

Ministère des Enseignements
Secondaire Supérieur et de la
Recherche Scientifique

République du Mali

Un Peuple - Un But - Une Foi

 UNIVERSITE DE BAMAKO

Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie

Année académique : 2007-2008

N° /

These

ETUDE EPIDEMIO-CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE DE L'ECLAMPSIE DANS LE SERVICE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE DU CHU DU POINT « G »

Présentée et soutenue publiquement le... /... / 2008
devant la faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odonto-stomatologie

Par : Mr Sidy KONATE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ÉTAT)

Jury

Président : Pr. Toumani SIDIBE
Membres : Pr. Saharé FONGORO
Dr. Mohamed KEITA
Codirecteur : Dr. Samba TOURE
Directeur de thèse : Dr. Bouraïma MAIGA

DEDICACES :

A L'ETERNEL, TOUT PUISSANT,

Tu m'as donné le courage et la foi. Tu ne m'as jamais abandonné et tu as su guider mes pas. Merci pour tout ce que tu as fait pour moi malgré les difficultés, Je te rend gloire infiniment car grâce à toi j'ai pu réaliser ce travail. Il m'appartient.

A MON PERE MAMADOU KONATE,

Merci pour l'éducation que tu m'as donnée, pour m'avoir enseigné la discipline, le respect de l'autre, qui m'ont permis de rester fidèle à mes origines et à ma culture. Aujourd'hui père soit fier. Que ce travail puisse être le fruit de tous tes efforts. Que **DIEU** te bénisse et te donne longue vie.

A MA MERE MAMA DAFTE,

Tu as été un apport inestimable dans mon éducation. La sagesse, l'humilité et la simplicité qui te caractérisent force l'admiration.

Merci pour toute la charge affective et la qualité de l'éducation que tu m'as inculquée. Tes bénédictions n'ont pas été vaines pour moi. Q'**ALLAH** t'accorde longue vie pour que tu bénéficies le résultat de ce travail.

A MA GRAND MERE FEU MADINA GAKOU,

Tu as été pour moi une grand- mère, une mère à la fois. Tu t'es battue pour ma réussite à l'école. Malheureusement la mort t'a arrachée quand j'avais ta plus grande affection, je prie **ALLAH** pour que ton âme repose en paix et retrouve ici le couronnement de tes efforts. **Amen !**

A MES TONTONS BOUBACAR DAFTE ET ALMOUSTAPHA DAFTE,

Vous avez accompli votre rôle de tonton et même de père pour moi.

Merci pour l'aide et le soutien que vous m'avez porté pendant les moments difficiles de ma vie. Que **DIEU** vous donne une longue vie pleine de succès.

**A MES TANTES TATA DAFFE, NENE DAFFE, FANTA THIAM,
MADINA GAKOU,**

Vous m'avez toujours pris comme votre propre fils. Et vous avez toujours répondu positivement à mes services. Qu'**ALLAH** le tout puissant vous donne une longue vie.

REMERCIEMENTS :

A mon pays le **Mali**.

Tu es la terre de mes ancêtres, ma patrie, ma racine. Je te serai toujours fidèle.

**AU CORPS PROFESSORAL DE LA FACULTE DE MEDECINE DE
PHARMACIE ET D'ODONTOLOGIE DE BAMAKO,**

Ce travail est le reflet de l'éducation que vous m'avez prodiguée durant mon cycle. Je vous en suis reconnaissant.

**AU PROFESSEUR RAPHAËL, DOCTEURS BOURAÏMA MAÏGA,
SAMBA TOURE DU SERVICE DE GYNECO OBSTETRIQUE DE
L'HOPITAL DE POINT G,**

Merci pour votre grande disponibilité pour les enseignements reçus et pour m'avoir donné sans compter. Je garde une bonne impression de vous tous et vous en suis reconnaissant. Voici le fruit de vos efforts.

**A MES FRERES KONATE : KARAMOKO, ABDOULAYE, SALIF,
YAYA, YOUSOUF, DRAMANE,**

Ce travail est le fruit de votre franche collaboration et de soutien pour moi.
Que **DIEU** guide vos pas et plein de succès dans vos activités quotidiennes.

A MES SŒURS : NENE, NANA, FATOUMATA.

Merci pour tout ce que vous m'avez fait.

**A MES COUSINS DAFFE : PAPOU, MAMBE, DIBLO, LADJI,
AGUIBOU, MARIAM, MAÏMOUNA, AWA, ADAMA, MADINA.**

Merci pour vos aides ainsi que pour votre disponibilité.

**A MES AMIS : BEMBA TRAORE, ADAMA TRAORE, DRISSA SIDIBE,
MALAMINE FOMBA, BOUBACAR SIDIKI, PAPOU-STAR,**

Merci pour votre amitié sincère.

A DOCTEUR MAHAMANE MAÏGA

Tu m'as appris les bases de la Médecine. Tu as été pour moi un maître, un frère,
je te souhaite une très bonne carrière.

**A DOCTEUR MARIKO, DOCTEUR BERTHE, DOCTEUR COULIBALY
et à tous les personnels de l'ASACOB.**

Merci pour avoir guidé mes premiers pas dans l'exercice de la Médecine.

**AU MAJOR, les INFIRMIERES AUX SAGES FEMMES, et les
GARÇONS de SALLE du SERVICE DE GYNECO OBSTETRIQUE,**

Votre disponibilité m'a rendu facile la tâche d'interne.

Merci pour votre sympathie.

A MES AÎNES LES DOCTEURS :

**MAMADOU SIMA, FATOUMATA MAÏGA, ASSAN DIARRA, MAÏLE
KOUYATE, KODIO, DICKO, SAKOBA,**

Vous m'avez appris avec patience, courage, disponibilité les bases de la gynéco
obstétrique. Que DIEU guide vos pas.

A MES COLLEGUES INTERNES DU SERVICE :

Nous avons traversé ensemble les moments difficiles que DIEU nous donne une
bonne carrière, une bonne réussite.

A notre Maître et Président du jury

Professeur Toumani SIDIBE

Professeur titulaire de Pédiatrie à la FMPOS

Chef de Service de Pédiatrie "B" au « CHU GT »

Directeur National de la Santé

Cher Maître,

Votre disponibilité constante, votre amour du travail bien fait, votre humanisme, votre attention soutenue à nos suggestions et votre sens de l'organisation nous ont marqué tout au long de cette étude.

Votre enseignement clair et concis fait de vous un maître sûr et respecté. Nous sommes fiers d'être parmi vos élèves.

Veillez trouver ici l'assurance de notre sincère gratitude et de notre profond respect.

A notre maître et juge

Professeur SAHARE FONGOGO

Maître de conférences en Néphrologie

Chevalier de l'ordre de mérite de la santé

Responsable de l'enseignement de néphrologie à la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto- Stomatologie.

Cher maître,

Nous sommes honorés de vous compter dans ce jury et de pouvoir bénéficier de votre apport pour l'amélioration de la qualité de ce travail.

Votre rigueur scientifique, votre assiduité dans le travail, votre disponibilité et votre abnégation font de vous un maître exemplaire.

Veillez accepter, cher maître, l'expression de notre admiration, de notre respect et de notre plus profonde gratitude.

A notre Maître et juge

Monsieur le Docteur Mohamed KEITA

**Anesthésiste – Réanimateur dans le Service d'anesthésie et de Réanimation
au CHU du Point G.**

→ Cher Maître vous nous faites un grand honneur en voulant bien juger ce travail.

Nous avons été très touché par la gentillesse de votre accord et l'extrême bienveillance de votre accueil et de votre disponibilité aux multiples sollicitations.

Cher Maître,

Veillez trouver ici l'expression de notre grande admiration et notre reconnaissance.

A notre cher maître et directeur de thèse

Docteur Bouraïma MAIGA

Gynécologue Obstétricien

Maître Assistan à la FMPOS.

Détenteur d'un diplôme de reconnaissance, décerné par le Ministère de la femme, de la famille et de l'enfant.

Responsable de la filière sage-femme à l'Institut National de Formation en Sciences de la Santé (INFSS).

Chef du service de gynécologie obstétrique du CHU du Point G.

Chevalier de l'ordre national du Mali

Parrain de la promotion sage femme 2004-2007.

Cher maître, nous vous remercions pour avoir dirigé ce travail.

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

En plus de l'enseignement remarquable dont nous avons bénéficié dans votre service, vous avez cultivé en nous l'esprit de justice, de vérité, et d'humilité.

Honorable maître la probité, l'honnêteté, le souci constant du travail bien fait, la faculté d'écoute sont des vertus que vous incarnez et qui ont forcé notre admiration.

Les mots nous manquent, pour exprimer clairement les sentiments qui nous animent aujourd'hui.

Puisse le Seigneur vous donner longue vie et la force nécessaire à la réalisation de vos ambitions pour la santé de la population en général et de la femme en particulier.

A notre maître et co- directeur de thèse

Docteur SAMBA TOURE

Médecin gynécologue obstétricien

Adjoint du chef de service de gynécologie obstétrique du CHU du Point G.

Cher maître,

Ce travail est le vôtre. Vous avez toujours fait preuve d'une grande disponibilité dans sa réalisation.

Votre contact facile, votre modestie, votre disponibilité et votre rigueur scientifique ont forcé notre admiration.

Recevez ici l'expression de toute notre gratitude.

LISTE DES ABREVIATIONS :

ACOG : Collège Américain de Gynécologie Obstétrique

ADH : Hormone Anti-Diurétique

ASAT : Aspartate Transaminase

ATCD : Antécédents

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

BDCF : Bruit Du Cœur Fœtal

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIVD : Coagulation Intra Veineuse Disséminée

CPN : Consultation Prénatale

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CSR ef : Centre de Santé de Référence

ECBU : Examen Cytobactériologique des Urines

ECG : Electro Cardio Gramme

FMPOS : Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'OdontoStomatologie

FO : Fond œil

HRP : Hématome Rétro Placentaire

HTA : Hypertension Artérielle

HTAG : Hypertension Artérielle Grave

HU : Hauteur Utérine

IM : Intra Musculaire

INFSS : Institut de Formation en Sciences de la Santé

IRA : Insuffisance Rénale Aigue

LA : Liquide Amniotique

mmHg : Millimètre de Mercure

NFS : Numération Formule Sanguine

OMS : Organisation Mondiale de Santé

PE : Pré Eclampsie

RPM : Rupture Prématuration des Membranes

SA : Semaine d'Aménorrhée

SFA : Souffrance Fœtale Aiguë

TA : Tension Artérielle

TCK : Temps de Cephaline Kaolin

TP : Taux de Prothrombine

TV: Toucher vaginal

VEGF: Vascular Endothelial Growth Factor

| <i>Sommaire</i> | <i>Pages</i> |
|--|--------------|
| I- INTRODUCTION..... | 1 |
| II- OBJECTIFS..... | 3 |
| III- GENERALITES..... | 4 |
| 1- Définition..... | 4 |
| 2- Epidémiologie..... | 4 |
| 3- Physiopathologie..... | 5 |
| 4- Classification de l'HTA..... | 8 |
| 5- Anatomopathologie..... | 8 |
| 6- Clinique..... | 9 |
| 7- Examens complémentaires..... | 12 |
| 8- Diagnostic Différentiel..... | 13 |
| 9- Complications..... | 14 |
| 10- Traitement..... | 15 |
| IV- METHODOLOGIE..... | 26 |
| 1- Type d'étude..... | 26 |
| 2- Période d'étude..... | 26 |
| 3- Cadre d'étude..... | 26 |
| 4- Echantillonnage..... | 29 |
| 5- Collecte des données..... | 29 |
| 6- Traitement et Analyse des données..... | 30 |
| V- RESULTATS..... | 31 |
| VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS..... | 48 |
| VII- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS..... | 58 |
| VIII- REFERENCES..... | 60 |
| IX- ANNEXES | |



INTRODUCTION

I- Introduction

La mortalité maternelle constitue un problème de santé publique et son taux est un indicateur du développement d'un pays [14].

En Afrique de l'ouest le taux de mortalité maternelle et néonatale est l'un des plus élevés au monde avec respectivement **700** pour **100.000** naissances vivantes et **83** décès pour **1.000** naissances vivantes [2].

Au MALI le taux de mortalité maternelle est de **582** pour **100.000** naissances vivantes [2-9].

L'hypertension artérielle sur grossesse constitue la troisième cause de décès maternel et la première cause de mortalité néonatale dans le monde [16].

La prééclampsie, forme la plus redoutable de cette association est surtout fréquente chez les primigestes jeunes de moins de 25 ans.

Elle peut engendrer des complications comme :

L'HEMATOME RETRO-PLACENTAIRE, le **HELLP SYNDROME** et surtout l'**ÉCLAMPSIE** qui est responsable d'environ 50.000 décès par an [12-14].

La fréquence de l'éclampsie est diversement appréciée à travers le monde et dépend surtout des pays mais aussi de la possibilité d'accès aux soins.

Ainsi dans les pays industrialisés, sa fréquence est comprise entre **27** à **56** pour **100.000** naissances. En France l'éclampsie est responsable de **2,2/100** des décès maternels [4].

La fréquence de l'éclampsie est la suivante selon les pays :

0,17/100 en **CHINE**; **0,34/100** au **VIETNAM** ;**0,40/100** en **BIRMANIE**; **0,93/100** en **THAÏLANDE** selon une étude prospective faite par l'**OMS** en **1994** [15].

Si elle est rare dans les pays développés, elle demeure relativement fréquente dans les pays en voie de développement. C'est ainsi que nous avons à **DAKAR (Sénégal)** une incidence de **8/100** avec un taux de létalité maternelle de

17,9/1 00 et un taux de mortalité néonatale de 359 pour 1000 naissances vivantes [5].

Au **CHU de BRAZZA-VILLE (CONGO)** son incidence est de **0,32/100** avec **6/100** cas de décès maternel [20].

Au **MALI**, au CHU Gabriel Touré en **2004** l'incidence de l'éclampsie était de **1,13/100** avec un taux de décès maternel de **15,4/100** et une fréquence de **24/100** de mort fœtale [2].

Au centre de santé de la commune **V** la fréquence était de **0,76/100** en 2005 avec un taux de décès maternel de **0,99/100** [12].

Des études ont été effectuées sur l'éclampsie notamment au centre de santé de référence de la Commune **V** et du CHU de Gabriel Touré.

Toutes ces études mettent l'accent sur la gravité de cette pathologie redoutable de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couche. Ce-ci nous motiva à initier un travail sur les aspects épidémiologiques et thérapeutiques de l'éclampsie au service de gynécologie et d'obstétrique du CHU du point **G**.



OBJECTIFS

Objectifs

Objectif Général :

Etudier les aspects épidémiologiques et thérapeutiques de l'éclampsie dans le service de Gynéco – Obstétrique du C.H.U du Point G du 1^{er} Janvier 2005 au 31 Décembre 2006.

Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence de l'éclampsie ;
- Déterminer les caractéristiques sociodémographiques des patientes ;
- Décrire les aspects cliniques ;
- Evaluer le pronostic materno –fœtal;
- Décrire le protocole de prise en charge de l'éclampsie au sein du service.



GENERALITES

II- GENERALITES :

1-Définition :

L'éclampsie se définit par l'apparition au cours de la grossesse en pré, per ou post-partum de crises convulsives tonico-cloniques suivies d'un coma chez une parturiente atteinte de prééclampsie, non liées à l'épilepsie ou à d'autres maladies convulsivantes[20].

2- Epidémiologie :

Les données permettant de préciser l'incidence et les facteurs de risque de la Prééclampsie sont relativement difficiles à analyser en raison de l'inhomogénéité des données de la littérature. Environ 10-15% des nullipares et 3 à 5% des multipares vont développer une HTA grave. Une PE va survenir chez 3 à 7% des nullipares et 1 à 3% des multipares [4]. Toutes ces patientes peuvent présenter une éclampsie si la prise en charge n'a pas été rapide et efficace.

Ainsi dans le monde la mortalité maternelle liée à l'éclampsie a considérablement baissé entre 1952-1960 passant de 50,6 à 15,9 par million de naissances. Au cours de la décennie (1970-1981), la mortalité maternelle imputée à l'éclampsie est restée stable aux environs de 10,5 à 20 par million de naissances [25].

En 2001 le taux de mortalité maternelle due à l'éclampsie était estimé à 8% [22]. A l'échelle mondiale, nous avons 20-30% de mortalité périnatale et 3 à 10% de mortalité maternelle. Ces chiffres sont assez élevés et permettent de classer l'hypertension gravidique au 3^{ème} rang parmi les causes de mortalité maternelle. Un certain nombre de facteurs de risque sont classiquement connus :

- les facteurs liés à la grossesse : une grossesse multiple, l'anasarque fœtale et l'infection urinaire,
- les facteurs non liés à la grossesse : l'hérédité, la primiparité, le statut socio-économique, l'obésité, le diabète, la race, le tabagisme et les conditions météorologiques [23].

C'est une maladie de causes variables qui doit être prise en charge par le gynécologue obstétricien et l'anesthésiste réanimateur.

3- Physiopathologie :

Physiologiquement la pression artérielle baisse au cours du 1^{er} et du 2^{ème} trimestre de la grossesse du fait d'une vasodilatation artérielle plus marquée que l'élévation du débit cardiaque. En cas d'hypertension artérielle une surveillance de la pression artérielle et de la protéinurie est systématique au cours de la grossesse. Toute HTA fait courir des risques maternels (éclampsie, hématome rétro placentaire...) et fœtaux (retard de croissance, souffrance fœtale, mort in utero).

◇ Dans la grossesse normale :

- Le volume circulatoire augmente ;
- Les résistances périphériques diminuent ;
- La tension artérielle s'abaisse de 14/8 à 12/7 (3^e trimestre).

◇ Dans l'hypertension artérielle gravidique :

- Les résistances périphériques augmentent ;
- La tension artérielle devient supérieure ou égale à 14/9 ; (3^e trimestre)
- La volémie baisse en dépit de la prise de poids et des oedèmes.
- En pratique on parle d'HTA pour une tension artérielle égale ou supérieure à 140/90 mm Hg chez une femme enceinte, la mesure étant faite en position assise le bras à la même hauteur que le cœur après quelques minutes de repos.

Les chiffres doivent être retrouvés en deux consultations rapprochées [3]

◇ **Le mécanisme de base :** une anomalie dans le développement de la vascularisation utéro-placentaire prouvée par des mesures hémodynamiques du débit utéro-placentaire.

Certaines circonstances peuvent expliquer l'ischémie utéro-placentaire :

- Surdistension utérine (grossesse gémellaire, hydramnios, gros œuf) ;
- des malformations utéro-vasculaires avec hypotrophie utérine ;
- parfois des lésions vasculaires généralisées (diabète).

• L'ischémie utéro-placentaire (tableau I) va déclencher des réactions simultanées : la PRODUCTION D'UN FACTEUR HYPERTENSEUR (facteur « Renine like ») qui transforme l'angiotensinogène hépatique en angiotensine.

Cette substance entraîne :

-une vasoconstriction artériolaire généralisée avec augmentation des résistances périphériques d'où l'hypertension artérielle ;

-la sécrétion d'aldostérone qui modifie la fonction rénale (métabolisme du sodium)

•Parallèlement et progressivement apparaissent :

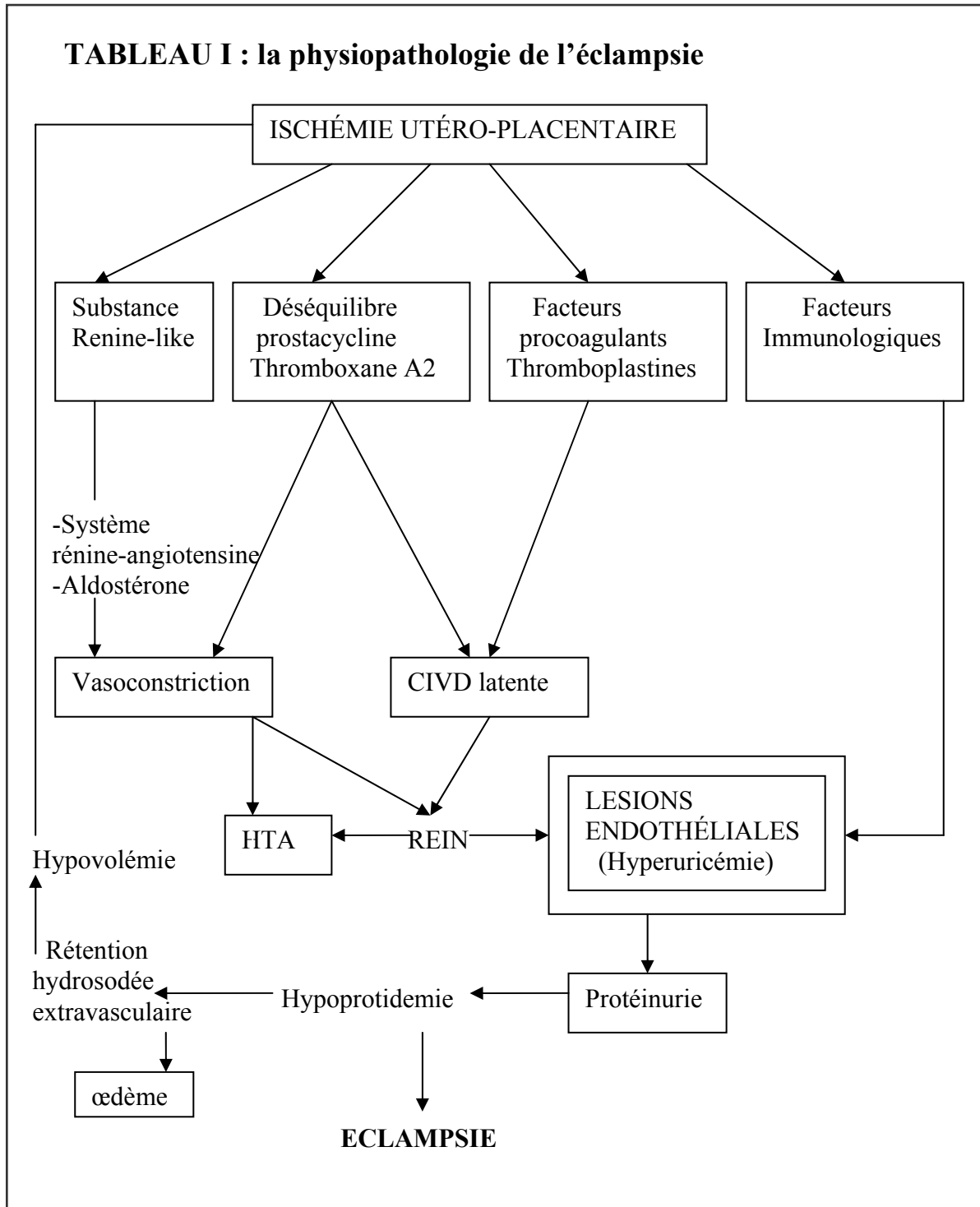
-la production de facteurs pro coagulants et de thromboplastine ;

-un déséquilibre entre deux prostaglandines : la prostacycline (fortement vasodilatatrice) qui se trouve dans la paroi des vaisseaux, et la thromboxane A₂ (vasoconstrictrice et pro-coagulante) qui se trouve au niveau des plaquettes.

Au niveau du rein se produit alors des lésions de l'endothélium expliquant l'hyperperméabilité glomérulaire et la protéinurie.

La conséquence de l'hypertension artérielle et des modifications rénales est en particulier, la rétention hydrosodée, extravasculaire entraînant des oedèmes et la formation d'un troisième secteur indépendant. Ce trouble explique

l'hypovolémie, l'aggravation de l'hypoprotidémie de la grossesse et surtout l'aggravation de l'ischémie utéro-placentaire.



-La prise en charge efficace non faite peut aboutir à une microangiopathie avec possibilité d'œdème cérébro-méningé. Les artériographies cérébrales montrent des occlusions des artères distales de petit calibre sans thrombose veineuse. Ces occlusions sont déterminées par une infiltration plasmatique des fibres élastiques avec nécrose pariétale possible. Ce mécanisme peut aboutir à une CIVD.

4- Classification de l'HTA:

Plusieurs classifications des HTA chez la femme enceinte ont été proposées et la plus utilisée fréquente est celle du collège américain de Gynécologie obstétrique (ACOG) comportant quatre types qui sont :

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

-Type 2 ou HTA chronique : Connue ou non, elle existe avant la grossesse où elle apparaît dans les six premiers mois de la grossesse sans protéinurie associée.

-Type 3 ou pré éclampsie sur ajoutée : il s'agit du type 2 plus une protéinurie surajoutée au troisième trimestre.

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

5- Anatomopathologie :

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

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

- **Lésions artériolaires :** rencontrées dans un quart des cas, mais posant des problèmes d'interprétation : angiopathie préexistante, HTA permanente [3].
- **Lésions placentaires :** le placenta est souvent normal dans son aspect macroscopique. Microscopiquement la lésion la plus courante est la distension capillaire pouvant aller jusqu'au raptus. [17]

- **Le foie est le siège d'hémorragie** : les suffusions peuvent être visibles sous la capsule, parfois réduites à des pétéchies. Leur siège est péri portal. Il existe en plus des lésions de thromboses veineuses 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 ».

6 - Clinique :

La crise d'éclampsie est rarement inopinée ; elle est le fait d'un syndrome vasculo-rénal (hypertension artérielle, albuminurie, œdème) qui doit être dépisté, surveillé et traité à temps. Cette crise est souvent précédée par une phase plus ou moins longue de signes prémonitoires dont il est important de faire le dépistage.

6-1 Les signes prémonitoires :

- céphalées frontales ou en casque pulsatiles avec adynamie, somnolence et vertiges ;
- des troubles oculaires avec diminution de l'acuité visuelle, phosphènes, amaurose transitoire ;
- des bourdonnements d'oreille ;
- des troubles digestifs avec nausées, vomissements, voire douleur épigastrique en barre (signe de Chaussier), quasi pathognomonique de la crise.
- Dans le cas d'une toxémie gravidique en pleine poussée, l'œdème est parfois d'emblée visible aux membres inférieurs, parfois encore latent, mais manifesté par une prise de poids importante, anormale et rapide.
- L'hypertension artérielle qui est très fortement au dessus des chiffres limites de 140/90 mm Hg a tendance à s'accroître encore souvent de façon brutale.
- L'albuminurie massive atteignant plusieurs grammes par litre.
- L'oligurie est constante.

Le traitement entrepris d'urgence dès l'apparition des signes prémonitoires de la toxémie permet d'éviter la crise.

6 – 2 Eclampsie

***Signes cliniques :** la maladie évolue en 4 phases :

Phase d'invasion : dure 5 à 30 secondes. Elle est marquée par quelques contractions rythmiques involontaires des muscles de la face (œil, paupière, mâchoire) et du membre supérieur (main) [1].

Phase tonique : dure 30 secondes. Elle s'installe brusquement sans aura, ni cri, réalisant un état de contracture généralisée :

-membre inférieur, tronc et nuque raidis en extension

-membre supérieur en flexion

-thorax bloqué en apnée avec cyanose

-à la face le visage est figé, les yeux révulsés, la langue souvent mordue

Phase clonique ou convulsive : environ 1 à 2 minutes : elle débute par une longue inspiration qui met fin à la menace d'asphyxie. Les mouvements convulsifs sont involontaires et désordonnés

-Face grimaçante

-Les membres supérieurs sont projetés de façon anarchique ;

-Les membres inférieurs sont relativement moins agités. Il est rare que la malade tombe et se traumatise.

Phase résolutive ou comateuse : s'installe un coma assez peu profond avec respiration stertoreuse d'une durée variable mais assez courte (une demie heure à 2 heures)

Réveil : à la fin de la crise, la malade ne garde aucun souvenir de l'accès ; il n'y a ordinairement pas d'émission d'urine au cours de la crise [1].

6-3 Evolution de la crise d'éclampsie :

Dans l'immédiat on observe l'arrêt de la crise sous l'effet du traitement. En l'absence du traitement, il y a répétition des crises avec état de mal éclamptique menaçant la vie de la mère : asphyxie, défaillance cardiaque, œdème aigu du poumon, hémorragie cérébro-méningée.

Secondairement on peut retrouver une anurie par ischémie glomérulaire (régressive après réanimation intense), un ictère par atteinte vasculaire disséminée, une psychose puerpérale avec confusion.

L'arrêt de la crise d'éclampsie : elle ne survient souvent qu'après la mort du fœtus ou l'évacuation utérine. Elle est assez rapide et le plus souvent complète [16] d'où le caractère foeticide de la maladie.

Le pronostic materno-fœtal : il dépend de l'état clinique et des résultats des examens complémentaires et les perturbations révélées par ces examens

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

.Le caractère des crises : l'éclampsie est d'autant plus grave que les crises sont subintrantes.

L'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 [17]

-Le caractère du coma : La profondeur du coma est un élément de gravité.

Le plus souvent la malade a des troubles de la vue, de l'intelligence tous ceux-ci sont dus à l'anoxie cérébrale.

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

***Signes associés :** l'élévation de la température (témoignant d'un désordre au niveau du centre thermorégulateur ou d'une infection), le sub-ictère (par suite d'une souffrance hépatique) sont de mauvais paramètres ; la courbe de la tension artérielle élevée (due à la présence excessive de rénine, d'aldostérone et de vasoconstricteur), la protéinurie massive et la diurèse basse ou effondrée (par hypovolémie), l'hyperuricémie conduisant à une insuffisance rénale le plus souvent fonctionnelle) sont des mauvais indices.

.Le fond d'œil : l'œdème de la papille et les hémorragies rétiniennes
(consécutives à une micro angiopathie) sont les éléments les plus graves.

Le pronostic materno-fœtal dépend aussi de :

*Apparition de complications

*Influence du traitement [17]

7- Les examens complémentaires :

Le diagnostic étant fait, il est important de faire un bilan pour apprécier la gravité de l'affection, de déterminer un pronostic, de suivre l'évolution à partir de ces repères. Le bilan comporte :

Le bilan sanguin (NFS), rénal (uricémie, créatinémie, protéinurie de 24 h), hépatique (transaminases), ophtalmique (fond d'œil).

TABLEAU II : Caractérisation des perturbations de l'Hémostase et les atteintes viscérales au cours de l'éclampsie

| Examens Complémentaires | Femme en ceinte | Pré Eclampsie | Eclampsie |
|------------------------------------|----------------------|------------------------|------------------------|
| NFS (plaquettes) mm3 | 100.000 à 300.000 | 80.000 à 300.000 | 20.000 à 150.000 |
| Hématocrite % | 33 | 38 | > 40 |
| TP % | 80 à 100 | 90 à 100 | 90 à 60 |
| TCK (s) | < 40 | < 40 | 25-52 |
| Fibrinogène g/l | 3-4,5 | 3,5-5 | 4-5,5 |
| Glycémie mmol/l | 6-7 | 7-12 | 7-12 |
| ECG | Normal | Normal ou pathologique | Normal ou pathologique |
| Echocœur | Normal | Normal ou pathologique | Normal ou pathologique |
| Protéinurie g/24h | 0,5 | 0,5-1 | > 1 |
| Créatininémie mg/l | 6 | 8 | > 8 |
| Uricémie mg/l | 30 | 30-50 | 50 |
| Transaminases (SGOT-SGPT) Unités/l | 5-35 | > 35 ou normal | 35 |
| ECBU Bactériurie : germe/l | Absence de germe | Quantité < 100.000 | >100.000 |

- Le Fond d'œil

Il précisera le stade de l'atteinte rétinienne :

- Stade 1 : vasoconstriction artériolaire.

- Stade 2 : vasoconstriction plus intense avec tortuosité des artères et écrasements des veines aux points de croisements.
- Stade 3 : stade 2 + Hémorragie et des exsudats.
- Stade 4 : en plus de l'oedème de la papille et de la rétine avoisinante réalise à l'extrême une image de stase papillaire (neurorétinopathie) [17].

Les résultats de ces différents examens vont guider la conduite à tenir et le pronostic.

8- Diagnostic Différentiel : Les affections qui posent le diagnostic différentiel avec l'éclampsie ne s'accompagnent ni d'hypertension artérielle, ni de protéinurie .ce sont :

-L'**épilepsie**, dont la crise a un aspect analogue est décelée par l'anamnèse

-La **tétanie** s'intègre dans un 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 le fœtus reste vivant et l'évolution est favorable.

-**SHAG** (Stéatose hépatique aigue gravidique) : Avant sa phase ictérique elle se caractérise par : des nausées,des vomissements,une polyurie,une polydipsie dans 10% des cas,une HTA dans 50% des cas, pas de protéinurie, de thrombopénie, pas d'hémolyse,l' uricémie est élevée ou normale.

On rappelle que le diagnostic d'hémolyse peut être aidé par la recherche de schizonocytes et l'haptoglobine (celle-ci peut être abaissée en cas d'atteinte hépatique). Cependant la présence d'un ictère fait affirmer le diagnostic de stéatose. Dans le HELLP SYNDROME et la SHAG, l'interruption de la grossesse est nécessaire.

-Dans les suites de couche, on distinguera l'éclampsie des crises convulsives par thrombo-phlébite intra- crânienne.

9- Complications :

9-1 Complications de l'éclampsie :

HELLP SYNDROME: (Hemolysis Elevated Liver enzymes Low Platelets).

Une douleur épigastrique ou dorsale haute, HTA dans 90% des cas, protéinurie dans 90% des cas, élévation des SGOT et des SGPT, thrombopénie, Hémolyse+++ , uricémie élevée ou normale. En cas de HELLP SYNDROME, les indications d'extraction ne sont pas codifiées. On peut parfois temporiser (transaminases peu élevées, thrombopénie modérée (supérieure à 70000 plaquettes.), peu ou pas d'hémolyse, pas d'hématome sous capsulaire du foie, ni d'infarctus hépatique). Ce syndrome peut entraîner une nécrose hémorragique du foie avec des hémorragies sous capsulaires et une **CIVD** : par suite d'un déficit de facteur coagulation

Mort fœtale in utero :

Elle survient après une souffrance fœtale chronique, ou suite à une insuffisance placentaire aigue. La surveillance permet de diagnostiquer à temps et d'éviter la mort fœtale.

Mort néonatale précoce : conséquence de la prématurité, elle survient de façon spontanée.

9-2 Complications générales :

Des œdèmes périphériques peuvent constituer un signe de troubles circulatoires sans être systématiquement un indice de gravité de la maladie.

Les autres complications :

-Circulatoires : micro angiopathies généralisées, hémococoncentration et hyperviscosité sanguine responsable de troubles de la coagulation et de retard de croissance in utéro.

-L'asphyxie est une cause fréquente de syncope et de mort subite au cours de la crise.

-Les hémorragies cérébro-méningées pouvant aller jusqu'à une hémiplegie.

-Rénales : diminution du flux sanguin rénal et de la filtration glomérulaire. La complication la plus redoutable est la persistance de l'anurie

-Cérébrales : l'atteinte est la conséquence du spasme artériel. On observe des hémorragies confluentes en relation avec des thrombus ou des nécroses locales et des lésions cérébrales réversibles (dans l'éclampsie). Après la crise, une manie aiguë peut apparaître avec l'idée de suicide ou d'infanticide. Elle nécessite une surveillance stricte et la séparation de l'enfant

-Oculaires : les modifications du FO constituent un bon critère d'appréciation de l'état de la patiente et sont parallèles à l'état neurologique. Dans les cas graves, on observe un œdème de la rétine, des hémorragies et plus rarement un décollement de la rétine.

-La morsure de la langue est fréquente

Face à ces multiples complications, une évaluation correcte des paramètres doit être effectuée. Une prise en charge efficace nécessitera alors une nette collaboration entre l'anesthésiste réanimateur, le cardiologue, l'obstétricien, le néphrologue, le néonatalogiste (pédiatre) avec surveillance biologique et échographique.

10- Traitement de l'éclampsie :

Il existe plusieurs protocoles thérapeutiques et tous les protocoles utilisés impliquent la collaboration gynécologue obstétricien et anesthésiste réanimateur.

⇒ Mesure de réanimation :

- Hospitalisation :
- Prise d'une voie veineuse avec un cathéter, une sonde urinaire avec poche pour évaluer la diurèse.
- Un brassard attaché au bras pour la prise de la tension artérielle
- Réhydratation
- Libérer des voies respiratoires
- Protection de la langue : par une canule de Mayo ou de Guedêl
- Parfois intubation trachéale
- Monitoring (tension, pouls, fréquence respiratoire, diurèse, conscience)

⇒ Mesures obstétricales :

- Evaluation de l'état clinique de la mère et de la vitalité fœtale : deux faits se présentent. :
 - Fœtus vivant et grossesse à terme : **césarienne**
 - Fœtus non viable ou mort : déclenchement par voie basse ou césarienne pour sauvetage maternel.

Au cours de la surveillance si le fœtus est vivant, la tension artérielle ne doit pas être trop vite baissée (tolérance fœtale).

- **Les médicaments utilisés :**

- *Les antihypertenseurs

- Clonidine (catapressan®)

- Nicardipine (Loxen®)

- Labétalol (Trandate®)

L'indication est la suivante : hypertension accompagnée d'une atteinte viscérale menaçant le pronostic vital à court terme (urgence hypertensive).

[10]

- Dihydralazine (Nepressol®)

Elle est indiquée dans la pré éclampsie grave mettant en danger le pronostic vital maternel.

Sous loxen et Nepresol l'allaitement est possible.

- *Les autres antihypertenseurs couramment utilisés en pratique

- Nifedipine : Epilat® = Adalat®

- Méthylodopa : Aldomet®

- Furosémide : Lasilix®

La nifedipine : Inibiteur calcique, médicament très efficace et l'effet est rapide 30 mn après la prise sublingual.

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

Le furosémide : c'est un diurétique indiqué dans l'éclampsie en cas
d'oligurie.

**TABLEAU III : Caractéristiques des principaux médicaments
antihypertenseurs dans l'éclampsie**

| Médicaments | Avantages | Inconvénients | Présentation | Posologie |
|--------------------|------------------|----------------------|---------------------|------------------|
|--------------------|------------------|----------------------|---------------------|------------------|

| | | | | |
|------------------------------|---|---|---|--|
| Dihydralazine (Nepressol) | Forme injectable Sécurité | Intolérance (tachycardie céphalées-veinites) | Cp à 25 mg ; Amp à 25 mg | 4 à 6 cp/jr 2à6 amp/jr |
| Nifédipine (Epilat) | Efficacité Délai d'action court | Effet tocolytique Perméabilité capillaire, tachycardie céphalées | Adalate : gel à 10 mg | Utilisation si poussée d'HTA de 3 à 4 gel/jr |
| Nicardipine (Loxen) | Forme injectable Efficacité bonne | Sensation vertigineuse, bouffées de chaleur, céphalées, polyurie | Cp 10mg 50mg ampoules injectables de 10 mg | 1 mg /min sans dépasser 10 mg |
| Labétalol (Trandate) | Forme injectable Efficacité bonne, tolérance | Effet bloquant Négligeable per os | Cp à 100 et 200 mg amp à 100 mg | 1 à 2 cp / jour 1 à 2 amp/jour |
| Clonidine (Catapressan) | Forme injectable | Poussées Hypertensives, Bradycardie Hypoxémie. (voie IV) | Cp à 0,15 mg Amp 0,15mg/1 | 2 à 4 cp / jour 1 amp/ 4 heures |
| Méthyl dopa (Aldomet) | Efficacité bonne, | Poussées Hypertensives | Cp à 250-500 mg | 1 à 1,5 g/ jr |

• **Médicaments anti-convulsivants:**

Le sulfate de magnésium, le diazépam et la phénytoïne sont fréquemment utilisés.

Récemment un essai clinique randomisé multicentrique de grande taille (1680 femmes) comparant ces trois molécules a montré 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 [27]

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]

Deux questions demeurent cependant embarrassantes.

⇒ A qui et quand donner le sulfate de magnésium à titre préventif ?

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

⇒ A quelle posologie utiliser le sulfate de magnésium ?

La conférence des experts [4] donne un schéma thérapeutique.

TABLEAU IV: Guide d'utilisation de Sulfate de Magnésium en fonction de l'état clinique

| Stade de la maladie | Décours immédiat de la maladie | Convulsion persistante |
|----------------------------------|--|---|
| Recommandation | Traitement préventif de la récurrence d'instabilité rapide sur le vasospasme cérébral | Traitement visant à limiter la souffrance neuronale et efficace sur le vasospasme cérébral |
| Traitement de première intention | Sulfate de magnésium 4g dans une perfusion de 500cc de sérum glucosé pendant 15 à 20 minutes. Le relais est pris par une perfusion de 1g dans 200cc de sérum jusqu'à l'arrêt de la crise. | Clonazépam en perfusion continue ou en bolus (1 mg/heure) après intubation en séquence rapide et ventilation contrôlée. L'association du sulfate de magnésium est recommandée |

Le traitement par le sulfate de magnésium impose une surveillance spéciale : celle-ci comporte le monitoring de la fréquence respiratoire, de la diurèse et de la recherche régulière des réflexes ostéo-tendineux. Le gluconate de calcium étant l'antidote utilisable en cas de surdosage doit être prêt à l'emploi. [21]

-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).

**TABLEAU V : Guide d'utilisation des principaux anti-convulsivants autre
que le Sulfate de Magnésium**

| Médicaments | Présentation | Dose charge | Renouvellement | Précautions |
|---------------------------------------|---|--|---|--|
| Diazépam (Valium) | Amp de 10 mg (2 mg) | IVD lente 10-20 mg<5mg/min | Déconseillé | Surveillance respiratoire, PA |
| Clonazépam (Rivotril) | Amp de 1 mg (2 ml) | IVD lente 1-2mg <5mg /min | Déconseillé | Surveillance respiratoire, PA |
| Lorazépam (Témesta) | Cp sécable dosé à 1 mg | 1/2cp matin 1/2cp midi et 1 cp la nuit | Déconseillé | Surveillance respiratoire, PA |
| Phénytoïne (Dilatin) | Amp de 250 mg (5 ml) | IVD lente 18-20 mg/kg <5mg/min | Après 6-12 h ½ dose ou selon taux sanguin | Vitesse d'injection strictement contrôlée (seringue électrique) monitorage continu, PA/ECG, réduction de vitesse d'injection. Si en cas de récurrence 5 ml par intervalle. Bradycardie excessive ou hypertension, ligne veineuse indépendante. |
| Phénobarbital (Gardéнал) | Amp de 200mg dilué au 1/10 (sérum phy- siologique) | IVD lente 10 mg/kg <10mg/min | Cas de récurrence 5 mg /kg intervalle >20 min | Seringue en verre Surveillance respiratoire, PA |
| Thiopental (Pentothal Nesdonal) | Poudre 1 g + eau distillée (dilution à 2,5%) | Bolus IV 3 mg à 5 mg/kg | Perfusion continue 0,5 à 1,5 g/ 8h | Assistance respiratoire, voie veineuse stricte. Surveillance hémodynamique |

Prise en charge de l'éclampsie dans le service gynécologie obstétrique du CHU du Point G

Dans notre service la conduite à tenir comprend :

Devant une crise d'éclampsie ;

- * hospitalisation,
- * prise d'une voie veineuse avec un cathéter,
- * mise en place d'une sonde urinaire,

L'examen clinique : appréciant l'état maternel

- l'état de conscience (convulsion ou pas),
- l'état des conjonctives,
- œdèmes localisés ou généralisés,
- prise de la tension artérielle : en sachant qu'une mesure chiffrée n'est pas absolue. La tension artérielle sera mesurée chez les parturientes en décubitus dorsal ou debout avec le même appareil pour écarter les hypertensions orthostatiques, contrôlée par 2 ou 3 personnes si nécessaire.

L'examen obstétrical : évaluant l'état foetal

- la hauteur utérine.
- la contractilité utérine.
- existence ou pas de métrorragie
- la dilatation du col et la couleur du liquide amniotique (si membranes rompues)
- âge de la grossesse.

Les bruits du cœur foetal ont un intérêt dans la surveillance à court terme de l'état foetal.

Le bilan paraclinique :

- numération formule sanguine ;
- crase sanguine : TCK, TC, fibrinémie ;
- ionogramme;
- bilan rénal ;
- bilan Hépatique ;

- ECG ;
- échocardiaque ;
- fond d'œil.

Chaque cas bénéficie d'une fiche de Surveillance comportant divers paramètres, à savoir :

| heures | TA | FC | FR | Diurèse | Saignement | Observations |
|--------|----|----|----|---------|------------|--------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Le traitement : il est basé :

- sur les médicaments : l'utilisation d'anti-convulsivants et d'anti-hypertenseurs.
- Le remplissage vasculaire
- Le traitement obstétrical

En 2006 l'utilisation du **Sulfate de Magnésium** a commencé dans notre service ; c'est un médicament dont la supériorité sur le **Diazépam** a été prouvée.

L'ampoule du **Sulfate de Magnésium** est dosée à **1 g** et la posologie adaptée est de : **3 g** en intraveineuse directe comme dose d'attaque, puis **3 g** dans une perfusion de **500 CC** de sérum glucosé c'est la dose d'entretien.

Le Diazépam était le médicament le plus utilisé, en ampoule injectable de **10mg**, la posologie est de **10 mg** en intramusculaire renouvelable à la demande.

Le remplissage est nécessaire, le plus fréquemment on utilise les solutés (Ringer lactate, sérum salé à 9‰), parfois la transfusion est faite devant une pâleur ;

Les inhibiteurs calciques sont les plus utilisés au cours de la crise en raison de leur efficacité, de leur durée d'action rapide 30 min environ; les plus utilisés sont : la **Nifedipine** (Epilat®) et la **Nicardipine** (loxen®).

-La Nifedipine (Epilat®) capsule de **10 mg** ; posologie 1 capsule toutes les 4 heures ou 6 heures, soit en sublingual et la capsule est percée par une aiguille et le contenu est versé sous la langue [6].

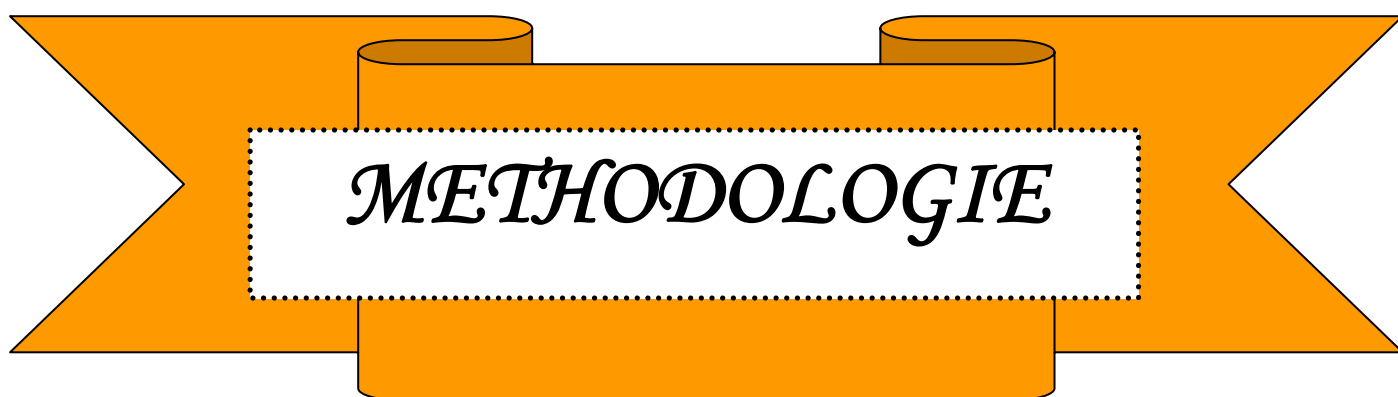
-**La Nicardipine** (loxen®) ampoule injectable de **10 mg** en raison de **1 CC** en intraveineuse directe toutes les 5 minutes sans dépasser **5 CC**, le reste de l'ampoule dans une perfusion de sérum glucosé à raison de 7 gouttes par minute.

-**Le Methyldopa** (Aldomet®) généralement utilisé comme traitement de relais après la crise, comprimé de **250 mg** la posologie est de **1 à 1,5 g** par jour.

-Quelques fois on utilise **le furosémide** (lasilix®) en cas d'oligurie, ampoule de **20 mg** et comprimé de **40 mg**, la posologie est de **40 mg** toutes les 8 heures.

- **1^{er} cas** : Si le fœtus est vivant, en absence de souffrance fœtale et après arrêt des crises tonico-cloniques, l'accouchement par voie basse est indiqué.
- **2^e cas** : Si la souffrance fœtale s'installe, en cas de crises répétées (crises subintrantes), devant la prématurité, malade comateuse, la césarienne est pratiquée.

Dans le deuxième cas, la prise en charge est faite avec la participation d'une équipe du Service d'Anesthésie Réanimation au sein du Service de Gynécologie et d'obstétrique ou quelques fois après transfert en Réanimation.



METHODOLOGIE

III-METHODOLOGIE

1-Type d'étude : Il s'agissait d'une étude descriptive, rétro et prospective.

2-Période d'étude :

Elle s'est déroulée sur une période de deux (2) ans du 1^{er} janvier 2005 au 31 Décembre 2006.

3-Cadre d'étude :

CHU du Point « G » les services de gynécologie obstétrique et d'anesthésie Réanimation.

L'hôpital du Point G a été construit en 1906. Il est situé sur une colline à laquelle il emprunte son nom.

Il a été fonctionnel en 1912 sous l'administration de médecins militaires relevant de la section mixte des médecins et infirmiers coloniaux basés à Dakar (Sénégal).

Erigé en hôpital national en 1959, l'hôpital du Point « G » a eu le statut d'établissement public à caractère administratif (EPA) en 1992 doté de personnalité morale et de l'autonomie financière suivant la loi

92.025/A.N.R.M du 05/10/92. En 2002 il est devenu un établissement public hospitalier (EPH) suivant la loi 02-048 du 22 juillet 2002.

Géographiquement l'hôpital est bâti sur une colline située au nord de la ville de Bamako à 8 km du centre ville, face à la colline de Koulouba, et il reçoit beaucoup de parturientes référées.

Il couvre une superficie de 25 hectares.

L'hôpital a un bloc opératoire comprenant cinq salles d'opérations dont il une salle pour le service de gynécologie obstétrique .

Le bloc opératoire comprend également une unité de stérilisation centrale.

a) Le service de gynécologie obstétrique a été créé en 1912. Il était dirigé d'abord par les chirurgiens expatriés français puis par des chirurgiens maliens.

La succession des différents chefs de service :

- 1970 Professeur Rougerie (chirurgien français) ;
- 1970-1972 Professeur Foucher (chirurgien français) ;
- 1972-1975 Professeur Bocar Sall (traumatologue malien) ;
- 1975-1978 Professeur Mamadou Lamine Traoré (chirurgien généraliste malien) ;
- 1978-1983 Docteur Colomard (chirurgien français) ;
- 1984-1985 Marc Jarraud (chirurgien français) ;
- 1985-1986 Docteur Henri Jean Philippe (chirurgien français) ;
- 1987 Docteur Etienne Steiner (chirurgien français) ;
- 1987-2001 Professeur Amadou Ingré Dolo (gynécologue obstétricien malien) ;
- 2001-2003 Docteur Niani Mounkoro
- 2003 à nos jours Docteur Bouraïma Maïga (gynécologue obstétricien malien)
qui a été en 1980 chef de service adjoint.

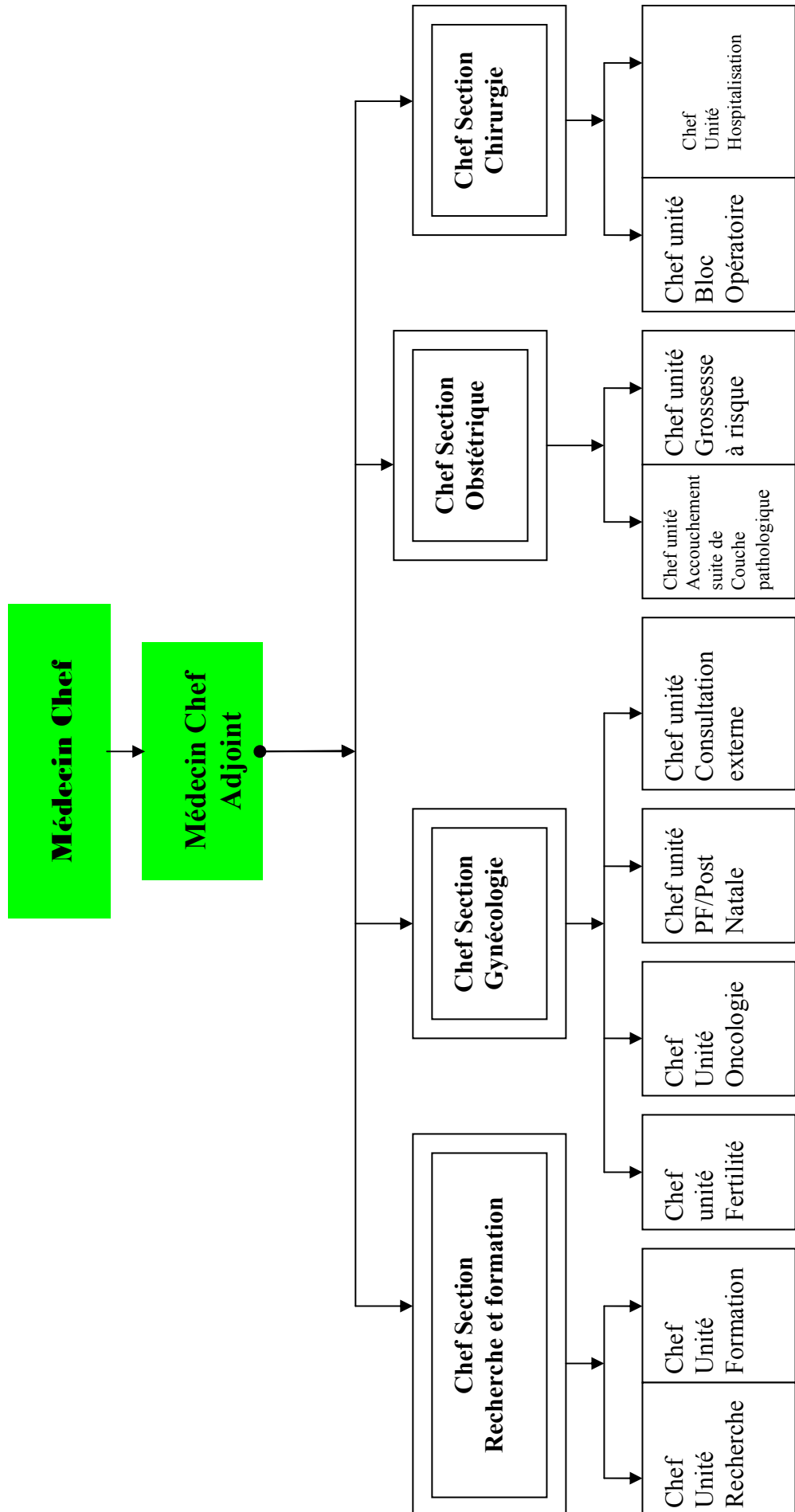
Il faut noter que ces données ne sont pas exhaustives car notre enquête n'a pu remonter jusqu'à la date de la création du service.

Actuellement le service est en reconstruction. Le transfert fait dans le bâtiment du Service d'Anatomie pathologie est provisoire. La direction de l'hôpital a mis à la disposition de la gynécologie obstétrique des salles d'hospitalisation se trouvant dans les Services d'Hématologie, de Chirurgie A et B.

Il existe un organigramme de fonction se présentant comme suit :

(Voire page suivante)

**ORGANIGRAMME DE FONCTION
DU SERVICE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
DU CHU DU POINT-G**



b) Le département de l'anesthésie réanimation et des urgences est composé de trois unités : la réanimation, les urgences, et le bloc opératoire.

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

Son personnel est composé de trois médecins anesthésistes réanimateurs parmi lesquels un professeur agrégé quatre infirmiers d'état, deux infirmiers du premier cycle, quatre garçons de salle et des étudiants en année de thèse faisant fonction d'interne soutenus par les étudiants stagiaires.

L'unité des urgences est fonctionnelle 24 heures sur 24 heures, elle reçoit aussi bien les cas médicaux que chirurgicaux. C'est un service d'accueil, de soins et tri.

Le bloc opératoire comprend : 04 salles d'opération à froid, un bloc d'urgence et une salle de surveillance post- interventionnelle.

4-Echantillonnage :

a- Echantillon : l'échantillon était composé de 164 patientes dont 43 patientes ayant séjourné préalablement au service de réanimation.

b- Population d'étude : Toutes les patientes admises dans le service de gynécologie obstétrique et de la réanimation du CHU du Point G en période gravidopuerpérale.

c- Critères d'inclusion : Toutes les femmes admises dans les services de **Gynécologie Obstétrique** et de **Réanimation** pour crises tonico-cloniques avant le travail, au cours du travail et dans le post-partum.

d- Critères de non inclusion : Toutes les femmes admises dans les services de **Gynécologie Obstétrique** et de **Réanimation** ne répondant pas aux critères d'inclusion.

e- Collecte des données : nous avons utilisé les dossiers d'admission, les dossiers d'accouchement de la **gynécologie obstétrique**, le registre et les fiches du traitement de la réanimation.

f- Traitement et analyse des données : Pour le traitement et l'analyse des données, nous avons utilisé les logiciels : Microsoft Access Office 2003, Microsoft Excel office 2003 et Microsoft Office Word 2000.



RESULTATS

IV-RESULTATS :

Durant la période de notre étude du **1^{er} janvier 2005 au 31 Décembre 2006** nous avons enregistré **164** cas d'éclampsie sur les **2403** patientes admises en période gravidopuerpérale soit une fréquence de : **6,82%**.

1°) Résultats selon le profil sociodémographique :

Tableau I : Répartition selon la fréquence.

| Motif d'admission | Effectif absolu | Fréquence |
|--------------------------------------|------------------------|------------------|
| Patientes admises pour autres motifs | 2239 | 93,18% |
| Eclampsiques | 164 | 6,82% |
| Total | 2403 | 100% |

La fréquence de l'éclampsie était de 6,82%.

Tableau II : Répartition selon l'âge

| Age | Effectif absolu | Fréquence |
|--------------|------------------------|------------------|
| 14-19 | 72 | 43,90% |
| 20-25 | 51 | 31,10% |
| 26-35 | 41 | 25,00% |
| Total | 164 | 100,00% |

La tranche d'âge la plus représentée était celle de **14-19 ans** soit **43,90%**.

L'âge moyen était **21,86** avec des extrêmes compris entre 14 et 35 ans.

Tableau III: Répartition selon l'ethnie.

| Ethnie | Effectif absolu | Fréquence |
|----------------|------------------------|------------------|
| Bambara | 83 | 50,61% |
| Peulh | 29 | 17,68% |
| Malinké | 17 | 10,37% |
| Sarakolé | 12 | 7,32% |
| Senoufo | 6 | 3,66% |
| Dogon | 4 | 2,44% |
| Sonrhäi | 3 | 1,83% |
| Minianka | 2 | 1,22% |
| Kassonké | 2 | 1,22% |
| Tamachèque | 1 | 0,61% |
| Dafing | 1 | 0,61% |
| Mossi | 1 | 0,61% |
| Kissi | 1 | 0,61% |
| Bobo | 1 | 0,61% |
| Somono | 1 | 0,61% |
| Total | 164 | 100% |

L'ethnie **bambara** était dominante avec **50,61%**.

Tableau IV : Répartition selon le statut matrimonial

| Statut Matrimonial | Effectif absolu | Fréquence |
|---------------------------|------------------------|------------------|
| Mariée | 102 | 62,20% |
| Célibataire | 61 | 37,20% |
| Divorcée | 1 | 0,61% |
| Total | 164 | 100% |

On retrouvait **37,20%** de **célibataires**.

Tableau V : Répartition selon la profession.

| Profession | Effectif absolu | Fréquence |
|-------------------|------------------------|------------------|
| Ménagère | 119 | 72,56% |
| Elève | 30 | 18,29% |
| Fonctionnaire | 8 | 4,88% |
| Commerçante | 4 | 2,44% |
| Vendeuse | 1 | 0,61% |
| Coiffeuse | 1 | 0,61% |
| Hôtelière | 1 | 0,61% |
| Total | 164 | 100,00% |

Les **ménagères** occupaient la plus grande proportion avec **72,56%**

Tableau VI : Répartition selon le niveau d'instruction.

| Niveau Instruction | Effectif absolu | Fréquence |
|---------------------------|------------------------|------------------|
| Analphabète | 119 | 72,56% |
| Primaire | 32 | 19,51% |
| Secondaire | 12 | 7,32% |
| Supérieur | 1 | 0,61% |
| Total | 164 | 100,00% |

Dans cette série les **analphabètes** occupaient **72,56%**

Tableau VII : Répartition selon la provenance.

| Provenance | Effectif absolu | Fréquence |
|---------------------------------------|------------------------|------------------|
| CSREF Commune I | 8 | 4,88% |
| CSREF Commune II | 6 | 3,66% |
| CSREF Commune IV | 14 | 8,54% |
| CSREF Commune VI | 25 | 15,24% |
| CSREF Commune V | 28 | 17,07% |
| CSREF Kati | 1 | 0,61% |
| CSCOM | 21 | 12,80% |
| Maternité du Camp I | 20 | 12,20% |
| Maternité Kati | 17 | 10,37% |
| DOMICILE (Commune I) | 5 | 3,05% |
| CHU Gabriel Touré | 10 | 6,10% |
| CHU du Point G (service des urgences) | 5 | 3,05% |
| Hôpital Ségou | 3 | 1,82% |
| CABINET Privé | 1 | 0,61% |
| Total | 164 | 100,00% |

- **quatre vingt deux patientes** soit 50% venaient des 6 communes de Bamako dont **17,07%** parvenaient du Centre de Santé de Référence de la **commune V**.
- **dix patientes** provenaient du **CHU Gabriel Touré** soit **6,10%**.
- **les patientes des CSCOM** représentaient **12,80%**.

2°) Résultats selon les circonstances de la maladie :

Tableau VIII : Répartition selon le nombre de CPN

| CPN | Effectif absolu | Fréquence |
|--------------|-----------------|----------------|
| 0 | 83 | 50,61% |
| 1 à 3 | 60 | 36,59% |
| 4 et plus | 21 | 12,80% |
| Total | 164 | 100,00% |

Les femmes qui n'ont pas fait de CPN sont les plus fréquentes avec **50,61%**.

3°) Résultats selon le contexte clinique

Tableau IX: Répartition selon la gestité.

| Gestité | Effectif absolu | Fréquence |
|--|-----------------|----------------|
| Primigeste (une grossesse) | 75 | 45,73% |
| Grande multi geste (six grossesses et plus) | 46 | 28,05% |
| Pauci geste (deux à trois grossesses) | 31 | 18,90% |
| Multi geste (quatre à cinq grossesses) | 12 | 7,32% |
| Total | 164 | 100,00% |

La proportion des primigestes représentait **45,73%**.

Tableau X : Répartition selon la parité.

| Parité | Effectif absolu | Fréquence |
|---|------------------------|------------------|
| Primipare (un accouchement) | 47 | 28,66% |
| Nullipare (zéro accouchement) | 40 | 24,39% |
| Pauci pare (deux à trois accouchements) | 40 | 24,39% |
| Grande multipare (six accouchements et plus) | 20 | 12,20% |
| Multipare (quatre à cinq accouchements) | 17 | 10,37% |
| Total | 164 | 100,00% |

Les **Primipares** étaient les plus atteintes avec une fréquence de **28,66%**.

Tableau XI : Répartition selon le mode d'admission.

| Mode d'admission | Effectif absolu | Fréquence |
|-------------------------|------------------------|------------------|
| Evacuée | 153 | 93,29% |
| Adressée par la famille | 11 | 6,71% |
| Total | 164 | 100,00% |

Les patientes **évacuées** étaient les plus fréquentes soit **93,29%**.

Tableau XII : Répartition selon le motif d'évacuation.

| Motif d'évacuation | Effectif absolu | Fréquence |
|-------------------------|-----------------|----------------|
| "Convulsion" | 89 | 54,27% |
| "HTA" | 29 | 17,68% |
| "Perte de Connaissance" | 26 | 15,85% |
| "Pré éclampsie" | 9 | 5,48% |
| "Eclampsie" | 6 | 3,65% |
| "Neuropaludisme" | 3 | 1,82% |
| "Suivi" | 2 | 1,22% |
| Total | 164 | 100,00% |

Le motif de référence le **"Neuropaludisme"** n'a été retrouvé que dans **1,82%** des cas.

Tableau XIII : Répartition selon la tension artérielle systolique

| Tension systolique | Effectif absolu | Fréquence |
|------------------------------|-----------------|----------------|
| moins de 14 cmhg | 35 | 21,34% |
| Comprise entre 14 et 16 cmhg | 57 | 34,76% |
| Supérieur à 16 cmhg | 72 | 43,90% |
| Total | 164 | 100,00% |

La majorité des éclamptiques a eu une **TA systolique supérieur à 16** soit **43,90%**.

Tableau XIV : Répartition selon la tension diastolique.

| Tension diastolique | Effectif absolu | Fréquence |
|-------------------------------------|------------------------|------------------|
| inférieure ou égale à 9 cmhg | 69 | 42,07% |
| Comprise entre 10 et 11 | 67 | 40,85% |
| Supérieur à 11 | 28 | 17,07% |
| Total | 64 | 100% |

La TA diastolique inférieure ou égale à 9 cm hg était la plus fréquente avec 42,07%.

Tableau XV : Répartition selon la hauteur utérine

| Hauteur Utérine | Effectif absolu | Fréquence |
|--------------------------------|------------------------|------------------|
| Inférieure à 24 cm | 7 | 7,53% |
| Comprise entre 24-32 cm | 54 | 58,06% |
| Comprise entre 33-35 cm | 29 | 31,18% |
| Supérieure à 35 cm | 3 | 3,23% |
| Total | 93 | 100,00% |

La majorité des femmes éclamptiques soit 58,06% avait une hauteur utérine comprise entre 24 à 32 cm.

Tableau XVI: Répartition selon l'âge gestationnel.

| | | |
|--------------------------------|-----------|----------------|
| Compris entre 20-24 S.A | 7 | 7,53% |
| Compris entre 25-32 S.A | 30 | 32,26% |
| Compris entre 33-35 | 24 | 25,80% |
| Compris entre 33-35 | 29 | 31,18% |
| Compris entre 36-42 | 3 | 3,23% |
| Total | 93 | 100,00% |

L'âge gestationnel compris entre 25-32 semaines d'aménorrhée était la plus représentée avec **32,26%**.

Tableau XVII : Répartition selon la présence des oedèmes.

| Oedèmes | Effectif absolu | Fréquence |
|--------------------------------|-----------------|----------------|
| Absents | 108 | 65,85% |
| Oedèmes des membres inférieurs | 51 | 41,10% |
| Anarsaque | 5 | 3,05% |
| Total | 164 | 100,00% |

Il n'y avait pas d'oedème dans **65,85%**.

Tableau XVIII: Répartition selon le type de Complication associée.

| Complications Associées | Effectif Absolu | Fréquence |
|--|------------------------|------------------|
| HRP | 1 | 10,00% |
| CIVD | 1 | 10,00% |
| Psychose puerpérale | 1 | 10,00% |
| Hellp Syndrome | 1 | 10,00% |
| IRA : Oligurie (diurèse horaire < 20 ml/h) | 2 | 20,00% |
| IRA : Anurie (sondage vésical négatif) | 2 | 20,00% |
| AVC (Hémiplégie + Aphasie) | 2 | 20,00% |
| Total | 10 | 100,00% |

Dix complications ont été retrouvées sur **164** cas soit **6,10%**

Tableau XIX : Répartition selon le type d'accouchement.

| Type d'accouchement | Effectif absolu | Fréquence |
|----------------------------|------------------------|------------------|
| Voie Basse | 116 | 70,73% |
| Césarienne | 48 | 29,27% |
| Total | 164 | 100,00% |

La **voie basse** a été retrouvée dans **70,73%** des cas.

Tableau XX : Répartition selon l'indication de césarienne.

| Indication de Césarienne | Effectif absolu | Fréquence |
|---------------------------|-----------------|----------------|
| Crises Subintrales | 26 | 54,17% |
| Souffrance fœtale | 11 | 22,92% |
| Dilatation stationnaire | 6 | 12,50% |
| HTA maligne | 4 | 8,33% |
| HRP | 1 | 2,80% |
| Total | 48 | 100,00% |

La **crise subintrante** a été l'indication de césarienne la plus fréquente **54,17%**

Tableau XXI : Répartition selon le Score d' APGAR à la naissance.

| APGAR à la 1 ère Minute | Effectif absolu | Fréquence |
|-------------------------|-----------------|----------------|
| Inférieur à 7 | 69 | 74,19% |
| Supérieure ou égal à 7 | 24 | 25,81% |
| Total | 93 | 100,00% |

Le **Score d'APGAR** inférieur à 7 chez **74,19%** des enfants à la naissance.

Tableau XXII : Répartition selon l'état des nouveaux nés.

| Etat du Nouveau-né | Effectif absolu | Fréquence |
|--------------------|-----------------|----------------|
| Eutrophique | 50 | 53,76% |
| Prématuré | 23 | 24,74% |
| Hypotrophe | 20 | 21,50% |
| Total | 93 | 100,00% |

Les nouveaux nés **eutrophes** étaient nombreux soit **53,76%**

Tableau XXIII: Répartition selon le moment de la crise

| Moment de survenu de la crise | Effectif absolu | Fréquence |
|-------------------------------|-----------------|----------------|
| Anté-partum | 72 | 43,90% |
| Per-partum | 21 | 12,80% |
| Post-partum | 71 | 43,29% |
| Total | 164 | 100,00% |

Les cas d'éclampsie **en anté-partum** étaient les plus fréquents avec **43,90%**.

Tableau XXIV: Répartition des cas d'éclampsie du post partum en fonction de la survenue de la crise.

| Délai de survenue de la crise post partum | Effectif absolu | Fréquence |
|---|-----------------|----------------|
| Compris entre 1 et 2 jours | 53 | 74,64% |
| Compris entre 3 et 4 jours | 14 | 19,72% |
| Compris entre 5 et 10 jours | 4 | 5,64% |
| Total | 71 | 100,00% |

- Dans **74,64%** des cas la crise est apparue **48 heures** après l'accouchement.

4°) Résultats selon le pronostic materno foetal

Tableau XXV: Répartition selon le devenir de la femme.

| Devenir de la femme | Effectif absolu | Fréquence |
|---------------------|-----------------|----------------|
| Vivante | 157 | 95,73% |
| Décédée | 7 | 4,27% |
| Total | 164 | 100,00% |

Le taux de décès était de **4,27%**.

Tableau XXVI : Répartition selon les causes de décès des mères.

| Causes de décès | Effectif absolu | Fréquence |
|----------------------------------|-----------------|----------------|
| Arrêt cardio respiratoire | 5 | 71,43% |
| CIVD | 2 | 28,57% |
| Total | 7 | 100,00% |

La cause la plus fréquente de décès maternel a été l'arrêt **cardiorespiratoire** soit **71,43%**

Tableau XXVII : Répartition selon le devenir du nouveau né

| Devenir du nouveau né | Effectif absolu | Fréquence |
|-----------------------|-----------------|----------------|
| Vivant | 124 | 75,61% |
| Mort né | 40 | 24,39% |
| Total | 164 | 100,00% |

Les morts nés étaient de **24,39%**.

Tableau XXVIII : Répartition selon la diurèse

| Diurèse | Effectif absolu | Fréquence |
|--------------------------------|------------------------|------------------|
| Normale (>30 ml / h) | 160 | 93,44% |
| Oligurie (<20ml / h) | 2 | 3,28% |
| Anurie | 2 | 3,28% |
| Total | 164 | 100,00% |

Nous avons rencontré **4 cas d'oligo-anurie** soit **6,56%**

Tableau XXIX : Répartition selon le bilan d'HTA .

| Bilan d'HTA | Effectif Absolu | Fréquence |
|----------------------|------------------------|------------------|
| Créatininémie | 52 | 31,71% |
| Glycémie | 45 | 27,44% |
| NFS | 18 | 10,98% |
| Transaminases | 9 | 5,49% |
| Protéinurie de 24H | 19 | 11,59% |
| Bilirubine Total | 2 | 1,22% |
| Echocoeur | 3 | 1,83% |
| Aucun | 16 | 9,75% |
| Total | 164 | 100,00% |

La **créatinémie** a été effectuée dans **31,71%** des cas,

Elle est élevée dans deux cas avec des valeurs > 500 mmol / l

5°) Résultats selon les traitements institués et la collaboration interdisciplinaire.

Tableau XXX: Répartition selon la fréquence des médicaments anticonvulsivants utilisés.

| Anti-convulsivants utilisés | Effectif absolu | Fréquence |
|--|------------------------|------------------|
| Sulfate de Magnésium | 59 | 35,90% |
| Diazépam | 98 | 59,70% |

La fréquence d'utilisation du **sulfate de magnésium** était de **35,90%**.

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

| Anti-hypertenseurs utilisés | Effectif absolu | Fréquence |
|--|------------------------|------------------|
| Nifedipine | 128 | 78,00% |
| Methyldopa | 99 | 60,36% |
| Nicardipine | 33 | 20,00% |
| Furosémide | 29 | 17,68% |
| Clonidine | 9 | 5,48% |

La Nifedipine était la plus utilisée **78%**

Tableau XXXI I: Répartition selon la fréquence des associations de traitements institués.

| Traitement Institué | Effectif absolu | Fréquence |
|---|-----------------|----------------|
| Sulfate de magnésium + Nifedipine + Methyldopa | 62 | 43,66% |
| Diazépam + Nifedipine + Methyldopa | 42 | 29,57% |
| Sulfate de magnésium + Nicardipine + Methyldopa | 29 | 20,43% |
| Sulfate de magnésium + Furosémide+ Methyldopa | 9 | 6,34% |
| Total | 142 | 100,00% |

L'association **Sulfate de magnésium + Nifedipine + Methyldopa** était la plus utilisée avec **43,66%** soit **62** cas.

Tableau XXXIII: Répartition selon la collaboration interdisciplinaire.

| Transfert à la REANIMATION | Effectif Absolu | Fréquence |
|----------------------------|-----------------|----------------|
| Oui | 43 | 26,22% |
| Non | 121 | 73,78% |
| Total | 164 | 100,00% |

La majorité des patientes a été traitée dans le service de gynéco obstétrique **73,78%**. Dans **26,22%** des cas compliqués d'altération de la conscience et de trouble respiratoire, une collaboration interdisciplinaire fut nécessaire (Service de Réanimation et de Néphrologie)

Tableau XXXIV: Répartition selon le séjour à la réanimation.

| Durée de séjour à la REA | Effectif absolu | Fréquence |
|------------------------------------|-----------------|----------------|
| 1 jour | 18 | 41,86% |
| Comprise entre 2 et 3 jours | 22 | 51,16% |
| Comprise entre 4 et 6 jours | 3 | 6,98% |
| Total | 43 | 100,00% |

Dans notre série **51,16%** des patientes ont fait deux jours à la réanimation.

Tableau XXXV : Répartition selon le nombre de jour d'hospitalisation en gynéco obstétrique.

| Durée de séjour | Effectif absolu | Fréquence |
|------------------------------------|-----------------|----------------|
| Inférieure à 3 jours | 31 | 18,90% |
| Comprise entre 3 et 7 jours | 127 | 77,44% |
| Comprise entre 7 et 8 jours | 6 | 3,66% |
| Total | 164 | 100,00% |

La durée moyenne de séjour en gynéco obstétrique était de **4,28 jours**, avec des extrêmes compris entre **2 et 8 jours**.

Tableau XXXVI: Répartition selon la référence en pédiatrie

| Référés | Effectif absolu | Fréquence |
|--------------------|-----------------|----------------|
| Pédiatrie | 9 | 9,68% |
| Non Référés | 84 | 90,32% |
| Total | 93 | 100,00% |

Les nouveaux nés non référés représentaient **90,32%**.



*COMMENTAIRES ET
DISCUSSION*

V- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS :

Les résultats de notre étude suscitent les commentaires et discussions suivants :

1- Profil sociodémographique :

1-1 La Fréquence :

Dans notre étude la fréquence de l'éclampsie est de 6,82% .

-SALIFOU HAMDA [26] a rapporté une fréquence de 6,84% en 2006 dans le même service.

La fréquence de l'éclampsie reste stable dans le service de gynéco obstétrique au CHU du Point G.

Cependant notre fréquence est plus élevée que celle rapportée par :

- ISSA DIARRA [15] dans le service de Gynéco obstétrique du CHU Gabriel Touré soit 1,16%. A noter que l'auteur a pas pris en compte les éclampsiques hospitalisées dans le service de réanimation du même hôpital.

- Cissé T C [4] qui a trouvé une fréquence de 0,8% en 2003 à Dakar.

Au CHU de BRAZZAVILLE [20] on a rapporté un taux de 0,32% en 1999.

Cette variante de taux de fréquence de l'éclampsie dans diverses études est imputable certainement au mode de recrutement des cas.

1-2 L'AGE MATERNEL :

Dans notre étude 43,90% des cas ont un âge compris 14 et 19ans.

Pour la même tranche d'âge : Issa Diarra [15], Pambou O [20] et Dembélé NF [7] ont trouvé respectivement 48%, 55% et 50,8%.

Notre résultat comparable à de ces auteurs.

La fréquence élevée chez l'adolescente pourrait s'expliquer par une tendance de cette tranche d'âge à être moins assidue aux CPN.

1- 3 L'ETHNIE :

Nous avons retrouvé une fréquence de 50,61% de Bambara.

A noter que l'ethnie Bambara est la plus dominante au Mali.

1 – 4 STATUT MATRIOMONIAL :

-Cent deux (102) patientes étaient mariées soit 62,20% ; les célibataires 37,20% et une (1) divorcée 0,61%.

- HALIDOU AHMADOU [12] et SALIFOU HAMDA [26] ont rapporté respectivement 24,74% et 20,60 % de célibataires.

Notre taux est supérieur à ceux de ces auteurs. On peut en déduire que les célibataires, ayant le plus souvent des grossesses non désirées aient tendance à négliger les CPN.

Ceci s'expliquerait par la tendance des célibataires à ne pas fréquenter les CPN.

1-5 NIVEAU D'INSTRUCTION :

Dans notre série nous avons retrouvé 72,56% d'analphabètes.

- ISSA DIARRA [15] et Dembélé N F [7] ont rapporté respectivement un taux d'analphabétisme de 74% et 70,80%.

Notre fréquence est proche de celles de ces auteurs.

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

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

1 - 6 LA PROVENANCE :

Quatre vingt deux patientes soient 50% venaient des 6 communes de Bamako plus (+) le centre de santé de référence de Kati.

Le centre de santé de référence de la commune V était en tête avec 17,07%,

12,80% provenaient des CSCOM,

22,57% venaient des maternités du camp 1 et garnison de kati,

6,10% des patientes venaient du CHU Gabriel Touré,

3,50% des patientes sont adressées par leurs familles.

Ceci est lié à l'absence du plateau technique dans ces structures situées en amont.

- Issa Diarra [15] et Dembélé N F [7] ont respectivement rapporté des taux de 32% et de 31% des patientes adressées par leurs familles. Ces taux contrastent avec 3,50% des cas référés par leurs familles de notre étude ou la majorité des malades sont référées ou évacuées.

2 – CIRCONSTANCES DE LA MALADIE :

LES CONSULTATIONS PRENATALES :

Dans la série 50,61% n'avaient fait aucune consultation prénatale (CPN) contre 36,59% qui ont effectué une (1) à trois CPN.

- 12,80% avaient fait 4 CPN ou plus.

Si l'absence de CPN favorise la survenue des complications obstétricales [2], l'intérêt doit être porté sur la qualité de ces CPN. Seules les CPN de bonne qualité permettent de dépister l'hypertension artérielle et de réduire les complications.

3- LE CONTEXTE CLINIQUE :

3-1 LA GESTITÉ :

Les primigestes dominent avec 45,73%.

- Issa Diarra [15] avait trouvé 74% de primigestes,

- Cissé T C [5] et Pambou O [20] ont trouvé respectivement 68% et 65% d'éclampsie chez les primigestes dans leurs séries.

Nous pensons comme MERGER [17] que les primigestes sont le plus souvent exposées à cette pathologie.

3-2 MOTIF D'EVACUATION :

Dans respectivement 1,82% des cas le motif de référence a été le **Neuropaludisme**, de même que le motif « perte de connaissance » retrouvé dans 15,85% des cas.

Ceci s'explique par le niveau de qualification de l'agent ayant procédé à l'évacuation.

Quatre vingt neuf cas de convulsion ont été rencontrés soit 54,27%. Ce taux contraste avec les 64,70% retrouvées chez SALIFOU HAMDA [26].

Cette différence peut être expliquée par le fait que les patientes sont admises d'abord en gynécologie obstétrique, avant d'être transférées à la Réanimation.

3-3 LA TENSION ARTERIELLE :

Nous avons retrouvé 78,66% HTA systolique avec des extrêmes 14 et 22 cmHg.

- L'hypertension artérielle diastolique dans 57,92% des cas avec des extrêmes 10 et 14 mmHg.

➤ Au CHU Gabriel Touré Issa Diarra [15] a trouvé dans son étude

- L'hypertension artérielle systolique dans 92% des cas avec des extrêmes de 140 et 220 mmHg.

- L'hypertension artérielle diastolique dans 50% des cas des extrêmes de 90 et 150 mmHg.

Le taux d'hypertension systolique retrouvé chez cet auteur est supérieur au nôtre

➤ Dans le service de Réanimation du CHU du Point G, SALIFOU HAMDA [26] a trouvé :

- 11,76% d'HTA systolique contre 5,88% d'HTA diastolique.

Les résultats de cet auteur sont largement inférieurs à nos chiffres. Ceci s'explique par le fait que la réanimation ne reçoit qu'une partie des éclamptiques provenant du service de gynécologie obstétrique.

3-4 LES ŒDEMES :

L'absence d'œdème a été retrouvée chez 65,85% des malades dans notre étude.

- HALIDOU AHMADOU [12] dans son étude a retrouvé l'absence d'œdème dans 67,30% des cas.

- Nos résultats sont comparables à ceux de HALIDOU AHMADOU.

En référence à la littérature l'œdème n'est pas un élément indispensable au diagnostic de la toxémie gravidique. L'hypertension suffit pour poser le diagnostic.

3-5 VOIE D'ACCOUCHEMENT:

Nous avons retrouvé 70,73% d'accouchement par voie basse dont 20% par Forceps.

La césarienne a été pratiquée dans 29,27% des cas.

- ISSA DIARRA [15] au CHU Gabriel Touré a trouvé 88% de césarienne contre 12% d'accouchement par voie basse.

Cette différence s'explique par le caractère systématique de la césarienne au CHU Gabriel Touré en cas d'éclampsie.

Dans l'enquête MOMA réalisée en Afrique de l'ouest par Cissé T C et al [4] le taux de césarienne retrouvé en cas d'éclampsie est de 87%.

3-6 L'INDICATION DE LA CESARIENNE :

La crise subintraite était la plus fréquente avec 54,17% suivie de la souffrance fœtale avec 22,92%.

-l'indication la plus fréquente chez ISSA DIARRA [15] au CHU Gabriel Touré était celle de la souffrance fœtale (50%). Ce taux élevé de souffrance fœtale chez cet auteur pourrait s'expliquer par le fait que 32% de ces patientes ont été adressées par leur famille d'où l'absence de traitement en amont.

3-7 CARACTERISTIQUES DES NOUVEAU-NÉS :

Nous avons enregistré 93 naissances dont 24,74% de prématurés et 21,50% d'hypotrophes.

La prématurité et l'hypotrophie sont retrouvées dans la série de Pambou O [20] avec un taux de 15,62% de prématurité et 43,75% d'hypotrophie.

3-8 MOMENT DE SURVENUE DE LA CRISE :

En anté-partum 43,90% ; en post-partum 43,29% et 12,81% d'éclampsie en Per-partum.

Issa Diarra [15] a retrouvé (52%) d'éclampsie en anté partum comparable à nos résultats.

Il y a aussi une prédominance de la survenue de l'éclampsie en anté-partum dans les séries suivantes :

- Au CHU de **Casablanca (Maroc)** Ibn Rochd et al [18] ont rapporté 79% de cas d'éclampsie avant le travail, 17% en post-partum et 4% pendant le travail.

- En Tunisie Ferchiou M et al [11] ont trouvé 56,9% en pré-partum, 7,6% en post-partum et 35,5% en perpartum.

Par contre notre taux d'éclampsie en post-partum est largement supérieur à ceux de ces auteurs.

La fréquence élevée d'éclampsie en post-partum de série est due à la mauvaise surveillance des accouchées en amont.

4- PRONOSTIC MATERNO-FŒTAL :

4-1 COMPLICATIONS CHEZ LES FEMMES ECLAMPTIQUES :

Dans notre série, on retrouve :

- 6,1% de **complications** réparties en :
 - **AVC** 1,22%
 - **oligo-anurie**.2,44%
 - **HRP** 0,6% et **CIVD** 0,6%
 - **psychose puerpérale** 0,6%
 - **HELLP Syndrome**.0,6%

Dans leurs séries ISSA DIARRA [15] et Dembélé N F [7] ont rapporté respectivement 34%, 33,84% de complications. Nos taux sont inférieurs à ceux de ses auteurs.

Cette différence peut s'expliquer par une prise en charge mieux adaptée avec une utilisation plus large du sulfate de Magnésium aussi par une collaboration interdisciplinaire avec la Réanimation.

4-2 DEVENIR DU NOUVEAU-NÉ :

- 75,60% des nouveau-nés étaient vivants et 24,40% mort-nés. Ce taux élevé de décès était dû à la prématurité (24,74%).

- Un taux proche de nos chiffres a été retrouvé chez ISSA DIARRA [15] avec 24,07% de mort-nés.

Le retard et l'insuffisance de la prise en charge avant l'évacuation influencent le pronostic fœtal.

4-3 MORTALITÉ MATERNELLE :

Nous avons enregistré dans notre série 4,26% de décès, soit 7 cas de décès sur 164 patientes dont 2 décès enregistrés à la Réanimation. Ces décès sont survenus dans les circonstances variables parmi lesquelles nous avons noté : **Arrêt cardio respiratoire** 71,43%, et la **CIVD** 28,57%.

Des taux nettement supérieurs aux nôtres sont rapportés dans la littérature Cissé T C [4] ont enregistré 17,90% de décès maternels.

ISSA DIARRA [15] a rapporté 12% de décès maternels.

Dembélé N F [7] a enregistré 15,40% de décès maternels.

La relative faible mortalité dans notre série pourrait s'expliquer par une meilleure prise en charge de l'éclampsie à mettre au compte de la collaboration interdisciplinaire avec le service de Réanimation.

- SALIFOU HAMDIA [26] a noté 14,58% de décès maternels contre 4,26% dans notre série. Cette différence peut être expliquée par le fait que son étude portait uniquement sur les éclamptiques hospitalisées à la réanimation .

Le taux de décès de 2,2% relevé dans la série Française [21] est deux fois plus bas que le nôtre. Ceci pourrait s'expliquer par une meilleure qualité de prise en charge des cas d'éclampsie dans ce pays.

4-4 LE BILAN D'HTA :

Dans notre étude la créatininémie a été effectuée dans 31,71% des cas ;

- la glycémie dans 27,44% des cas ;

- la protéinurie de 24 Heures dans 11,59% des cas

- la protéinurie était significative dans 90% des cas où elle a été effectuée. Les avis dans la littérature par rapport à l'importance de la protéinurie dans le pronostic materno fœtal sont très contrastés :

Pour Hays [13] il n'y a pas de parallélisme entre l'importance de la protéinurie et le risque materno fœtal.

Beaufils [3] pense que plus la protéinurie est élevée plus le risque d'atteinte fœtale est élevé.

- Par contre l'hyper uricémie qui est caractéristique de la toxémie gravidique, n'a pas été effectué .

5 -TRAITEMENT MEDICAL :

- La Nifedipine était l'anti-hypertenseur le plus utilisé 78% ;

- Le Méthylidopa 60,36% ;

- Le Diazépam était l'anti convulsivant le plus utilisé 59,70% ;

- Le Sulfate de Magnésium 35,90%.

- L'association sulfate de Magnésium+ Nifedipine+ Méthylidopa était la plus fréquente (46,66%).

- Le Sulfate de Magnésium dont l'utilisation a commencé dans notre service en 2006 n'était pas toujours disponible.

- SALIFOU HAMDA [26] a utilisé les mêmes molécules d'anti-hypertenseurs et d'anti-convulsivants ; les deux études ont été faites dans le même hôpital.

- ISSA DIARRA [15] et HALIDOU AHMADOU [12] n'ont pas utilisé le sulfate de Magnésium au cours de leurs études ; faute de disponibilité. .

5-1 COLLABORATION INTERDISCIPLINAIRE :

TRANSFERT A LA REANIMATION :

Cent vingt une patientes soit (73,78%) ont été traitées dans notre service et 43 patientes soit 26,22% ont été transférées à la réanimation.

Sur les 121 patientes, 20 patientes soit 17% dont l'état nécessitait le transfert en réanimation, n'ont pu être transférées faute de place. Néanmoins une prise en charge conjointe a été faite avec l'équipe de la Réanimation.

On note deux cas de décès par suite d'arrêt cardio-respiratoire que chez les patientes non transférées en Réanimation par manque de place.

Chez ISSA DIARRA [15] 32% des ces patientes n'ont pas pu être transférées en Réanimation pour manque de place.

TRANSFERT EN PEDIATRIE :

Nous avons enregistré 9 cas de transfert en pédiatrie soit 9,68% dont 3 décès en pédiatrie pour prématurité.

5-2 DUREE D'HOSPITALISATION A LA REANIMATION ET EN GYNECO OBSTETRIQUE :

- La durée moyenne d'hospitalisation à la réanimation était de 1,84 jours avec des extrêmes de 1 à 4 jours.
- La durée moyenne d'hospitalisation en gynéco obstétrique était de 4,28 jours avec des extrêmes de 2 à 8 jours.

ISSA DIARRA [15] dans son étude a trouvé une durée moyenne d'hospitalisation de 2,6 jours à la réanimation et une durée moyenne d'hospitalisation de 8 jours dans le service de gynéco obstétrique de l'Hôpital Gabriel Touré en 2005.

HALIDOU AHMADOU [12] a trouvé une durée de 3 à 7 jours d'hospitalisation en commune V.

Etude Epidémiologique et Thérapeutique de l'Eclampsie dans le service de Gynécologie Obstétrique
du CHU du Point « G »

Ces deux auteurs ont trouvé des durées d'hospitalisation dans leurs services comparables aux nôtres.



*CONCLUSION ET
RECOMMANDATIONS*

VI-CONCLUSION-RECOMMANDATIONS :

1-CONCLUSION :

L'éclampsie, complication paroxystique de l'hypertension artérielle associée à la grossesse demeure une pathologie encore fréquente dans les pays en voie de développement et constitue un problème de santé publique.

Dans les pays développés, l'amélioration des conditions de vie, le dépistage organisé de la prééclampsie et son traitement bien conduit ont permis de baisser la fréquence de cette pathologie.

Dans notre étude, nous avons obtenu :

- L'incidence était très élevée chez les patientes jeunes avec une prédominance chez les primigestes (47,73%) et surtout chez les non scolarisées (72,56%) ;
- La plus grande fréquence de l'éclampsie en anté-partum (43,90%) et en post-partum (43,29%) ;
- Le taux encore élevé de patientes n'ayant fait aucune consultation prénatale (50,61%) cependant l'intérêt doit être porté sur la qualité de ces consultations ;
- La mortalité maternelle (4,26%) et fœtale (24,39%) restent élevées ;
- 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,**

- Accroître l'accès à des soins de qualité en matière de surveillance de la grossesse et de l'accouchement ;
- Poursuivre et intensifier la formation et le recyclage du personnel sanitaire ;
- Rehausser le plateau technique des services de gynécologie obstétrique et de Réanimation ;
- Créer une unité de réanimation annexée au service de gynécologie obstétrique ;
- Créer une unité de Réanimation au niveau des Centres de Santé de Référence du district de BAMAKO.

➤ **Aux personnels de santé : gynécologues obstétriciens, anesthésistes réanimateurs,**

- Améliorer la qualité des CPN,
- Améliorer la collaboration et le travail en équipe,
- Promouvoir l'utilisation du sulfate de Magnésium,
- Assurer meilleure surveillance des accouchées.

➤ **Aux femmes enceintes,**

- Fréquenter les consultations prénatales et postnatales.



REFERENCES

VII- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1– B SEGUY, J. CHAVINIE, B. MICHELON

Révision accélérée en obstétrique.

2^{ème} édition, Paris 1991, pages : 172-173.

2-Bagayoko N dit Seydou

Pronostic materno fœtal des grossesses non suivies à propos d'une étude cas témoin dans le service de Gynéco obstétrique de l'Hôpital Gabriel TOURE. Thèse Méd, Bamako 2004, page 39.

3– BEAUFILS M

« HTA gravidique » encyclopédie médico – chirurgicale, Rein 18064 E, 1984 – page 14.

4- C. Moignet, P. Dieumunsch, T. Pottecher

Réanimation des formes graves de la pré éclampsie.

Conférence d'experts en 2002.

Service d'anesthésie Réanimation.

Hôpital Hautepière – France.

5- Cissé C T, Faye Dienne M E, Nagabo D, M Baye, Diagne P-M Morceau J

Indications thérapeutiques et pronostiques de l'éclampsie au CHU de Dakar. Jr Gynécol – Obstet Biol. – Reprod.

Thèse Méd. 2003, pages 3, 32, 239-245

6– Coulibaly ML :

Comparaison de l'efficacité de la clonidine et de la nifedipine dans la prise en charge de l'HTA gravidique au Centre de Santé de référence de la Commune V du District de Bamako. Thèse Med, Bamako 2002, page 62.

7- D. Luton / S Sibony :

Internat préparation en cours Gynécologie Obstétrique Edition 1997, page : 187.

8- DEMBELE N.F.

Aspects cliniques de la crise d'éclampsie à l'Hôpital Gabriel Touré à propos de 65 cas.

Thèse Méd. Bamako 1995, page 35.

9- E D S III MALI (2000 – 2001)

10- ESPLIN M.S, FAUSEH M.B, FRASER A.ET AL.

Paternal and maternal components of the predisposition to pre-eclampsia.

Engl j Med. 2001, pages 344, 867-872

11- Ferchiou M, Sghaier S, Zhioua F, Hafsia S.

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

Maghreb Méd. 1995, page 293.

12-Halidou AHMADOU :

Etude épidémiologique et clinique de l'éclampsie au centre de santé de Référence de la Commune V.

Thèse Méd. Bamako 2005, pages 4-32, 38-44.

13- HAYS P.M:

Plasma volume determination in normal and pre-eclampsia pregnancies.

Am J obstetgynecol 1985; 151: 958-66

14- ISSA DIARRA :

ECLAMPSIE DANS LE SERVICE DE GYNECO – OBSTETRIQUE AU CHU GABRIEL TOURE.

Thèse Méd. Bamako 2005, pages 1-5, 35-36, 42-43.

15- K. AKPDZA, S.BAETA .

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

16- Lansac J. Berger C, Magnin G:

Obstétriques pour praticiens 3^{ème} édition Masson, Paris 1997.
Pages : 165 – 167, 415 – 437.

17- Merger R, Levis J, Melchior J:

Précis obstétriques 6^{ème} édition Masson, Paris 1995, pages 415 – 437.

18- Miguil M Salmi S, Mouhaoui M, El Youssoufi S.

Aspects épidémiologiques et pronostiques de l'éclampsie au service d'anesthésie-réanimation de la maternité du CHU Ibn Roch de Casablanca au Maroc.
Cah anesthésiol, Paris, 2003, pages 15, 180, 777.

19- OMS :

Les troubles tensionnels (rapport d'un groupe d'étude de l'OMS).
Série de rapport technique, Genève, 1987.

20- Pambou O, EKONDZOLA Jrs, Malan da J. P BUAMBOS

Prise en charge et pronostics de l'éclampsie au CHU de Brazzaville à
Propos d'une étude rétrospective sur 100 cas.
MED. AFRIQUE NOIRE 1999, pages : 11-36, 508-512.

21 – Pottecher Thetal

Réanimation des formes graves de pré éclampsies, textes courts, Société Française
d'anesthésie réanimation (SFAR) Paris 2000, pages : 1 - 11.

**22- RAPPORT DU COMITE NATIONAL D'EXPERTS EN FRANCE SUR
LA MORTALITE MATERNELLE 1995-2001.**

Fréquence de la mortalité maternelle selon les statistiques de Routine.

23 – RENAUD:

Traité d'Obstétrique tome III. Pathologie Médico – chirurgicale de la grossesse,
MASSON, PARIS, MILAN, BARCELONE, MEXICO 1988, pages : 32-35.

24- Revue Gynéco obstétricien N°3 vol 1 novembre 1989.

25 – ROGER – VOLKAER – avec COLL EJ. BARRET, H BOSSART

La pré éclampsie en pathologie médico chirurgicale de la grossesse, MASSON,
Paris 1988, pages : 10 – 48.

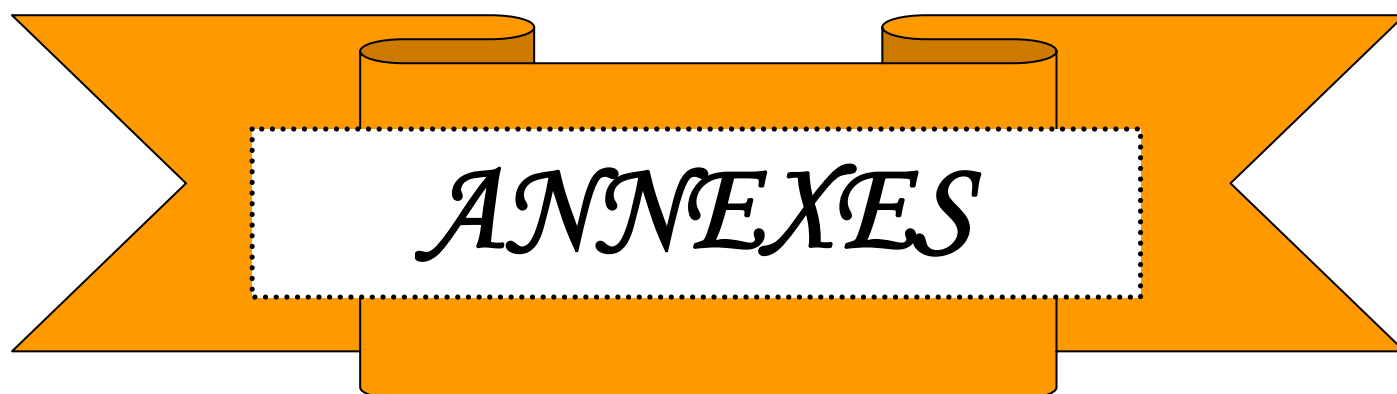
26 – SALIFOU HAMDA VIDEHOUN :

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

Thèse Méd. 2007 Bamako, pages 17-33, 35, 82.

27 – Venditteli F, Janky E :

– Sulfate de magnésium en cas d'éclampsie ou de pré éclampsie ou « quand une
vieille molécule devient reine » Rev FR Gynéco Obstétrique 1997, pages : 3, 92-
209 – 210.



ANNEXES

Fiche d'Enquête :

Q1 : Date d'entrée

Q2 : Numéro du dossier

Q3 : Nom :

Prénom :

Q4 : Age : Année

Q5 : Lieu de résidence

Q6 : Ethnie

Q7 : **Etat Matrimonial :**

Mariée célibataire Divorcée Veuve

Q8 : **Profession :**

Ménagère fonctionnaire Elève

Etudiante Commerçante Autres

Q9 : **Niveau d'Instruction :**

Analphabète primaire Secondaire supérieur

Q10 : **Provenance :**

Domicile Cescom commun cabinet privé Centre de Santé
de référence hospitalier

Q11 : **Mode d'admission :**

Adressée par la famille évacuée

Q12 : **Motif d'évacuation :**

Convulsion Perte de connaissance HTA Autres

Q13 : **Moment de survenue de la crise**

Antépartum per – partum Post partum

Q14 : Délai de prise en charge :

- à la maison.....
- en commune.....

C S REF.....

Q15 : Les Antécédents

Antécédents familiaux : HTA Cardiopathie Diabète
Eclampsie Epilepsie Autres

Antécédents personnels :

Médicaux X :

HTA cardiopathie diabète éclampsie
Autres

Chirurgicaux :

Césarienne Rupture Utérine Salpingectomie
Autres

Antécédents obstétricaux : Gestité Parité

Q16 : Terme de la grossesse :

Q 17: Consultation prénatale si oui nombre : non

Q18 : Examen à l'admission

a) **Etat général :** Conservé Passable altéré

b) **Conscience :** obnubilée Coma

c) **Température :**

d) **Tension artérielle :**

e) **OMI : Présents :**

Présents absents anarsaque

f) **Contractions utérines :** oui non si oui fréquence et la durée.

G) **hauteur utérine :**

h) **BDCF :** Présents:/ Fréquence absents

i) **Etat du col** : fermé ouvert préciser l'ouverture phase latence
phase active phase expansive

j) **Membranes ovulaires** : rompues Intactes rompue préciser le temps

k) **Liquide amniotique** : Clair teinté méconial

l) **Présentation** :

Céphalique Siège Transversale/ Oblique

m) **Engagement** : Engagé Non engagé

n) **Bassin** : normal Limite Rétréci

Q19 : Examens Complémentaires

- Groupage rhésus
- NFS
- Créatininémie
- Glycémie à jeun
- Protéinurie de 24 h
- Transaminases

Q20 : traitement médical reçu à l'évacuation

MEDICAMENTS

DOSE (g ou mg)

| | | | |
|----|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. | Diazépam | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. | Sulfate de magnésium | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. | Nifedipine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. | Nicardipine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. | Furosémide | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. | Methyldopa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

g. Clonidine

h. Autres

Q21 : Traitement médical reçu à l'admission

a. Diazépam

b. Sulfate de magnésium

c. Nifedipine

d. Nicardipine

e. Furosémide

f. Methyldopa

g. Clonidine

h. Autres

Q22 : Voie d'accouchement

- césarienne Voie basse

a) si voie basse, préciser le type :

Forceps spontané Ventouse

b) **Indication de la césarienne**

Q23 : Transfert en réanimation : oui (si oui durée de séjour) non

Q24 : Complications maternelles : oui non si oui préciser
type de complication

Q25 : Durée d'hospitalisation :

Q26 : Pronostic vital maternel : vivant décédé Dans quel
tableau.....

Q27 : Renseignements sur le nouveau né

- APGAR : 1mn 5mn

- **Q28 : Etat du nouveau né à la naissance**

- Eutrophique Préaturé Hypotrophe

Q29 : Réanimé : oui non si oui préciser la durée

Q30 : Referé en pédiatrie : oui non

Q31 : Pronostic vital fœtal

- vivant

- décédé -Nombre de décès par référence
Nombre de décès de non référer.

FICHE SIGNALITIQUE :

Nom : KONATE

Prénom : Sidy

Titre de la Thèse : Etude Epidémiologique et Thérapeutique de l'Eclampsie dans le service de Gynéco Obstétrique du CHU du Point G à propos de 164 cas

Année académique : 2007-2008

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque

Secteur d'intérêt : Gynécologie obstétrique, Anesthésie Réanimation, Pédiatrie.

Résumé :

Objectif : étudier les aspects épidémiologiques et thérapeutiques de l'éclampsie

Matériel et méthode : il s'agit d'une analyse descriptive rétro et prospective de tous les cas d'éclampsie enregistrés en période gravidopuerpérale du 1^{er} janvier 2005 au 31 décembre 2006 au Service de gynécologie et d'obstétrique du CHU du Point G.

Résultats : l'éclampsie concernerait 164 patientes soit une fréquence de 6,82%.

Le profil épidémiologique est celui d'une Primigeste (45,73%) jeune (âge moyen de 21,86 ans) avec une tension artérielle moyenne 170/100 mmHg.

Des examens de grande valeur pronostique comme la NFS, Uricémie, Protéinurie de 24 heures et le Fond-œil sont rarement accessibles en urgence.

Sur le plan thérapeutique la Nifédipine était la molécule anti-hypertenseur la plus utilisée et le Sulfate de Magnésium était l'anti-convulsivant le mieux adapté.

Le taux de césarienne était de 29,27%. Le pronostic était marqué par une mortalité maternelle de 4,27%, un taux de mort-nés de 24,39% et une prématurité de 24,74%.

Mots clés : *Eclampsie, Pronostic, Décès maternel et Fœtal.*

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence de mes maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine

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

Admise à 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 à favoriser le crime.

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

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

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

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

*Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.
Je le jure !*