

**MINISTÈRE DES ENSEIGNEMENTS
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE**

RÉPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple – Un But – Une Foi

**Université des Sciences, des
Techniques et des Technologies
de Bamako(U.S.T.T.B)**



**Faculté de Médecine, de Pharmacie
et d'Odontostomatologie (FMPOS)**



Année Universitaire 2013 - 2014

N°...../2014

**PRONOSTIC MATERNO-FŒTAL DE L'ECLAMPSIE
DANS LE SERVICE DE GYNECOLOGIE
OBSTETRIQUE DE L'HOPITAL NIANANKORO
FOMBA DE SEGOU A PROPOS DE 176 CAS.**

THESE

**Présentée et soutenue publiquement le...../...../2014
devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie**

**Par
Monsieur SYLVAIN GUINDO**

**Pour obtenir le grade de Docteur en médecine
(DIPLÔME D'ÉTAT)**

JURY:

**PRESIDENTE : Professeur Fatimata Sambou DIABATE
MEMBRE : Docteur Seydina Alioune BEYE
CO-DIRECTEUR : Docteur Bakary Abou TRAORE
DIRECTEUR : Professeur Niani MOUNKORO**

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

Je dédie ce travail

A Allah, le tout puissant, le clément, le très Miséricordieux toutes les louanges t'appartiennent

Merci de m'avoir donné la chance d'y arrivé là et la force nécessaire de réaliser ce travail.

A mon père : Jean Laya GUINDO

Ce travail est le résultat de tes bénédictions et prières, reçois toute ma reconnaissance. Tu as été une source d'inspiration pour moi, ta rigueur et ton courage ont fait de moi ce que suis aujourd'hui Les mots ne suffiront pas pour t'exprimer ce que tu représentes pour moi.

A ma très chère mère : Christine SANGALA

Merci ! Maman pour vos vaillantes bénédictions et courageux combats à notre endroit. Vous qui avez éduqué vos enfants : la sincérité, le pardon, la tolérance, l'amour, le respect du prochain. Chère mère les mots me manquent pour exprimer ce que vous représentez pour moi.

Aucune expression orale ou écrite ne déterminera notre niveau de reconnaissance en votre endroit pour notre bonne éducation qui est le meilleur des héritages pour un enfant.

Je vous remercie et vous exprime tout mon amour.

REMERCIEMENTS

A mon oncle Sambé Coulibaly à N'tomikorobougou (Bamako) :

Tu as toujours été de cœur avec moi ; tu t'es toujours investi pour me créer un cadre idéal pour mes études. Je te suis très reconnaissant.

A mes frères et sœurs

Compréhension, disponibilité, affection, soutien ne m'ont jamais fait défaut de votre part. Ce travail est le vôtre, trouvez ici toute ma profonde reconnaissance ; puissions nous rester une seule et même famille où règnent l'amour et l'entente. Aujourd'hui c'est l'occasion pour moi de vous remercier de plus.

A tous mes amis :

Merci pour vos sages conseils et soutiens.

Pour témoigner sincèrement toute mon amitié et toute ma sympathie

A mon cousin Abdoul Malick MAIGA :

Mes sincères reconnaissances pour votre disponibilité, vos encouragements.

Bref, pour tout le soutien que vous m'avez apporté durant mon cycle de médecine

A tous les internes du service de gynécologie-obstétrique d'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou

Mes frères et sœurs merci pour votre soutien, votre compréhension, l'esprit du groupe, la solidarité, la fraternité, et le partage.

Que Dieu vous donne la chance et le courage d'en finir avec la votre.

Tous les jeunes Médecins du service de gynécologie-obstétrique d'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou

Merci pour vos critiques et suggestions ainsi que vos encouragements qui m'ont beaucoup aidé dans ce travail

Trouvez ici l'expression de ma profonde sympathie.

A toutes les sages femmes du service de gynécologie-obstétrique de l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou

Pour votre soutien moral, votre admiration et votre encadrement.

Aujourd'hui est un nouveau jour pour vous dire merci ; merci de tous ce que vous avez fait pour moi. Qu'Allah vous récompense.

Au Dr Kokaina Chaka :

C'est dans votre service que ce travail a été réalisé. Je tiens à vous présenter ma sincère gratitude pour la formation de qualité dont nous bénéficions et je ne saurai assez vous remercier pour tout ce que vous avez pu faire pour moi dans la réalisation de ce travail.

Au Dr Traoré Bakary Abou : vous avez initié ce travail depuis son début ; c'est le fruit de votre volonté de parfaire. J'ai reçu de vous un encadrement de taille.

Plus qu'un chef, vous avez été pour moi un grand frère. Comptez sur ma disponibilité et ma profonde gratitude.

Aux Dr Donigolo et Dr Samassa : votre qualité humaine et franche collaboration m'ont beaucoup impressionné. Recevez ici l'expression de ma profonde gratitude.

Mes remerciements à tout le personnel de l'Hôpital de Ségou surtout à Mr Chaka de la direction.

Merci à tous ce qui a contribué à mon éducation et à mon encadrement de ma naissance jusqu'ici. Qu'Allah le tout puissant soit avec vous.

***HOMMAGES
AUX MEMBRES
DU JURY***

A nôtre maître et présidente du jury

Professeur Fatimata Sambou DIABATE

➤ **Professeur Titulaire de gynécologie obstétrique à la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie,**

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations.

Votre rigueur scientifique, votre compétence, votre riche expérience professionnelle et la qualité de votre enseignement, font de vous un maître de référence.

Vous avez cultivé en nous l'esprit du travail bien fait et le respect de la vie humaine.

Que le tout puissant vous accorde santé et longévité.

A notre Maître et membre du jury

Docteur BEYE Seydina Alioune

- **Spécialiste en anesthésie-réanimation**
- **Praticien à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou**
- **Chef de service du Bloc Technique de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou.**

Cher maître,

Votre modestie, votre courage, votre disponibilité et surtout votre souci constant du travail bien fait sont des qualités admirables. Toute notre fierté est d'être encadré, par vous.

C'est l'occasion pour nous, cher maître, de vous exprimer notre profond attachement.

**A notre maître et co-directeur,
Docteur Bakary Abou TRAORE**

- **Spécialiste en Gynéco-Obstétrique.**
- **Praticien au centre de santé de référence de la commune III.**
- **Ancien chef de service adjoint au service de Gynécologie Obstétrique de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou**

Cher maître,

Vous nous avez fait un grand honneur en nous acceptant dans votre service.

Les mots nous manquent pour exprimer le sentiment qui nous anime après ces moments passés auprès de vous.

Passionné du travail bien fait, soucieux de notre formation et de notre réussite, vous êtes pour nous un modèle de simplicité et de rigueur.

Veillez recevoir ici, cher maître, l'expression de notre gratitude.

A notre Maître et directeur de thèse

Professeur Niani MOUNKORO

- **Maître de conférences de gynécologie obstétrique à la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.**
- **Chef de service d'obstétrique au Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré.**
- **Chevalier de l'ordre du mérite de la santé.**

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur et un réel plaisir en acceptant de diriger cette thèse.

Votre travail tant dans l'enseignement que dans la pratique hospitalière a contribué à la promotion de la gynéco-obstétrique au Mali. Convaincu que vous êtes un modèle d'intellectuel et de cadre pour notre pays.

Veillez trouver ici cher maître, l'expression de notre profonde reconnaissance.

<i>Sommaire</i>	<i>Pages</i>
I-Introduction : -----	6
II-Objectifs de l'étude : -----	10
III-Généralités : -----	12
IV-Méthodologie: -----	34
V- Résultats: -----	44
VI- Commentaires et discussion : -----	62
VII-Conclusion et recommandations: -----	70
VIII-Références : -----	73
IX- Annexes : -----	85

LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES

ACOG: American College of Obstétrico and Gynecology.

AVC : Accident Vasculaire Cérébral.

BDCF : Bruit Du Cœur Fœtal.

CC : Centimètre Cube.

CIVD : Coagulation Intra Vasculaire Disséminée.

CHU : Centre Hospitalier Universitaire.

CPN : Consultation Périnatale.

CSCom : Centre de Santé Communautaire.

CSRéf : Centre de Santé de Référence

ECBU : Examen Cytobactériologique des Urines.

HNF : Hôpital Nianankoro FOMBA

HTA : Hypertension artérielle.

HRP : Hématome Rétro-placentaire.

IM : Intramusculaire.

INPS : Institut National de Prévoyance Sociale.

IV : Intraveineuse.

LDH : Lactico-Déshydrogénase.

Mg SO₄ : Sulfate de Magnésium.

Mg : milligramme.

mmHg : millimètre de mercure.

Na Cl : Chlorure de sodium.

NFS : Numération Formule Sanguine.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

ORL : Oto-rhino-laryngologie.

PDF : Produit de Dégradation de la Fibrine.

SA : Semaine d'Aménorrhée.

SONU : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence.

SUC : Service des Urgences Chirurgicales.

TA : Tension Artérielle.

TCA : Temps de Céphaline Activée.

TP: Taux de Prothrombine.

UI: Unité Internationale.

VEGF: Vascular Endothelial Growth Factor.

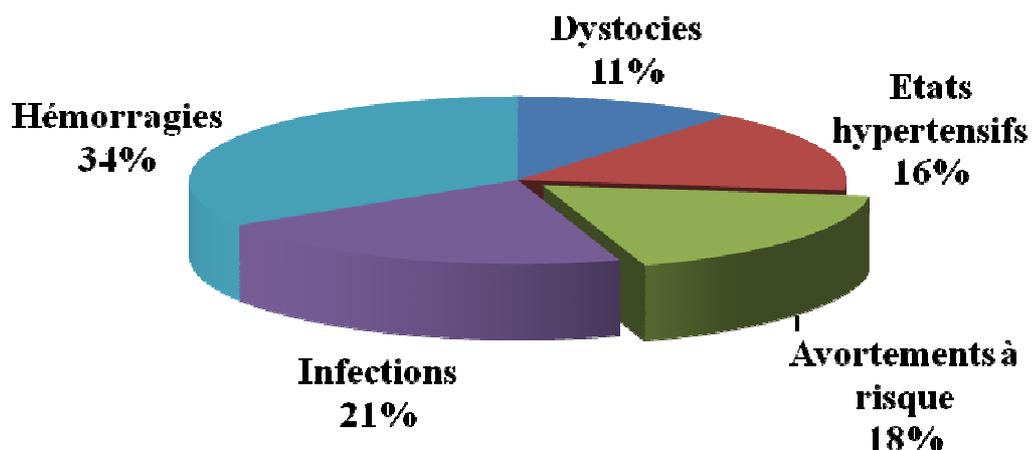
INTRODUCTION

I-INTRODUCTION :

L'éclampsie, complication paroxystique de la pré-éclampsie est une situation obstétricale grave et responsable d'une mortalité et d'une morbidité maternelle et périnatale importante (6 à 10%) ^[1] particulièrement dans les pays en voie de développement.

L'éclampsie pose toujours un problème pronostic et quelque fois de prise en charge. En effet cette pathologie peut survenir sur des grossesses jeunes dont la viabilité est douteuse et/ou chez des patientes dont l'état général est fortement altéré. Plusieurs disciplines sont impliquées dans la prise en charge essentiellement l'obstétricien, le réanimateur, le néonatalogue, le cardiologue et le néphrologue.

La mortalité maternelle et néonatale est un indicateur du développement d'un pays, notre pays a adhéré à la stratégie de l'OMS << vers une maternité à moindre risque >>. Parmi les causes de cette mortalité maternelle et néonatale, l'hypertension artérielle d'une part associée à la grossesse d'autre part occupe une part importante avec 16%.



Au Congo Brazzaville c'est un problème très fréquent, elle est la 2^{ème} cause de mortalité maternelle après les hémorragies de la délivrance et la 1^{ère} cause de mortalité périnatale. L'incidence au CHU de Brazzaville au Congo est de 0,32% avec 6% de décès maternel et un taux de mortinatalité de 15,89%. [2]

L'éclampsie constitue une pathologie préoccupante pour l'obstétricien bien que des efforts considérables ont été faits pour améliorer la santé maternelle et néonatale. Elle constitue également un problème de santé publique.

En Afrique de l'ouest elle représente en moyenne 12,7% des causes de décès maternel au cours de la grossesse [3].

A Dakar au Sénégal son incidence est de 8‰ accouchements avec un taux de létalité maternelle de 17,9% et une mortalité périnatale de 359‰ naissances vivantes.

Au Mali, l'hypertension artérielle gravidique constitue la 3^{ème} cause de décès maternel (après les hémorragies et les infections) et la 1^{ère} cause de mortalité périnatale [4].

En 2008 l'incidence de l'éclampsie était de 6,4% selon une étude effectuée au CHU Gabriel TOURE de Bamako avec un taux de 6,2% de décès maternel et 21,6% de mort fœtale. [5]

Les complications de l'HTA tant maternelles que fœtales sont nombreuses et graves. Elles sont responsables d'une morbidité et d'une mortalité maternelle et périnatale très élevées.

Ces complications sont :

-Pour la mère de : l'état de mal éclamptique, l'œdème aigu du poumon, la CIVD, la psychose puerpérale, l'insuffisance rénale....

-Et pour le fœtus : le retard de croissance intra-utérin, de la prématurité, de l'hypotrophie, de la souffrance fœtale, de la mort fœtale in utero et la mort néonatale précoce.

Si dans les pays développés ces complications sont exceptionnelles, elles sont plus fréquentes dans les pays en voie développement où les malades payent un lourd tribut.

Cependant une surveillance des grossesses et une prise en charge optimale de ces patientes en milieu hospitalier pourraient réduire son incidence et en améliorer le pronostic.

Justification de l'étude

Un des problèmes majeurs de notre système de santé est la mortalité maternelle et néonatale qui demeure encore élevée.

La plupart des études réalisées de nos jours dans nos structures sanitaires ont établi de façon unanime les causes de la mortalité maternelle et néonatale.

Parmi ces différentes causes, les complications liées à l'hypertension artérielle gravidique occupent une place de choix.

L'éclampsie est une des complications de l'hypertension artérielle gravidique le plus souvent imprévisible et sa prise en charge mérite une attention toute particulière.

Si dans les pays développés, la prise en charge multidisciplinaire (obstétricien, pédiatre-néonatalogue, réanimateur) souhaitée est disponible, en Afrique, surtout au sud du Sahara, beaucoup de progrès restent à faire.

Ces progrès passent par la disponibilité du personnel qualifié, des infrastructures adéquates, par des mesures de prévention et de prise en charge précoce de cette pathologie.

Pour déterminer la fréquence et la gravité, nous avons initié cette étude dans un hôpital régional de deuxième référence doté d'une unité de réanimation et d'un service de pédiatrie avec les objectifs suivants :

OBJECTIFS

II- Objectifs

1-Objectif général :

Etudier le pronostic materno-fœtal de l'éclampsie dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou (HNF-S).

2- Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence de l'éclampsie.
- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des patientes
- Décrire les aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs de l'éclampsie.
- Préciser le pronostic maternofoetal

GENERALITES

III- GENERALITES

1- DEFINITION :

L'éclampsie, accident aigu paroxystique des syndromes vasculo-rénaux peut être définie au point de vue clinique comme un état convulsif survenant par accès à répétition, pendant les derniers mois de la grossesse, le travail ou plus rarement les suites de couches, suivi d'un état comateux. ^[6]

Elle représente la conjonction d'une hypertension artérielle gravidique et d'une protéinurie gravidique.

L'élévation de l'uricémie au-dessus de 350 μmol témoigne de l'atteinte tubulaire rénale.

Les crises convulsives apparaissent dans 50% des cas avant le travail (celui-ci s'installe très peu de temps après), 25% en perpartum et 25% dans le postpartum. ^[7]

2- EPIDEMIOLOGIE :

La pathologie hypertensive au cours de la grossesse est de nos jours très fréquents dans nos structures de santé. Sans une prise en charge correct ces complications sont généralement fatales pour le fœtus et la mère. ^[8]

L'hérédité joue un rôle indiscutable dans l'éthiopathogenie de l'HTA essentielle. Son rôle dans la pré-éclampsie est discutable. D'autres facteurs tels que la race, l'obésité et différents éléments qui conditionnent le cadre de vie et l'environnement ont été étudiés : apport diététique, statut socio-économique, tabagisme, conditions météorologiques. La diversité des variables envisagées empêche de tirer à leur sujet une conclusion définitive. ^[9]

Quel que soit le moment de survenue de la crise, l'éclampsie pose à la fois un problème de réanimation et un pronostic obstétrical. La fréquence de l'éclampsie ne semble pas avoir diminué ces dix dernières années et reste de l'ordre de 0,3 à 0,7 pour 1000 naissances vivantes.

3- PHYSIOPATHOLOGIE :

Physiologiquement la tension artérielle connaît des fluctuations au cours de la grossesse jusqu'à la 24^{ème} semaine d'aménorrhée (SA).

Les chiffres tensionnels sont inférieurs à ceux qu'ils étaient avant la grossesse. Après ils augmentent progressivement pour avoisiner les valeurs initiales sans les dépasser.

En pratique on considère comme hypertension artérielle une tension artérielle systolique supérieure ou égale à 140 mmHg et une tension artérielle diastolique supérieure ou égale à 90 mmHg chez une femme enceinte, la mesure étant faite en position assise le bras à la même hauteur que le cœur après quelques minutes de calme. Les chiffres doivent être retrouvés à deux consultations rapprochées. Le mécanisme de cette pathologie gravidique est complexe.

La pré-éclampsie n'est pas due à l'hypertension artérielle, c'est une maladie du placenta qui entraîne l'hypertension et la protéinurie.

Les modèles expérimentaux ont apporté des enseignements essentiels.

En effet, lorsque l'on crée une hypertension expérimentale chez l'animal gravide, le déroulement de la gestation reste normal, les débits utéro-placentaires ne sont pas altérés et le fœtus n'est pas hypotrophe quels que soient les chiffres tensionnels. Par contre, si on crée une insuffisance placentaire en réduisant le débit dans les artères utérines, on observe quelques jours après une hypertension et une protéinurie. ^[10]

L'ischémie placentaire qui est donc le point de départ de tous ces processus prend son origine dans un trouble de la vascularisation utero placentaire lié à une anomalie du trophoblaste. Au cours de la grossesse normale, les artères spiralées subissent deux invasions trophoblastiques successives. Lors de la seconde, après 16 SA, les cellules du trophoblaste envahissent et détruisent la couche élastique et musculaire lisse de la paroi des artères spiralées. Le

processus achevé vers 4 mois aboutit à un système artériel utéro-placentaire de basse résistance et permet un débit élevé dans la chambre inter-villeuse.

L'insuffisance de ce processus est l'origine de la conservation d'une résistance élevée dans la partie terminale des artéριοles spiralées, comme en témoignent les études vélocimétriques. Ceci aboutit à une baisse du débit utérin dans la chambre inter-villeuse. Il en résulte une mauvaise perfusion du placenta qui voit sa propre circulation se dégrader, entraînant à la longue des lésions ischémiques dans le territoire de la caduque utérine et le placenta.

L'ischémie placentaire peut résulter d'une compression mécanique de l'aorte et des artères utérines par un utérus trop volumineux (grossesse gémellaire, hydramnios, grossesse molaire) qui réduit le débit sanguin utérin. Par ailleurs, l'existence de pathologies vasculaires chroniques préexistantes à la grossesse (athérome, diabète, HTA) contribue à une mauvaise placentation.^[11]

Il y a aussi des facteurs immunologiques : diminution de la tolérance immunitaire maternelle aux antigènes d'origine paternelle en cas de trop grande histocompatibilité entre les deux conjoints ou par le manque d'exposition préalable aux antigènes paternels conduisant au rejet de l'allogreffe fœtale. Mais il en existe sûrement bien d'autres à découvrir.

Les mécanismes par lesquels l'ischémie placentaire provoque les troubles observés sont multiples.

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

L'activité de l'angiotensine est conservée, par contre celle de son antagoniste (prostaglandine) est abaissée dans la pré-éclampsie.^[12]

La réduction de l'oxygénation placentaire a trois effets primordiaux :

► Production de radicaux d'oxygène et de peroxydes toxiques en particulier pour les cellules endothéliales ;

- ▶ Accroissement possible de l'apoptose, point de départ d'une libération de fragments du syncytiotrophoblaste dans la circulation maternelle ;
- ▶ Production de facteurs directement incriminés dans la physiopathologie du syndrome : vascular endothelial growth factor (VEGF). Le VEGF est une glycoprotéine d'origine placentaire induisant une altération de la perméabilité capillaire et perturbant la coagulation.

Ces phénomènes ont pour conséquence l'atteinte rénale et essentiellement l'atteinte d'autres viscères (foie, cerveau....) expliquant la survenue d'accidents paroxystiques (éclampsie, œdème aigu du poumon, psychose puerpérale).^[13] Cette maladie est complexe. On lui attribue des modifications métaboliques. En effet une des caractéristiques physiopathologiques de la pré-éclampsie est le déséquilibre de la répartition de l'eau et du sel entre les comportements vasculaire et extravasculaire avec augmentation de l'eau totale.

Contrairement aux opinions anciennes, la pré-éclampsie ne s'accompagne pas d'une hausse sodée. Au contraire le taux global du sodium est beaucoup moins élevé que dans la grossesse normale. L'hypovolémie et l'hyponatrémie relative sont constantes. Le secteur extracellulaire interstitiel se trouve en augmentation par rapport au secteur vasculaire déficitaire, d'où l'apparition des œdèmes.^[14]

4- ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Au niveau du rein : les biopsies effectuées en général dans le Post-partum sont caractéristiques.

Des lésions glomérulaires avec des œdèmes des cellules endothéliales, l'hypertrophie mésengiale, une occlusion de la lumière capillaire et des dépôts sub-endothéliaux de dérivés de la fibrine ou du fibrinogène à l'exclusion de tout dépôt d'immunoglobuline.

Des lésions artériolaires sont rencontrées dans un quart des cas mais posent des problèmes d'interprétation (angiopathie pré-existante, HTA permanente dans l'avenir lointain ?). ^[15]

Le foie est le siège d'hémorragie : les suffusions peuvent être visibles sous la capsule, parfois réduites à des pétéchies.

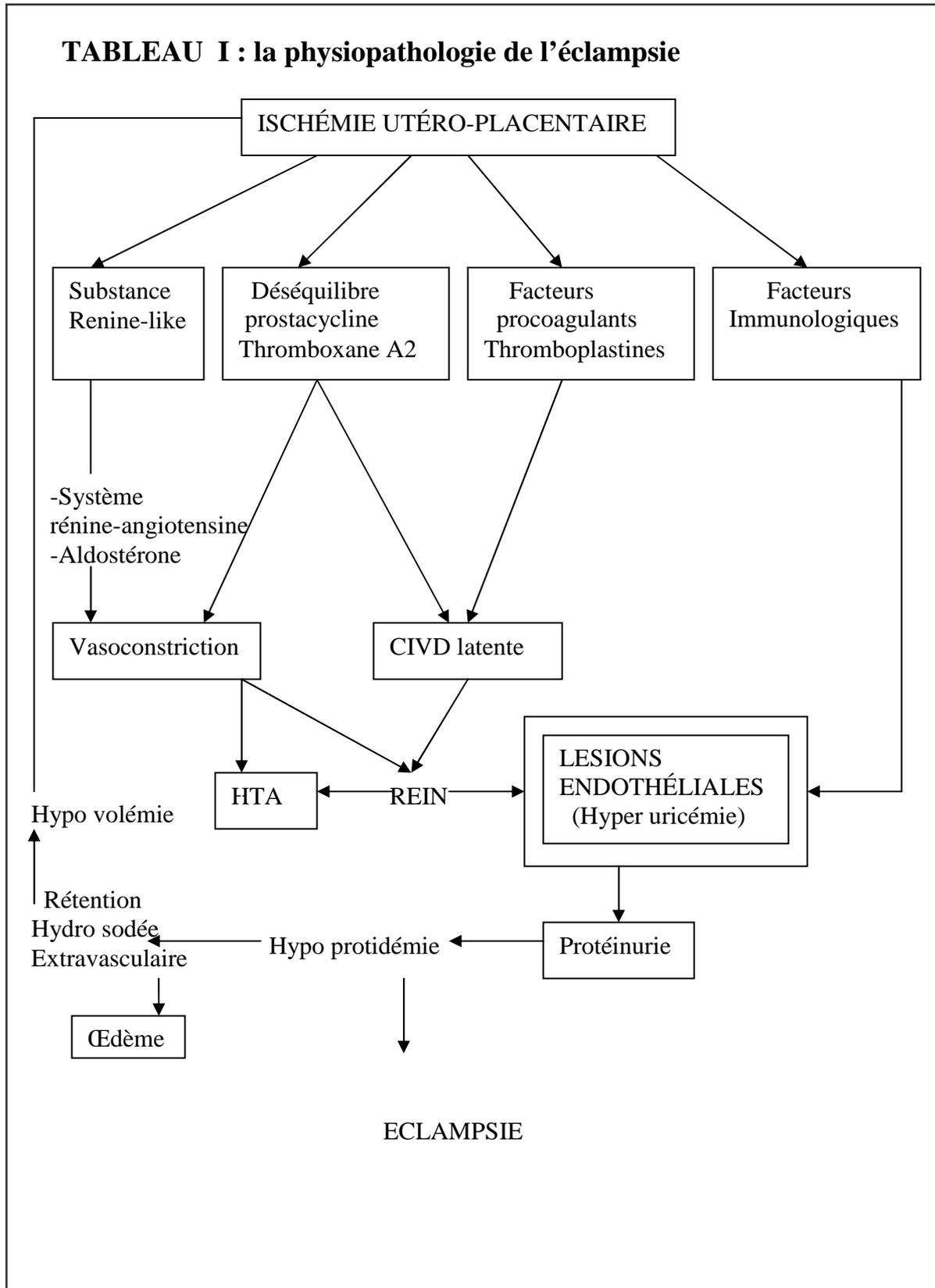
Il existe en plus des lésions de thrombose veineuse, parfois des altérations des cellules hépatiques pouvant aller jusqu'à la nécrose centrolobulaire.

Ces lésions ne s'observent que dans les formes graves et particulièrement le <<Hellp syndrome >>. ^[16]

Le cerveau : peut être porteur des lésions graves telles que : œdèmes ; hémorragie en foyer ou diffuse ; infarctus...

Les lésions placentaires se caractérisent par une nécrose fibrinoïde des parois artérielles utéro-placentaires dans leur segment myométrial avec accumulation de la fibrine, de lipide une infiltration perivasculaire lymphomonocytaire. ^[17]

TABLEAU I : la physiopathologie de l'éclampsie



5- CLASSIFICATION DE L'HTA SUR GROSSESSE :

Plusieurs classifications de l'HTA au cours de la grossesse ont été proposées et la plus fréquente est celle du Collège Américain de Gynécologie Obstétrique (ACOG) avec 4 types qui sont les suivants:

→ **Type 1 ou la pré-éclampsie** : HTA apparaissant après la 20^{ème} SA le plus souvent chez une primipare jeune indemne de tout antécédent personnel et familial de nature vasculo-rénale. Elle évolue vers la guérison sans séquelle ne récidive pas en règle générale.

→ **Type 2 ou HTA chronique** : connue ou non elle existe avant la grossesse ou elle apparaît dans les 6 premiers mois de la grossesse sans protéinurie associée.

→ **Type 3 ou pré-éclampsie surajoutée** : il s'agit du type 2 plus une protéinurie surajoutée au 3^{ème} trimestre.

→ **Type 4 ou HTA isolée de la grossesse** : HTA récidivante à chaque grossesse et disparaissant dans leur intervalle.

6- CLINIQUE DE L'ECLAMPSIE :

La crise d'éclampsie précède une phase plus ou moins longue de signes prémonitoires qu'il est important de bien dépister :

6.1- Les signes prémonitoires sont :

- Des troubles sensoriels : bourdonnement d'oreille, vertige ;
- Des troubles oculaires consistant en mouches volantes, diplopie, diminution de l'acuité visuelle, sensation de brouillard voir amaurose et la cécité qui disparaît en quelques instants ou en quelques jours, aussi subitement qu'elle est apparue, sans laisser de traces.
- Des troubles nerveux : céphalée tenace, frontale ou en casque pulsatile avec adynamie, des réflexes ostéo-tendineux vifs et plus rarement des névralgies faciales.

- Des troubles généraux : fatigue, somnolence de plus en plus invincible.
- Des troubles digestifs avec nausées, vomissements, voire douleur épigastrique en barre (signe de chaussier), quasi pathognomonique de la crise.

6-2- La crise éclampsie :

Elle évolue en 4 phases :

- Phase d'invasion (5 à 30 secondes) :

S'installent à la face et au cou des contractions fibrillaires. Les globes oculaires roulent dans l'orbite et s'immobilisent latéralement.

Puis comme une onde, les contractions fibrillaires atteignent les membres supérieurs qui s'enroulent, mains en pronation.

- Phase tonique (30 secondes) :

Elle associe :

- . Une hypertonie généralisée avec tête renversée et trismus (langue souvent mordue) des yeux révulsés, membres supérieurs en flexion et membres inférieurs en extension,
- . Une apnée avec cyanose du visage,
- . De la mousse au coin des lèvres,

- Phase clonique (1 à 2 minutes)

Après une longue inspiration, elle met fin à la menace d'asphyxie, les muscles sont animés de mouvements saccadés.

Les globes oculaires ont un intense mouvement de nystagmus, les convulsions cloniques épargnent les membres inférieurs.

- Phase de coma :

Il s'agit d'un état d'hébétude qui ne fait place au coma qu'en cas des répétitions des crises. La durée et l'intensité du coma sont variables en fonction de la

répétition des crises. Le plus souvent la respiration est stertoreuse et il existe une mydriase bilatérale. Parfois il ressemble à une crise d'épilepsie avec morsure de la langue et des ecchymoses sur le corps. Il n'y a généralement pas de pertes d'urine en raison de l'oligurie, voire de l'anurie liée à la dysgravidie sévère dont l'éclampsie est l'élément paroxystique rarissime. [18]

Au réveil la malade ne garde aucun souvenir de la crise.

6-3- Les examens complémentaires :

Le diagnostic étant clinique, il est important de faire un bilan pour apprécier le retentissement de l'affection sur l'état maternel et fœtal. Ce bilan comporte :

- Une NFS avec plaquettes, un ionogramme sanguin avec uricémie et créatinémie, une glycémie à jeun, un dosage de (TCA, TP), une fibrinémie, une protéinurie de 24heures, un ECBU, un fond d'œil à la recherche d'un retentissement viscéral signant une HTA ancienne.

Il faut insister sur la valeur de :

- l'uricémie qui est le paramètre le plus fidèle du risque fœtal. Le taux moyen pendant la grossesse se situe entre 180 et 250 μmol / litre.

Un taux de 360 μmol / litre représente le seuil critique ;

- l'hématocrite supérieur à 40% qui témoigne d'une hémococoncentration annonce un retard de croissance ;

- la numération des plaquettes : une thrombopénie inférieure à 100000 / mm^3 est de mauvais pronostic ainsi que des produits de dégradation de la fibrine (PDF) supérieurs à 10 mg / ml ;

- le fond d'œil : dont les lésions (rétinopathies) sont classées en 4 stades :

. **Stade I** : vasoconstriction artériolaire.

. **Stade II** : vasoconstriction plus intense avec tortuosité des artères et écrasement des veines aux points de croisement.

.Stade III : aux aspects précédents s'ajoutent les hémorragies et exsudats.

. Stade IV : en plus l'œdème de la papille et de la rétine avoisinante réalise ; à l'extrême, une image de la stase papillaire (neuroretinopathie). ^[19]

7- EVOLUTION ET COMPLICATIONS

7.1- EVOLUTION :

Dans l'immédiat, on observe une guérison sous l'effet du traitement. En cas d'absence de traitement, il y a répétition des crises avec état de mal éclamptique menaçant la vie maternelle : asphyxie, défaillance cardiaque, oedème aigu du poumon, hémorragie cérébro-méningée pouvant entraîner une hémiplégie ou la mort plus ou moins brutale.

Secondairement, on peut retrouver une anurie par ischémie glomérulaire (régressive après réanimation intensive), un ictère par atteinte vasculaire hépatique provoquant un HELLP syndrome, une coagulation intra vasculaire disséminée, une psychose puerpérale avec confusion marquée parfois par l'idée de suicide ou d'infanticide nécessitant une surveillance stricte de la mère et la séparation de l'enfant.

7.2- COMPLICATIONS :

7.2.1- Complications maternelles :

7.2.1.1- HELLP syndrome : Il se caractérise par une triade de signes biologiques :

- Hémolyse : Apparition de schizocytes, augmentation de la bilirubine totale, chute de l'hématocrite et élévation des LDH.
- Elévation des transaminases : 2 à 3 fois la normale
- Thrombopénie : inférieure à 100000 éléments.

Sur le plan clinique il se manifeste par une douleur au niveau de l'hypocondre droit (dans 65 à 85% des cas) ; des nausées et des vomissements (dans 45 à 85% des cas) ; des signes fonctionnels d'HTA une fois sur deux. L'échographie

montre un foie augmenté de volume, hétérogène et peut mettre en évidence un hématome sous capsulaire du foie. [20]

7.2.1.2 -Hématome rétro-placentaire :

C'est un décollement prématuré d'un placenta normalement inséré d'origine ischémique. Sur le plan clinique son début est brutal, marqué par l'apparition d'une douleur en coup de poignard, permanente et qui peut s'associer à des métrorragies faites de sang noirâtre, peu abondantes lorsque le saignement est extériorisé.

L'utérus est extrêmement tonique «utérus de bois » et douloureux ; la contracture est permanente sans relâchement. Les bruits du cœur fœtaux sont souvent absents. Sur le plan anatomique, il existe un hématome décidual basal interrompant la circulation materno-fœtale.

L'examen macroscopique de placenta retrouve un caillot noirâtre sur la face maternelle placentaire avec une cupule en regard. [21]

7.2.1.3-L'insuffisance rénale aigue :

Du fait de l'hypovolémie, une insuffisance rénale fonctionnelle peut s'installer. Celle-ci évoluera progressivement vers une oligurie avec biologiquement une élévation progressive de la créatinémie.

7.2.1.4- Œdème aigu pulmonaire :

Cette complication rare peut être iatrogène (remplissage, corticoïdes).

Il se traduit par une dyspnée très intense angoissante à type de polypnée contraignant le malade à s'asseoir (orthopnée), s'accompagnant d'une toux quinteuse ramenant une expectoration mousseuse abondante, blanche comme du blanc d'œuf battu, parfois teintée de sang (expectoration saumonée).

L'auscultation cardiaque révèle une marée montante des râles crépitants.

7.2.1.5- Accidents vasculaires cérébraux :

Ils se manifestent par des signes neurologiques :

- Déficit moteur localisé transitoire ou définitif.
- Méningisme en faveur d'une hémorragie méningée.
- Déficit moteur localisé associé à un méningisme signant une hémorragie cérébro-méningée.

Parfois l'élévation importante de la tension artérielle peut entraîner certaines manifestations comme :

- L'épistaxis profuse ;
- Des pathologies et/ou troubles oculaires (amaurose, cécité...);
- Des hémorragies cérébrales (accident vasculaire cérébral hémorragique, hémorragies cérébro-méningées...). [22]

7.2.2- Les complications fœtales

7.2.2.1- L'hypotrophie fœtale et le retard de croissance :

La croissance fœtale se trouve perturbée en cas de pathologie vasculaire utéro-placentaire. Un retard de croissance s'objective cliniquement et échographiquement de façon progressive au cours de la grossesse et est simultanément associé à une hypoxie relative. L'ensemble constitue une souffrance fœtale chronique.

7.2.2.2- La souffrance fœtale aigue :

Une hypoxie aigue peut survenir lors des grandes variations tensionnelles maternelles ou d'augmentation du tonus utérin (contractions utérines), avec risque d'anoxie et d'ischémies cérébrales.

7.2.2.3- La prématurité :

C'est un facteur de fragilité et parfois de mortalité secondaire ou de séquelles neurologiques. [23]

7.2.2.4- La mort fœtale in utero:

La survenue est brutale lors d'un hématome rétro-placentaire, plus rare au cours d'une crise d'éclampsie ou à l'issue d'une souffrance fœtale hypoxique plus ou moins prolongée.

7.2.2.5- La mort néo-natale précoce :

Elle est la conséquence de l'hypotrophie, de la souffrance fœtale et de la prématurité.

8 - Pronostic :

Le pronostic maternel est le plus souvent favorable sous un traitement et une surveillance adaptée.

Quant au pronostic fœtal, il est sombre. Cette éclampsie tue souvent le fœtus qui était dans un état de souffrance fœtale chronique. S'il est vivant, il est le plus souvent prématuré ou hypotrophe. [24]

La mortalité néonatale précoce est importante, conséquence de la prématurité et de la souffrance fœtale.

Les éléments du pronostic sont :

- Date d'apparition : plus l'éclampsie est précoce plus elle est grave,
- Caractère des crises : l'éclampsie est d'autant plus grave que les crises sont nombreuses et rapprochées.
- Caractère du coma : la profondeur du coma est une marque de gravité,
- L'élément obstétrical : l'absence de travail d'accouchement est un élément de mauvais pronostic,

- Les troubles thermiques, le subictère, la CIVD, les hémorragies des centres nerveux, le non fléchissement des courbes de la tension artérielle de la protéinurie, la non relance de la diurèse malgré le traitement ainsi que l'apparition de la complication sont les éléments de mauvais pronostic.
- L'examen du fond d'œil : l'œdème de la papille, les hémorragies rétiniennees sont les éléments les plus souvent graves.
- L'influence du traitement: son inefficacité est de mauvais augure. [25]

9- DIAGNOSTIC DIFFERENCIEL :

L'éclampsie ne prête guère à confusion. La gravidité, les circonstances d'apparition, les prodromes lui sont propres.

Les affections avec les quelles on pourrait la confondre ne s'accompagnent ni de protéinurie, ni d'hypertension.

L'épilepsie, dont la crise est décelée par l'anamnèse.

Le tétanos s'intègre dans un tout autre cadre.

Plus difficiles peuvent être les diagnostics de convulsions consécutives à une méningite tuberculeuse ou à une tumeur cérébrale. On y pensera lorsque le nombre de crises est très élevé et que cependant l'enfant reste vivant et l'évolution favorable.

Dans les suites de couches, on distinguera l'éclampsie des crises convulsives par thrombo-phlébite intracrânienne.

10 - TRAITEMENT DE L'ECLAMPSIE

10.1- Volet médical :

Le traitement médical comporte :

- Une thérapeutique neurosédative et anti-convulsivante,
- Une thérapeutique hypotensive ;

- Et parallèlement des mesures de réanimation générale.

Le traitement médical est nécessaire en toute circonstance. Mais tantôt il est utilisé à titre exclusif, tantôt abandonné au profit du traitement chirurgical (césarienne). [25]

Les thérapeutiques neurosédatives et anti-convulsivante :

Elles sont nombreuses à faire la preuve de leur efficacité. Les plus utilisés sont le Sulfate de magnésium et les benzodiazépines.

Les anti-convulsivants les plus utilisés en occident sont les Benzodiazépines, le Sulfate de magnésium et de Phénytoïne.

Un essai clinique randomisé multicentrique de grande taille (1680 femmes) comparant ces trois molécules montre que le Sulfate de magnésium est plus efficace que le diazépam ou la Phénytoïne pour le traitement de l'éclampsie et devrait être le traitement de référence. [26]

Une autre étude randomisée comparant le Sulfate de magnésium à la Phénytoïne en prévention chez les femmes ayant une pré-éclampsie fut menée. Ce travail a noté une diminution du risque de survenue d'une éclampsie dans le groupe sous Sulfate de magnésium (aucune convulsion sur 1049 femmes), versus 10 convulsions sur 1089 femmes sous Phénytoïne. Par ailleurs, les issues maternelles et périnatales n'étaient pas différentes entre les deux groupes. [27]

Cette étude montre que le Sulfate de magnésium est efficace dans la prévention de la crise d'éclampsie. [28]

Deux questions demeurent cependant embrassantes :

► A qui et quand donner le sulfate de magnésium ?

Il n'existe pas de données très fiables pour identifier les patientes les plus à risques. Faudra t-il donc se baser sur l'expérience clinique au cas par cas en intégrant toutes les données para cliniques ?

► À quelle posologie utiliser le sulfate de magnésium ?

Tableau : La conférence des experts donne le tableau thérapeutique suivant [29]

Stade de la maladie	Décours immédiat de la crise	Convulsion persistante
Recommandations	Traitement préventif de la récurrence d'instauration rapide sur le vaso-spasme cérébral	Traitement visant à limiter la souffrance neuronale et efficace sur le vaso-spasme cérébral
Traitement de 1 ^{ère} intention	Sulfate de magnésium 4g dans une perfusion de 15-20minutes, puis perfusion continue de 1g/heure (poids>70kg : 6g puis 2g/heure)	Clonazépan en perfusion continue ou en bolus (1mg/heures) après intubation en séquence rapide et ventilation contrôlée. Association du sulfate de magnésium recommandée.

Le protocole de MGSO4 utilisé dans le service :

L'ampoule du **Sulfate de Magnésium** est dosée à **1 g** et la posologie adaptée est de : **4 g** dans **250cc** de sérum glucosé en perfusion pendant **15à20 minutes** comme dose d'attaque, puis **1 g** en **IVD** chaque heure pendant **24 heures** c'est la dose d'entretien.

Le traitement par le sulfate de magnésium impose une surveillance spéciale : celle-ci comporte le monitoring de la fréquence respiratoire, de la diurèse et la recherche régulière des réflexes ostéo-tendineux. Le gluconate de calcium qui est l'antidote utilisable en cas de surdosage doit être prêt à l'emploi. [29]

-Benzodiazépines= diazépam (Valium®), clonazépam (rivotril®).

L'administration à forte dose de benzodiazépines peut entraîner chez le nouveau né une intoxication de sévérité et de durée variable jusqu'à 15 jours avec dépression respiratoire, troubles de la thermorégulation, difficulté de succion, hypo réactivité, hypotonie. Ces troubles peuvent être suivis d'un syndrome de sevrage (hyperexcitabilité, trémulations, troubles digestifs à type de diarrhée ou de vomissement).

La thérapeutique hypotensive fait appel à des substances puissantes. L'hydralazine (Népressol) administré par voie veineuse est très utilisée en raison de sa maniabilité.

Le diazoxide (Hyperstat) en injection intra-veineuse est d'une remarquable efficacité (300mg/ injection rapide en moins de 30 secondes, éventuellement renouvelable).^[30]

D'autres utilisent la Nicardipine (Loxen), le Labétalol (Trandate), la Clonidine (Catapressan).

La Clonidine (Catapressan) a un risque de poussée hypertensive en cas d'interruption brutale du traitement.^[31]

Schéma d'administration de l'hydralazine.

.Hydralazine 25 mg du solvant 2cc + 18cc NaCl (0,9%) ; injecter 4cc du mélange correspondant à 5mg d'hydralazine en intra-veineuse lente ou 5-10mg en IV lente ; peuvent être répétés chaque 20 mn selon la réponse.

. Alternativement, préparer une perfusion de 50 mg d'hydralazine dans 500cc de NaCl 0,9% est égale à 1 mg / 10cc de solution, infusée en pompe au débit nécessaire à une stabilisation de la tension artérielle (commencer par un débit de 1mg/heure).

**Les autres antihypertenseurs couramment utilisés en pratique*

-Nifédipine : Epilat® = Adalat®

-Methyldopa : Aldomet®

-Furosémide : Lasilix®

La nifédipine : Inhibiteur calcique, médicament très efficace et l'effet est rapide 30 secondes après la prise sublinguale.

Le méthyldopa : il est utilisé généralement comme traitement de relais après la crise.

La tension artérielle diastolique devrait se maintenir entre 90-104 mmHg.

Parallèlement des mesures de réanimation sont nécessaires :

- L'expansion volémique par des macromolécules :

Le remplissage vasculaire est parfois nécessaire car certaines formes présentent une hypovolémie relative à une grossesse normale, qui sera élevée ou aggravée par un traitement vasodilatateur et sympatholytique.

Les solutés cristalloïdes (Ringer lactate, sérum salé à 9%) sont utilisables car les dérivés de gélatine fluide modifiés (géloufusine 4%) et Dextran sont contre-indiqués en raison des conséquences materno-fœtales d'une éventuelle allergie. Le sérum albumine humaine à 4%, 5% ou 20% peut être utilisé en cas d'association d'une protéinurie massive ou d'une hypoprotidémie. Le volume initialement perfusé est de 500 ml de cristalloïde en 30 à 60 mn. Le débit de relais ultérieur est de 85 ml / 24 heures.

- Parfois intubation trachéale et ventilation artificielle ;

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

- Mise en place d'une canule de Mayo ;

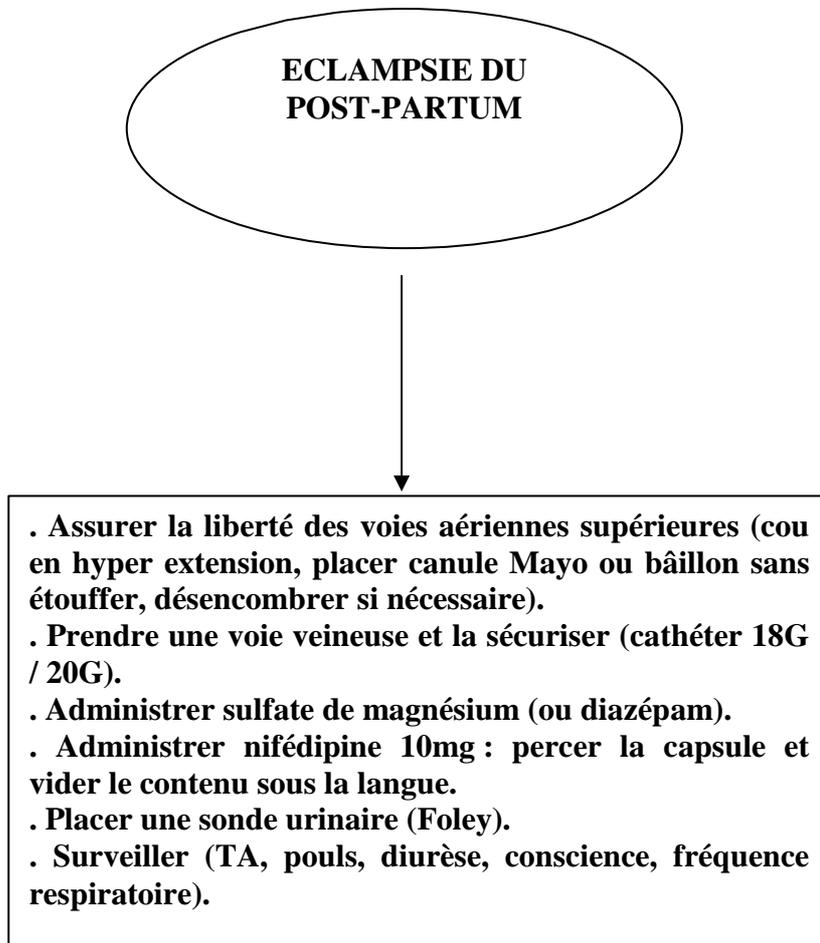
- Oxygénothérapie utile dans tous les cas dans l'intervalle des crises. ^[32]

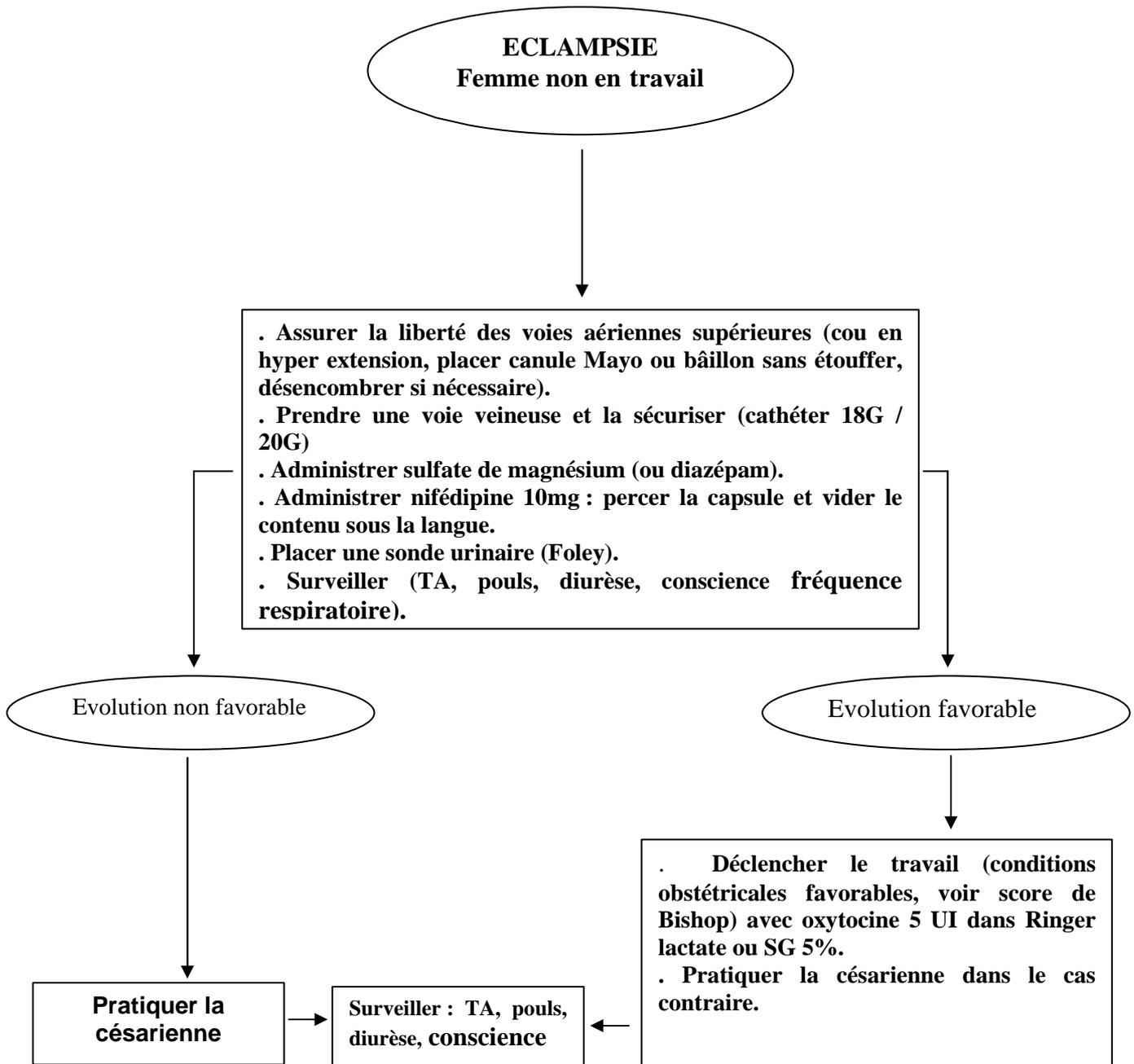
10.2- Volet obstétrical

10.2.1- Le traitement obstétrical :

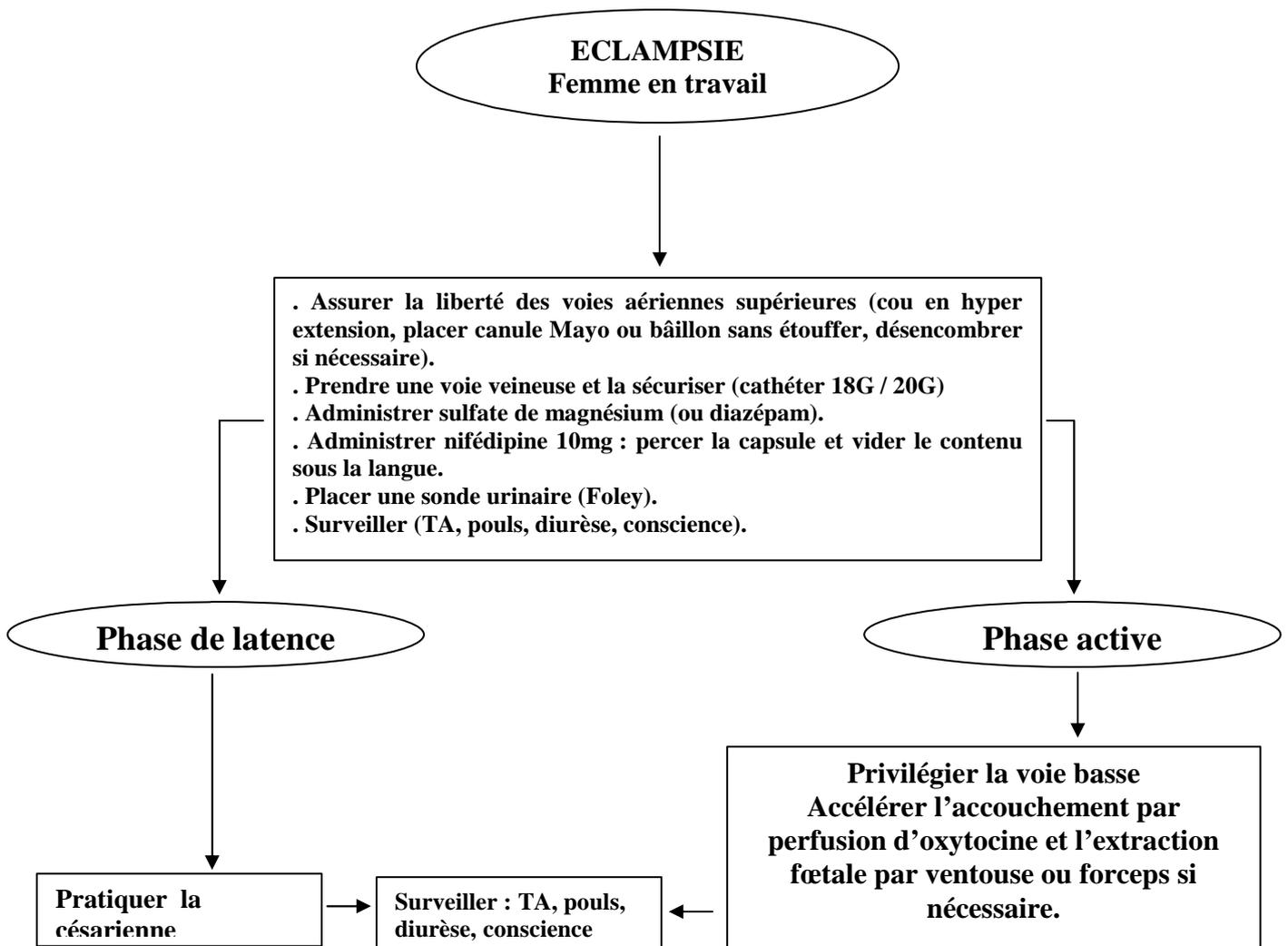
Il consiste à une évacuation utérine soit par voie basse (extraction par ventouse ou forceps le plus souvent) ou par voie haute (césarienne) qui constitue le traitement de fond de la pathologie

10.2.2- Algorithme de prise en charge au Mali : Protocole SONU ^[33]





**NB : Ne jamais laisser l'éclamptique seule (sans agent de santé) dans la salle d'accouchement.
L'accouchement d'une femme éclamptique doit se faire les 12 heures après le début des convulsions.**



**NB : Ne jamais laisser l'éclamptique seule (sans agent de santé) dans la salle d'accouchement.
L'accouchement d'une femme d'éclamptique doit se faire les 12 heures après le début des convulsions.**

METHODOLOGIE



IV- METHODOLOGIE

1- Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée dans le service de gynécologie- obstétrique de l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou.

1.1 Présentation de l'hôpital Nianankoro FOMBA :

Situé au cœur de la Cité des Balanzans, à proximité de la route nationale N°6 reliant Bamako aux Régions du Nord, l'hôpital a une capacité d'accueil de 165 lits.

Historique de l'Hôpital Nianankoro FOMBA:

Les premiers bâtiments de l'hôpital de Ségou ont été achevés vers le début de la Deuxième Guerre Mondiale. Il comprenait un dispensaire et une maternité.

D'autres bâtiments furent ajoutés en 1946 et 1947 actuelles hospitalisations chirurgie hommes, chirurgie femmes.

De 1950 à 1959 d'autres constructions furent réalisées dont :

- * le bâtiment d'hospitalisation nommé «clinique»
- * la radiographie.
- * le service d'ophtalmologie (Yeelen).

En 1962, l'établissement deviendra Hôpital secondaire ; en 1983 l'établissement fut baptisé Hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou.

Il sert de deuxième référence pour l'ensemble de la Région et de première référence pour les centres de santé de cercle de la commune de Ségou. Il comporte une cinquantaine de bâtiments repartis sur une superficie de 6 hectares, il est actuellement un établissement public hospitalier par la loi N°03-017 du 14 juillet 2003.

Les infra structures de l'hôpital sont reparties en services :

- service Administratif (direction),
- service de Médecine générale,
- service de Chirurgie générale,

- service de Cardiologie,
- service de Traumatologie,
- service de Gynéco Obstétrique,
- service d'ORL,
- Cabinet dentaire,
- service de Pédiatrie,
- service d'Ophtalmologie
- la pharmacie,
- service de Radiologie,
- un laboratoire et un nouveau bloc technique construit en 2002 composé d'un service d'anesthésie réanimation, le bloc opératoire et un service de stérilisation.
- Le bloc des fistuleuses en partenariat avec l'ONG « IAMANEH MALI » assure la prise en charge gratuite de tous les cas de fistules au niveau de la Région.

Les ressources humaines :

L'hôpital a un effectif de 197 agents dont :

- 01 Administrateur Civil ;
- 02 Inspecteurs de finance ;
- 11 comptables ;
- 09 Médecins Spécialistes ;
- 19 médecins généralistes ;
- 02 Pharmaciens
- 17 Assistants médicaux ;
- 15 Techniciens supérieurs de santé ;
- 01 Biologiste ;
- 21 Techniciens de santé (B1) ;
- 01 Orthopédiste ;
- 4 techniciens de labo ;
- 08 sages femmes dont la sage femme maitresse ;

-04 Infirmières obstétriciennes ;

-06 secrétaires ;

-03 Electriciens ;

-01 magasinier ;

-06 chauffeurs ;

- 02 agents sociaux ;

-28 manœuvres ;

- 10 Gardiens ;

- 26 aides-soignants

1.2. Présentation du service de gynécologie obstétrique :

Nous gérons toutes les pathologies gynécologiques et obstétricales de la ville de Ségou et de certains centres de santé de référence de cercles.

Actuellement le service fait partie du groupe « Pool mère enfant », constitué de service de gynéco-obstétrique et de pédiatrie.

Le service comprend :

- ✓ Trois (3) Bureaux de consultation pour les médecins sans toilette ;
- ✓ un (1) Bureau pour la sage femme maîtresse avec toilette ;
- ✓ une (1) Salle d'accouchement avec trois (3) tables d'accouchements fonctionnelles, trois (3) bouches d'oxygène et un (1) aspirateur,
- ✓ une (1) Salle d'attente avec trois (3) lits, une toilette non fonctionnelle, trois (3) bouches d'oxygène ;
- ✓ une (1) Salle d'urgence comportant trois(3) bouches d'oxygène et un (1) aspirateur ;
- ✓ une (1) Salle de garde avec toilette, ventilée, climatisée, munie d'un réfrigérateur ;
- ✓ une (1) unité de consultation prénatale et de prévention de la transmission mère-enfant du VIH(PTME) ventilée et climatisée ;
- ✓ une (1) unité de vaccination ;
- ✓ une (1) unité de planification familiale ;

- ✓ une (1) Salle de soins ;
- ✓ un (1) Magasin ;
- ✓ cinq (5) grandes Salles d'hospitalisation contenant chacune 4 lits ;
- ✓ Deux(2) Salles VIP ayant 1 lits chacune;
- ✓ trois toilettes externes pour patientes fonctionnelles ;
- ✓ cinq (5) Toilettes communes pour le personnel.

Le personnel de la maternité est composé de :

- *Deux (2) Spécialistes en gynécologie obstétrique ;
- *Deux (2) Médecins généralistes ;
- *Huits (08) Sages femmes dont la sage femme maitresse ;
- *Cinq(5) Infirmières ;
- *Trois(3) aides soignantes ;
- *Trois (3) garçons de salle ;
- *Trois(6) internes.

C'est un lieu de stage qui reçoit les étudiants en Médecine, des techniciens en santé.

Organisation du service :

Les consultations externes (gynécologiques et grossesses à risque) se font du lundi au vendredi par les médecins avec l'aide des internes.

Les accouchements eutociques, les consultations prénatales et post natales, les consultations pour la planification familiale, la vaccination, le suivi des femmes séropositives dans le cadre de la Prévention de la Transmission mère Enfant (PTME) sont faites par les sages-femmes.

Le programme opératoire est varié et comporte des interventions gynécologiques et obstétricales.

La formation continue du personnel est assurée par un staff quotidien à partir de 8heures sur les dossiers journaliers et principalement ceux de la garde, ainsi

que par un exposé hebdomadaire sur les pathologies gynécologiques et obstétricales fréquemment rencontrées dans le service.

La visite aux malades hospitalisées, visite au cours de laquelle le gynécologue obstétricien donne les instructions et enseignements nécessaires à la formation continue des étudiants (thésards).

La garde est assurée par un médecin spécialiste d'astreinte, un médecin généraliste, la sage femme, l'infirmière obstétricienne complétés par les stagiaires en formation (un interne, étudiant) et un personnel d'appui (GS).

Le service reçoit les patientes de la ville de Ségou et environnant, les patientes référées des CSCOM et des CSRéf des cercles

1.3. Le service de l'anesthésie réanimation : est composé de trois unités : la réanimation, l'anesthésie et le bloc opératoire.

L'unité de réanimation est polyvalente et assure la prise en charge des adultes et des enfants.

Son personnel est composé d'un médecin anesthésiste réanimateur, quatre infirmiers, deux garçons de salle et les étudiants stagiaires.

Le bloc opératoire comprend : 01 salle d'opération à froid, un bloc d'urgence et une salle de surveillance post- opératoire.

1.4. Le service de pédiatrie : il est unique dans la région de Ségou. Le service comprend : une salle de néonatalogie, une unité kangourou et deux salles d'hospitalisations.

Le personnel est composé de:

- 03 médecins.
- 05 infirmiers.
- Les étudiants stagiaires.

2- Type d'étude et période d'étude :

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive (de janvier 2010 à décembre 2011) et prospective descriptive (de janvier 2012 à décembre 2012) soit 3 ans.

3- Population d'étude :

L'étude a porté sur toutes les femmes en grossesse, en travail ou en post-partum immédiat admises dans le service pour crise d'éclampsie pendant la période d'étude.

4- Echantillonnage

4-1- Critères d'inclusion :

Étaient incluses dans l'étude toutes les gestantes, parturientes ou en post-partum immédiat admises dans le service présentant une crise tonico-clonique associée à une tension artérielle systolique supérieure ou égale à 140 mmHg et / ou une tension artérielle diastolique supérieure ou égale à 90 mmHg associée à une protéinurie élevée (supérieure à 0,30g / 24H).

4-2- Critères d'exclusion :

N'étaient pas incluses dans l'étude toutes les autres causes de crises convulsives pendant la grossesse non associées aux éléments d'inclusion.

5- Collecte des données :

La collecte des données étaient réalisées sur une fiche d'enquête individuelle.

5-1- Les supports des données étaient :

Les dossiers et les registres d'accouchement ;

Les registres du compte-rendu opératoire ;

Les registres d'hospitalisation ;

Les dossiers et les registres de suivi du service d'anesthésie- réanimation pour les patientes qui y étaient admises;

5-2- La technique de collecte des données :

La technique a consisté en une lecture des dossiers obstétricaux et la consignation des données dans le questionnaire.

Les autres supports des données seront exploités chaque fois que cela était nécessaire pour préciser ou compléter les données recueillies dans les dossiers.

6- Les variables étudiées étaient :

L'âge, la profession, le mode d'admission, le motif d'évacuation, le moment de survenue de la crise, le traitement éventuel reçu, les antécédents familiaux, les antécédents personnels, le nombre de CPN, la qualité du personnel, le terme de la grossesse, la gestité, la parité, l'état de conscience, la tension artérielle, les œdèmes, la température, la dilatation du col, le type de grossesse, les BDCF, la diurèse, la voie d'accouchement, les examens complémentaires, le traitement médical, le traitement obstétrical, le transfert en réanimation, la durée du séjour en réanimation, la durée d'hospitalisation, l'état du nouveau-né, le score d'Apgar du nouveau-né et l'issue de la grossesse.

7- Analyse et traitement des données :

Les données ont été saisies sur les logiciels Microsoft Word et Excel et analysées sur EPI info version 2000

8- Définitions de termes :

- **Pronostic materno-fœtal** : Nous entendons par pronostic materno-fœtal l'issue de la grossesse pour la mère et le fœtus en terme de mortalité et de morbidité.
- **Gestité** : c'est le nombre de grossesse chez une femme.
- **Primigeste** : une femme qui est en première grossesse.
- **Paucigeste** : il s'agit d'une femme qui a fait deux à trois grossesses.
- **Multigeste** : c'est une femme qui a fait quatre à six grossesses.
- **Grande Multigeste** = c'est une femme qui a fait sept grossesses et plus.
- **Parité** : c'est le nombre d'accouchement chez la femme.
- **Nullipare** : c'est une femme qui n'a pas fait d'accouchement.

- **Primipare** : une femme qui a fait un accouchement.
- **Paucipare** : une femme qui a fait deux à trois accouchements.
- **Multipare** : une femme qui a fait quatre à six accouchements.
- **Grande multipare** : c'est une femme a fait sept accouchements et plus.
- **Hypertension artérielle** : lorsque chez la femme enceinte la tension artérielle systolique est supérieure ou égale à 140 mmHg et/ou une tension artérielle diastolique est supérieure ou égale à 90 mmHg en deux consultations différentes.
- **Saison pluvieuse** : correspond aux mois de juillet, août, septembre et octobre.
- **Saison froide** : correspond aux mois de novembre, décembre, janvier et février.
- **Saison chaude** : correspond aux mois de mars, avril, mai et juin.
- **Anémie** : chez la femme enceinte est définie comme ayant un taux d'hémoglobine inférieur à 11 grammes par décilitres.
- **Anté-partum = pré-partum** : c'est la période de la grossesse avant tout début du travail d'accouchement.
- **Per-partum** : il correspond à la période du travail d'accouchement.
- **Post-partum** : c'est la période qui s'étend de l'accouchement au retour des couches (42 jours après accouchement).
- **Bon score d'Apgar** : score supérieur à 7.
- **Mauvais score d'Apgar** : score inférieur ou égal 7.
- **Hypertension artérielle sévère** : lorsque la tension artérielle systolique est supérieure ou égale 160 mmHg et/ou une tension artérielle diastolique supérieure ou égale à 110 mmHg.

- **Fréquence cardiaque fœtale normale** : c'est la fréquence cardiaque fœtale comprise entre 120 et 160 bts / mn.
- **Tachycardie fœtale** : c'est lorsque la fréquence cardiaque fœtale est supérieure à 160 bts / mn pendant au moins 10 mn.
- **Bradycardie fœtale** : c'est la fréquence cardiaque fœtale inférieure à 120 bts / mn pendant au moins 10 mn.
- **Diurèse** : volume d'urine sécrétée par les reins pendant une période de temps donnée. Sa valeur normale est (30 ml à 100 ml) par heure.
- **Oligurie** : diminution du volume des urines (moins de 500 ml / 24heures).
- **Anurie** : diminution du volume des urines (moins de 300 ml / 24heures).
- **Morbidité maternelle** : elle recouvre un large éventail de troubles qui surviennent pendant la grossesse et le post-partum ou qui sont aggravés par la grossesse. Ces troubles causent des maladies, des invalidités ou des malaises mais n'entraînent pas nécessairement la mort.
- **Mortalité maternelle** : selon l'OMS, elle se définit comme << le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après l'accouchement, quelles qu'en soient la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivé mais ni accidentelle ni fortuite>>.
- **Mortalité néonatale** : c'est le décès du nouveau-né entre sa naissance et le 28^{ème} jour.
- **Mortalité néonatale précoce** : c'est le décès du nouveau-né entre la naissance et le 7^{ème} jour.
- **Mortalité périnatale** : définie comme les enfants nés sans vie, ou décédé à moins de 7 jours de vie. ^[34]

RESULTATS

V-RESULTATS

1-Fréquence :

Durant la période de notre étude du **1^{er} janvier 2010 au 31 Décembre 2012** nous avons enregistré **176** cas d'éclampsie sur les **5976** patientes admises en période gravido-puerpérale soit une fréquence de : **2,9%**.

2-Caractéristiques sociodémographiques

2.1- L'âge :

Tableau I : Répartition des patientes par tranche d'âge.

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage (%)
14-19 ans	106	60,2
20-34 ans	62	35,2
35-44 ans	8	4,5
Total	176	100

La tranche la plus représentée était de 14-19 ans avec 60,2%

L'âge moyen était de 20,65 ans avec des extrêmes compris entre 14 et 44 ans.

2.2- La Gestité :

Tableau II : Répartition des patientes selon la gestité.

Gestité	Effectif	Pourcentage (%)
Primigeste	131	74,4
Paucigeste	24	13,6
Multigeste	14	8
Grande multigeste	7	4
Total	176	100

Les primigestes ont été les plus représentées avec **74,4%**

2.3- La parité :

Tableau III : Répartition des patientes selon la parité.

PARITE	Effectif	Pourcentage (%)
Nullipare	84	47,7
Primipare	53	30,1
Paucipare	19	10,8
Multipare	13	7,4
Grande multipare	7	4
Total	176	100

Les nullipares avec **47,7%** étaient les plus atteints.

2.4- Le motif d'évacuation

Tableau IV : Répartition selon le motif d'évacuation à la maternité.

Motif d'évacuation	Effectif	Pourcentage (%)
Convulsion	76	43,2
Eclampsie	49	27,8
Perte de connaissance	33	18,8
HTA	18	10,2
Total	176	100

2.5- Le niveau d'instruction :

Tableau V: Répartition des patientes selon le niveau d'instruction.

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage (%)
Non scolarisé	144	81,8
Niveau primaire	24	13,6
Niveau secondaire	8	4,6
Total	176	100

Les patientes non scolarisés sont majoritaires avec **81,8%**.

2.6- La provenance :

Tableau VI : La provenance des patientes.

Provenance	Effectif	Pourcentage (%)
CSCom	77	43,7
Famille	59	33,6
CSRéf	38	21,6
Structure privée	2	1,1
Total	176	100

2.7- La profession :

Tableau VII : Répartition des patientes selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage (%)
Ménagère	138	78,4
Elève-étudiante	31	17,6
Aide ménagère	6	3,4
Coiffeuse	1	0,6
Total	176	100

La profession ménagère prédominait avec **78,4%**

2.8- Le statut matrimonial :

Tableau VIII : Répartition des patientes selon le statut matrimonial.

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage (%)
Mariée	136	77,3
Célibataire	40	22,7
Total	176	100

3-Les antécédents

3.1- Les antécédents familiaux :

Dans notre étude, **6 cas (3,4%)** avaient un antécédent d'HTA dans la famille. L'éclampsie a été retrouvée dans **1cas (0,6%)** et la gémellité dans **2 cas (1,1%)**.

3.2- Antécédents personnels

3.2.1- Médicaux :

Nous avons noté **5 cas d'HTA (2,9%)** et **2 cas d'éclampsie (1,1%)**. Par contre **169 cas (96%)** étaient sans antécédents médicaux particuliers.

3.2.2- Chirurgicaux :

Nous avons enregistré **2 cas** de césarienne.

4- Les aspects cliniques

4.1- Le moment de survenue de la crise :

Tableau IX : Répartition des patientes selon le moment de survenue de la crise d'éclampsie.

Survenue de la crise	Effectif	Pourcentage (%)
Per-partum	73	41,5
Anté-partum	57	32,4
Post-partum	46	26,1
Total	176	100

Pour l'éclampsie du post-partum son délai de survenue allait **d'une heure à 96 heures** après la délivrance.

4.2- Age gestationnel :

Tableau X : Répartition des patientes selon l'âge gestationnel

Age gestationnel	Effectif	Pourcentage (%)
20 – 27 S.A	10	5,6
28 – 32 S.A	43	24,4
33 - 36 S.A	28	16
37 – 42 S.A	95	54
Total	176	100

L'âge gestationnel compris entre **37 – 42 semaines d'aménorrhée** est la plus représenté avec **54 %**

4.3- Consultation prénatale :

Tableau XI : Répartition des patientes selon le nombre de consultations prénatales effectuées

CPN	Effectif	Pourcentage (%)
0	109	61,9
1-3	53	30,1
≥ 4	14	8,0
Total	176	100

Dans **61,9% des cas**, aucune consultation prénatale n'a été effectuée.

4.4- Examen clinique à l'admission

4.4.1- La tension artérielle

Tableau XII : Répartition des patientes selon la TA systolique en mmHg à l'admission

TA Systolique	Effectif	Pourcentage (%)
> 150	93	52,8
140 – 150	73	41,5
< 140	10	5,7
Total	176	100

Tableau XIII : Répartition des patientes selon la TA diastolique en mmHg à l'admission

TA Diastolique	Effectif	Pourcentage (%)
90 – 100	107	60,8
> 100	63	35,8
< 90	6	3,4
Total	176	100

4.4.4- La diurèse : La diurèse était normale dans **112 cas (63,6%)** ; **3 cas (1,7%)** d'oligurie et **1 cas (0,6%)** d'anurie ont été notés. Dans **60 cas (34,1%)** la diurèse n'était pas précisée.

4.4.5- Les Bruits du cœur fœtal (BDCF)

Tableau XIV : Répartition des patientes selon la présence ou non des BDCF

BDCF	Effectif	Pourcentage (%)
Présents	112	86,1
Absents	18	13,9
Total	130	100

Nous avons noté **7 cas** de bradycardie fœtale (**5,4%**) et **12 cas** de tachycardie fœtale (**9,2%**).

4.4.6-L'état de la conscience :

Tableau XV : Répartition des patientes selon le score de Glasgow

Score de Glasgow	Effectif	Pourcentage (%)
3 - 8	32	18,2
9 - 12	125	71,0
13 – 15	19	10,8
Total	176	100

89,2% des patientes avaient un trouble de la conscience.

5-Examens paracliniques :

Touts les examens n'étaient pas réalisables en urgence, de même que toutes les patientes n'avaient pas les moyens de réaliser les examens nécessaires pour apprécier le retentissement ou la gravité de la pathologie.

C'est ainsi que **112** patientes avaient les bilans :

On a noté une thrombopénie dans **1 cas (0,6%)**, une hyper uricémie dans **3 cas (1,7%)**, une hyper créatinémie dans **1 cas (0,6%)**, la glycémie à jeun dans **70 cas (39,8%)** et était élevée dans **1 cas (1,4%)** ; la protéinurie à la bandelette qui a été significative dans tous les cas.

6- Traitement

6.1- Prise en charge obstétricale :

- Voie d'accouchement :

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

Voie d'accouchement	Effectif	Pourcentage (%)
Césarienne	96	54,5
Voie basse	80	45,5
Total	176	100

Nous avons enregistré **5** accouchements par **forceps** et **3** par **ventouse**.

Le type d'anesthésie utilisé était l'anesthésie générale dans tous les cas de césarienne.

Tableau XVII: Répartition des patientes selon le délai entre la survenue de la crise et l'accouchement

Délai entre la survenue de la crise et l'accouchement	Effectif	Pourcentage(%)
> 5 heures	82	63,1
3 – 5 heures	38	29,2
1 - 2 heures	8	6,2
< 1 heures	2	1,5
Total	130	100

Le délai moyen entre la survenue de la première crise convulsive et la naissance de l'enfant était de **4,8 heures** avec des extrêmes de **30 minutes à 10 heures**.

6.2- Traitement médical

Tableau XVIII : Répartition des patientes selon le traitement reçu avant l'admission

Traitement reçu avant l'admission	Effectif	Pourcentage(%)
Aucun traitement	92	52,3
Antihypertenseur et anticonvulsivant	37	21,0
Anticonvulsivant	28	15,9
Antihypertenseur	19	10,8
Total	176	100

Les médicaments utilisés après admission comprennent :

▪ Les anti-hypertenseurs :

Tableau XIX : Répartition selon la fréquence des médicaments anti-hypertenseur utilisés.

Anti-hypertenseurs	Effectif	Pourcentage(%)
Nicardipine (Loxen®)	156	88,6
Nifédipine (Epilat®)	9	5,1
Méthyl dopa (Aldomet®)	7	4,0
Furosémide (Lasilix®)	4	2,3
Total	176	100

Ces médicaments anti-hypertenseurs ont été administrés en monothérapie dans **74 cas (42%)** et en bithérapie (Nifédipine +Méthyl dopa) dans **102 cas (58%)**.

▪ **Les anti-convulsivants :**

- Le Sulfate de magnésium (MgSO₄) dans **160 cas (90,9%)**,
- Le Diazépam (Valium®) dans **16 cas (9,1%)**.

▪ L'oxygénation et le remplissage vasculaire par les solutés cristalloïdes (sérum salé isotonique à 0,9%) dans tous les cas (100%).

6.3-Transfert en réanimation :

Tableau XX : Répartition des patientes selon le transfert en réanimation

Transfert en réanimation	Effectif	Pourcentage (%)
Non	99	56,3
Oui	77	43,7
Total	176	100

Dans **77 cas (43,7%)** une collaboration interdisciplinaire fut nécessaire (Service de Réanimation)

6.4- Séjour en réanimation :

Tableau XXI: La durée du séjour en réanimation (en jours)

Durée de séjour	Effectif	Pourcentage (%)
1-3	64	83,1
4-7	11	14,3
≥ 8	2	2,6
Total	77	100

La durée moyenne de séjour en réanimation était de **2,71 jours**, avec des extrêmes compris entre **1 et 10 jours**.

6.5- Durée d'hospitalisation :

Tableau XXII : Répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation (en jours).

Durée d'hospitalisation	Effectifs	Pourcentages (%)
< 3	4	2,2
3-7	155	88,1
8-15	17	9,7
Total	176	100

La durée moyenne d'hospitalisation était de **4,52 jours**, avec des extrêmes compris entre **1 et 15 jours**.

7- Evolution

7.1- Complications maternelles :

Tableau XXIII : Répartition selon les type de complications

Causes	Effectif	Pourcentage(%)
Infection	8	53,4
IRA	3	20
Hémorragie de la délivrance	2	13,3
HRP	2	13,3
Total	15	100

15 complications ont été retrouvées sur **176 cas** soit **8,5%**

(Les complications infectieuses **8 cas** soit **53,4%** étaient l'endométrite dans **6 cas**, les suppurations pariétales dans **2 cas**).

7.2- Pronostic maternel :

Tableau XXIV : Répartition des patientes selon le pronostic maternel

Devenir de la femme	Effectif	Pourcentages (%)
Vivant	172	97,7
DCD	4	2,3
Total	176	100

La majorité des décès survenait dans les **48 premières heures** après l'admission avec les extrêmes de **20 à 120 heures**.

Nous avons noté **25%** de décès maternel en anté-partum (**1 cas/4**), **1 cas (25%)** en per-partum et **2 cas (50%)** en post-partum.

Les causes les plus fréquentes du décès maternel ont été l'état de mal éclamptique soit **50% (2 cas/4)**, l'insuffisance rénale aigue dans **25% (1cas/4)** et l'œdème aigue du poumon dans **25% (1cas/4)**.

8- Caractéristiques du nouveau-né

8.1- Le score d'Apgar :

Tableau XXV : Répartition des nouveaux-nés selon le score d'Apgar

Score d'Apgar	Effectif	Pourcentage(%)
0	18	13,6
1 – 3	6	4,6
4 – 6	12	9,1
≥ 7	96	72,7
Total	132	100

8.2- Etat du nouveau-né à la naissance :

Tableau XXVI : Répartition selon l'état des nouveau-nés

Etat du NNE	Effectif	Pourcentage (%)
Eutrophique	78	59,1
Prématuré	39	29,5
Hypotrophe	15	11,4
Total	132	100

Nous avons retrouvé **29,5% de prématurés** et **11,4% d'hypotrophes**.

Tableau XXVII : Répartition des nouveau-nés selon la réanimation

Réanimé	Effectif	Pourcentage (%)
Non	114	86,4
Oui	18	13,6
Total	132	100

Les nouveau-nés adressés en pédiatrie étaient de **22 cas** soit **16,7%**. Les motifs de la référence des nouveau-nés étaient : la souffrance néo-natale dans **7 cas (31,8%)**, la prématurité dans **14 cas (63,6%)** et la détresse respiratoire dans **1 cas (4,6%)**.

8.3- Pronostic vital des nouveaux-nés :

Tableau XXVIII : Répartition des nouveau-nés selon le pronostic vital

Pronostic vital du NNE	Effectif	Pourcentage (%)
DCD (après réanimation)	13	7,4
Mort-né frais	17	9,6
Mort-né macéré	4	2,3
Vivants	142	80,7
Total	176	100

Les mort-nés représentaient **21cas (11,9%)** et le décès néonatal précoce fut retrouvé dans **13cas (7,4%)** dans des circonstances : de détresse respiratoire **1cas (7,7%)**, de prématurité **10cas (76,9%)** et de souffrance néo-natale **2cas (15,4%)**. Donc nous avons le taux de mortalité périnatale à **19,3%**.

8.4- Relation entre le Glasgow maternel et le score d'Apgar :

Tableau XXIX : Répartition des patientes selon le Score de Glasgow maternel et le Score d'Apgar

Score d'Apgar	0	1 – 3	4 - 6	≥ 7	Total
Score de Glasgow					
13 -15	2(11,1)	0(0)	2(16,6)	8(8,3)	12(9,1)
9 - 12	13(72,2)	6(100)	5(41,7)	73(76)	97(73,5)
3 – 8	3(16,7)	0(0)	5(41,7)	15(15,7)	23(17,4)
Total	18(100)	6(100)	12(100)	96(100)	132(100)

Tests statistiques :

* **Khi2 = 9,0382 ; ddl = 6 et p = 0,1714**

(Il n'existe pas une différence significative entre le score de Glasgow et le score d'Apgar).

8.5- Relation entre la période de survenue de la crise et le pronostic fœtal :

Tableau XXX : Répartition des patientes selon la période de survenue de la crise et le pronostic fœtal :

Pronostic vital NNE	DCD	Mort-né Frais	Mort-né macéré	Vivant	Total
Survenue de la crise					
Anté-partum	10(76,9)	11(64,7)	2(50)	50(35,2)	73(41,5)
Per-partum	3(23,1)	5(29,4)	0(0)	49(34,5)	57(32,4)
Post-partum	0(0)	1(5,9)	2(50)	43(30,3)	46(26,1)
Total	13(100)	17(100)	4(100)	142(100)	176(100)

Tests statistiques :

Khi²=17,3217 ; ddl=6 et P=0,0082

(Il n'existe pas de différence significative entre la survenue de la crise et le pronostic fœtal).

8.6- Relation entre la voie d'accouchement et le score de glasgow :

Score de glasgow	13 - 15	3 - 8	9 - 12	Total
Voie d'accouchement				
Césarienne	3(15,8)	10(31,3)	83(66,4)	96(54,5)
Voie basse	16(84,2)	22(68,7)	42(33,6)	80 (45,5)
Total	19(100)	32(100)	125(100)	176(100)

Tests statistiques :

*** Khi² = 25,60, ddl = 2 et p = 0,0000**

(Différence significative entre le score de glasgow et la voie d'accouchement).

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI- Commentaires et Discussion :

Les objectifs de notre étude étaient d'étudier :

Le pronostic materno-fœtal de l'éclampsie dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou (HNFS),

Déterminer la fréquence de l'éclampsie, décrire les caractéristiques sociodémographiques des patientes,

Décrire les aspects cliniques, thérapeutiques de l'éclampsie et

Évaluer le pronostic materno- fœtal. Pour cela nous avons entrepris une étude rétrospective sur deux ans (1^{er} janvier 2010 au 31 décembre 2011) et prospective sur un an (1^{er} janvier au 31 décembre 2012).

Pendant la période rétrospective nous avons été confrontés à quelques problèmes à savoir : la non notification de certaines données ou paramètres dans les dossiers.

Ces difficultés ont contribué à constituer un facteur limitant quant au recueil des informations.

L'éclampsie est une pathologie rare dans les pays développés expliquant ainsi la pauvreté des publications à cette pathologie dans ces pays.

1- La fréquence :

La fréquence de l'éclampsie varie selon les auteurs, elle dépend des critères d'inclusion dans les différentes séries. Notre fréquence 2,9% est supérieure à celles rapportées par la plupart des auteurs.

En effet AHMADOU H ^[35] a noté une fréquence de 0,78% en 2005 au centre de santé de référence de la commune V ; CISSE CT et AI ^[36] ont rapporté 0,8% au CHU de Dakar en 2003 ; PAMBOU O et AI ^[37] ont enregistré 0,32% d'éclampsie au CHU de Brazzaville en 1999 et DEMBELE N F ^[38] a rapporté 1,13% d'éclampsie à l'hôpital Gabriel Touré en 1995. Ce fait s'explique qu'au Mali depuis la gratuité de la césarienne, les cas de pré-éclampsie et ses

complications sont évacuées vers l'hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou(HNFS) où il existe un service de réanimation. Nous n'avons pas d'explication à la différence des fréquences dans notre série à celles du Congo Brazzaville ^[39] et du Sénégal ^[40].

2- Caractéristiques sociodémographiques :

Dans notre série, l'âge des patientes varie entre 14 ans et 44 ans avec une moyenne d'âge de 20,65 ans. La tranche d'âge de 14 ans à 19 ans était la plus touchée avec une fréquence de 60,2%.

Ce résultat est supérieur à ceux de DIARRA I ^[41], KAMISSOKO G ^[42] et de DEMBELE N F ^[43] qui ont rapporté des taux respectifs de 48% ; 48,60% et 50,8%. La plupart des auteurs s'accordent sur le fait que les adolescentes sont les plus atteintes par cette pathologie qui pourrait s'expliquer par le fait que leurs grossesses ne sont le plus souvent pas suivies.

Les primigestes dans notre série étaient les plus fréquentes (74,4%), résultat comparables quoique légèrement élevées à celles de CISSE C T ^[44], DIARRA I ^[45], PAMBOU O ^[46] qui rapportent des taux respectifs de 68%, 64% et 65%. Nous pensons comme MERGER R ^[47] que les primigestes jeunes sont le plus souvent exposées à cette pathologie.

Dans notre série 81,8% de nos patientes étaient non scolarisées et 13,6% avaient un niveau primaire. Il s'agit de patientes qui ignoraient le plus souvent l'importance des consultations prénatales dont les grossesses ont été non ou mal suivies. Notre résultat est superposable à ceux de KONATE S ^[48] et de DIARRA I ^[49] qui ont noté respectivement 72,56% et 74%.

61,9% des patientes n'avaient fait aucune consultation prénatale. Cependant 38,1% de nos patientes avaient fait entre 1 à 6 CPN au cours de leur grossesse (L'éclampsie de ces patientes pourraient s'expliquer par le mauvaise suivie).

Certaines patientes avaient des antécédents pathologiques (1,1% d'éclampsie ; 2,9% d'hypertension artérielle) et ont été suivies dans 98,2% des cas par les sages femmes et les matrones.

Seules les CPN de bonne qualité permettent le dépistage des formes graves de pré-éclampsie et leur prise en charge adéquate, constituent le seul moyen de diminuer la fréquence de l'éclampsie et d'améliorer le pronostic materno-fœtal.

66,4% de nos patientes provenaient des centres de santé communautaires contre 33,6% qui ont été adressées par leur famille soit à cause d'une perte de connaissance soit à cause des crises convulsives associées à la grossesse.

Nos résultats sont proches à ceux de DEMBELE NF ^[50] qui a rapporté 69% d'évacuation sanitaire pour éclampsie et 31% de patientes adressées par leur famille.

Cent trente six (soit 77,3%) des patientes étaient mariées et les célibataires 22,7%.

Ce taux est inférieur à celui d'AHMADOU H ^[51] et supérieur à celui d'HAMDA S ^[52] qui ont rapporté respectivement 24,74% et 20,60 % de célibataires. On peut en déduire que les célibataires, ayant le plus souvent des grossesses non désirées aient tendance à négliger les CPN.

Dans notre série, les analphabètes étaient les plus atteints avec 81,8%.

Notre fréquence est supérieure à celle de DIARRA I ^[53] et inférieure à celle de FOFANA B ^[54] qui ont rapporté respectivement un taux d'analphabétisme de 74% et 85%.

Ceci pourrait s'expliquer par un taux bas de scolarisation à l'intérieur du pays.

A noter aussi que ces femmes ont le plus souvent des conditions socio-économiques modestes ou défavorables et ignorent l'importance des CPN.

3- Aspects cliniques :

L'hypertension artérielle est le premier signe d'alarme dans ce contexte d'éclampsie. Elle apparaît comme critère prédictif d'un mauvais pronostic

materno-fœtal. Dans notre étude, l' HTA systolique a été retrouvée dans 94,3% avec des extrêmes de 140 et 240 mmHg. Elle était sévère dans 52,8%. Quand à l' HTA diastolique qui était le plus souvent associée à cette HTA systolique a été retrouvée dans 96,6% avec des extrêmes de 90 et 140 mmHg et elle était sévère dans 35,8%. Notre résultat est supérieur à celui de DIAKITE M ^[55] qui a rapporté 82,6% d'HTA systolique entre 130 et 160 mmHg et sévère dans 50,9% des cas. Et ces patientes présentaient dans 85,6% d'HTA diastolique qui était comprise entre 90 et 100 mmHg et sévère dans 41,8%.

Les BDCF étaient absents à l'admission dans 13,9% et pathologique dans 14,6% (5,4% de bradycardie fœtale et 9,2% de tachycardie fœtale). Notre résultat est inférieur à celui de DIARRA I ^[56] qui a rapporté 26% à l'admission et 60% pathologiques (18% de bradycardie fœtale et 42% de tachycardie fœtale).

Ces modifications du rythme cardiaque fœtal sont en rapport avec les troubles hémodynamiques maternels qui ont comme corollaire soit la mort du fœtus, soit la souffrance fœtale aigue.

L'altération de l'état de conscience a été fréquemment notée chez nos patientes allant de la simple obnubilation au coma profond. Cette altération de l'état de conscience était en rapport avec le nombre de crise convulsive.

Plus de la moitié de nos patientes avaient leur grossesse à terme comme chez DIARRA I ^[56] (54%). Cette tendance est également observée chez CISSE CT ^[57] qui trouve une fréquence élevée d'éclampsie sur des grossesses ≥ 37 SA. L'éclampsie du post-partum n'a représenté que 26,1% dans notre série alors qu'en anté et per-partum elle a constitué respectivement 32,4% et 41,5%. Tendance observée chez DEMBELE N F ^[58] qui rapporte (20,7%) d'éclampsie du post-partum. Dans les séries Marocaine et Tunisienne, l'éclampsie en prépartum est la plus fréquente. En effet au CHU Ibn Rochd de Casablanca au Maroc, MIGUIL M et al ^[59] ont rapporté 79% de cas d'éclampsie avant le travail, 4% pendant le travail et 17% après le travail. En Tunisie Ferchiou M et

al ^[60] ont trouvé 56,9% en prépartum ; 32,5% en per-partum et 10,6% en post-partum.

La différence concernant le moment de survenue de la crise dans notre série et dans celle de ces auteurs pourrait s'expliquer par le délai long entre l'admission des patientes dans notre service et l'apparition des premières crises convulsives qui ont contribué à déclencher le travail.

4- Prise en charge :

Dans notre étude 54,5% de nos patientes étaient césarisées. Ce résultat est inférieur à celui de Diakité M ^[61] qui a un taux de césarienne à 85,1%.

Dans l'enquête MOMA réalisée en Afrique de l'ouest citée par DUMONT A et Col ^[62], le taux de césarienne retrouvé en cas d'éclampsie est de 87% des cas, ce qui est supérieur à notre résultat. Il s'agit le plus souvent des patientes admises en phase de latence avec des chiffres tensionnels instables associés le plus souvent à une souffrance fœtale aigue.

Nous avons institué un traitement médical chez toutes nos patientes.

Ce traitement a associé plusieurs médicaments. Il s'agissait d'anti-hypertenseurs dont le plus utilisé était la Nicardipine (Loxen®) 10ml dans 156 cas (88,6%), d'anti-convulsivants dont le plus utilisé était le Sulfate de magnésium (MgSO₄) dans 160 cas (90,9%), d'une oxygénothérapie dans 32 cas (18,2%) dans les intervalles de crise et le remplissage vasculaire dans tous les cas (100%).

Notre service ne disposant pas d'unité de réanimation, 43,7% de nos patientes ont été transférées en réanimation et y avaient fait un séjour moyen de 2,71 jours. La durée moyenne d'hospitalisation était de 4,52 jours.

5- Pronostic :

L'éclampsie est une pathologie responsable de complications maternelles et fœtales quelques fois gravissimes. Dans notre étude nous avons enregistré 8,5% de complications maternelles. En se référant à la répartition des cas selon le

type de complications, nous constatons que les complications infectieuses (endométrite et suppuration pariétale) sont les plus souvent liées aux conditions d'accouchement qu'à l'éclampsie elle-même. Par contre l'insuffisance rénale aiguë apparaît dans 20% ; l'hématome rétro-placentaire dans 13,3% et l'hémorragie de la délivrance dans 13,3%.

L'éclampsie a été létale dans **2,3%** des cas. Ces décès sont survenus dans des circonstances variables telles que : l'état de mal éclamptique dans 50% ; l'insuffisance rénale aiguë dans 25%; l'œdème aiguë du poumon dans 25% des cas.

Des taux de létalités supérieurs aux nôtres sont rapportés par les auteurs suivants:

DIAKITE M ^[63] a 6,2% de décès maternels.

KONATE S ^[64] a 4,26% de décès maternels.

DIARRA I ^[65] a 12% de décès maternels.

TRAORE et coll. ^[66] ont 18,8% de décès maternels.

En comparant notre résultat à ceux des auteurs sus cités, nous pouvons dire que la fréquence de l'éclampsie était plus élevée dans notre étude et le pronostic maternel est moins sévère. Ceci pourrait s'expliquer par l'amélioration actuelle de la prise en charge des cas avec la gratuité de la césarienne et l'utilisation du sulfate de magnésium.

Le taux de décès rapporté par la série française ^[67] est 2,2% est inférieur au nôtre. Ceci pourrait s'expliquer par la qualité bien meilleure de la prise en charge de ces cas en France à comparer aux conditions de travail qui sont les nôtres.

L'éclampsie est souvent associée à des complications morbides fœtales. Celles-ci sont dominées par la prématurité (29,5%) et l'hypotrophie (11,4%). La plupart des auteurs africains ^[68, 69, 70] dans leurs séries ont rapporté des taux de prématurité autour de 50% et SANOGO A ^[71] notait 11,7% de prématurité.

L'éclampsie du fait des crises convulsives à répétition, des chiffres tensionnels, et de l'ischémie utéro-placentaire est responsable de mort-nés. Ainsi nous avons noté 11,9% des cas. 13,7% des nouveaux-nés vivants ont été réanimés et être adressé en service de pédiatrie pour souffrance néonatale. Des études menées quelques années auparavant ^[72, 73] rapportent des taux variables de mort-nés 24% et 17%. L'amélioration du pronostic fœtal dans notre service pourrait s'expliquer par l'amélioration des conditions de travail (césarienne gratuite, surveillance du travail d'accouchement) et la mise a disposition du sulfate de magnésium.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VII-CONCLUSION-RECOMMANDATIONS :

1-CONCLUSION :

Au terme de cette étude, la fréquence de cette pathologie a été de 2,9%. Elle est grave et hautement mortelle aussi bien pour la mère que pour l'enfant.

Les facteurs favorisants ont été dominés par la primigestité, l'âge jeune de la patiente et l'absence de consultation prénatale ou sa mauvaise qualité.

Les complications maternelles et fœtales ont été nombreuses : l'hématome retro-placentaire (13,3%), l'insuffisance rénale aigue (20%), l'hémorragie de la délivrance (13,3%) pour les complications maternelles.

Au plan fœtal, les complications ont été essentiellement la prématurité (29,5%), la souffrance néonatale (15,4%), l'hypotrophie (59,1%) et la mort fœtale in-utéro (11,9%).

Le bas niveau socio-économique, la mauvaise qualité du suivi prénatal, le dépistage tardif de l'hypertension artérielle, l'absence d'une prise en charge efficace ont été les facteurs augmentant la mortalité maternelle et périnatale.

Dans notre étude nous avons enregistré 2,3% de décès maternel et 7,4% du décès néonatal.

Partout la prise en charge tant maternelle que fœtale reste multidisciplinaire.

Le suivi prénatal de qualité et l'amélioration de conditions de vie de la femme sont les moyens permettant de diminuer le taux élevé d'éclampsie et d'améliorer le pronostic materno fœtal de cette pathologie dans notre pays.

2- RECOMMANDATIONS :

Au terme de notre étude nous faisons les recommandations suivantes :

✓ Aux autorités sanitaires :

- Améliorer le système de référence-évacuation des urgences obstétricales par la mise en place d'une cellule de régulation des urgences au niveau des CSREF.

- Accroître l'accès à des soins de qualité en matière de surveillance de la grossesse et de l'accouchement ;
- Poursuivre la formation et le recyclage du personnel sanitaire ;
- Rehausser le plateau technique des services de gynécologie obstétrique et de réanimation (besoin en ressources matérielles et humains) ;
 - Initier ou réaliser des séances de communication pour le changement de comportement sur l'intérêt des consultations prénatales.
- ✓ **Aux personnels de santé :**
 - Améliorer la qualité des CPN,
 - Référer à temps tous les cas de pré-éclampsie vers les services spécialisés.
 - Améliorer la collaboration et le travail en équipe,
 - Promouvoir l'utilisation du sulfate de Magnésium,
 - Assurer une meilleure surveillance des accouchées.
- ✓ **Aux femmes enceintes :**
 - Fréquenter les consultations prénatales et post-natales ;
 - Eviter les accouchements à domicile.

REFFERENCES

VIII- REFFERENCES :

1- FAYE A., PICAUD A., OGWET-IGUMU N., NLOME-NZE R A., NICOLA Ph.

L'éclampsie au CHU de Libreville, 53 cas pour 41285 accouchements de 1985 à 1989. Rev Fr Gynécol Obstét 1991 ; 86, 7-9 : 503-510.

2- PAMBOU O., EKOUNDZOLA J R., MALANDA J P., BUAMBOS.

Prise en charge et pronostic de l'éclampsie au CHU de Brazzaville à propos d'une étude rétrospective de 100 cas.

Med Af Noire 1999, 36, 11, 508.

3- CISSE C T., FAYE DIENNE M E., NGABO D., MBAYE M., DIAGNE P M., MOREAU J C.

Indications thérapeutiques et pronostic de l'éclampsie au CHU de Dakar. Gynécol. Obstet Biol Reprod 2003 ; 32.

4- DAO S Z.

Hypertension artérielle et grossesse dans le service de Gynécologie Obstétrique de l'Hôpital Gabriel Touré à propos de 120 cas.

Thèse Med, Bamako 2005, 99 : P12-14.

5- DIAKITE M : Pronostic materno-fœtal de l'éclampsie le service de gynéco-obstétrique du CHU Gabriel TOURE

Thèse Mèd 2008. Pages 7.

6- MERGER R., LEVY J., MELCHIOR J.

Syndromes vasculo-rénaux et Pathologies rénales au cours de la grossesse.

Précis d'obstétrique 6^{ème} édition Masson, Paris 1995, P415.

7- DEMBELE N F.

Aspects cliniques de l'éclampsie à l'hôpital Gabriel Touré à propos de 65 cas.

Thèse Med, Bamako 1995, 14.

8- AHMADOU H.

Aspect épidémio-clinique de la prise en charge de l'éclampsie dans le centre de santé de référence de la commune V

Thèse Med, Bamako 2005, 38

9- SIBAI B M., MC CUBBIN J H., ANDERSON G D et Coll.

Eclampsie: observations from 67 recent cases.

Obstet. Gynecol 1981, 58, 609- 613.

10- LANSAC J., BERGER C., MAGNIN G.

Syndromes vasculo-rénaux et pathologies rénales au cours de la grossesse.

Précis d'obstétrique pour le praticien 3ieme édition Masson,

Paris 1997, 165.

11- MERGER R., LEVY J., MELCHIOR J.

Syndromes vasculo-rénaux et Pathologies rénales au cours de la grossesse.

Précis d'obstétrique 6^{ème} édition Masson, Paris 1995, P420.

12- BEAUFILS M.

Hypertension gravidique.

Encyclo Médico Chirur. (Paris France) Néphrologie- Urologie, 18-058-a-10.

13- POTTECHER TH et Al.

Réanimation des formes graves de pré éclampsie, texte court, société française d'anesthésie réanimation (SFAR) Paris 2000, 1.

14- MERGER R., LEVY J., MELCHIOR J.

Syndromes vasculo-rénaux et Pathologies rénales au cours de la grossesse.

Précis d'obstétrique 6^{ème} édition Masson, Paris 1995, P425.

15- BEAUFILS M.

<<Hypertension gravidique >>.

Encyclo Médico Chirur. (Paris, France) Rein18064 E10.

16- BEAUFILS M.

Hypertension gravidique.

Encyclo Médico Chirur. (Paris France) Gynécologie Obstétrique, 5, 036-A-10, Cardiologie, 11-302-K-10, 2001, 15P.

17- ROGER – VOLKAER – avec COLL EJ. BARRET, H BOSSART

Le pré éclampsie en pathologie médico chirurgicale de la grossesse, MASSON, Paris 1988, pages : 10–26.

18- LANSAC J., BERGER C., MAGNIN G.

Syndromes vasculo-rénaux et pathologies rénales au cours de la grossesse.

Précis d'obstétrique pour le praticien 3ieme édition Masson,

Paris 1997, 168.

19- IRION O.

Eclampsie- pré éclampsie : prise en charge de la crise hypertensive et de la crise tonico clonique.

Bull Périnatal, Genève 1992, 16, 2.

20- BEN SALEM F., BEN SALEM K., GRATI L., ARFRAOUI C., FALEH R., JMEL A., GUERDELLY I., GAHBICHE M.

Facteurs de risque de l'éclampsie: étude cas témoins.

Ann Fr. Anesth-réanim 2003; 22, 10: 365-869.

21- DAO B.

Eclampsie : Aspects actuels et particularités au CHU de Dakar.

Thèse Med, Dakar 1990, 68.

22- DIALLO M S.

Hypertension artérielle et grossesse à la clinique de Gynécologie Obstétrique du CHU Ignace Deen de Conakry.

Thèse Med, Conakry 2002, 35.

23- BAGAYOGO N.

Pronostic materno-fœtal des grossesses non suivies à propos d'une étude cas témoins dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré.

Thèse Med, Bamako 2004, 39.

24- MIGUIL M., SALAMI S., MOUHAOUI M., EI YOUSOUFI S.

Aspects épidémiologiques et pronostiques de l'éclampsie au service d'anesthésie réanimation de la maternité du CHU Ibn Rochd de Casablanca.

Cah Anesthésiol, Paris, 2003, 51.

25- MERGER R., LEVY J., MELCHIOR J.

Syndromes vasculo-rénaux et Pathologies rénales au cours de la grossesse.

Précis d'obstétrique 6^{ème} édition Masson, Paris 1995, P428.

26- ROGER – VOLKAER – avec COLL EJ. BARRET, H BOSSART

Le pré éclampsie en pathologie médico chirurgicale de la grossesse, MASSON, Paris 1988, pages : 27–48.

27- CONFERENCE D'EXPERTS : Eclampsie. Pharmacologie clinique du sulfate de magnésium. In : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation(SFAR).

Réanimation des formes graves de pré-éclampsie. Elsevier 2000 : 107-128

28- NAIDU S., PAYNE A J., MOODLEY J., HOFFMANN M., GOUWSE.

Randomised study assessing the effect of phenytoin and magnesium sulfate on maternal cerebral circulation in eclampsia using transcranial Doppler ultrasound.

Br.J.Obstet. Gynecol, 1996, 103, 11-116.

29- POTTECHER TH et Al.

Réanimation des formes graves de pré éclampsie, texte court, société française d'anesthésie réanimation (SFAR) Paris 2000, 6.

30- MERGER R., LEVY J., MELCHIOR J.

Syndromes vasculo-rénaux et Pathologies rénales au cours de la grossesse.

Précis d'obstétrique 6^{ème} édition Masson, Paris 1995, P431.

31- POTTECHER TH et Al.

Réanimation des formes graves de pré éclampsie, texte court, société française d'anesthésie réanimation (SFAR) Paris 2000, 8.

32- BEAUFILS M.

<<Hypertension gravidique >>.

Encyclo Médico Chirur. (Paris, France) Rein 1984. 14P.

33- Ministère de santé publique (Mali)

Rapport de l'évolution de l'offre des soins obstétricaux d'urgence au Mali.

Bamako; MSP: 2003.

34- TRAORE.B, KOKAINA.C, BEYE.SA,SACKO.D, TEGUETE.I, TRAORE.Y, TRAORE.M, DOLO.A.

Mortalité périnatale au pôle mère-enfant de Ségou au Mali.

Med.Afr.noire 2011(58) :204-207

35- AHMADOU H.

Aspect épidémiologique-clinique de la prise en charge de l'éclampsie dans le centre de santé de référence de la commune V

Thèse Med, Bamako 2005, 40

36- CISSE C T., FAYE DIENNE M E., NGABO D., MBAYE M., DIAGNE P M., MOREAU J C.

Indications thérapeutiques et pronostic de l'éclampsie au CHU de Dakar. Gynécol. Obstet Biol Reprod 2003 ; 239.

37- PAMBOU O., EKOUNDZOLA J R., MALANDA J P., BUAMBOS.

Prise en charge et pronostic de l'éclampsie au CHU de Brazzaville à propos d'une étude rétrospective de 100 cas.

Med Af Noire 1999, 36, 11, 509.

38- DEMBELE N F.

Aspects cliniques de l'éclampsie à l'hôpital Gabriel Touré à propos de 65 cas.

Thèse Med, Bamako 1995, 68.

39- PAMBOU O., EKOUNDZOLA J R., MALANDA J P., BUAMBOS.

Prise en charge et pronostic de l'éclampsie au CHU de Brazzaville à propos d'une étude rétrospective de 100 cas.

Med Af Noire 1999, 36, 11, 510.

40- CISSE C T., FAYE DIENNE M E., NGABO D., MBAYE M., DIAGNE P M., MOREAU J C.

Indications thérapeutiques et pronostic de l'éclampsie au CHU de Dakar. Gynécol. Obstet Biol Reprod 2003 ; 242.

41- DIARRA I.

Aspects épidémio- cliniques de l'éclampsie dans le service de Gynécologie Obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré à propos de 50 cas.

Thèse Med, Bamako 2005, 70.

42- KAMISSOKO.G : Eclampsie au CSRéf de Koutiala à propos de 35 cas. Thèse Méd. 2007, page 33.

43- AHMADOU H.

Aspect épidémio-clinique de la prise en charge de l'éclampsie dans le centre de santé de référence de la commune V

Thèse Med, Bamako 2005, 42

44- CISSE C T., FAYE DIENNE M E., NGABO D., MBAYE M., DIAGNE P M., MOREAU J C.

Indications thérapeutiques et pronostic de l'éclampsie au CHU de Dakar. Gynécol. Obstet Biol Reprod 2003 ; 245.

45- DIARRA I.

Aspects épidémio- cliniques de l'éclampsie dans le service de Gynécologie Obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré à propos de 50 cas.

Thèse Med, Bamako 2005, 71.

46- PAMBOU O., EKOUNDZOLA J R., MALANDA J P., BUAMBOS.

Prise en charge et pronostic de l'éclampsie au CHU de Brazzaville à propos d'une étude rétrospective de 100 cas.

Med Af Noire 1999, 36, 11, 512.

47- MERGER R., LEVY J., MELCHIOR J.

Syndromes vasculo-rénaux et Pathologies rénales au cours de la grossesse.

Précis d'obstétrique 6^{ème} édition Masson, Paris 1995, P437.

48- KONATE S : Etude de l'éclampsie dans le service de gynéco-obstétrique du CHU du Point G.

Thèse Méd. 2008. Pages 50.

49- DIARRA I.

Aspects épidémio- cliniques de l'éclampsie dans le service de Gynécologie Obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré à propos de 50 cas.

Thèse Med, Bamako 2005, 72.

50- DEMBELE N F.

Aspects cliniques de l'éclampsie à l'hôpital Gabriel Touré à propos de 65 cas.

Thèse Med, Bamako 1995, 69.

51- AHMADOU H.

Aspect épidémio-clinique de la prise en charge de l'éclampsie dans le centre de santé de référence de la commune V

Thèse Med, Bamako 2005, 44

52- SALIFOU HAMDA VIDEHOUN :

Etude de l'éclampsie dans le service d'Anesthésie Réanimation Polyvalente au CHU du Point G :

Thèse Méd. 2007 Bamako, pages 35, 82.

53- DIARRA I.

Aspects épidémio- cliniques de l'éclampsie dans le service de Gynécologie Obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré à propos de 50 cas.

Thèse Med, Bamako 2005, 73.

54- FOFANA B : Etude épidémio-clinique et thérapeutique de l'éclampsie à l'hôpital Fousseyni DAOU de Kayes Thèse Mèd 2008. Page 45

55- DIAKITE M : Pronostic materno-fœtal de l'éclampsie le service de gynéco-obstétrique du CHU Gabriel TOURE

Thèse Mèd 2008. Pages 75.

56- DIARRA I.

Aspects épidémio- cliniques de l'éclampsie dans le service de Gynécologie Obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré à propos de 50 cas.

Thèse Med, Bamako 2005, 74.

57- CISSE C T., EWAGNIGNON E., HOJEIGE A., DIADHIOU F.

Eclampsie en milieu africain : épidémiologie et pronostic au CHU de Dakar.

Sem Hop. Paris, 1997, 73, 33-34 : 1062-1067.

58- DEMBELE N F.

Aspects cliniques de l'éclampsie à l'hôpital Gabriel Touré à propos de 65 cas.

Thèse Med, Bamako 1995, 70.

59- MIGUIL M., SALAMI S., MOUHAOUI M., EI YOUSOUFI S.

Aspects épidémiologiques et pronostiques de l'éclampsie au service d'anesthésie réanimation de la maternité du CHU Ibn Rochd de Casablanca.

Cah Anesthésiol, Paris, 2003, 177-180.

60- FERCHIOU M., SGHAIER S., ZHIOUA F., HAFSIA S., AKREMI A., CHENNOUFI B., MARIAH S.

L'éclampsie: une urgence obstétricale toujours d'actualité.

Maghreb Med 1995; 293.

61- DIAKITE M : Pronostic materno-fœtal de l'éclampsie le service de gynéco-obstétrique du CHU Gabriel TOURE

Thèse Mèd 2008. Pages 78.

62- DUMONT A., DE BERNIS L., BOUVIER Coll M H., BREART G et le groupe MOMA.

Estimation du taux attendu de césarienne pour indications maternelles dans une population de femmes enceintes d'Afrique de l'Ouest (enquête MOMA)

Gynecol Obstét Biol Reprod 2001; 31: 107-112.

63- DIAKITE M : Pronostic materno-fœtal de l'éclampsie le service de gynéco-obstétrique du CHU Gabriel TOURE

Thèse Mèd 2008. Pages 81.

64- KONATE S : Etude de l'éclampsie dans le service de gynéco-obstétrique du CHU du Point G.

Thèse Méd. 2008. Pages 60.

65- DIARRA I.

Aspects épidémio- cliniques de l'éclampsie dans le service de Gynécologie Obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré à propos de 50 cas.

Thèse Med, Bamako 2005, 75.

66- TRAORE.B, THERA.T.A, BEYE.SA, MOUNKORO.N, TEGUETE.I, DOLO.A.

Mortalité maternelle au service de gynécologie-obstétrique du centre hospitalier régional de Ségou au Mali. Etude rétrospective sur 138 cas.

Mali médical.2010(XXV) :42-45

67- POTTECHER TH et Al.

Réanimation des formes graves de pré éclampsie, texte court, société française d'anesthésie réanimation (SFAR) Paris 2000, 11.

68- BAETA S., AKPADZA K., KATOR KT., HODONOU AKS.

Eclampsie à la clinique de Gynéco – Obstétrique CHU TOKOIN – Lomé (TOGO).Revue de Médecine Noire d'Afrique parution 1997.

69- GARBA T S.

Aspects obstétricaux de la prématurité à l'hôpital national du Point G

Thèse Méd. Bamako 1995; 29

70- N'DIAYE F épouse N'DIAYE.

De la prématurité en milieu obstétrical bamakois, facteurs étiologiques, conséquences, prévention à l'hôpital national du Point G.

Thèse Med, Bamako, 1979 ; 22.

71- SANOGO A.

Hypertension artérielle et grossesse

Thèse Med, Bamako 2001, 86, P44.

72- DEMBELE N F.

Aspects cliniques de l'éclampsie à l'hôpital Gabriel Touré à propos de 65 cas.

Thèse Med, Bamako 1995, 70.

73- DIARRA I.

Aspects épidémio- cliniques de l'éclampsie dans le service de Gynécologie Obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré à propos de 50 cas.

Thèse Med, Bamako 2005, 75.

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

I- IDENTIFICATION DE LA PATIENTE

Q1- Date d'entrée :

Q2 - Numéro du dossier :

Q3 -Nom et prénom :

Q4 -Age :

Q5- Lieu de résidence :

Q6 -Ethnie :

Q7-État matrimonial :

1 = Mariée ; 2 = Célibataire ; 3 = Divorcée ; 4 = Veuve

Q8- Profession :

1 = Ménagère ; 2 = Fonctionnaire ; 3 = Élève/Étudiante ;

4 = Commerçante ; 5 = Autres

Q9-Niveau d'instruction :

1 =Analphabète ; 2= Niveau primaire ;

3 = Niveau secondaire ; 4= Niveau supérieur

Q10 -Provenance :

1 = Domicile ; 2 = C S C O M ; 3 = Cabinet privé ;

4 = Centre de référence.

II- ADMISSION

Q11- Mode d'admission :

1 = Adressée par la famille ; 2 = Évacuée ; 3 = Référée

Q12- Motif d'évacuation :

1 = Convulsion ; 2 = Perte de connaissance ; 3= H T A ;

4 = Autres

Q13-Moment de survenue de la crise

1 = Anté-partum ; 2 = Per-partum; 3 = Post-partum.

III-ANTECEDENTS PERSONNELS

Q14 - ATCD médicaux :

1 =HTA ; 2 = Cardiopathie ; 3= Diabète ;

4 = Éclampsie ; 5= Drépanocytose ; 6=Autres

Q15- ATCD chirurgicaux :

1= Césarienne ; 2 = Rupture utérine ;
3 = Salpingectomie ; 4 = Autres

Q16 - ATCD obstétricaux :

1= Gestité ; 2 = Parité ;
3 =Enfant vivant ; 4=Fausse couche ; 5=IIG

Q17 - ATCD familiaux :

1= HTA ; 2 = Cardiopathie ; 3 = Diabète ;
4 = Éclampsie ; 5= Autres

Q18 -Terme de la grossesse :

Q19- Consultation prénatale :

1 = Oui ; 2 = Non

Si oui préciser le nombre

Qualité du personnel : 1= Matrone ; 2 = Sage-femme ;

3 = Médecin ; 4 = Gynécologues; 5 = Autres.

IV-EXAMEN A L'ADMISSION

Q20 -État général :

1=Conservé ; 2 = Passable ; 3 = Altéré; 4 = Glasgow.

Q21- Conscience :

1= Lucide ; 2 = Obnubilée ; 3 = Coma profond

Q22 -Température :

Q23- TA :

Q24-OMI :

1 = Présents ; 2 = Absents ; 3 = Anasarque

Q25 - Pouls

Q26- Diurèse Horaire:

Q27- Contractions utérines :

1=Oui ; 2=Non

Q28- Hauteur utérine :

Q29- BDCF :

1=Présents ; 2=Absents. Si présents préciser la fréquence cardiaque

Q30- État du col :

1 = fermé ; 2 = ouvert

Si ouvert préciser sa dilatation en cm

Q31- Membranes ovulaires :

1 = Rompues ; 2 = intactes

Q32 - Liquide amniotique :

1= Claire ; 2 = Teinté

Q33 - Présentation :

1= Céphalique ; 2 = Siège ; 3 = Transversale/oblique

Q34- Engagement :

1 = Engagée ; 2 = Non engagée

Q35 - Bassin :

1= Normal ; 2 = Limite ; 3 = Rétréci

Q36- Examens complémentaires :

1= NFS

2 = Uricémie

3 = Créatininémie

4 = Glycémie à jeun

5 = Protéinurie de 24h

Q37- Traitement reçu avant l'évacuation :

1 = Anti-convulsivant ; 2 = Anti-hypertenseur ; 3 = 1+2 ;

4 = Autres

Q38 - Traitement médical reçu à l'admission :

1 = Anti-convulsivant ; 2 = Anti-hypertenseur ;

3 =1+2 ; 4=Sulfate de Magnésium

Q39- L'anti-hypertenseur utilisé.....

Q40- L'anti-convulsivant utilisé.....

Q41 - Voie d'accouchement :

1 = Césarienne ; 2 = Voie basse

Q42 - Si voie basse, préciser le type

1 = Naturel ; 2 = Forceps ; 3 = Ventouse

Q43- Transfert en réanimation :

1 = Oui ; 2 = Non

Si oui ; durée de séjour

Q44 -Complications maternelles :

1= Oui ; 2 = Non

Si oui ; préciser.....

Q45 - Pronostic vital maternel:

1 = Vivante ; 2 = Décédée (préciser la cause....)

Q46- Durée d'hospitalisation.....

Q47- Pronostic obstétrical

1= favorable; 2 = défavorable; 3 = autres

V-RENSEIGNEMENTS SUR LE NOUVEAU-NE

Q48- Nombre d'enfant :

Q49- Sexe :

Q50- Apgar :

1 = 1ère mn ; 2 = 5ème mn .

Q51- Etat du nouveau-né à la naissance :

1= Eutrophique ; 2 = Prématuré ;

3 = Hypotrophique ; 4 = Macrosome

Q52- Réanimé :

1= Oui ; 2 = Non

Q53- Référé en pédiatrie :

1 = Oui ; 2 = Non

Si Oui motif... la durée évolution

Q54- Malformation Fœtale

1 = Oui ; 2 = Non

Si Oui préciser le type :

Q55- Pronostic vital fœtal:

1 = Vivant ; 2 = Décédé (préciser la cause :.....).

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : GUINDO

Prénom : Sylvain

Date et lieu de naissance : le 29 - 04-1985 à Nioro du Sahel.

Pays d'origine : République du Mali.

Adresse électronique : guindosylvain@yahoo.fr

Titre : Pronostic materno-fœtal de l'éclampsie dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Nianankoro FOMBA-Ségou.

Année Universitaire : 2012 - 2013

Ville de Soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie (FMPOS).

Secteur d'intérêt : Gynécologie Obstétrique.

Résumé :

Objectif : Etudier le pronostic materno-fœtal de l'éclampsie dans le service de Gynécologie Obstétrique de l'hôpital Nianankoro FOMBA-Ségou.

Patientes et méthodes : Etude rétrospective, prospective et descriptive sur 176 cas d'éclampsie survenus à la maternité de HNF-Ségou allant du 1^{er} janvier 2010 au 31 décembre 2012.

176 cas concernent de grossesse mono-fœtale et 2 cas de grossesse gémellaire . Le diagnostic d'éclampsie était retenu sur la base de la définition de Merger R. Le traitement était à base d'antihypertenseurs (le Loxen, le Methyl-dopa...), anticonvulsivants (le sulfate de magnésium, le valium.....) et l'évacuation utérine par césarienne dans 54,5% des cas et 45,5% par voie basse.

Résultats : l'incidence de l'éclampsie au cours de la période d'étude est de 2,9%. Classiquement, elle survient dans 74,4% chez la primigeste jeune, 73,9% au 3^{ème} trimestre de la grossesse et 26,1% des cas pendant le post-partum.

Nous avons enregistré des complications maternelles (HRP, IRA, hémorragie de la délivrance) et 4 cas de décès maternel soit 2,3%. Sur le plan fœtal, il y a eu 29,5% de prématurité, 31,8% de souffrance néonatale, 11,4% d'hypotrophie, 11,9% de mort fœtal in-utéro et 7,4% du décès néonatal précoce.

Conclusion : Le pronostic materno-fœtal de l'éclampsie est mauvais.

Les mesures préventives associent le dépistage des grossesses à risque, l'éducation, l'information et la prise en charge précoce des femmes enceintes. Le Doppler aux artères utérines en grossesse jeune (4 mois et demi) chez la primigeste permettrait de dépister tôt les primigestes à risque vasculaire et les faire bénéficier de l'Aspirine 100mg jusqu'à 35-36 SA.

Mots Clés : Eclampsie, Pronostic grave, Dépistage de grossesse à risque.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa conception.

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

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

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

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

JE LE JURE !!!