médecine]. [Bamako, Mali]: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2018.
12. Leye PA, Bennani M, Diouf E, Beye DM, Fall ML, Bah Diawo M. Insuffisance rénale aiguë du post-partum en réanimation au CHU de Dakar - Société de l'Anesthésie Réanimation d'Afrique Francophone. Ann Fr Anesth Réanim. 2014;22:3-4.
13. Mahfoudh O. Insuffisance rénale aiguë au cours de la grossesse et du post-partum. Néphrologie Thérapeutique. 2018;14(5):371.

14. Belenfant X, Pallot JL, Reziz K, Saint Léger S. Insuffisance rénale aiguë et grossesse. EMC - Néphrologie. 1 mai 2004;1(2):44-54.
15. Oujidi H, Elmeghraoui H, Elalj W, Hamdaoui M, Oujidi Y, Bkiyar H, et al. Insuffisance rénale aiguë obstétricale. Néphrologie Thérapeutique. 1 sept 2021;17(5):338.
16. Liaño F, Pascual J. Epidemiology of acute renal failure: a prospective, multicenter, community-based study. Madrid Acute Renal Failure Study Group. Kidney Int. sept 1996;50(3):811-8.
17. Aniot J, Heng AÉ, Deteix P, Souweine B, Lautrette A. Épidémiologie de l'insuffisance rénale aiguë. Néphrologie Thérapeutique. 1 mars 2019;15(1):63-9.
18. Aggarwal RS, Mishra VV, Jasani AF. Incidence and prevalence of sexual dysfunction in infertile females. Middle East Fertil Soc J. sept 2013;18(3):187-90.
19. Fomba I. Insuffisance rénale aigue d'origine obstétricale : aspects épidémiologique, étiologique et évolutif dans le service de néphrologie et hémodialyse du CHU DU POINT G. 2023 [cité 21 janv 2024]; Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/6521>
20. Dembélé H. Evaluation du système de référence/évacuation axe sur les urgences obstétricales de 2015 A 2018 dans le district sanitaire de Yelimane [These de Medecine]. [Bamako, Mali]: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2020.
21. Tangara T. Urgences obstétricales: mode d'admission et devenir immédiat au Centre de Santé de Référence de la Commune V du district de Bamako [These de Medecine]. [Bamako, Mali]: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2019.
22. Goplani KR, Shah PR, Gera DN, Gumber M, Dabhi M, Feroz A, et al. Pregnancy-related acute renal failure: A single-center experience. Indian J Nephrol. janv 2008;18(1):17-21.
23. Kane M. Epidémiologie et pronostic des insuffisances rénales aiguës dans le service de Néphrologie du CHU du Point-G. [Internet] [These de Medecine]. [Bamako, Mali]: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2014 [cité 21 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/588>
24. Hachim K, Badahi K, Benghanem M, Fatihi EM, Zahiri K, Ramdani B, et al. [Obstetrical acute renal failure. Experience of the nephrology department, Central University Hospital ibn Rochd, Casablanca]. Nephrologie. 2001;22(1):29-31.
25. Miguil M, Salmi S, Moussaid I, Benyounes R. Insuffisance rénale aiguë hémodialysée en obstétrique. Néphrologie Thérapeutique. 1 juin 2011;7(3):178-81.
26. Arora N, Mahajan K, Jana N, Taraphder A. Pregnancy-related acute renal failure in eastern India. Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet. déc 2010;111(3):213-6.
27. Ngagoue Tchani C. Complications obstétricales en réanimation : étude épidémio-clinique et pronostic au CHU Gabriel Touré [Internet] [These de Medecine]. [Bamako, Mali]: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2012 [cité 22 janv 2024]. Disponible sur: <https://123dok.net/document/y968g7xr-complications-obst%C3%A9tricales-r%C3%A9animation-%C3%A9pidemio-clinique-pronostic-gabriel-tour%C3%A9.html>
28. Arrayhani M, El Youbi R, Sqalli T. Pregnancy-related acute kidney injury: experience of the nephrology unit at the university hospital of fez, morocco. ISRN Nephrol. 2013;2013:109034.

29. Kerma I, Essakhi FE, Fadili W, Laouad I, Ejlaidi A, Laghla B, et al. Insuffisance rénale aigue obstétricale en milieu de réanimation au CHU Mohamed VI de Marrakech. Réanimation. 2012;SP244.
30. Maiga I. Evacuations sanitaires obstétricales au centre de sante de référence de commune V du district de Bamako [These de Medecine]. [Bamako, Mali]: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2015.
31. Cissé E. Évaluation du système de référencé évacuation à la maternité du centre de sante de référencé de la commune II du district du Bamako [Internet] [These de Medecine]. [Bamako, Mali]: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2013 [cité 22 janv 2024]. Disponible sur: <https://123dok.net/document/y968g7xr-complications-obst%C3%A9tricales-r%C3%A9animation-%C3%A9pidemio-clinique-pronostic-gabriel-tour%C3%A9.html>

ANNEXES

Fiche d'enquête

Age :..... ans

Profession1. Élève/Étudiante ; 2. Fonctionnaire ; 3. Femme au foyer ; 4. Profession libérale, 5.

Autres.....

Statut matrimonial 1. Célibataire 2. Mariée 3. Divorcée 4. Veuve

Ethnie.....1. Bambara 2. Sonrhäï 3. Sarakolé 4. Peulh 6. Dogon 7. Autre.....

Niveau d'instruction1.Aucun 2.Primaire 3.Secondaire 4.Supérieur

Provenance :..... 1. Urbain ; 2. Rural

Antécédents du malade

Personnels

Obstétrique : G..... P..... V..... A..... D..... MNé..... Gémellité1.Oui 2.Non

Chirurgical :

Césarienne

Chirurgie rénale

Chirurgie du petit bassin

Autre.....

Médical :

Hypertension

Maladies rénales

Diabète

Autre.....

Cardiopathie

Reference

Mode d'accès 1. Transférée ; 2. Adressée (Médecin, Sagefemme, infirmier)

Si transférée, structure de référence 1.CI 2.CII 3. CIII 4.CIV 5.CV 6.CVI

7. Hors de Bamako 8. Autres (CHU et Privées)

Motif de d'admission en réanimation :

Instabilité hémodynamique

Rupture utérine

Altération de conscience

Choc hémorragique du post partum

Prééclampsie

Envenimation sur grossesse

Éclampsie

Néphropathie gravidique

HRP

Infections urinaires graves

OAP

Syndrome HELLP

Anémie sévère

Autre.....

Nombre de structure de transit

Examen physique

Clinique a l'admission en réanimation

Délai d'admission..... min

État général 1. Bon ; 2. Altéré

Muqueuses 1. Colorées ; 2. Pales ; 3. Ictériques

Œdèmes des membres inférieurs 1. Oui ; 2. Non

Bouffissure du visage..... 1. Oui ; 2. Non

TA :/.....

Classification de la TA : 1. Sévère (supérieur à 160/110) :

2. Modérée (Pas 160-140 Pad 110-90) ; 3. Normale (inf140/90)

Température..... °C

Score de Glasgow/15

Insuffisance rénale aiguë chez les urgences obstétricales

Signes rénaux

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anurie | <input type="checkbox"/> Bandelette urinaire |
| <input type="checkbox"/> Oligurie | <input type="checkbox"/> Couleur foncée des urines |
| <input type="checkbox"/> Diurèse horaire | <input type="checkbox"/> Autre..... |

Type d'accouchement1. Voie basse, 2. Césarienne

Examens para cliniques en urgence

Anémie 1. Oui ; 2. Non

Si oui, Taux d'hémoglobine g/dl

Taux d'hématocrite %

Taux de plaquettes...../mm³

Trouble de la coagulation..... 1. Oui ; 2. Non

Si, oui, TP%

TCA seconde

Créatinémie.....umol/l

Urée.....ml

Trouble de l'ionogramme sanguin 1. Oui ; 2. Non

Si oui, Na⁺mmol/l

K⁺ mmol/l

Ca⁺⁺ mmol/l

Cl⁻ mmol/l

P mmol/l

Mg mmol/l

Échographie abdominopelvien 1. Oui ; 2. Non

Test UCG 1. Oui ; 2. Non

Bandelettes urinaires 1. Oui ; 2. Non

Diagnostic et prise en charge

Diagnostic

Diagnostic :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Prééclampsie | <input type="checkbox"/> Choc hémorragique du post partum |
| <input type="checkbox"/> Éclampsie | <input type="checkbox"/> Envenimation sur grossesse |
| <input type="checkbox"/> HRP | <input type="checkbox"/> Néphropathie gravidique |
| <input type="checkbox"/> OAP | <input type="checkbox"/> Infections urinaires graves |
| <input type="checkbox"/> Anémie sévère | <input type="checkbox"/> Syndrome HELLP |
| <input type="checkbox"/> Rupture utérine | <input type="checkbox"/> Autre..... |

Prise en charge

Assistance respiratoire 1. Oui ; 2. Non Si oui, Durée de ventilationjour

Diurétique 1. Oui ; 2. Non

Si Oui, 1. Bolus ; 2. Bolus + Discontinue ; 3. Bolus + Discontinue + Perfusion continue

Transfusion sanguine 1. Oui ; 2. Non Si oui, Nombre d'unité de sang

Assistance hémodynamique

Si, Oui,1. Remplissage vasculaire ; 2. Remplissage vasculaire + Vaso-amines

Transfert pour épuration extrarénale 1. Oui ; 2. Non

Si hyperkaliémie (K⁺ > 5,50mmol/l), médicament :

- Kayexalate
- Insuline + Sérum glucosé
- Gluconate de calcium

Complication

Survenue de complication 1. Oui ; 2. Non

Si Oui, Type de complication

- OAP
- Anémie
- Acidose métabolique
- Encéphalopathie urémique
- Hyperkaliémie
- Altération de la conscience
- Infection nosocomiale
- Décès
- Autre.....

Devenir du malade

Durée d'hospitalisation.....jours

Évolution..... 1. Réversibilité (Favorable) ; 2. Chronicité ; 3. Transfert ; 4. Décès

Résumé

Introduction : L'insuffisance rénale aigue (IRA) correspond à une altération de la fonction rénale, c'est une complication exceptionnelle dans les pays développés, mais reste fréquente dans ceux en voie de développement où elle demeure un problème de santé publique avec une incidence de 20 à 25% [4,6].

Objectif : Étudier les complications rénales chez les patientes admises pour urgences obstétricales au service de réanimation du CHU Gabriel Touré à Bamako

L'étude a été menée au Service de Réanimation du CHU de Gabriel Touré, situé dans le district de Bamako, au Mali.

L'étude a été menée au Service de Réanimation du CHU de Gabriel Touré, Il s'agissait d'une étude observationnelle, descriptive, à collecte de données retro prospective sur une période de 2 ans allant de janvier 2022 à décembre 2023 ont été incluses dans notre étude les patientes admises au service de réanimation pour des urgences obstétricales ayant présenté ou développé une insuffisance rénale aigue selon le score de KDIGO ;

Résultats 63 cas d'insuffisances rénales parmi les 453 urgences obstétricales enregistrées au cours des deux années 2022 et 2023 soit un pourcentage de 7,19%. L'âge moyen des femmes était de de $26,84 \pm 8,402$ ans avec les extrêmes de 15 et 43. Les femmes au foyer représentaient 96,8%% des cas. Elles étaient primipares dans 27% et primigestes dans 31,7% des cas. Un antécédent d'HTA ONT été retrouvé dans 19% des cas. Le motif d'admission en réanimation était une éclampsie dans 39,7% des cas et pour HRP dans 30,2% des cas dominé par le grade III A de sher à 57,9% des cas. Selon KDIGO, le stade était 2 ou 3 dans 97,5% des cas. Les différents actes thérapeutiques ont consisté à : une assistance respiratoire (30,2%), une perfusion continue de diurétiques (30,2%), une transfusion de produits sanguins (44,4%), un support hémodynamique avec une amine vasoactive (8,3%) et une épuration extrarénale (15,9%). Des complications sont survenues dans 14,28% des cas. Ces complications étaient un œdème aigu du poumon (2 cas), une altération de conscience (3 cas) et une infection nosocomiale (1cas). L'évolution a été favorable dans 63,5% et une durée moyenne d'hospitalisation de $3,67 \pm 3,8$ jours.

Conclusion. L'insuffisance rénale obstétricale est une cause majeure de morbidité-mortalité maternelle en réanimation au Mali.

Mots-clés : **Insuffisance rénale, urgences obstétricales**