

ANNALES DE LA SOGGO

SOCIÉTÉ GUINEENNE DE GYNÉCOLOGIE - OBSTÉTRIQUE

Semestriel ■ Volume 10 ■ N° 25 (2015)



(GYNÉCOLOGIE - OBSTÉTRIQUE, REPRODUCTION HUMAINE)

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ AFRICAINE DES GYNÉCOLOGUES OBSTÉTRICIEUX (SAGO)
ET DE LA FÉDÉRATION INTERNATIONALE DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE (FIGO)

Directeur de publication

Mamadou Saliou Diallo

Rédacteur en chef

Namory Keita

Rédacteur en chef adjoint

Telly Sy

Comité de parrainage

Ministre de l'ESRS

Ministre de la Santé

Recteur Université de Conakry

Doyen FMPOS

M Kabba Bah

M Kader

P Diallo

E Alihonou

F Diadhio

MK Bohoussou

C Welfens Ekra

M M Sall (CAMES)

A Gouazé (CIDMEF)

G Osagie (Nigeria)

Comité de rédaction

MS Diallo

N Keita

MD Baldé

Y Hyjazi

FB Diallo,

F Traoré (Pharmacologie)

T Sy

AB Diallo

Y Diallo

M Cissé (Dermatologie)

M Doukouré (Pédopsychiatrie)

ML Kaba (Néphrologie)

OR Bah (Urologie)

NM Baldé (Endocrinologie)

A Touré (Chirurgie Générale)

LM Camara (Pneumo-phtisiologie)

Comité de lecture

E Alihonou (Cotonou)

K Akpadza (Lomé)

M A Baldé (Pharmacologie)

G Body (Tours)

M B Diallo (Urologie)

M D Baldé (Conakry)

N D Camara (Chirurgie)

CT Cissé (Dakar)

A B Diallo (Conakry)

F B Diallo (Conakry)

M S Diallo (Conakry)

A Dolo (Bamako)

A Fournié (Angers)

Y Hyjazi (Conakry)

N Keita (Conakry)

YR Abauleth (Abidjan)

M Koulibaly (Conakry)

J Lankoande (Ouagadougou)

Lekey (Yaoundé)

JF Meye (Libreville)

JC Moreau (Dakar)

A Diouf (Dakar)

RX Perrin (Cotonou)

F Traoré (Conakry)

Recommandations aux auteurs

La revue Annales de la SOGGO est une revue spécialisée qui publie des articles originaux, des éditoriaux, des mises au point, des cas cliniques et des résumés de thèse dans les domaines de la gynécologie obstétrique et de reproduction humaine.

Conditions générales de publication

Les articles n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs. Les manuscrits des articles originaux ne doivent avoir fait l'objet d'aucune publication antérieure ni être en cours de publication dans une autre revue. Les manuscrits doivent être dactylographiés en double interligne, de police de caractère 12 minimum, style Times New Roman, 25 lignes par page maximum, le mode justifié, papier blanc recto seulement et adressés en deux exemplaires et une version électronique sur CD, clé USB ou par Email à la rédaction aux adresses suivantes :

1. Professeur Namory Keita

Maternité Donka CHU de Conakry

BP : 921 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel. : (224) 64 45 79 50

Email : namoryk52@yahoo.fr

2. Professeur Agrégé Telly Sy

Maternité Ignace Deen CHU de Conakry

BP : 1478 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel. : (224) 62 21 70 86 ; (224) 64 23 37 30

Email : [syttelly@yahoo.fr](mailto:sytelly@yahoo.fr)

Tous les manuscrits sont adressés pour avis de façon anonyme à deux lecteurs. Une fois acceptés les articles corrigés doivent être accompagnés des frais de correspondance et de rédaction qui s'élèvent à 50000 F CFA.

Présentation des textes

La disposition du manuscrit d'un article original est la suivante : titre (avec auteurs et adresse), résumé (en français et en anglais), introduction, matériel et méthodes, résultats, discussion, références, tableaux et figure. La longueur des manuscrits ne doit pas dépasser, références non comprises 12 pages pour les articles originaux, 4 pages pour les cas cliniques et mises au point.

Toutes les pages seront numérotées à l'exception de la page des titres et des résumés.

- Page de titre : elle comporte :
 - Un titre concis, précis et traduit en anglais
 - Les noms et initiales des prénoms des auteurs
 - L'adresse complète du centre dans lequel le travail a été effectué
 - L'adresse complète de l'auteur à qui les correspondances doivent être adressées
 - Résumé : le résumé de 250 mots en français et en anglais figure après la page des titres sur des pages distinctes avec le titre sans le nom des auteurs. Le résumé doit comporter de manière succincte le but, la méthodologie, les principaux résultats et la conclusion.
 - Références : les références sont numérotées selon l'ordre de leur appel dans le texte. Leur nombre ne doit pas dépasser 20 pour les articles originaux, 10 pour les cas cliniques et 30 pour les mises à jour. Elles doivent indiquer les noms de tous les auteurs si leur nombre ne dépasse pas six, au-delà, il faut indiquer les 3 premiers suivis de la mention et al.. Les abréviations des titres des journaux doivent être celles qui sont trouvées dans l'Index Medicus, par exemple :
 - Pour une revue:
1. Sy T, Diallo AB, Diallo Y. et al. : Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques, pronostiques et économiques à la Clinique Gynécologique et

Obstétricales du CHU Ignace DEEN. *Journal de la SAGO* 2002; 3(2): 7- 11

- Pour une contribution à un livre:
2. Berland M. Un état de choc en début de travail : conduite à tenir. In : Lansac J, Body G : Pratique de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2^{ème} éd. 1992 : 218-225
 - Pour un livre:
 3. Lansac J, Body G. Pratique de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2^{ème} éd. 1992 : 349.
 - Pour une thèse:
 4. Bah A . Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques et pronostic à la clinique de gynécologie obstétrique du CHU Ignace Deen. Thèse méd, Univ Conakry 2001; 032/03 04 : 165p
- Tableaux, figure et légendes : leur nombre doit être réduit au strict minimum nécessaire à la compréhension du texte. Les tableaux seront numérotés en chiffres romains et les figures en chiffres arabes. Ils doivent être appelés dans le texte.

Après acceptation définitive de l'article, des modifications mineures portant sur le style et les illustrations pourront être apportées par le comité de rédaction sans consulter l'auteur afin d'accélérer la parution dudit article.

Le comité de rédaction

SOMMAIRE

ARTICLES ORIGINAUX

Assistance médicale à la procréation en contexte de risque viral lié au VIH à l'hôpital de la Pitié-salpêtrière, Paris

Kampo M, Traoré Y, Fofana DB, Tubiana R, Poirot C, Lefèbvre G, Dolo A, Marcellin AG, Naouri M...54 - 60

Le dispositif intra-utérin (DIU) du post partum immédiat : une étude comparative entre le DIU placé au cours de la césarienne et celui posé après un accouchement par voie basse.

O Thiam, ML Cissé, M Thiam, JN Tendeng, M Gueye, MM Niang, AA Diouf, JC Moreau.....61 - 69

Prise en charge et évolution de l'éclampsie en milieu obstétrical: étude rétrospective de 91 cas au CHU de Bouaké (Cote d'ivoire)

Doumbia Y, Kouakou KP, Djanhan LE, Menin MM, Nanguy PV, Djanhan Y.....70 - 75

Les lésions urétérales en chirurgie gynécologique et obstétricale : bilan de 10 ans au CHU-Yalgado Ouedraogo de Ouagadougou, Burkina Faso.

Ouattara A, Kiemtoré S, Kain DP, Zamané H, Sawadogo Y, Ouédraogo I, Ouédraogo CMR, Ouédraogo A, Yaméogo C, Kirakoya B, Thiéba/bonané B, Lankoandé J.....76 - 81

Bilan d'une expérience pilote d'ouverture d'une unité de néonatalogie dans une maternité de niveau 2 à Dakar

MM Niang, M Toure, M Thiam, O Ndiaye, CT Cissé..... 82 - 85

Evaluation de la qualité des soins obstétricaux et la satisfaction des usagers dans le district de Bamako

Théra T, Diallo B, Téguté I, Kouma A, Traoré SO, Fohem GB, Doumbia M..... 86 - 91

Soins apres avortement dans un district sanitaire urbain en milieu africain: cas du district de Bogodogo a Ouagadougou, Burkina faso

Ouedraogo CMR, Ouattara A, Ouedraogo A, Komboigo E, Kabore X, Diomande M, Ouattara F, Thieba/Bonane B, Lankoande J..... 92 - 97

Fistules vesico-vaginales: aspects anatomo-cliniques et thérapeutiques au CHU de Conakry, Guinée

Diallo AB, Sy T, Bah MD, Diallo TMO, Barry M II, Kanté D, Bah I, Bah OR, Guirassy S, Diallo MB..... 98 - 103

Résultats du déclenchement du travail d'accouchement à l'hôpital évangélique de Bembereke au Bénin

Denakpo JL, Sidi, Salifou K, Hounkpatin B, Lokossou S, Ogoudjobi M, Tognifode V, Gbegnon D, Perrin RX 104 - 108

CAS CLINIQUE

Césarienne post mortem apres éclampsie avec enfant vivant

Sima M, Traoré MS, Kante I, Coulibaly A, Ongoïba I, Dicko H, Dicko B, Tekete I, Coulibaly Y, Maïga B.....109 - 110

CONTENTS

ORIGINAL ARTICLES

- Medically assisted procreation in HIV risk viral context at hospital Pitié-salpêtrière, Paris.***
Kampo M, Traoré Y, Fofana DB, Tubiana R, Poirot C, Lefèbvre G, Dolo A, Marcellin AG, Naouri M....54 - 60
- The intra-uterine device (iud) of the immediate postpartum A comparative study between the caesarean iud and the iud inserted after a natural delivery.***
O Thiam, ML Cissé, M Thiam, JN Tendeng, M Gueye, MM Niang, AA Diouf, JC Moreau.....61 - 69
- Support and management of eclampsia: retrospective study about 91 cases at the teaching hospital of Bouaké (Cote d'ivoire)***
Doumbia Y, Kouakou KP, Djanhan LE, Menin MM, Nanguy PV, Djanhan Y.....70 - 75
- The ureteral lesions in gynecological and obstetrical surgery: cases review of 10 years at the University Teaching Hospital Yalgado of Ouagadougou, Burkina Faso***
Ouattara A, Kiemtoré S, Kain DP, Zamané H, Sawadogo Y, Ouédraogo I, Ouédraogo CMR, Ouédraogo A, Yaméogo C, Kirakoya B, Thiéba/Bonané B, Lankoandé J.....76 - 81
- Opening balance of a pilot of a neonatal unit in a aternity level 2 in Dakar***
MM Niang, M Toure, M Thiam, O Ndiaye, CT Cissé..... 82 - 85
- Evaluation of obstetrical cares and users satisfactions in Bamako's district***
Théra T, Diallo B, Tégoué I, Kouma A, Traoré SO, Fohem GB, Doumbia M..... 86 - 91
- Post abortion care in an urban health district in the African environment: the case of Bogodogo district in Ouagadougou, Burkina Faso***
Ouedraogo CMR, Ouattara A, Ouedraogo A, Komboigo E, Kabore X, Diomande M, Ouattara F, Thieba/Bonane B, Lankoande J..... 92 - 97
- Vesicovaginal fistulas: anatomical and clinical aspects and therapeutic in Conakry teaching hospital, Guinea***
Diallo AB, Sy T, Bah MD, Diallo TMO, Barry M II, Kanté D, Bah I, Bah OR, Guirassy S, Diallo MB..... 98 - 103
- Results childbirth induction of labor at the evangelical hospital in Benin Bembereke***
Denakpo JL, Sidi, Salifou K, Hounkpatin B, Lokossou S, Ogoudjobi M, Tognifode V, Gbegnon D, Perrin RX 104 - 108

CASE REPORT

- Césarienne post mortem apres éclampsie avec enfant vivant***
Sima M, Traoré MS, Kante I, Coulibaly A, Ongoïba I, Dicko H, Dicko B, Tekete I, Coulibaly Y, Maïga B.....109 - 110

**PRISE EN CHARGE ET EVOLUTION DE L'ECLAMPSIE EN MILIEU OBSTETRICAL:
ETUDE RETROSPECTIVE DE 91 CAS AU CHU DE BOUAKE (COTE D'IVOIRE)**
*SUPPORT AND MANAGEMENT OF ECLAMPSIA: RETROSPECTIVE STUDY ABOUT 91 CASES AT
THE TEACHING HOSPITAL OF BOUAKÉ (COTE D'IVOIRE)*
DOUMBIA Y, KOUAKOU KP, DJANHAN LE, MENIN MM, NANGUY PV, DJANHAN Y

Service de gynécologie-obstétrique du CHU de Bouaké, Côte d'Ivoire.

Correspondances : Pr. Ag. Doumbia Y, Tel : 07982740, Email : doumbiay@hotmail.com Tél :07650838.

RESUME

Objectif : analyser la prise en charge de la crise d'éclampsie en salle d'accouchement et apprécier son impact sur l'état maternel et fœtal.

Patientes et méthode: il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive concernant la période allant du 1^{er} janvier 2009 au 31 décembre 2009 à la maternité du CHU de Bouaké, en Côte d'Ivoire. Nous avons étudié la prise en charge médicale et obstétricale et avons apprécié l'évolution post-critique de crise d'éclampsie.

Résultats : 91 cas d'éclampsie étaient observés sur 3318 accouchements enregistrés pendant la période d'étude, donnant une prévalence de 2,17%. Le diazépam était administré seul dans 56% des cas pour arrêter les convulsions, tandis que l'usage du sulfate de magnésie seul était fait chez 24,2% des patientes. Le traitement antihypertenseur avait associé plus souvent la nicardipine à l'alpha-méthyl dopa chez 69,2% des patientes. Les patientes avaient majoritairement accouché par voie basse avec une fréquence de 68,2%. Cette prise en charge avait permis un arrêt des convulsions et une normalisation de la tension artérielle chez respectivement 94,5% et 79,1% des patientes. Le taux de létalité était de 1%, soit un cas de décès maternel. Les nouveau-nés avaient un poids moyen de 2032grammes avec des extrêmes de 1200 et de 3600 grammes et le taux de mortinatalité était de 27,5%.

Conclusion : le traitement d'urgence de la crise d'éclampsie en salle de naissance permettrait de réduire ses complications maternelles ; cependant une meilleure organisation de la prise en charge dans les structures sanitaires de 1^{er} niveau pourrait améliorer le pronostic fœtal.

Mots clés : Eclampsie- Milieu obstétrical- Pronostic maternel et fœtal.

SUMMARY

Objective: analyze management of eclampsia crisis in childbirth room and to appreciate its impact on maternal and fetal state.

Patients and method: it was about retrospective and descriptive study concerning period going from January 1st, 2009 to December 31st, 2009 at the maternity of Teaching Hospital of Bouaké, in Côte d'Ivoire. We had studied the medical and obstetric management and appreciated the post-critical outcome of eclampsia crisis.

Results: 91 cases of eclampsia had been observed on 3318 childbirth recorded for the study period, giving a prevalence of 2.17%. Diazepam was used alone in 56% of cases to stop convulsions, while use of magnesia sulfate alone was made at 24.2% of patients. The treatment against arterial hypertension had more often associated nicardipine with alpha-methyl-dopa at 69.2% of the patients. Patients had mainly vaginal delivery in 68.2% of cases. The management had allowed the stop of convulsions and normalization of the blood pressure at respectively 94.5% and 79.1% of the patients. The rate of lethality was of 1%, that is to say one case of maternal death. The new-born had average weight of 2032 grams with extremes of 1200 and 3600 grams. The rate of still birth was of 27.5%.

Conclusion: emergency treatment of eclampsia crisis in childbirth room makes it possible to reduce its maternal complications. However a better organization of the management in medical structure of 1st level could improve fetal prognosis.

Key words: Eclampsia- Obstetric middle - Maternal and fetal prognosis.

INTRODUCTION

La crise d'éclampsie est une des complications graves de la grossesse responsable de nombreux décès maternels. Elle représente, avec les autres complications des hypertension artérielles, la 3^{ème} cause de mortalité maternelle en Afrique avec une proportion approximative de 40% au Nigéria [1]. Sa fréquence est très élevée dans les pays sous-développés, où elle varie entre 0,58% et 6,15% [2], alors que dans les pays développés elle est plus faible avec 0,49% au Royaume unis [3]. On rattache la crise d'éclampsie aux conséquences des syndromes vasculo-rénaux de la grossesse, surtout à la pré-éclampsie non dépistée ou insuffisamment prise en charge. Dans le contexte des pays pauvres, la survenue d'un cas d'éclampsie pose le problème de la prise en charge médicale, surtout de la réanimation, compte tenu du manque d'un plateau technique adapté et d'un personnel soignant bien formé. La prise en charge initiale par l'obstétricien peut s'avérer déterminante dans le pronostic materno-fœtal ultérieur. Ce travail a été initié pour évaluer la prise en charge de l'éclampsie en milieu obstétrical et d'apprécier son impact sur l'état maternel et fœtal.

I. PATINTES ET METHODES

Il s'agissait une étude rétrospective, descriptive et exhaustive qui avait concerné la période allant 1^{er} janvier 2009 au 31 décembre 2009, soit 12 mois, à la maternité du CHU de Bouaké. Nous avons inclus dans l'étude tous les cas de crise d'éclampsie diagnostiqués dans le service, pendant la période d'étude et les patientes ayant accouché dans le service ou non. Les critères de non inclusion étaient les patientes éclamptiques enregistrées en dehors de la période de l'étude ou ayant nécessité une admission en réanimation. Les paramètres étudiés concernaient les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. La prise en charge s'était intéressée au traitement médical d'urgence et à la voie d'accouchement. Le traitement anticonvulsivant avait fait appel soit au diazépam en raison de 1mg/kg, dont 10mg en intraveineuse directe et le reste de la dose en perfusion intraveineuse; soit au sulfate de magnésie en raison de 4-6 g en intraveineuse directe lente (IVDL) dans 100 à 250 cc de sérum salé en 10-15 minutes, puis 1g/heure pendant 24-48 heures en intramusculaire. Pour le traitement antihypertenseur, nous avons utilisé en urgence soit la nifédipine en raison de 2,5mg en IVDL, puis 17,5mg en perfusion lente dans du sérum salé sur 24 heures; soit de la nifédipine en raison de 10 mg (une gélule) en

sublinguale. Au plan pronostique, nous avons évalué l'évolution post-critique de l'état maternel et l'impact de la crise sur l'état fœtal. Les données étaient saisies et analysées à l'aide du logiciel épi-info.

II. RÉSULTATS

1. Fréquences

Pendant les douze mois concernés par l'étude, 91 cas d'éclampsie étaient enregistrés sur 3318 accouchements effectués dans le service, soit une prévalence de 2,74%.

2. Aspects socio-démographiques

L'âge moyen des patientes était de 21,1 ±6,4 ans. Les patientes de la tranche d'âge inférieure à 20 ans représentaient plus de la moitié de l'échantillon avec une fréquence de 52,74%. Par ailleurs, 40% d'entre elles avaient un âge compris entre 20 et 30 ans. La parité moyenne était de 1,2±1,6. Les nullipares et les paucipares constituaient la majorité des patientes avec des fréquences respectives de 45% et 27,5%.

Nous avons aussi noté une population essentiellement constituée de femmes sans profession, vendeuses, élèves ou couturières dans respectivement 73,6%, 11%, 6,6% et 5,5%. Elles provenaient majoritairement de la ville de Bouaké (68,13%). Vingt et huit patientes, soient 30,8%, habitaient hors de Bouaké.

3. Suivi prénatal

Le tableau I montre les caractéristiques de la surveillance prénatale des éclamptiques.

Tableau I : Caractéristiques de la surveillance prénatale

	Effectif (n=91)	%
Nombre de consultations prénatales		
0	20	22
1	17	18,7
2	13	14,3
3	23	25,2
≥4	18	19,8
Période de la 1^{ère} consultation prénatale		
1 ^{er} trimestre	16	17,6
2 ^{ème} trimestre	37	40,6
3 ^{ème} trimestre	18	19,8
Aucune	20	22

Seulement 19,8% des patientes avaient effectué quatre consultations prénatales ou plus, le nombre moyen des consultations prénatales étant de 2,1. Elles avaient consulté pour la majorité d'entre elles à partir du 2^{ème} trimestre, soit une proportion de 40,6%.

L'hypertension artérielle, les œdèmes des membres inférieurs et l'albuminurie significative étaient mis en évidence chez respectivement 25,3%, 22% et 19,8% des patientes au cours du suivi prénatal.

4. Aspects cliniques

Pour 63,7% des éclamptiques (58 patientes), l'admission dans le service s'était faite à la suite d'un transfert à partir d'un centre de santé périphérique urbain ou rural, dont 48,27% (28 patientes) provenant hors de Bouaké. Le délai d'admission des patientes transférées était inférieur à 2 heures pour 37 d'entre elles, soit 63,8% des cas.

Les principaux motifs d'admission étaient l'éclampsie, la pré-éclampsie et les contractions utérines avec des fréquences respectives de 67,24%, 12,06% et 8,62%. A l'admission un effectif de 69 patientes (75,8%) avait déjà fait au moins une crise d'éclampsie, et se répartissait comme suite : une crise chez 34 patientes ; deux crises pour 17 patientes ; trois crises et plus pour 18 patientes.

2. 5. Prise en charge médicale

Nous avons résumé dans le tableau II les traitements anticonvulsivant et antihypertenseur administrés aux patientes.

Tableau II: Traitement médical des éclamptiques

	Effectif (n=91)	%
Anticonvulsivant		
Diazépam	51	56
Diazépam + sulfate de magnésie	18	19,8
Sulfate de magnésie	22	24,2
Antihypertenseur		
Nicardipine	11	12,1
Nicardipine + Alpha méthyl-dopa	63	69,2
Alpha méthyl-dopa	16	17,6
Alpha méthyl-dopa + Nifédipine	1	1,1

Le diazépam était l'anticonvulsivant le plus utilisé avec une fréquence de 56%, alors que le protocole avec le sulfate de magnésie était appliqué seul dans 24,2% des cas.

L'association de la nicardipine par voie parentérale à l'alpha-méthyl dopa (en relai) était le protocole anti-hypertenseur le plus appliqué dans notre étude, soit une proportion de 69,2%.

6. Prise en charge obstétricale

Le tableau III montre les modalités d'accouchement des éclamptiques

Tableau III: Modalités d'accouchement

Mode d'accouchement	effectif	%	
Voie basse	Normale	36	39,6
	Ventouse	26	28,6
Césarienne		29	31,8
Total		91	100

La voie basse était le principal mode d'accouchement avec une fréquence de 68,2%.

La césarienne était pratiquée dans 31,8% des cas, avec comme principales indications la souffrance fœtale aigüe (48,3%), les anomalies du bassin (27,6%) et l'état de mal éclamptique (24,1%).

1. Le pronostic maternel

Nous avons observé un arrêt de la crise d'éclampsie dans 94,5% des cas (86 patientes) et une normalisation des chiffres tensionnels entre le 1^{er} et le 5^{ème} jour du traitement chez 79,1% d'entre elles (72 patientes).

Quatre vingt cinq patientes, soit une fréquence de 93,4%, avaient retrouvé un état de conscience normal après le traitement médical.

Nous avons noté un seul cas de décès maternel dont la cause immédiate était une hématomose massive chez une patiente ayant un antécédent d'ulcère gastro-duodénal.

Le tableau IV rapporte les séquelles observées chez les patientes

Tableau IV : Séquelles maternelles

Type de séquelle	N	%
Troubles visuels	11	12,1
Hémiplégie	1	1,1
Aucune	79	86,8
Total	91	100

Les séquelles étaient essentiellement constituées de 11 cas de troubles visuels et d'un cas d'hémiplégie.

1. Le pronostic fœtal

Le poids moyen des nouveau-nés était de 2032 grammes avec des extrêmes de 1200 et 3600 grammes.

A la naissance, nous avons enregistré 25 décès fœtaux, dont 20 mort-nés issus des accouchements réalisés avant l'admission des éclampsiques dans le service ; ce qui donnait un taux de mortalité de 27,5%. La majorité des nouveau-nés vivant, soit 71,4%, avaient un score d'APGAR à la 5^{ème} minute supérieur à 7. Seulement 18 d'entre eux (2,2%) avaient eu besoin d'une réanimation.

III. DISCUSSION

1. Prise en charge médicale

La prise en charge médicale des patientes de notre étude avait consisté d'abord au traitement anticonvulsif qui faisait appel dans 56% des cas au diazépam seul. Il avait constitué pour de nombreuses équipes en Afrique la molécule de référence depuis plusieurs décennies dans le traitement de la crise d'éclampsie. En effet, le diazépam était utilisé seul dans les travaux de Beata et al à Lomé [4] en salle de travail. Il était par ailleurs administré seul dans 50,5% des cas en salle réanimation à Abidjan [5]; les travaux d'Agida et al.[6] avaient révélé aussi l'utilisation du diazépam seul dans 47,8% des cas. Nous signalons cependant qu'aucun travail récent dans la littérature à notre connaissance ne mentionne l'utilisation du diazépam comme anticonvulsivant au cours de l'éclampsie dans les pays développés.

A l'occasion du conflit armé qu'a connu la Côte d'Ivoire en 2002, l'ONG Médecins Sans Frontières (MSF) avait introduit le sulfate de magnésium dans le traitement de l'éclampsie dans notre service. Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et la plupart d'experts, le sulfate de magnésium est la molécule de référence dans le traitement et la prévention des crises convulsives de l'éclampsie. En Tunisie, le sulfate de magnésium avait remplacé les cocktails lytiques depuis 1980 [7]. En effet, de nombreux travaux avaient démontré son efficacité dans la prévention des récurrences de la crise d'éclampsie et en cas de pré-éclampsie sévère. Son efficacité était supérieure à celle du diazépam avec une réduction de 14,7 crises d'éclampsie pour 100 femmes en plus [8,9]. Le sulfate de magnésium permettrait également une réduction significative de la létalité maternelle de la crise d'éclampsie de 33% par rapport au diazépam [10]. Une étude plus récente avait observé une baisse de l'issue fatale des

crises d'éclampsie chez les mères, passant de 20,9% avec le diazépam à 2,3% avec le sulfate de magnésium [1]. De ce fait, le sulfate de magnésium devrait être utilisé dans les salles d'accouchement en Côte d'Ivoire. Pour prévenir et mieux prendre en charge ses effets secondaires, il serait indispensable de former les prestataires de soins en salle d'accouchement à son utilisation ; une étude au Nigéria avait en effet montré qu'une formation à l'utilisation du sulfate de magnésium permettrait de faire passer le taux de létalité de 15,1% à 3,2% [11].

Le traitement de l'hypertension artérielle sévère dans notre étude faisait appel essentiellement à la nicardipine et à son association avec l'alpha-méthyl dopa. Elle était conforme aux recommandations de certains experts [12]. D'autres auteurs comme Méyé et al [13] et Pambou et al [2] avaient utilisé aussi la nicardipine dans le traitement de l'hypertension sévère de la grossesse. Par contre la nifédipine semble être préférée par Abd El et al [14]. Notre prise en charge de l'HTA diffère cependant de celle des équipes de réanimateurs en Côte d'Ivoire qui avaient utilisé plus souvent la dihydralazine que la nicardipine [5,10]. Pour de nombreux auteurs, la nicardipine constitue la molécule de 1^{ère} intention, car son action vasodilatatrice est celle qui conviendrait dans le traitement de la pré-éclampsie sévère. De plus elle est dénuée d'effets toxiques sur la mère et sur le fœtus [15,16].

2. Prise en charge obstétricale

Au plan obstétrical, la césarienne représentait le mode d'accouchement chez 31,8% des éclampsiques de notre série. Le taux de la césarienne était plus élevé dans la plupart des séries de la littérature où elle variait de 50 à 84,8% [17,6,5,2]. Notre taux plus bas s'expliquerait par une attitude de service qui tend à privilégier la voie basse en cas d'éclampsie. En effet, le manque de médecin anesthésiste-réanimateur au bloc opératoire obstétrical rend difficile la réalisation de l'anesthésie per-opératoire et la prise en charge post-opératoire des éclampsiques. De plus des observations cliniques dans notre pratique ne semblent pas montrer un bénéfice de la césarienne sur la voie basse en terme de létalité lorsque la patiente était en travail. Le déclenchement du travail ne nous semble pas aussi indiqué devant une crise d'éclampsie. La césarienne n'était alors indiquée qu'en cas de souffrance fœtale aiguë ou d'état de mal éclampsique, telle qu'observée dans la présente étude.

3. Pronostic maternel et fœtal

L'évolution des crises d'éclampsie était globalement satisfaisante dans notre série. Nos résultats étaient semblables à ceux d'Agida et al [6] qui avaient noté

un arrêt des crises dans 93,5% des cas. Ils différaient cependant de ceux de Cissé et al [18] qui n'avaient rapporté une évolution satisfaisante des crises que dans 34,6% des cas. Brouh et al [5] pour leur part avaient noté une normalisation des chiffres tensionnels au bout de 6 jours chez 72,5% des patientes, fréquence légèrement inférieure à la notre. De même le retour rapide de la plupart de nos patientes à un état de conscience normale témoignerait d'une efficacité et d'une rapidité du traitement médical, évitant l'apparition de lésions cérébrales irréversibles qui assombrissent le pronostic maternel [5]. Un seul cas de décès maternel était noté dans notre série, soit un taux de létalité inférieur à 1%. Il était nettement meilleur à ceux d'autres séries observés dans les salles d'accouchement où il varie de 4% à 17,9% [15,17,18,2]. En milieu de réanimation la létalité était plus importante avec des taux de létalité variant de 17,4% à 35% [19,5]. Dans les pays développés les crises d'éclampsie sont exclusivement traitées en milieu de soins intensifs avec des taux de létalité faibles, comme dans la série de *Bourret et al* [20] où il était de 2,5%. Ceci montre l'intérêt d'une prise en charge initiale efficace et d'organiser le transfert en milieu de soins intensifs plus tôt [21].

L'état fœtal était marqué par un taux élevé de mortalité périnatale à 27,5% dans notre étude, comme dans la plupart d'autres séries [17,4,2]. Elle est la conséquence d'une décompensation de la souffrance fœtale chronique dès les premières contractions utérines du travail et l'état de prématurité. De plus la plupart des nouveau-nés de mères éclampsiques sont de petit poids, leur poids moyen dans notre série étant de 2032 grammes. Ceci constituait un autre facteur d'extrême fragilité du fœtus.

CONCLUSION

La prise en charge médicale et obstétricale de la crise d'éclampsie en salle d'accouchement avait permis d'obtenir une évolution favorable chez la plupart des patientes dans notre étude. Les protocoles médicaux utilisés avaient montré leur efficacité; mais concernant le traitement des crises, le sulfate de magnésium est relativement peu utilisé. Son usage devrait être amélioré et enseigné aux prestataires exerçant dans les salles d'accouchement. Pour le traitement antihypertenseur, il serait nécessaire de disposer aussi d'antihypertenseur d'action centrale, telle que la Clonidine chaque fois l'association du sulfate de magnésium à la Nicardipine serait contre-indiquée. Par ailleurs, la voie basse devrait être acceptée en

l'absence d'une détresse fœtale ou de toute autre cause obstétricale dans un contexte où l'accès aux soins intensifs en post-opératoire ne serait pas possible. Dans ces conditions, un accent particulier devrait être mis sur la qualité des consultations prénatales, surtout sur le dépistage correct des états hypertensifs.

REFERENCES

- Okereke E, , Tukur J, Ishaku SM, Oginni AB.** Benefits of using magnesium sulphate (MgSO₄) for eclampsia management and maternal mortality reduction: lessons from Kano State in Northern Nigeria. *BMC Res Notes* 2012;5:421. doi: 10.1186/1756-0500-5-421.
- Pambou O, Ekoundzola JR, Malannoat JP, Buambo S.** Prise en charge et pronostic de l'éclampsie au CHU de Brazzaville. A propos d'une étude rétrospective de 100 cas. *Med Afr Noire* 1999;46: 508-12.
- Robson SC.** Hypertension and renal disease in pregnancy. In: Edmonds DK (ed.) *Dewhurst's Textbook of Obstetrics and Gynaecology for postgraduates*, sixth edition. Blackwell science Ltd, London. 1999:166-85.
- Baeta S, Agbere AD, Noutsougan Y, Napo-Koura A.** Mortalité périnatale par éclampsie au CHU-Tokoin (Lomé-Togo): A propos de 91 nouveau-nés. *Tunis Med* 2002;80:278-80.
- Brouh Y, Ndjeundo PG, Tetchi YD, , Pete Y, Yapobi Y.** L'éclampsie en centre hospitalier universitaire en Côte d'Ivoire: prise en charge, évolution et facteurs pronostiques. *Can J Anaesth* 2008;55:423-8.
- Agida ET, Adeka BI, Jibril KA.** Pregnancy outcome in eclampsia at the University of Abuja Teaching Hospital, Gwagwalada, Abuja: a 3 year review. *Niger J Clin Pract* 2010;13:394-8.
- Kharouf M.** L'éclampsie: prévention et traitement en Tunisie. In: *Mise à jour en gynécologie et obstétrique CNGOF 2010 Tome XXXIV*; pp. 497-505.
- Crowther C.** Magnesium sulphate versus diazepam in the management of eclampsia: a randomized controlled trial. *Br J Obstet Gynaecol* 1990;97: 110-7.
- The Collaborative Eclampsia Trial Group.** Which anticonvulsant for women with eclampsia? Evidence from the Collaborative Eclampsia Trial. *Lancet* 1995; 345:1455-63.
- Soro L, Kouamé KE, Brouh Y, Yéo T, Ayé YD.** Analyse de la prise en charge des éclampsies graves

en réanimation au CHU de Yopougon. *Rev Inter Sci Med* 2000; 2: 29–34.

11. **Okonofua FE, Ogu RN, Fabamwo AO, Ujah IO, Chama CM, Archibong EI et al.** Training health workers for magnesium sulfate use reduces case fatality from eclampsia: results from a multicenter trial. 2013;92:716-20.

12. **Diemunsch P, Langer B, Noll E.** Principes généraux de la prise en charge hospitalière de la pré-éclampsie. In: *Prise en charge multidisciplinaire de la pré-éclampsie*. Eds T. Pottecher, D Luton. Elsevier, Paris 2009:95-111.

13. **Méyé J-F.** Traitement des formes graves de la pré-éclampsie à Libreville. In : *Mise à jour en gynécologie obstétrique*. CNGOF 2010, pp.485-495.

14. **Abd El Aal DE, Shahin AY.** Management of eclampsia at Assiut University Hospital, Egypt. *Int J Gynaecol Obstet* 2012;116:232-6.

15. **Aya AGM, Mangnin R, Lalourcey L, Eledjan J-J.** Pré-éclampsie sévère: principales modalités de la prise en charge avant transfert. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1999;25:196-205.

16. **Simonet T, Mathieu de Vienne C, Desmeulles, Dreufus M.** Eclampsie : prévention et traitement. In : *Mise à jour en gynécologie obstétrique*.

CNGOF 2010, pp. 507-516.

17. **Adinma ED.** Maternal and perinatal outcome of eclampsia in tertiary health institution in Southeast Nigeria. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2013; 26(2):211-4.

18. **Cissé CT, Faye Dième ME, Ngabo D, Mbaye M, , Moreau JC.** Indications thérapeutiques et pronostic de l'éclampsie au centre hospitalier universitaire de Dakar. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2003;32: 239-45.

19. **Beye MD, Diouf E, Kane O, Ndoye MD, Seydi A, Ndiaye PI et al.** Prise en charge de l'éclampsie grave en milieu tropical africain. A propos de 28 cas. *Ann Fr Anesth Reanim* 2003;22:25-9.

20. **Bourret B, Compère V, Torre S, Azhougagh K, Provost D, Rachet B et al.** Évaluation de l'utilisation du sulfate de magnésium dans la prévention secondaire de l'éclampsie: étude rétrospective sur 39 cas. *Ann Fr Anesth Reanim* 2012;31:933-36.

21. **Koné M, Horo A, Fanny M, Adjoussou S, Koffi A.** Evaluation du pronostic maternel et fœtal, biologique, clinique, signes de gravité, indication des transferts. In : *Mise à jour en gynécologie obstétrique*. CNGOF 2010, pp. 443-458.