

Ministère de l'Enseignement Secondaire,  
Supérieur et de la Recherche scientifique

-----  
Université de Bamako  
-----

République du Mali

-----  
**Un Peuple – Un But – Une Foi**



**UNIVERSITE DE BAMAKO**

**Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-  
Stomatologie**



Année Universitaire 2007/2008

Thèse N°...../2008

***TITRE :***

**ETUDE EPIDEMIOCLINIQUE ET THERAPEUTIQUE DE  
L'ECLAMPSIE A L'HOPITAL FOUSSEYNI DAOU DE KAYES**

Thèse présentée et soutenue publiquement le ----/-----/2008

devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

***Par M. BOUBACAR FOFANA***

Pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat).

***Jury :***

**Président : Pr. Salif DIAKITE**

**Membre : Dr.Samba TOURE**

**CoDirecteur : Dr. Mahamadou DIASSANA**

**Directeur de Thèse: Pr. SY Assitan SOW**

## *Dédicaces*

**Je rends grâce :**

**A Allah le Tout-puissant, le miséricordieux, l'omnipotent et l'omniscient, Qui par sa grâce, sa bonté, nous a permis de mener à bien ce modeste travail. Je m'en souviendrai tout au long de cette vie si éphémère et je te resterai toujours fidèle.**

**A notre guide spirituel : Cheick  
Cherif Ousmane Madane  
HAIDARA et à toute sa famille**

Merci pour vos bénédictions.

**A mon père feu Souleymane Fofana**

On ne s'est pas beaucoup connu. J'aurai souhaité partager ce jour avec toi mais hélas Dieu l'a voulu ainsi. Puisse Allah le tout puissant t'accorder sa grâce et t'accepter dans son paradis.

**A ma mère Djeneba Diarra**

qui a guidé mes premiers pas :

Les mots me manquent pour te signifier mon amour, ma reconnaissance, mon admiration. Tu as donné le meilleur de toi pour que je puisse réussir. Puisse ce travail contribuer au couronnement de tes sacrifices consentis.

**A mon oncle Youssouf Fofana**

**Papa** je dis bien Papa grâce à qui je suis ce que je suis aujourd'hui. Tu m'as adopté comme ton propre fils, je te suis reconnaissant et je te demande pardon pour tous mes faux pas.

**A Mme Fofana Kadiatou Coulibaly**

Que Dieu vous donne longue vie et protège vos enfants !

**A Aïché Fofana, Maoua Diarra et Hinda Diarisso**

les mots me manquent pour vous remercier

**A mes sœurs: Massiré Fofana, Lavielle Camara**

Bonne chance pour la vie

**A mes tuteurs :Mr Mamadou Sangaré au camp militaire de Koulouba et Malamine Fofana à Kayes**

vous m'avez accueilli chez vous comme un fils, vous m'avez donné plus que je ne mérite. Je vous remercie.

# Remerciements

Mes remerciements vont à l'endroit de :

- **La Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie de Bamako.**

Plus qu'une Faculté d'Etudes médicales, tu as été pour nous une école de formation pour la vie.

Nous ferons partout ta fierté.

- **Au personnel du Service de Gynécologie et d'Obstétrique de l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes :**

- **Au Docteur BENGALY Niara :** Maître, vous êtes d'une rigueur, d'un courage, d'un sens social si élevé peu communs. Passionné du travail bien fait, vous êtes pour nous un modèle. Nous sommes très reconnaissants de la qualité de votre enseignement sur le plan académique et social. Soyez rassuré de notre profond attachement.
- **Au Docteur Abdoul Aziz DIALLO :** nous avons appris beaucoup de choses à vos côtés sur les plans académique et social. Trouvez ici cher grand frère l'expression de nos sentiments respectueux.
- **Au Docteur Kardjigué Camara :** vous êtes mon ami et mon idole.
- **Au Docteur Yaya Sinayogo :** vous m'avez guidé les pas à Kayes merci pour votre soutien.

**A tous mes aînés du service : Kalifa, Kass, Kourou, Mala, Hamala ;**

trouvez dans ce travail l'expression de ma profonde gratitude

A mes camarades de promotion et particulièrement à ceux l'hôpital Fousseyni Dao de Kayes : **Alimatou Dembélé, Boubacar Y. Sidibé, Diakaridia Berthé, Ibrahima Macalou, Amadou Ly, Mariam Diakité et Samakoro Traoré**

merci pour votre bonne collaboration et les bons moments passés ensemble

- **A tous mes cadets du service** courage et bonne chance
- **A toutes les sages-femmes, infirmières obstétriciennes et matrones :** vous vous êtes investies, en mettant votre dynamisme, votre compétence et votre chaleur humaine au service des stagiaires.

Pardon à toutes celles à qui, sans vraiment le vouloir j'ai pu causer des désagréments.

Je vous remercie pour tout.

- **Aux techniciens de surface du service** : nous disons grand merci pour votre disponibilité.
- **Aux personnels des autres services** : nous vous sommes très reconnaissants pour votre disponibilité. Ce travail vous appartient. Grand merci.
- **A la Direction de l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes** : nous disons grand merci pour votre disponibilité.

- **A tout le personnel du Centre de Santé de référence de la commune II de Bamako** : Merci.

- **A mes amis : Youssouf Dembélé, Nouhoum Samaké, Ibrahim dit Poulo, Mara Fofana, Albert Keïta, Seydou Thiero, Mah Coulibaly, Abati Sissoko.**

Vous m'avez entouré d'une amitié sincère. Merci !

- **A mes camarades : Mori Moussa Traoré, Amagana Togo, Mamadou Diakité, Mamadou Bagayogo, Sira Mariam, Nana Camara, Adissa Coulibaly, Badra Camara, Sekou Keïta, Bouba Fomba, Amadou Landouré, Alassane Doumbia, Moussa Diarra, Soumaïla Balo, Moumouni Traoré, Dramane Coulibaly et tous les membres de l'association Ançar de la FMPOS.**

Merci pour l'estime et le respect que chacun de vous à manifesté à mon égard.

A tous ceux qui ont apporté leur soutien moral et matériel pour la réalisation de ce travail et dont les noms n'ont pas été cités. Nous vous remercions de tout cœur.

***HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY***

**A notre maître et président du jury**

**Pr. Salif DIAKITE**

- **Professeur titulaire de gynécologie et d'obstétrique.**
- **Chargé de cours de gynécologie et d'obstétrique à la FMPOS.**

Cher maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations. Nous apprécions en vous l'homme de science modeste et calme.

Votre expérience et la qualité exceptionnelle de votre enseignement font que nous sommes fiers d'être parmi vos élèves. Aussi nous avons été émerveillés par vos éminentes qualités humaines de courtoisie et de sympathie.

Cher maître, vous êtes et resterez un modèle à suivre. Soyez rassuré de notre profonde gratitude

**A notre maître et juge**

**Dr Samba TOURE**

- **Spécialiste en gynécologie et d'obstétrique.**
- **Chef de service adjoint au service de gynécologie et d'obstétrique du CHU Point-G**

C'est un grand honneur pour nous de vous avoir comme membre de jury.  
Votre simplicité, votre disponibilité, vos qualités d'homme de sciences,  
Votre rigueur dans le travail ont forcé l'admiration de tous.  
Nous savons le sérieux que vous attachez à notre formation et les efforts que  
vous déployez dans ce sens. Permettez nous cher maître de vous adresser nos  
sincères remerciements.



## **A notre maître et juge**

**Dr DIASSANA Mahamadou**

- **Spécialiste en gynécologie et d'obstétrique.**
- **Chef de service de gynéco obstétrique de l'hôpital Fousseyni  
DAOU de Kayes**

La Spontanéité avec laquelle vous avez accepté de siéger dans ce jury nous est allée droit au cœur.

Votre courage, votre grande amitié pour vos collaborateurs et vos étudiants, vos qualités d'homme de science et votre enthousiasme à transmettre votre savoir ont forcé l'admiration de tous.

Cher maître soyez rassuré de notre profonde gratitude.

**A notre maître et directrice de thèse**

**Pr. SY Assitan SOW**

- **Professeur titulaire de gynécologie et d'obstétrique.**
- **Chargée de cours de gynécologie et d'obstétrique à la FMPOS.**
- **Présidente de SOMAGO**
- **Chevalière de l'ordre national du Mali**

En acceptant de diriger ce travail, vous nous avez signifié par la même occasion votre confiance.

Femme de science réputée et admirée par tous, nous avons été très impressionnés par votre simplicité, votre grande disponibilité, et votre amour du travail bien fait.

Nous avons été également comblés par les enseignements de qualité dont nous avons bénéficié à vos côtés, vos qualités intellectuelles et vos larges connaissances et toujours d'actualité font de vous un modèle de maître souhaité par tout élève.

Cher maître, veuillez accepter nos sincères remerciements.

***LISTE DES ABREVIATIONS :***

**ACOG :** Collège Américain de Gynécologie Obstétrique

**ADH :** Hormone Anti- Diurétique

**ASAT :** Aspartate Alanine Transaminase

**ATCD :** Antécédents

**AVC :** Accident Vasculaire Cérébral

**BDCF :** Bruit Du Cœur Foetal

**CCM :** complications cérébro- méningées

**CHU :** Centre Hospitalier Universitaire

**CIVD :** Coagulation Intra Veineuse Disséminée

**CPN :** Consultation Prénatale

**CSCOM :** Centre de Santé Communautaire

**CS Réf :** Centre de Santé de Référence

**ECBU :** Examen Cytobactériologique des Urines

**ECG :** Electro Cardio Gramme

**FMPOS :** Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto Stomatologie

**FO:** Fond d'œil

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

**H.F.D.K. :** Hôpital Fousseyni Daou de Kayes

**HRP :** Hématome Rétro Placentaire

**HTA :** Hypertension Artérielle

**HTAG :** Hypertension Artérielle Grave

**HU :** Hauteur Utérine

**IM :** Intra Musculaire

**INFSS :** Institut National de Formation en Sciences de la Santé

**INPS :** Institut Nationale de Prévoyance Sociale

**IRA :** Insuffisance Rénale Aigue

**IVD** : Intra Veineuse Directe

**LA** : Liquide Amniotique

**mm Hg** : Millimètre de Mercure

**NFS** : Numération et Formule Sanguine

**OMS** : Organisation Mondiale de Santé

**PE** : Pré Eclampsie

**RPM** : Rupture Prématurée 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

## **TABLE DES MATIERES**

	<i>Pages</i>
<b>A. INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>B. OBJECTIFS.....</b>	<b>3</b>
<b>C. GENERALITES.....</b>	<b>4</b>
1- Définition.....	4
2- Epidémiologie.....	4
3- Physiopathologie.....	5
4- Anatomopathologie.....	8
5- Classification de l'HTA .....	10
6- Clinique.....	10
7- Examens complémentaires.....	13
8- Diagnostic Différentiel.....	13
9- Complications.....	14
10- Traitement.....	16
<b>D. METHODOLOGIE.....</b>	<b>22</b>
<b>E. RESULTATS.....</b>	<b>27</b>
<b>F. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....</b>	<b>50</b>
<b>G. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>55</b>
<b>H. REFERENCES.....</b>	<b>58</b>
<b>I. ANNEXES .....</b>	<b>60</b>

## **A - INTRODUCTION**

Les stratégies de lutte contre la mortalité maternelle et la maternité sans risque supposent la détermination des groupes à risques, dans le but de leur appliquer les principes et méthodes prophylactiques. L'hypertension artérielle associée à la grossesse occupe une part importante. Elle constitue la 3<sup>ème</sup> cause de décès maternel et la 1<sup>ère</sup> cause de mortalité périnatale à l'échelle mondiale [11].

L'éclampsie, complication redoutable de l'HTA, associée à la grossesse, bien que devenue rare dans les pays développés, demeure relativement fréquente dans les pays en voie de développement [21]

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.

Notre pays a adhéré à la stratégie de l'OMS « vers une maternité à moindre risque ».

Au MALI le taux de mortalité maternelle est de 464 pour 100.000 naissances vivantes [8].

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 THAILANDE selon une étude prospective faite par l'OMS en 1994 [16].

En Afrique de l'ouest, elle représente en moyenne 12,7% des causes de décès maternel [6]. A Dakar au Sénégal son incidence est de 8 pour 1000

accouchements avec un taux de létalité maternelle de 17,9% et une mortalité périnatale de 359 pour 1000 naissances vivantes [6]. Au CHU de Brazzaville au Congo, son incidence est de 0,32% avec 6% de décès maternel et un taux de mortalité foétale à 15,89% [1]. Au Mali, l'incidence de l'éclampsie est de 1,13% ; 15% de décès maternel ; 24,6% de mort foétale [8].

Les primigestes jeunes (moins de 25 ans) sont les plus touchées, elles qui constituent une des fractions de la population la plus sensible.

Les complications de l'éclampsie sont fréquentes et très graves tant maternelles que foétales. Celles-ci sont à l'origine de la forte mortalité et morbidité materno-foétale.

Cependant le suivi régulier de la grossesse par des consultations prénatales de qualité permet :

- de réduire le risque éclamptique par la détection et le traitement des formes graves de pré-éclampsie (10% des pré-éclampsies) ;
- la prise en charge efficace des éclampsies imminentes (la crise d'éclampsie est précédée habituellement d'une phase prodromique).

Enfin, si la crise survient, une prise en charge rapide et adéquate permet d'éviter ou du moins de réduire la survenue des complications améliorant, ainsi le pronostic materno-foetal.

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

Toutes ces études mettent l'accent sur la gravité de cette pathologie redoutable de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches. Ceci nous a motivé à initier ce travail sur les aspects épidémio-cliniques et thérapeutiques de l'éclampsie au service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes

## **B – OBJECTIFS**

### **1-Objectif général :**

Etudier les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de l'éclampsie dans le service de gynéco- obstétrique de H. F. D. K

### **2-Objectifs spécifiques :**

- Déterminer la fréquence de l'éclampsie à l'H.F.D.K,
- Déterminer les caractéristiques sociodémographiques des patientes,
- Décrire les aspects cliniques et rapporter les modalités de prise en charge de l'éclampsie,
- Evaluer le pronostic materno-fœtal de l'éclampsie,
- Formuler des recommandations.



## **C - 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, suivi d'un état comateux, pendant les derniers mois de la grossesse, le travail ou plus rarement les suites de couches chez une parturiente atteinte de pré éclampsie, non liées à l'épilepsie ou à d'autres maladies convulsivantes [21].

La pré éclampsie représente la conjonction d'une hypertension artérielle gravidique et d'une protéinurie gravidique.

Les œdèmes ne font plus partie de la définition de la pré-éclampsie. Les crises convulsives apparaissent dans 50% des cas avant le travail (celui-ci s'installe très peu de temps après), 25% en per-partum et 25% dans le post-partum [9].

### **2- Epidémiologie :**

Les données permettant de préciser l'incidence et les facteurs de risque de la Pré éclampsie 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 [24].

En 2001 le taux de mortalité maternelle due à l'éclampsie était estimé à 8% [13].

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<sup>ème</sup> 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 [22].

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

### **3-PHYSIOPATHOLOGIE DE L'ECLAMPSIE**

L'éclampsie étant une complication redoutable de la pré-éclampsie, son mécanisme physiopathologique sera nuancé par celui de la pré-éclampsie.

Seul le déclenchement de la crise pourrait avoir des hypothèses plus particulières.

Physiologiquement la tension artérielle connaît des fluctuations au cours de la grossesse jusqu'à la 24<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée (SA).

Les chiffres de la tension artérielle 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 HTA 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 calme.

Les chiffres doivent être retrouvés à deux consultations rapprochées [19].

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 [19].

L'ischémie placentaire qui est donc le point de départ de tous ces processus prend son origine dans un trouble de la vascularisation utéro-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 à l'origine de la conservation d'une résistance élevée dans la partie terminale des artérioles 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 par un utérus trop volumineux (gémellaire, hydramnios, grossesse molaire) qui réduit le débit sanguin utérin.

Par ailleurs, l'existence de lésions vasculaires chroniques préexistantes à la grossesse contribue à une mauvaise placentation [21].

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 (la prostaglandine) est abaissée dans la pré-éclampsie [4].

La réduction de l'oxygénation placentaire à 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, HRP, Hellp syndrome...) [24].

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 compartiments 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 [21].

#### **4- ANATOMIE PATHOLOGIE**

*-Au niveau du rein on observe :* des lésions glomérulaires avec 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 préexistante, HTA permanente dans l'avenir lointain ?) [3].

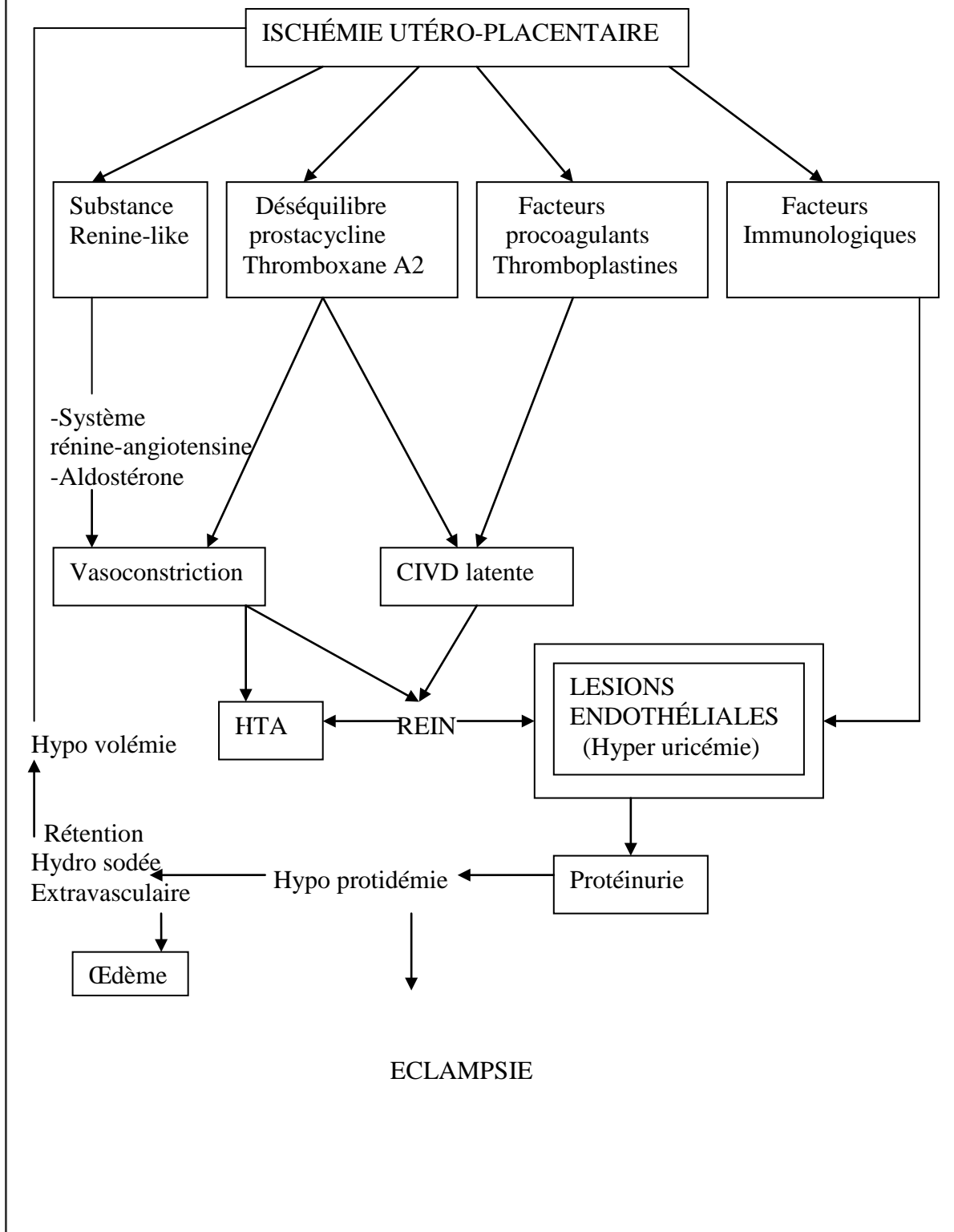
*-Le foie est le siège d'hémorragie :* les suffusions peuvent être visibles sous la capsule, parfois réduites à des pétéchies. Leur siège est péri portal.

Il existe en plus des lésions de 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 ».

*-Les lésions placentaires* se caractérisent par une nécrose fibrinoïde des parois artérielles utéro-placentaires dans leur segment myométrial avec accumulation de fibrine, de lipides et une infiltration péri vasculaire lympho-monocytaire [21].

**TABLEAU I : la physiopathologie de l'éclampsie**



## **5-CLASSIFICATION DE L'HTA SUR GROSSESSE.**

Plusieurs classifications des HTA chez une femme enceinte ont été proposées et la plus utilisée demeure celle du collège Américain de Gynécologie Obstétrique (ACOG). Cette classification prend en compte quelques éléments : chiffres tensionnels, protéinurie, date d'apparition.

Elle comporte quatre types qui sont :

→ *Type 1 ou la pré-éclampsie* : HTA plus protéinurie apparaissant après la 20<sup>ème</sup> 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 et 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<sup>ème</sup> trimestre.

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

## **6-CLINIQUE**

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

### **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 ;
- des bourdonnements d'oreilles ;
- des réflexes ostéo-tendinaux vifs ;

- des troubles digestifs avec nausées, vomissements, voire douleur épigastrique en barre (signe de Chaussier), quasi pathognomonique de la crise.

#### **6-2- La crise d'éclampsie : elle évolue en quatre phases :**

- *Phase d'invasion (5 à 30 secondes)* sans aura, des contractions fibrillaires s'installent à la face et au cou. 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 de répétition des crises. La durée du coma est variable en fonction de l'intensité et de la répétition des crises. 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 [19].

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



### **6-3-EVOLUTION DE LA CRISE D'ECLAMPSIE**

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

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

Le pronostic foetal est sombre : l' éclampsie tue souvent le foetus qui était dans un état de souffrance chronique. S'il est vivant, il est le plus souvent prématuré ou hypotrophe [19].

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

#### **6-4 Le pronostic** : 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 rapprochées,
- .caractère du coma : la profondeur du coma est une marque de gravité,
- .l'élément obstétrical : l'absence de travail et le post-partum sont des éléments de mauvais pronostic,
- .les troubles thermiques, le subictère, le non fléchissement des courbes de la tension artérielle et de la protéinurie, la non relance de la diurèse malgré le traitement ainsi que l'apparition de complications sont des éléments de mauvais pronostic [24].

### **7-Les examens complémentaires :**

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

- Une NFS avec plaquette, un ionogramme sanguin , uricémie , créatinémie, glycémie à jeun, dosage des TCA, TP, Fibrininémie, une protéinurie de 24heure, un ECBU, un ECG , fond d'œil à la recherche d'un retentissement viscéral signant une HTA ancienne, échographie doppler (du cordon ,de l'artère utérine).

### **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 $\mu$ mol/litre. Un taux de 360 $\mu$ mol/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<sup>3</sup> est de mauvais pronostic ainsi que des produits de dégradation de la fibrine (PDF) supérieurs à 10mg/ml ;

-le Hellp syndrome associe aux autres symptômes de la pré éclampsie : une hémolyse (H), une élévation des enzymes hépatiques (EL) et une thrombopénie (low plate let) [11].Son apparition est un signe de mauvaise pronostique pour la mère.

### **8- Diagnostic différentiel**

L'éclampsie ne prête guère à confusion par sa gravité, ses circonstances d'apparition, les prodromes qui lui sont propres. Les affections avec lesquelles on pourrait la confondre ne s'accompagnent ni de protéinurie, ni d'hypertension.

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

-La tétanie 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 des crises est très élevé et que cependant l'enfant reste vivant et évolution favorable.

-Dans les suites de couches, on distinguera l'éclampsie des crises convulsives par thrombophlébite intracrânienne (scanner cérébrale).

## **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 de 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 hémiplégie.

-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 de l'artère cérébrale. 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 aigue 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 Guedêlé
- 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 situations se présentent. :
  - Fœtus vivant et grossesse à terme : césarienne
  - Fœtus vivant et grossesse non à terme : déclenchement par voie basse ou 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®

-Methyldopa : Aldomet®

-Furosémide : Lasilix®

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

Le méthyldopa : 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 II :** 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 lp20et 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/l	2 à 4 cp / jour 1 amp/ 4 hueres
Méthyl dopa (Aldomet)	Efficacité bonne,	Poussées Hypertensives	Cp à 250-500 mg	1 à 1,5 g/ jr

- **Médicaments anticonvulsivants:**

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 [24]

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 [24]

*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 para cliniques ?

⇒ A quelle posologie utiliser le sulfate de magnésium ?

La conférence des experts [4] donne un schéma thérapeutique

.



**TABLEAU III: 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'instauration 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. [23]

-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 IV : Guide d'utilisation des principaux anticonvulsivants autre que le Sulfate de Magnésium**

Médicaments	Présentation	Dose charge	Renouvellement	Précautions
Diazépam (Valium)	Amp de 10 mg (2 ml)	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 18-20mg/kg < 5mg/min	Après 6-12 h ½ dose ou selon taux sanguin	Vitesse d'injection strictement contrôlée (seringue électrique) monitoring 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 physiologique)	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 5mg/kg	Perfusion continue 0,5 à 1,5 g/ 8h	Assistance respiratoire, voie veineuse stricte. Surveillance hémodynamique

## **D – METHODOLOGIE**

### **1-Cadre d'étude**

Notre étude s'est déroulée au service de gynéco obstétrique de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

Le service occupe des locaux construits en 1883. Il se présente de la façon suivante :

#### **Au rez de chaussée :**

- Trois (3) salles d'hospitalisation à deux lits chacune,
- Une grande salle à six lits,
- Une salle d'accouchement et de soins des nouveau-nés comportant quatre tables d'accouchement et communiquant avec une salle d'attente,
- Une salle de consultation prénatale et d'information,
- Une salle de garde,
- Trois toilettes dont une pour le personnel.

#### **A l'étage :**

- Deux salles d'hospitalisation pour une capacité de dix lits,
- Une salle de pansement des malades opérées,
- Une salle des thésards faisant fonction d'interne,
- Une salle pour les consultations externes,
- Une salle pour les manœuvres,
- Trois toilettes dont une pour le personnel,

Le personnel se compose de :

- Deux médecins gynécologues obstétriciens
- Cinq sages femmes
- Quatre infirmières obstétriciennes,
- Une infirmière en santé publique,
- Cinq matrones
- Trois techniciens de surface.

Les activités du service sont programmées comme suit :

- Trois jours de consultations externes,
- Trois jours de consultation prénatale,
- Deux jours d'échographie,
- Une visite journalière des malades hospitalisées, après le staff quotidien,
- Un jour d'activités chirurgicales (jeudi) pour les patientes programmées.

La permanence est assurée par l'équipe de garde composée d'un médecin gynécologue, d'un anesthésiste, une sage femme ou une infirmière obstétricienne, une matrone, un technicien de surface et deux étudiants faisant fonction d'interne.

Le service reçoit toutes les urgences obstétricales et de gynécologie provenant des structures de santé situées dans un rayon de 250km et prend en charge les évacuations du CS Réf de Kayes, des six autres cercles de la région et des localités frontalières du Sénégal, de la Mauritanie et de la Guinée Conakry.

La journée commence à 8 heures par le compte rendu de la garde suivi de la visite des malades hospitalisés.

## **2- Type d'étude:**

Notre travail est une étude prospective, descriptive et transversale.

## **3- Période d'étude:**

Notre étude s'est déroulée du 1<sup>er</sup> janvier 2008 au 31 décembre 2008 soit un an. Cette période nous permettra d'avoir une taille d'échantillon statistiquement représentatif de la population étudiée.

## **4-Population d'étude:**

Il s'agit de l'ensemble des gestantes enregistrées à la maternité de l'H.F.D.K. Il peut s'agir de femmes référées ou venues d'elles mêmes pour une consultation prénatale, un accouchement ou une consultation postnatale

## **5-Echantillonnage :**

### **a) critères d'inclusion:**

Toute parturiente admise en pleine crise d'éclampsie ou ayant fait sa première crise à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes pendant la période d'étude : en ante-partum, per-partum ou en post-partum.

### **b) critères de non-inclusion:**

- N'ont pas été incluses dans notre étude, des parturientes n'ayant pas fait de crises d'éclampsie.
- Toutes autres pathologies convulsivantes différentes de l'éclampsie.

## **6-Variables étudiées :**

Les variables suivantes ont été étudiées : âge, niveau d'étude (instruction), statut matrimonial, ethnie, profession, antécédents, CPN, mode d'admission, motif d'admission, nombre et le moment d'apparition de la crise, terme de la grossesse, traitement ,voie d'accouchement, état du nouveau-né, poids du nouveau-né, devenir de la femme.

### **7-Supports des données :**

Les données ont été recueillies à partir des registres d'accouchement, des dossiers des malades, des fiches d'évacuations.

**Une fiche d'enquête individuelle a été élaborée pour chaque patiente**

### **8-Traitement et analyse des données :**

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel SPSS.11.0 (statistical parkage for the social sciences) = Paquets statistique en science sociale.

### **9- Les difficultés rencontrées :**

Comme tout travail, nous avons rencontré un certain nombre de difficultés parmi lesquelles nous retenons :

- Absence de carnet de CPN ou carnet mal rempli
- Certaines évacuations sans partogramme ou sans fiche d'évacuation
- L'insuffisance d'information sur certaines variables
- Le recours tardif aux services de soins obstétricaux et de réanimation d'urgence.
- Le faible niveau de culture de santé de la population probablement lié au faible taux de scolarisation

### **10-Définitions opératoires :**

- **HTA** : les tensions artérielles systolique supérieure ou égale à 140mmhg et ou diastolique supérieure ou égale à 90mmhg.
- **Référence** : Mécanisme par lequel une formation sanitaire oriente un cas qui dépasse ses compétences vers une structure plus spécialisée et mieux équipée sans notion d'urgence.
- **Evacuation** : référence réalisée dans un contexte d'urgence.
- **Transfert** : C'est l'orientation d'une patiente d'un service à un autre dans le même établissement sanitaire.

- **Pronostic materno-fœtal** : Nous entendons par pronostic materno-fœtal l'issue de l'accouchement pour la mère et le fœtus en terme de mortalité et de morbidité.
- **Grossesses non suivies** : Femme n'ayant fait aucune consultation prénatale.
- **Parité** : C'est le nombre d'accouchement chez la femme.
  - ✓ Nullipare : zéro accouchement,
  - ✓ Primipare : un accouchement,
  - ✓ Paucipare : deux à trois accouchements,
  - ✓ Multipare : quatre à cinq accouchements,
  - Grande multipare : six accouchements et plus
- **Gestité** : C'est le nombre de grossesse chez la femme.
  - ✓ Primigeste : première grossesse,
  - ✓ Paucigeste : deux à trois grossesses,
  - ✓ Multigeste : quatre à cinq grossesses,
  - ✓ Grande Multigeste : six grossesses et plus.
- **Mort né** : on entend par mort né tout enfant n'ayant manifesté aucun signe de vie à la naissance.
- **Apgar** : méthode d'évaluation globale de l'état d'un enfant à la naissance.
  - ✓ 0 : mort-né
  - ✓ 1 à 3 : état de mort apparent
  - ✓ 4 à 7 : état morbide
  - ✓ 8-10 : bon état post natal.

## **E - RESULTATS**

### **1°) Fréquence :**

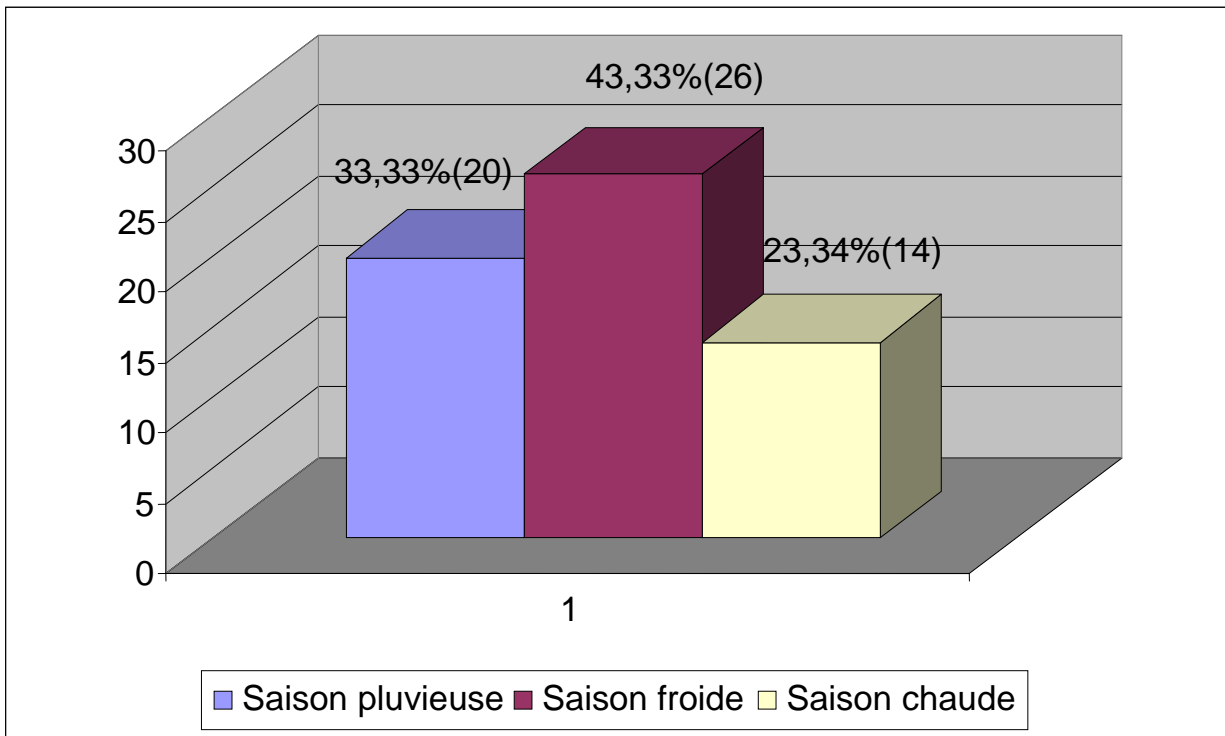
Durant la période de notre étude du **1<sup>er</sup> janvier 2008 au 31 Décembre 2008** nous avons enregistré **60** cas d'éclampsie sur les **3630** patientes admises en période gravido-puerpérale soit une fréquence de : **1,65%**.



**a-Tableau V : Fréquence de l'éclampsie par rapport au nombre d'accouchement par mois dans le service**

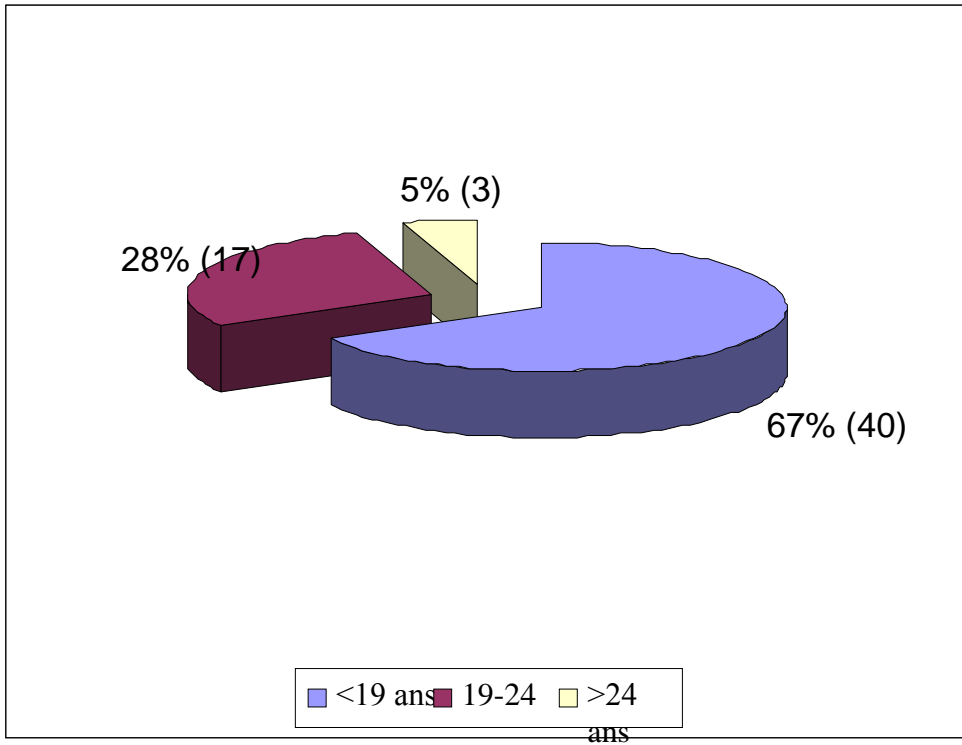
<b>Mois</b>	<b>Nombre d'éclampsie</b>	<b>Nombre d'accouchement</b>	<b>éclampsie/ accouchement</b>	<b>%</b>
<b>Janvier 2008</b>	<b>8</b>	<b>340</b>	<b>8/340</b>	<b>2,35</b>
<b>Février 2008</b>	<b>5</b>	<b>228</b>	<b>5/228</b>	<b>2,19</b>
<b>Mars 2008</b>	<b>2</b>	<b>402</b>	<b>2/402</b>	<b>0,49</b>
<b>Avril 2008</b>	<b>4</b>	<b>385</b>	<b>4/385</b>	<b>1,11</b>
<b>Mai 2008</b>	<b>3</b>	<b>330</b>	<b>3/330</b>	<b>0,90</b>
<b>Juin 2008</b>	<b>5</b>	<b>322</b>	<b>5/322</b>	<b>1,55</b>
<b>Juillet2008</b>	<b>4</b>	<b>270</b>	<b>4/270</b>	<b>1,48</b>
<b>Aout 2008</b>	<b>6</b>	<b>251</b>	<b>6/251</b>	<b>2,39</b>
<b>Septembre 2008</b>	<b>5</b>	<b>248</b>	<b>5/248</b>	<b>2,01</b>
<b>Octobre 2008</b>	<b>5</b>	<b>245</b>	<b>5/245</b>	<b>2,04</b>
<b>Novembre 2008</b>	<b>6</b>	<b>290</b>	<b>6/290</b>	<b>2,06</b>
<b>Décembre 2008</b>	<b>7</b>	<b>319</b>	<b>7/319</b>	<b>2,19</b>

**b- Graphique 1: Répartition des patientes selon les saisons**



2°) Résultats selon le profil sociodémographique :

a- Figure 1: Répartition selon l'âge



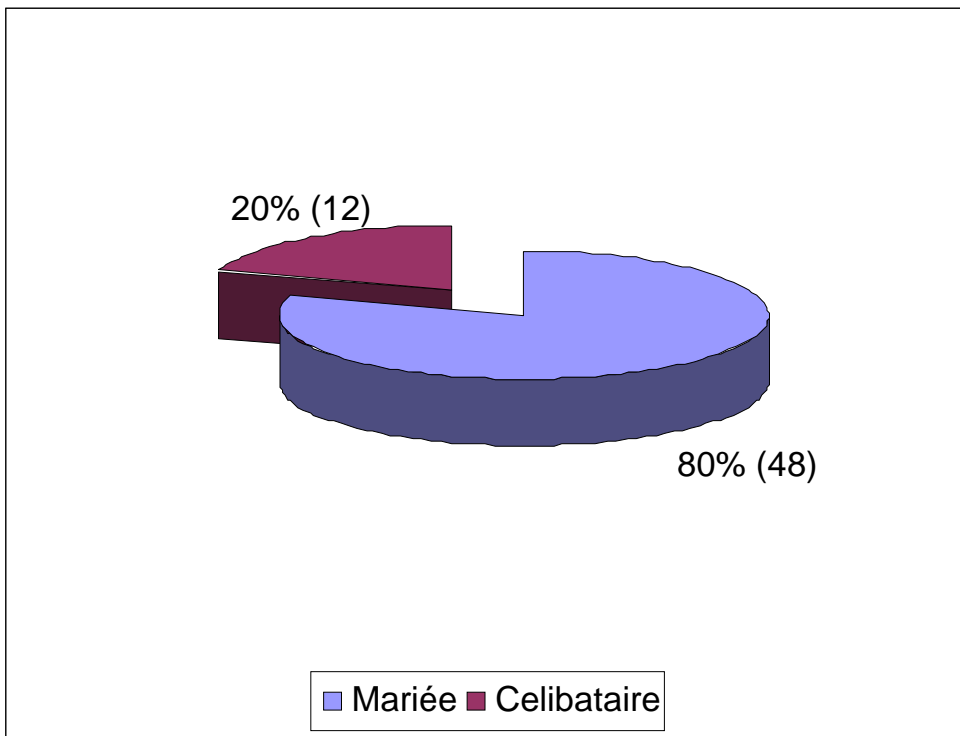
La tranche d'âge la plus représentée était celle <19 ans soit 67%

**b-Tableau VI:** Répartition selon l'ethnie.

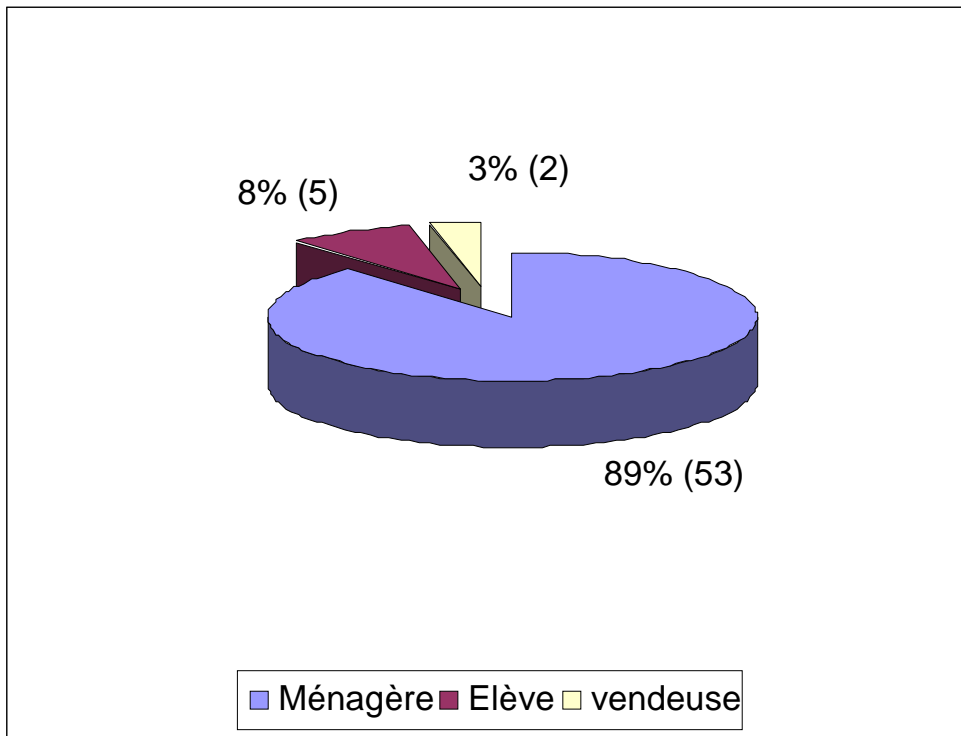
Ethnie	Effectif	Fréquence%
Sarakolé	15	25
Peulh	13	21,66
Khassonké	10	16,66
Bambara	5	8,66
Maure	5	8,66
Sonrhäi	1	1,66
Somono	1	1,66
Total	60	100

**NB:** Les ethnies dominantes dans le cercle de Kayes sont : les Sarakolés, Peulhs, Khassonkés, Malinkés, Maures.

**c- Figure 2:** Répartition selon le statut matrimonial



**d- Figure 3:** Répartition selon l'occupation principale de la femme



**e-Tableau VII :** Répartition selon le niveau d'instruction.

Niveau Instruction	Effectif	Fréquence%
<b>Non scolarisée</b>	<b>51</b>	<b>85</b>
Primaire	8	13,33
Secondaire	1	1,66
Supérieur	0	00,00
Total	60	100

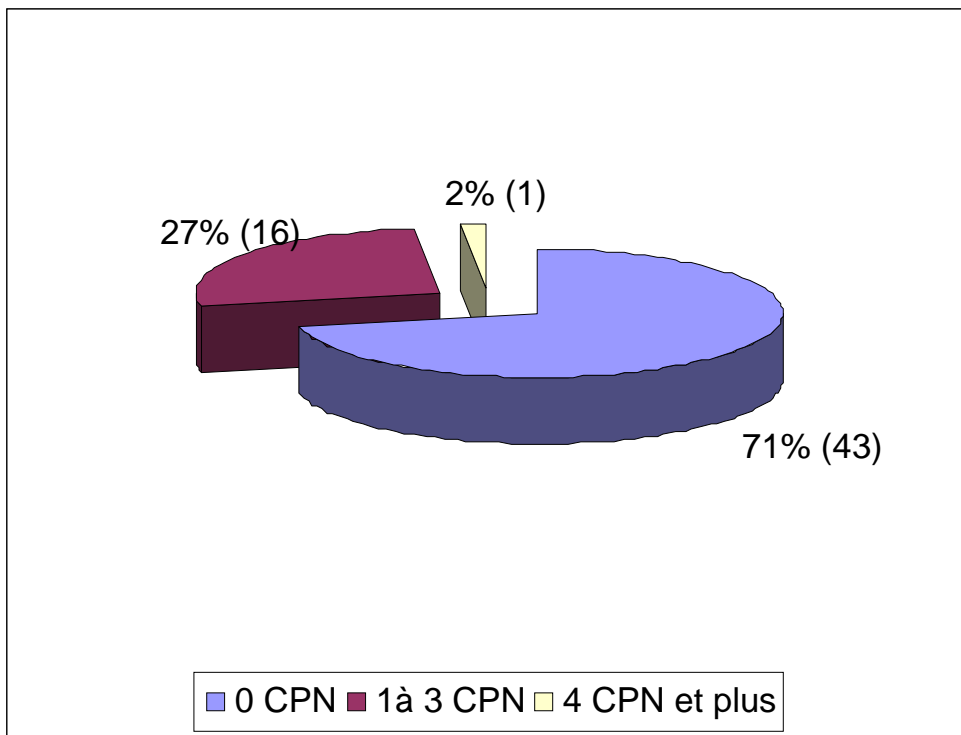
*Les non scolarisées occupaient une place importante 85%*

**f-Tableau VIII** : Répartition selon la provenance.

Provenance	Effectif absolu	Fréquence%
<b>DOMICILE</b>	<b>27</b>	<b>45</b>
CSCOM	23	38,33
CSREF de Kayes	4	6,66
CABINET Privé	2	3,33
Maternité du camp	1	1,66
Total	60	100

**3°) Répartition selon le nombre de CPN**

**Figure 4:** Répartition selon le nombre de CPN



*Les femmes qui n'ont pas fait de CPN étaient prédominantes : 71%*

**4°) Résultats selon les antécédents :**

**a-Tableau IX:** Répartition selon la gestité.

<b>Gestité</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence%</b>
<b>Primigeste</b>	<b>40</b>	<b>66,66</b>
Paucigeste	16	26,66
Multigeste	2	3,33
Grande multigeste	2	3,33
Total	60	100

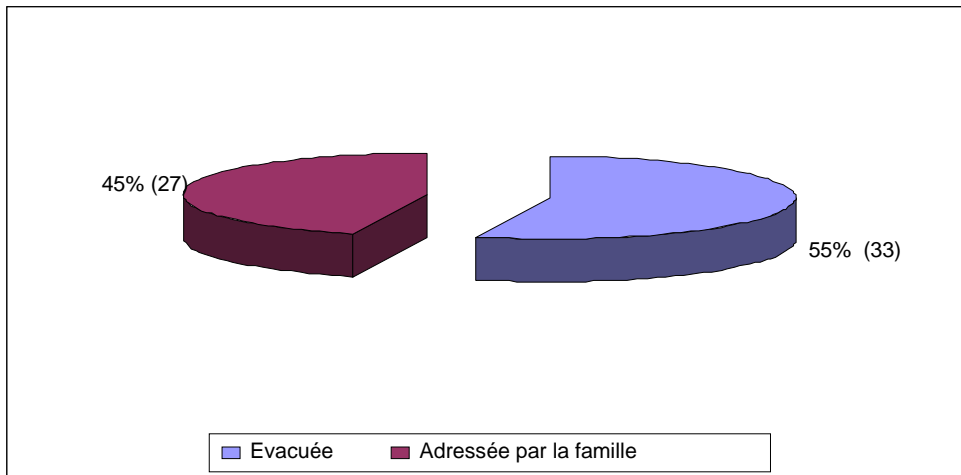
*La proportion des **primigestes** représentaient **66,66%***

**b-Tableau X :** Répartition selon la parité.

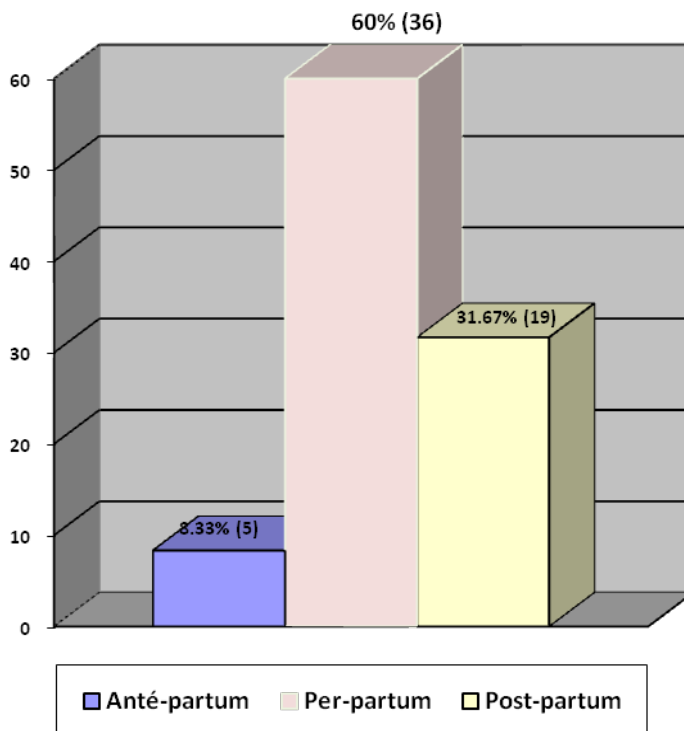
<b>Parité</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence%</b>
<b>Nullipare</b>	<b>35</b>	<b>58,33</b>
Primipare	16	26,26
Paucipare	5	8,33
Grande multipare	1	1,66
Multipare (quatre à cinq accouchements)	3	5
Total	60	100

*Les **Nullipares** étaient les plus atteintes avec une fréquence de **58,33%***

5°)-**Figure 5** : Répartition selon le mode d'admission



6°)- **Graphique 2** : Répartition selon le moment de la crise



*Les cas d'éclampsie en Per-partum étaient les plus fréquents avec 60%.*



7°) caractéristiques cliniques

**a-Tableau XI** : Répartition selon le motif d'évacuation.

<b>Motif d'évacuation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence%</b>
"Convulsion"	3	9,09
"HTA"	6	18,18
"Perte de Connaissance"	5	15,15
"Pré éclampsie"	2	6,06
"Neuropaludisme"	1	3,03
<b>"Eclampsie"</b>	<b>13</b>	<b>39,39</b>
Coma	1	3,03
Hystérie	1	3,03
Trouble comportement	1	3,03
Total	33	100

**b-Tableau XII** : Répartition selon l'état de conscience à l'admission.

<b>Etat de la conscience</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence%</b>
Claire	11	18,33
obnubilée	17	28,33
<b>coma</b>	<b>32</b>	<b>53,34</b>
Total	60	100

**c-Tableau XIII** : Répartition selon la température à l'admission.

<b>Température</b> (degré C)	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence%</b>
< 35	0	0,00
35-37,5	30	50,00
37,6-38,5	20	33,33
<b>&gt;38,5</b>	<b>10</b>	<b>16,67</b>
Total	60	100

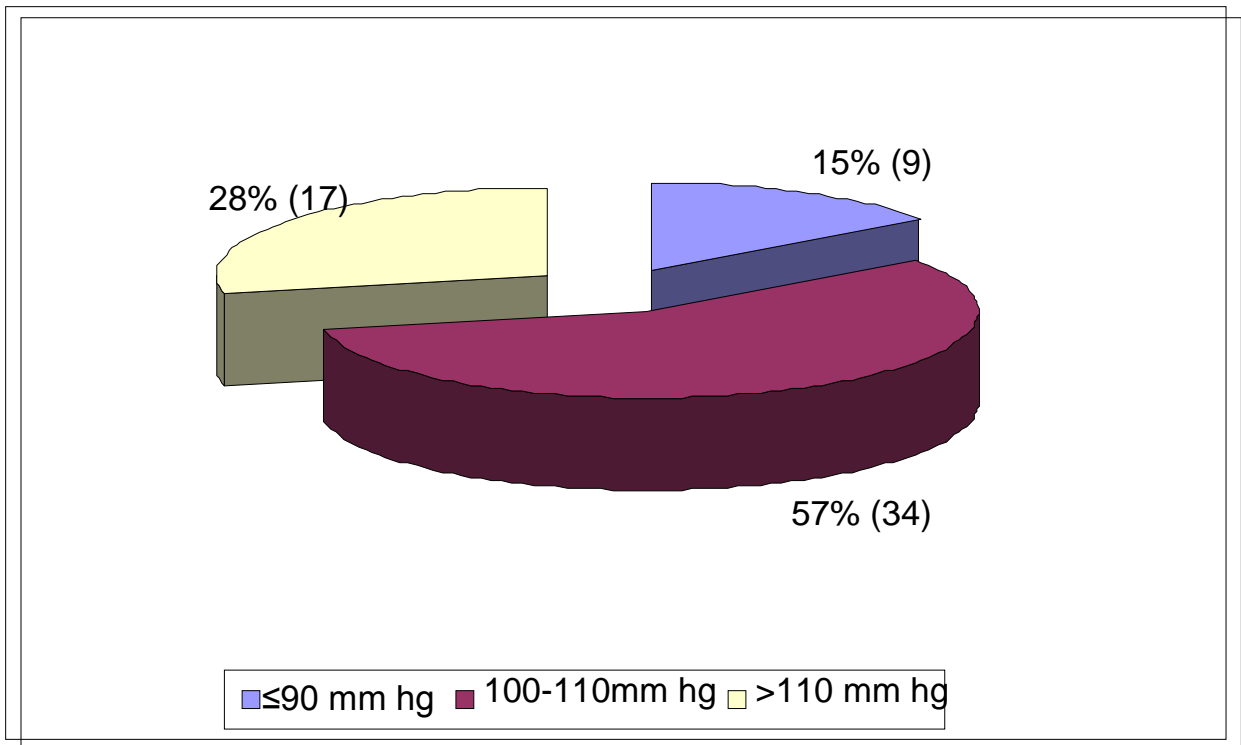
**NB** : Le pronostic était sombre chez les 10 cas soit 16,67% où la température était supérieure à 38,5°C.

**d-Tableau XIV** : Répartition selon la tension artérielle systolique

<b>Tension systolique</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence%</b>
moins de 140 mm hg	1	1,66
Comprise entre 140 et 160 mm hg	8	13,33
<b>Supérieure à 160 mm hg</b>	<b>51</b>	<b>85</b>
Total	60	100

*La majorité des éclamptiques avait une TA systolique supérieure à 160 mm hg*

**e- Figure 6:** Répartition selon la tension artérielle diastolique:



**f-Tableau XV:** Répartition selon la hauteur utérine

Hauteur Utérine	Effectif	Fréquence%
Inférieure à 24 cm	2	4,89
<b>Comprise entre 24-31 cm</b>	<b>30</b>	<b>73,17</b>
Supérieure à 32 cm	9	21,94
Total	41	100

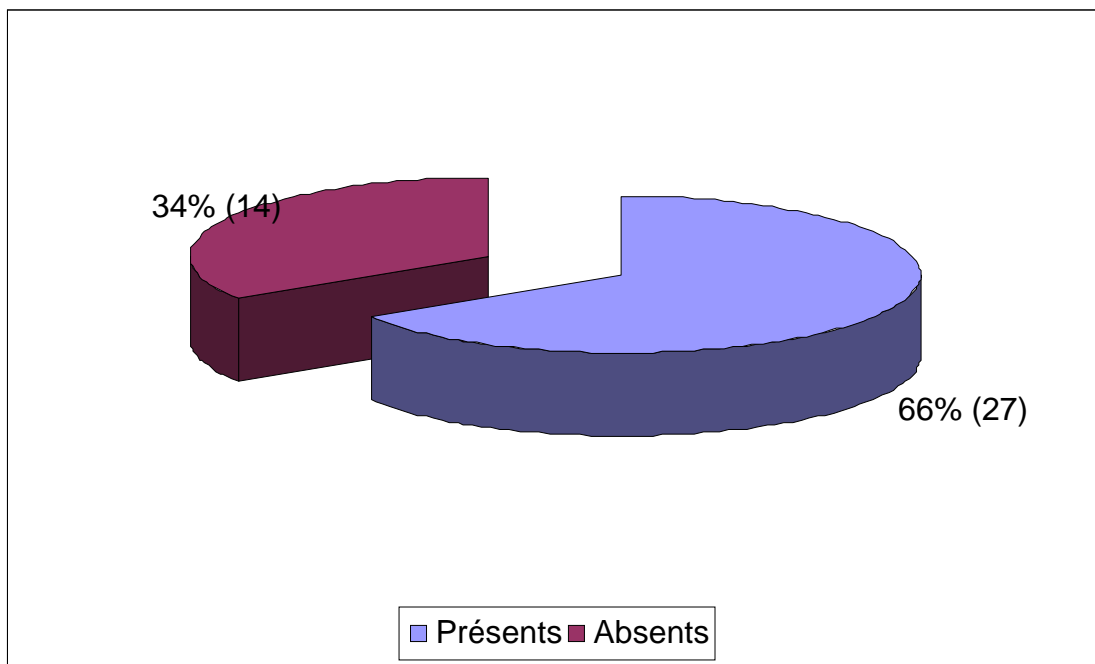
**g-Tableau XVI:** Répartition selon l'âge gestationnel.

Age gestationnel SA	Effectif absolu	Fréquence%
<b>25-28</b>	<b>5</b>	<b>12 ,19</b>
29-36	15	36,60
≥ 37	21	51,21
Total	41	100

**h-Tableau XVII :** Répartition selon la présence des oedèmes.

Oedèmes	Effectif	Fréquence%
<b>Absents</b>	<b>34</b>	<b>56,66</b>
Oedèmes des membres inférieurs	21	35
Anasarque	5	8,34
Total	60	100

**i- Figure 7:** Répartition des patientes selon l'existence des BDCF



**j-Tableau XVIII:** Répartition des patientes selon les phases du travail d'accouchement

<b>Dilatation du col en cm</b>	<b><i>Effectif</i></b>	<b><i>Pourcentage%</i></b>
<b>Phase de latence</b>	<b>27</b>	<b>75</b>
<b>Phase active</b>	<b>9</b>	<b>25</b>
Total	36	100

**k-Tableau XIX:** Répartition des Patientes selon l'état des membranes à l'admission

<b>Etat des membranes</b>	<b><i>Effectif</i></b>	<b><i>Pourcentage%</i></b>
Rompues	6	14,63
<b>Intactes</b>	<b>35</b>	<b>85,36</b>
Total	41	100

*Parmi les 41 parturientes admises en ante-partum ou per partum soient 85,36% avaient les membranes intactes à l'entrée .(19 cas dans le post partum)*

**l-Tableau XX:** Répartition selon la couleur du liquide amniotique.

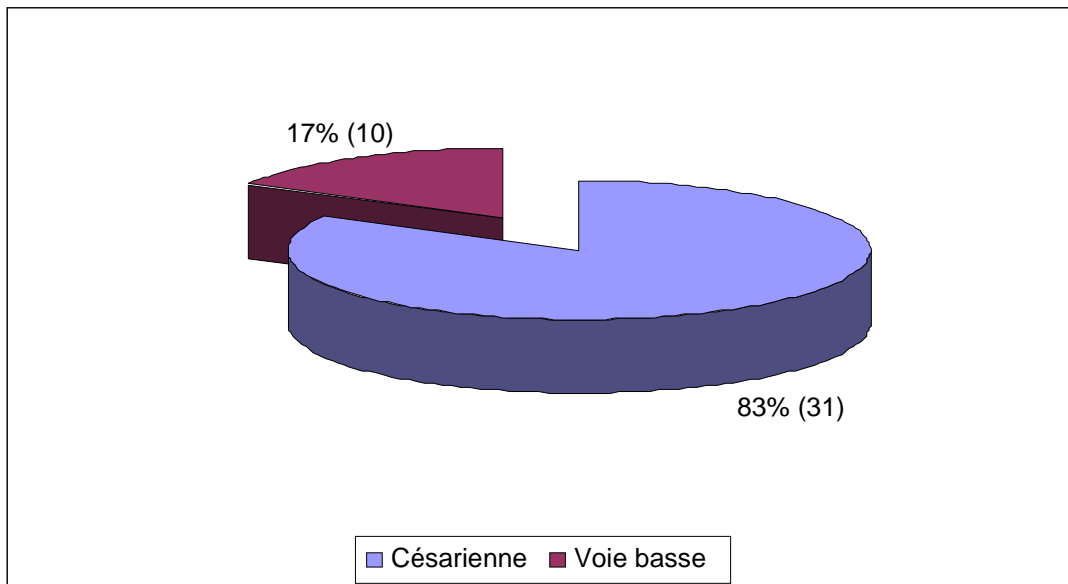
<b>Couleur du LA</b>	<b><i>Effectif</i></b>	<b><i>Fréquence%</i></b>
<b>Clair</b>	<b>20</b>	<b>57,14</b>
Jaunâtre	13	37,14
Méconial	2	5,72
Total	35	100

7°)-**Tableau XXI:** Répartition selon l'albuminurie à l'entrée.

albuminurie	Effectif	Fréquence%
+	3	5
++	10	16,66
≥+++	47	78,34
Total	60	100

8°) **Résultats sur l'accouchement :**

a- **Figure 8:** Répartition selon la voie d'accouchement



**b-Tableau XXII:** Répartition des parturientes accouchées par voie basse en fonction du mode.

<b>Mode d'accouchement</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence%</b>
<b>Forceps</b>	<b>5</b>	<b>50</b>
Ventouse	3	30
Spontané	2	20
Total	10	100

**NB :** les parturientes admissent pour éclampsie du post partum ne font pas partis de ce lot.

**c-Tableau XXIII:** Répartition selon l'indication de césarienne.

<b>Indication de la Césarienne</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence%</b>
<b>Crises Subintraites</b>	<b>15</b>	<b>44,11</b>
Souffrance fœtale	2	5,88
Crise à la phase de latence	11	32,35
HTA maligne	5	14,70
HRP	1	2,94
Total	34	100

**d-Tableau XXIV:** Répartition des patientes selon le type d'accouchement

<b>Type d'accouchement</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence%</b>
<b>Accouchement unique</b>	<b>54</b>	<b>90</b>
Accouchement gémellaire	6	10
Total	60	100

**9°) Résultats sur les nouveaux nés :**

**a-Tableau XXV:** Répartition selon le Score d' APGAR à la naissance.

<b>APGAR</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence%</b>
Mort-né	12	18,18
1-3	6	9,09
4-7	18	27,27
<b>8-10</b>	<b>30</b>	<b>45,45</b>
Total	66	100

*Le Score d'APGAR était supérieur à 7 chez 45,45% des enfants à la naissance.*

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

<b>Etat du Nouveau-né</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence%</b>
<b>Eutrophique</b>	<b>35</b>	<b>53,03</b>
Prématuré	15	22,72
Hypotrophie	16	24,24
Total	66	100

**10°)- Tableau XXVII:** Répartition des cas d'éclampsie du post partum en fonction du délai de la survenue de la crise.

<b>Délai de survenue de la crise post partum</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Fréquence%</b>
<b>Inférieur à 48 heures</b>	<b>13</b>	<b>68,42</b>
Supérieur à 48 heures	6	31,58
Total	19	100



**11°) Résultats sur le bilan d'HTA.**

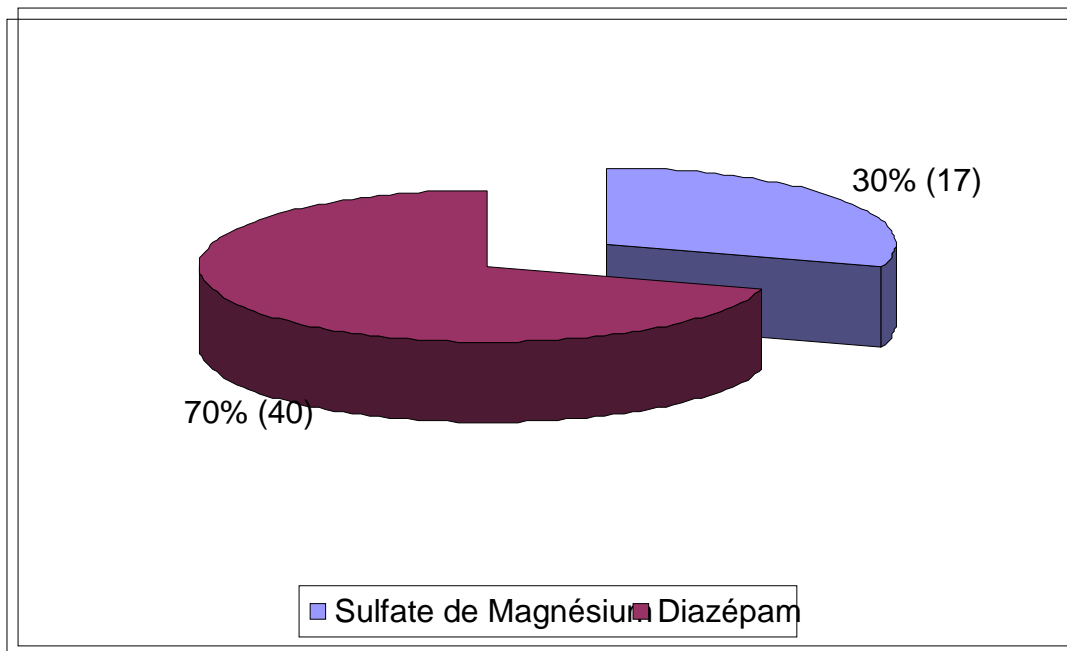
**Tableau XXVIII :** Répartition selon le bilan d'HTA.

Bilan d'HTA	Effectifs	%
Créatininémie, glycémie, NFS, transaminases	45	75
ECG	18	30
FO	15	25

***NB*** par manque de moyen certaines patientes n'avaient fait aucun bilan

**12°) Résultats selon les traitements institués :**

**a- Figure 9:** Répartition selon la fréquence des médicaments anticonvulsivants utilisés.



**b- Tableau XXIX:** Répartition selon la fréquence des schémas thérapeutiques.

Traitement Institué	Effectif	Fréquence%
<b>Diazépam+ Nifedipine + Méthyldopa</b>	<b>21</b>	<b>36,86</b>
Diazépam+ Nicardipine+ Méthyldopa	18	31,57
Sulfate de magnésium + Nicardipine + Méthyldopa	17	29,82
Diazépam+ Furosémide+ Nicardipine	1	1,75
Total	57	100

**NB** : 3 patientes n'avaient bénéficié d'aucun traitement, car décédées quelques minutes après leur admission

**c- Tableau XXX:** Répartition selon la collaboration interdisciplinaire.

Transfert à la REANIMATION	Effectif	Fréquence%
Oui	19	31,66
<b>Non</b>	<b>41</b>	<b>68,33</b>
Total	60	100

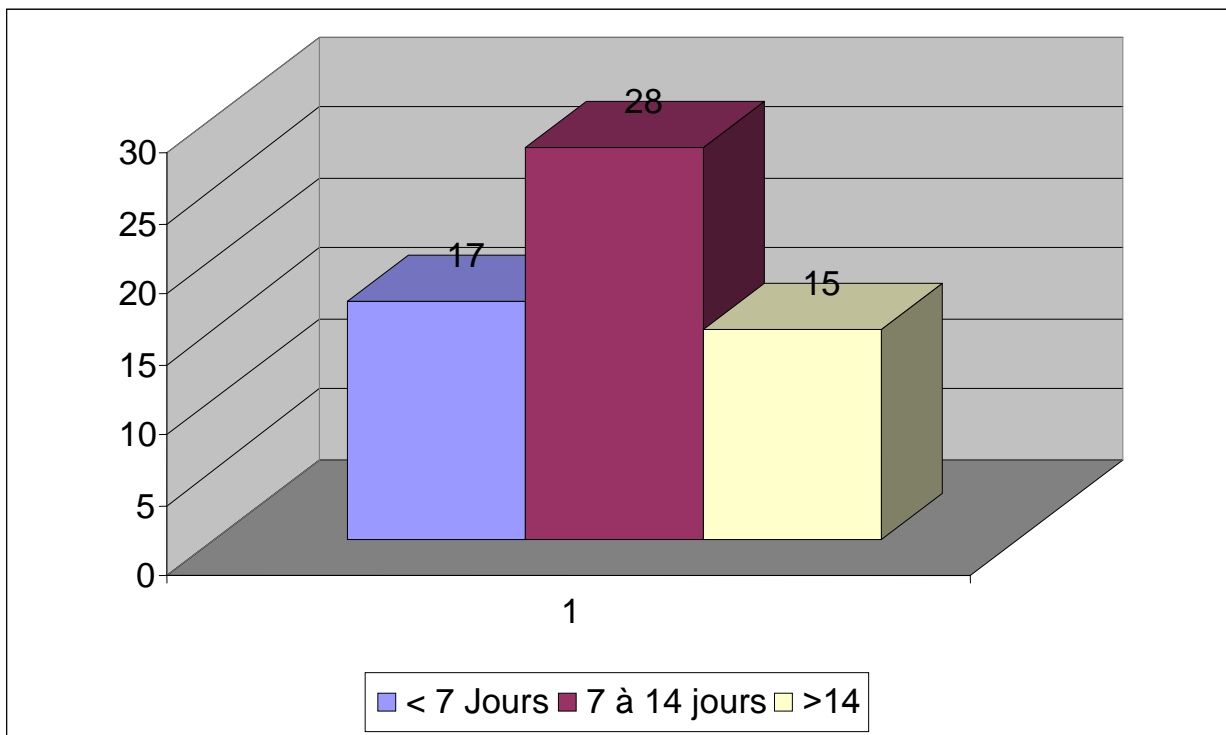
Dans **31,66%** des cas compliqués d'altération profonde de la conscience et de trouble respiratoire, une collaboration interdisciplinaire fut nécessaire (Service de Réanimation)

**d- Tableau XXXI:** Répartition selon le séjour à la réanimation.

Durée de séjour en REA (jours)	Effectif	Fréquence%
1 -3	5	26 ,31
<b>4-6</b>	<b>8</b>	<b>42,10</b>
> 6	6	31,57
Total	19	100

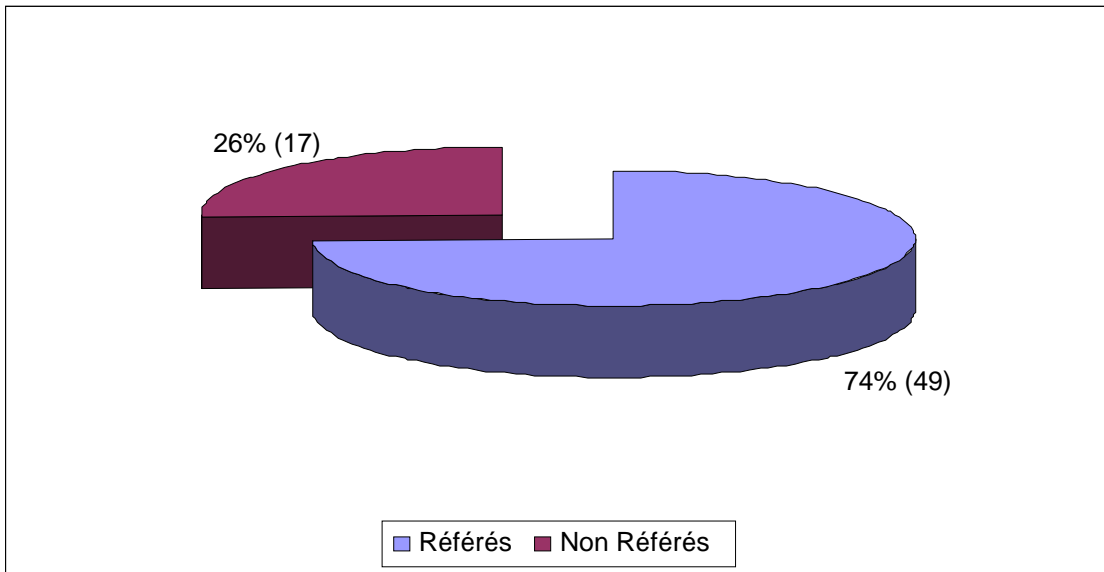
*Dans notre série 42, 10% des patientes avait fait un séjour de 4-6 jours en réanimation.*

**e- Graphique 3:** Répartition selon le nombre de jour d'hospitalisation en gynéco obstétrique.



*La durée moyenne de séjour en gynéco obstétrique était de 10 jours*

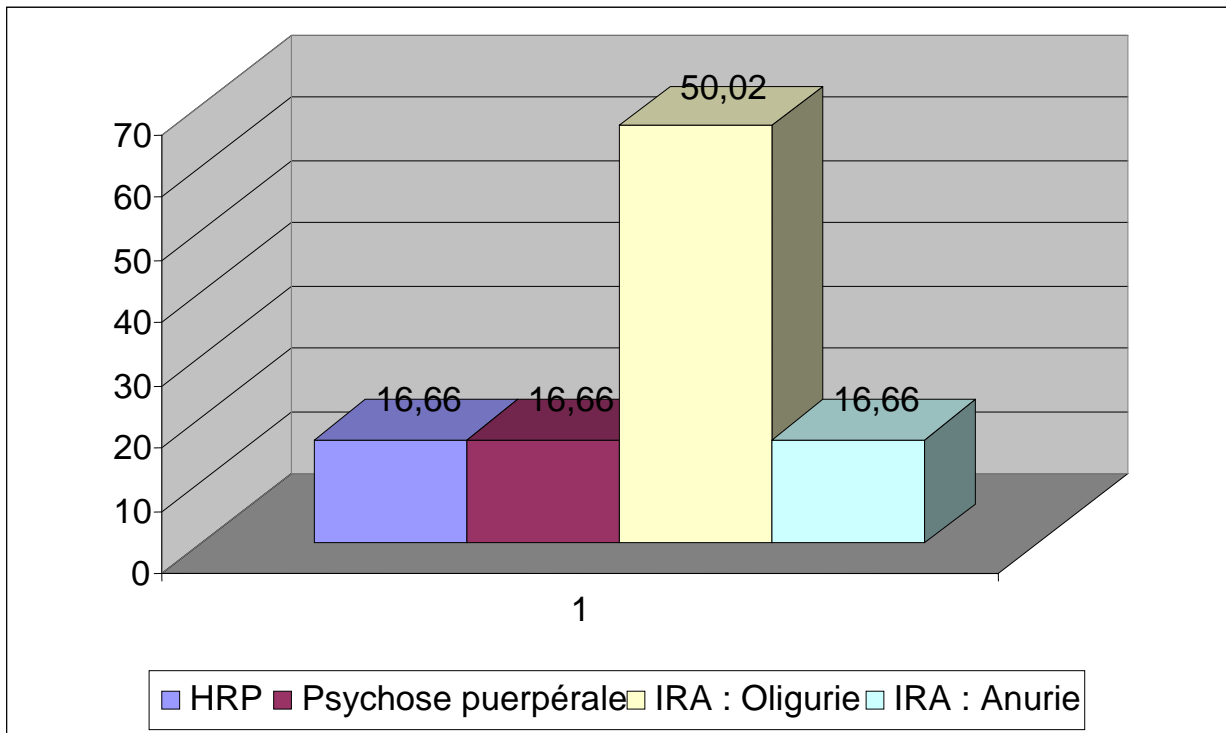
**f- Figure 10:** Répartition selon la référence en pédiatrie



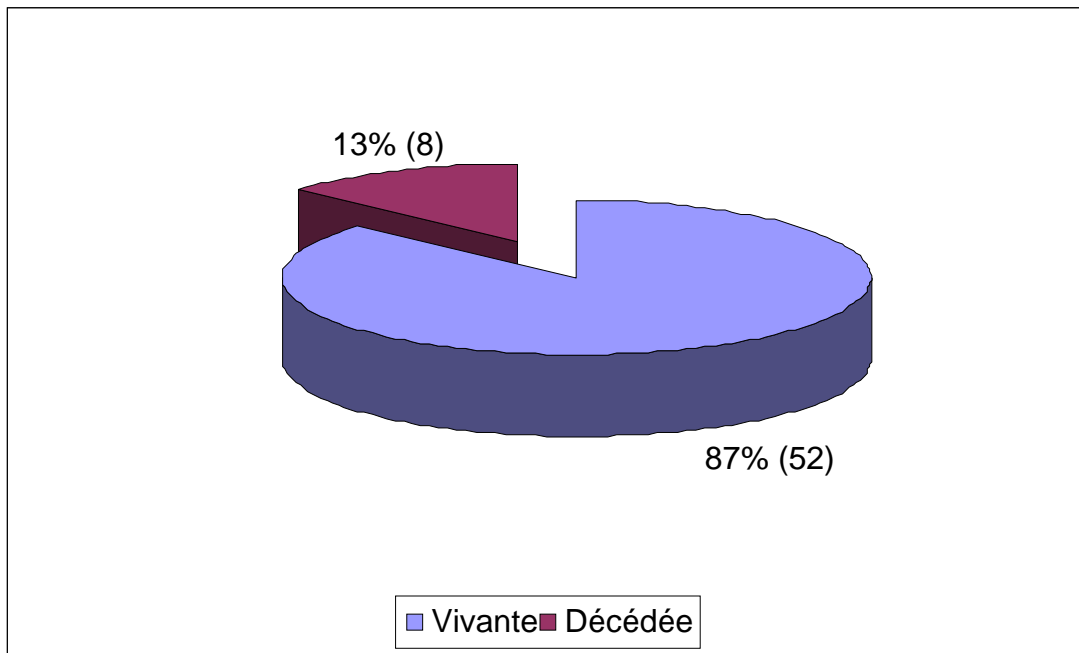
Les nouveaux nés **référés** à la pédiatrie étaient de 74%

**13°) Résultats selon le pronostic maternel :**

**a- Graphique 4:** Répartition selon le type de Complication associée:



**b -Figure 11:** Répartition selon le devenir de la femme



Le taux de *décès* était de **13,33%**.

**C-Tableau XXXII :** Répartition des décès en fonction du mode d'admission

Décès / Mode d'admission	Nombre	Total
Evacuées	7	33
Adressées par la famille	1	27
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>60</b>

**d-Tableau XXXIII :** Répartition des décès en fonction des périodes de survenues

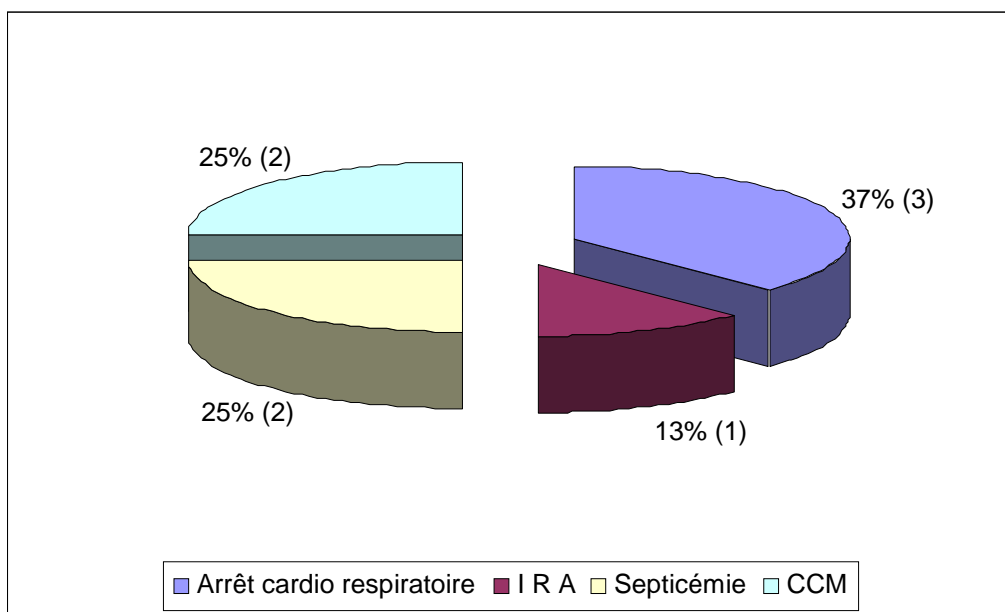
<b>Décès</b> <b>Période</b>	<b>Nombre</b>	<b>Total</b>
Anté-partum	1	25
Per-partum	2	36
<b>Post-partum</b>	<b>5</b>	<b>19</b>
Total	8	60

**Khi<sup>2</sup>=2,31**

**P=0,2**

**NB :** Par méconnaissance de la pathologie les éclampsies du post-partum sont évacuées tardivement.

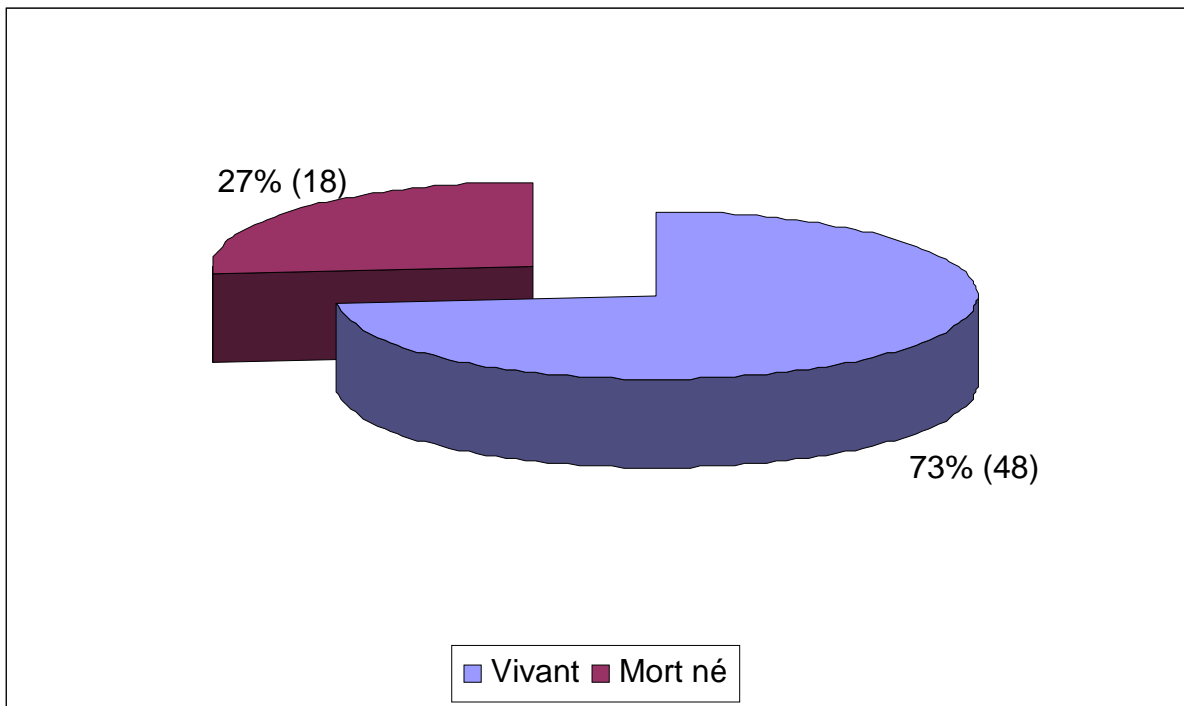
**e- Figure 12:** Répartition selon les causes de décès des mères



La cause la plus fréquente de décès maternel a été l'arrêt **cardiorespiratoire** soit **37%**

**NB :** CCM = complication cérébroméningé

**14°)- Figure 13: Répartition selon le devenir du nouveau né**



## ***F-COMMENTAIRES ET DISCUSSION***

Les résultats obtenus dans notre étude nous ont amené à faire les commentaires et discussion suivants :

### **1 La Fréquence :**

Dans notre étude la fréquence de l'éclampsie était de 1,65%

- DIARRA I [7] dans le service de Gynéco obstétrique du CHU Gabriel Touré avait trouvé 1,16%. A noter que l'auteur n'a pas pris en compte les patientes hospitalisées dans le service de réanimation du même hôpital.

- CISSE T C [5] qui avait trouvé une fréquence de 0,8% en 2003 à Dakar.

Au CHU de BRAZZAVILLE [21] on avait rapporté un taux de 0,32% en 1999.

-KONATE S [13] dans le service de Gynéco obstétrique du CHU du Point G avait rapporté 6,82% en 2008

-KAMISSOKO G [12] au Csrèf de Koutiala avait eu 2,43% en 2007

Cette variation de la fréquence de l'éclampsie dans diverses études est imputable certainement au mode de recrutement des cas et certains facteurs favorisants.

## **2- Profil sociodémographique :**

### **a- L'AGE MATERNEL :**

Dans notre étude, 67% des cas avaient un âge < 19ans.

Pour la même tranche d'âge DIRRA I, KAMISSOKO G, KONATE S avaient trouvé respectivement: 48% ; 48,60% ; 43,90%.

L'augmentation des cas d'éclampsie dans cette tranche d'âge de nos cas pourrait s'expliquer par les mariages précoces dans la région de Kayes, et par le fait que les adolescentes pratiquent peu de CPN au cours de la grossesse.

### **b- L'ETHNIE**

L'ethnie la plus représentée était les Sarakolés soit 25%

A noter que les Sarakolés sont majoritaires à Kayes.

### **c- STATUT MATRIMONIAL:**

-Dans notre étude les mariées représentaient 80%, KONATE S avait trouvé 62,20% au CHU du Point G .Ceci pourrait s'expliquer par les mariages précoces dans notre zone.

### **d- NIVEAU D'INSTRUCTION :**

Dans notre série on avait trouvé 85% de patientes sans instruction.

- KONATE S et DIARRA I avaient trouvé respectivement 72,56% et 74%

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

D'ou la méconnaissance de l'importance des CPN.



**e- LA PROVENANCE :**

-Plus de la moitié de nos patientes soit 55% étaient adressées soit par le Csréf de Kayes soit par les Cskom du cercle, ceci pourrait s'expliquer par le manque de plateau technique à ces niveaux. Certes 45% étaient adressées par la famille.

DIARRA I [7] avait eu 32%, KONATE S [13] avait eu 3,50% adresses par la familles.

**f- LES CONSULTATIONS PRENATALES :**

-Les CPN n'étaient pas été réalisées chez 71% ; KONATE S[13] avait trouvé 50,61%.

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 précocement l'hypertension artérielle et de réduire ses complications.

**g- LA GESTITÉ :**

Les primigestes représentaient plus de la moitié des cas soit 66,66%

-KONATE S et DIARRA I avaient trouvé respectivement 45,73% et 74% [13-7]

Nos résultats se rapprochaient des données de la littérature : les primigestes sont les plus

prédisposées à faire l'éclampsie.

**h- MOTIF D'EVACUATION**

L'éclampsie comme motif d'évacuation était obtenue dans 39,39% seulement, ceci pourrait s'expliquer par le niveau de qualification de l'agent ayant procédé à l'évacuation.

**i- LA TENSION ARTERIELLE**

L'hypertension artérielle systolique était retrouvée dans 98,33% des cas avec des extrêmes de 140 et 220 mm Hg.

L'hypertension artérielle diastolique qui était le plus souvent associée à cette hypertension artérielle systolique était sévère dans 88% des cas avec des extrêmes de 90 et 150 mm Hg.

- Au CHU Gabriel Touré DIARRA I [7] avait 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 avec des extrêmes de 90 et 150 mmHg.
- Dans le service de Réanimation du CHU du Point G, KONATE S [13] avait trouvé 11,76% d'HTA systolique contre 5,88% d'HTA diastolique.

#### **j- LES ŒDEMES :**

L'absence d'œdème était retrouvée chez 56,66% des malades dans notre étude.

-KONATE S [13] avait eu 65,85% .En référence à la littérature l'œdème n'est pas un élément indispensable au diagnostic de la pré éclampsie.

#### **k- MOMENT DE SURVENUE DE LA CRISE :**

Nous avons eu en anté-partum 8,33%, 60% d'éclampsie en per-partum et 31,67% dans le post-partum.

-KONATE S avait eu : En anté-partum 43,90% ; en post-partum 43,29% et 12,81% d'éclampsie en per-partum.

#### **l- COMPLICATIONS :**

Dans notre série, on avait trouvé 6 cas de complications soit 10% de notre effectif :

- **oligo-anurie** (4)
- **HRP** (1)
- **psychose puerpérale** (1)

Dans leurs séries DIARRA I [7] et Dembélé N F [6] avaient rapporté respectivement 34% et 33,84% de complications ; KONATÉ S avait eu 6,12% de complications.

**m- DEVENIR DU NOUVEAU-NÉ :**

- Dans notre étude, 73,43% des nouveau-nés étaient vivants et 26,56% de mort-nés.

-KONATE S avait trouvé 75,60% des nouveau-nés vivants et 24,40% de mort-nés

-DIARRA I [7] avait eu 24,07% de mort-nés.

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

**n- MORTALITÉ MATERNELLE**

8 de nos patientes étaient décédées soit 13,33%.

Diarra I [7] avait trouvé 12%. KONATE S [13] avait trouvé 4,26%.

Ceci pourrait s'expliquer par un temps d'évacuation le plus souvent long et par l'insuffisance de matériel de réanimation dans notre service.

Ces décès étaient survenus dans des circonstances variables parmi lesquelles on notait: **Arrêt cardio respiratoire** 50%, **l'IRA** 25% et **Septicémie** 25%

**o-TRAITEMENT MEDICAL :**

- La Nicardipine était l'antihypertenseur le plus utilisé 61,39% ;

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

- Le Sulfate de Magnésium 30%.

- L'association Diazépam+ Nifedipine+ Méthyldopa était la plus fréquente (36,86%).

- Le Sulfate de Magnésium dont l'utilisation a commencé dans notre service en 2008 n'était pas toujours disponible.

-Comme association KONATE S [13] avait utilise: sulfate de Magnésium+ Nifedipine+ Méthyldopa dans 46,66% des cas.

- DIARRA I [7] n'avait pas utilisé le sulfate de Magnésium au cours de son étude ; faute de disponibilité.

**p- COLLABORATION INTERDISCIPLINAIRE:**

**TRANSFERT A LA REANIMATION :**

-les patientes transférées au service de réanimation représentaient 31,66% (19 patientes) dont 6 étaient décédées par suite IRA(2), septicémie(1), arrêt cardiaque(3) .

-Certaines éclamptiques de la série de Sidy et Issa qui devraient être transférées n'avaient pu l'être, faute de place en réanimation.

**q- TRANSFERT EN PEDIATRIE:**

Nous avons enregistré 35 cas de transfert en pédiatrie soit 74,46% pour prématurité, hypotrophie, souffrance néonatale, ou prise en charge nutritionnelle.

KONATE S [13] avait enregistré 9 cas de transfert à la pédiatrie.

## **G - CONCLUSION & RECOMMANDATIONS**

### **a- Conclusion**

Dans notre étude, nous avons constaté que:

- L'incidence était très élevée chez les patientes jeunes avec une prédominance chez les primigestes (66,66%) et surtout chez les non scolarisées (85%) ;
- L'éclampsie était plus fréquente en anté - partum (41,66 %)
- Le taux de patientes n'ayant fait aucune consultation prénatale était élevé (71,66%), cependant l'intérêt doit être porté aussi sur la qualité de ces consultations ;
- Les conditions climatiques auraient une influence sur la survenue de la crise,
- Les mortalités maternelle (13,33%) et fœtale (26,56%) restent si élevées ;
- la prise en charge tant maternelle que fœtale reste multidisciplinaire.

Le suivi prénatal de qualité et l'amélioration des conditions de vie de la femme sont des moyens qui seuls permettent de diminuer le taux élevé des éclampsies et d'améliorer le pronostic materno-fœtal de cette pathologie dans notre pays.

**b- RECOMMANDATIONS :**

Au regard des résultats obtenus, nous préconisons :

➤ **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 de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes.
- Créer une unité de réanimation annexée au service de gynécologie obstétrique ;
- Créer une unité de néonatalogie annexée au service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes.
- Doter les structures sanitaires de 1<sup>er</sup> niveau en matériel suffisant et en personnel qualifié
  - Renforcer la scolarisation des filles (les futures mères).

➤ **Aux personnels de santé : Sages femmes , gynécologues obstétriciens, anesthésistes réanimateurs, médecins généralistes, infirmières obstétriciennes et matrones.**

- Améliorer la qualité des CPN,
- Sensibiliser les gestantes sur l'importance des CPN et sur les signes de gravité particulière liée à l'HTA sur grossesse
- Renforcer la collaboration et le travail en équipe,
- Promouvoir l'utilisation du sulfate de Magnésium,
- Assurer une meilleure surveillance des accouchées.
- Identifier les grossesses à risque et les grossesses pathologiques et les référer au niveau approprié

**Aux prestataires du service gynéco-obstétrique de l'H.F.D.K.**

-Utiliser en première intention le sulfate de magnésium pour le traitement des crises

-Renforcer la collaboration service gynéco-obstétrique et unité de soins intensifs.

➤ **Aux femmes enceintes,**

-Effectuer les consultations prénatales et postnatales.

-Respecter et suivre les conseils et prescriptions des prestataires de sante.

-Consulter un centre de santé dès qu'une anomalie se présente au cours de l'évolution de la grossesse.

## ***H-REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES***

- 1- B SEGUY, J. CHAVINIE, B. MICHELON :** Révision accélérée en obstétrique 2<sup>ème</sup> édition, Paris 1991, pages : 172-3.
- 2-BAGAYOKO N dit Seydou :**Pronostic materno foetal 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- CISSE 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, 239-45
- 6- 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.
- 7-DIARRA I :** ECLAMPSIE DANS LE SERVICE DE GYNECO – OBSTETRIQUE AU CHU GABRIEL TOURE. Thèse Méd. Bamako 2005, pages 1-5, 35-6, 42-3.
- 8-E D S IV MALI (2006)**
- 9-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.
- 10 HAYS P.M:**Plasma volume determination in normal and pre-eclampsia pregnancies. Am J obstetgynecol 1985; 151: 958-66



- 11- K. AKPDZA, S.BAETA. :**Eclampsie à la clinique de Gynéco – Obstétrique CHU TOKOIN – Lomé (TOGO). Revue de Médecine Noire d’Afrique parution 1997.
- 12- KAMISSOKO.G :**Eclampsie au Csrèf de Koutiala à propos de 35 cas. Thèse Mèd. 2007, page 51 .
- 13-KONATE S :** Etude de l’éclampsie dans le service de gynéco-obstétrique du CHU du Point G Thèse Mèd 2008. Pages 3,7,12,30
- 14- Lansac J. Berger C, Magnin G:** Obstétriques pour praticiens 3<sup>ème</sup> édition Masson, Paris 1997. Pages : 165 – 7, 415 – 37.
- 15- Merger R, Levis J, Melchior J:**Précis obstétriques 6<sup>ème</sup> édition Masson, Paris 1995, pages 415 – 37.
- 16- OMS :**Les troubles tensionnels (rapport d’un groupe d’étude de l’OMS). Série de rapport technique, Genève, 1987.
- 17- 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, 508-12.
- 18 – Pottecher Thetal :**Réanimation des formes graves de pré éclampsies, textes courts, Société Française d’anesthésie réanimation (SFAR) Paris 2000, pages : 1 - 11.
- 19- RAPPORT DU COMITE NATIONAL D’EXPERTS EN FRANCE SUR LA MORTALITE MATERNELLE 1995-2001.**  
Fréquence de la mortalité maternelle selon les statistiques de Routine.
- 20 – RENAUD:** Traités d’Obstétrique tome III. Pathologie Médico – chirurgicale de la grossesse, MASSON, PARIS, MILAN, BARCELONE, MEXICO 1988, pages : 32-5.

**21 – ROGER – VOLKAER – avec COLL EJ. BARRET, H BOSSART**

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

**22 – 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 – 10.

**23 – VIDEHOUN SALIFOU HAMDA** :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.

**24-** [www.sfar.org/cexppeeclampsie.html](http://www.sfar.org/cexppeeclampsie.html)

Conférence des experts sur éclampsie.

***I-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  vendeuse  Autres

**Q9 : Niveau d'Instruction :**

Analphabète  primaire  Secondaire  Supérieur

**Q10 : Provenance :**

Domicile  Cescom  commun cabinet privé  Centre de

Santé de référence  Autre

**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.....

CSREF.....

**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  Claire

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 expulsive

j) **Membranes ovulaires** : rompu  Intactes  si rompue  
préciser le temps

k) **Liquide amniotique** : Clair  jaunâtre  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 ECG
- albuminurie 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Q21 : Traitement médical reçu à l'admission

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   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. | Autres      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**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 SIGNALETIQUE**

**Nom :** FOFANA

**Prénom :** BOUBACAR

**Titre de la Thèse :** L'éclampsie dans le service de Gynécologie et d'Obstétrique à l'H.F.D.K à propos de 60 cas

**Année universitaire :** 2009-2010

**Ville de soutenance :** Bamako

**Pays d'origine :** Mali

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque

**Secteur d'intérêt :** Gynécologie Obstétrique, Anesthésie-Réanimation, Pédiatrie.

Il s'agit d'une étude prospective de tous les cas d'éclampsie enregistrés en période anté, per ou post-partum entre le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 31 décembre 2009 au service de gynécologie et d'obstétrique de l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes. L'éclampsie concernait 60 patientes soit une fréquence de 1,65%.

Le profil épidémiologique est celui d'une Primigeste (66,66%) jeune (âge moyen de 19 ans) porteuse d'une grossesse de 37 SA ou plus (51,21%) avec une tension artérielle moyenne de 160/110 mm Hg

Des examens de grande valeur pronostique comme la NFS, la créatinémie, le bilan de coagulation, les transaminases hépatiques, l'uricémie, FO, ECG sont rarement accessibles en urgence dans notre structure.

Sur le plan thérapeutique la Nicardipine était la molécule antihypertenseur la plus utilisée et le Diazépam était l'anticonvulsivant le plus disponible. Le taux de césarienne était de 83%. Le pronostic était marqué par une létalité maternelle de 13% et une mortalité périnatale de 27% en rapport avec une prématurité 22,72%.

**Mots-clés :** *Eclampsie, Pronostic, Décès maternel et foetal.*

**SERMENT D'HIPPOCRATE**

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

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

Admis 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.

Respectueux et reconnaissant 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 couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

*Je le jure.*