ANNALES DE LA SOGGO

SOCIETE GUINEENNE DE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

Semestriel ▪ Volume 19 ▪ N° 42 (2024)

(GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE, REPRODUCTION HUMAINE)

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

Directeur de publication
Namory Keita
Rédacteur en chef
Telly Sy
Comité de parrainage
Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
Ministre de la Santé
Recteur Université Gamal Abdel Nasser de Conakry
Doyen FMPOS
Secrétaire général CAMES
M Kabba Bah,MP Diallo,RX Perrin,E Alihonou,F Diadhiou, M Kone, JC Moreau, H Iloki, A Dolo, (CAMES)/A Gouazé (CIDMEF), G Osagie (Nigeria), H Maisonneuve (France)
Comité de rédaction
N Keita, MD Baldé, Y Hyjazi, FB Diallo, F Traoré (Pharmacologie), T Sy, IS Baldé
AB Diallo, Y Diallo, A Diallo, M Cissé (Dermatologie), M Doukouré (Pédopsychiatrie), ML Kaba (Néphrologie), OR Bah (Urologie), NM Baldé (Endocrinologie), A Touré (Chirurgie Générale), LM Camara (Pneumo-phtisiologie), B Traoré (Oncologie), DAW Leno, MK Camara
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), OR Diallo(Conakry), A Fournié (Angers), Y Hyjazi (Conakry), N Keita (Conakry), YR Abauleth (Abidjan), P Moreira(Dakar), GY Privat (Abidjan), R Lekey (Yaoundé), JF Meye (Libreville), CT Cissé (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 : la revue adhère aux recommandations de l'ICMJE dont la version officielle actuelle figure sur le site www.icmje.org
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, adressés en deux exemplaires et une version électronique sur CD, clé USB ou par Email à la rédactionaux adresses suivantes :
1. Professeur Namory Keita Maternité Donka CHU de Conakry BP : 921 Conakry (Rép. de Guinée)
Tel. : (224) 664 45 79 50;
Email : namoryk2010@yahoo.fr
2. Professeur Agrégé Telly Sy; Maternité Ignace Deen CHU de Conakry BP : 1263
Conakry (Rép. de Guinée)
Tel.:(224)622217086;(224)664233730
Email : 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 100.000 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 Médicus, 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. 2ème éd. 1992 : 218-225

- Pour un livre : 3. Lansac J, Body G. Pratique de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2ème 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 X

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

Les annales de la SOGGO
Campus Haja Mafory Commune de Dixinn
Conakry BP: 1263
Tel: +224 622217086
Site web: www.annalesdelasoggo.org

Les editions L'Harmattan Guinée
BP: 3470 Conakry
Rue KA 028 Almamya
tel: +224 664289196
site web: www.guinee-harmattan.fr

Date de parution le 21 novembre 2024

Table des matières

ARTICLES ORIGINAUX

Niveau de connaissances des gynécologues Ivoiriens en formation sur les procédures esthétiques vulvo-vaginales.
Aka KE, Zoua AGK, Adakanou AK, Brou AL, Horo A.....1 - 5

Violences sexuelles à Cotonou : aspects médico-légaux thérapeutiques et pronostiques
Dangbemey DP, Bigot C, Ketevi AA Saleh A, Aboubakar M & coll.....6 - 11

Complications périopératoires de la chirurgie obstétricale au CSREF de la commune V du district de Bamako : place de l'urologie.
Diarra A, Traore SO, Doumbia S, Toure K, Tsayem A, Diakite ML .....12 - 15

L'induction du travail sur grossesse à terme au CHU d'Angré : pronostic materno-fœtal à propos de 102 cas
Adjoby R, Koffi SV, Effoh ND, Loba OPJ, Gadji M, Soro NA, Houphouet-Mwandji NBC.....16 - 20

Les hémorragies du dernier trimestre de la grossesse : aspects sociodémographiques, cliniques, prise en charge et pronostic à la maternité de l'hôpital préfectoral de Coyah.
Diallo M H, Diallo A, Diallo FB, Diallo H, Barry AB, Baldé IS, Sy T..... .....21 - 25

Issue de la grossesse sur utérus myomateux au service de gynécologie-obstétrique de l'hopital Ignace Deen du centre hospitalier universitaire de Conakry, Guinée
Conté I, Bah EM, Soumah AFM, Diallo BA, Sylla O, Sylla I, Diallo A, Sy T. .....26 - 31

Prééclampsie dans les hôpitaux de Parakou : risque de survenue de complications maternelles et pronostic en 2022
Obossou AAA, Ogoudjobi OM, Vodouhe MV, Atade R, Zinsou PD & coll.....32 - 37

Problématique du système de référence et contre-référence à la maternité du centre hospitalier universitaire Sylvanus Olympio de Lomé
Douaguibe B, Koffi W, Tongou P,Ajavon DR, Kambote Y, et al..... 38 - 43

Aspects cliniques des troubles de la sexualité chez les femmes majeures au centre hospitalier universitaire de Bogodogo
Sawadogo YA, Kiemtoré S, Ouattara A, Zerbo I, Ouédraogo I & coll. .....44 - 51

Déclenchement du travail d'accouchement à l'ocytocine : indications et déterminants du succès au centre hospitalier universitaire de Brazzaville
Buambo GRJ, Potokoue MSNB, Nionia GVV, Mokoko JC, Eouani MLE, Itoua C..... .....52 - 58

Coeliochirurgie en grossesse et devenir materno-foetal dans deux hôpitaux de la ville de Yaoundé, Cameroun
Noa Ndoua Claude Cyrille, Kiar Awou Carin Glady, Tompeen Isidore, Foumane Pascal..... 59 - 64

CAS CLINIQUE

Pseudohermaphrodisme masculin sur syndrome de testicule féminisant de découverte tardive à propos d'un cas à l'hopital de Segou (Mali)
Traoré T, Coulibaly OS, Kané F, Touré M, Coulibaly AL, Traoré Y.....65 - 69

CONTENTS

ORIGINAL PAPERS

Level of knowledge of ivorian gynaecologists in training on vulvovaginal aesthetic procedures.
Aka KE, Zoua AGK, Adakanou AK, Brou AL, Horo A.....1 - 5

Sexual violence in Cotonou : medico-legal, therapeutic and prognostic aspects
Dangbemey DP, Bigot C, Ketevi AA Saleh A, Aboubakar M & coll.....6 - 11

Perioperative complications of obstetric surgery at the reference health center in 5th municipality of the district of Bamako: place of urology.
Diarra A, Traore SO, Doumbia S, Toure K, Tsayem A, Diakite ML .....12 - 15

Induction of labor in full-term pregnancy at Angré university hospital center : maternal-fetal prognosis in 102 cases
Adjoby R, Koffi SV, Effoh ND, Loba OPJ, Gadji M, Soro NA, Houphouet-Mwandji NBC.....16 - 20

Hemorrhages in the last trimester of pregnancy: epidemiological, clinical aspects, management and prognosis at the maternity ward of the Coyah prefectural hospital.
Diallo M H, Diallo A, Diallo FB, Diallo H, Barry AB, Baldé IS, Sy T..... .....21 - 25

Outcome of pregnancy in myomatous uterus in the gynecology-obstetrics department of the Ignace Deen hospital of the Conakry university hospital center, Guinea
Conté I, Bah EM, Soumah AFM, Diallo BA, Sylla O, Sylla I, Diallo A, Sy T. .....26 - 31

Pre-eclampsia in Parakou hospitals: risk of occurrence of maternal complications and prognosis in 2022
Obossou AAA, Ogoudjobi OM, Vodouhe MV, Atade R, Zinsou PD & coll.....32 - 37

Problems of the referral system and counter-referral to the maternity ward of the Sylvanus Olympio university hospital center in Lome
Douaguibe B, Koffi W, Tongou P, Ajavon DR, Kambote Y, et al..... 38 - 43

Clinical aspects of sexual disorders in adult women at bogodogo university hospital
Sawadogo YA, Kiemtoré S, Ouattara A, Zerbo I, Ouédraogo I & coll. .....44 - 51

Induction of labor with oxytocin: indications and determinants of success at the Brazzaville university hospital center.
Buambo GRJ, Potokoue MSNB, Nionia GVV, Mokoko JC, Eouani MLE, Itoua C.....52 - 58

Laparoscopic surgery in pregnancy and maternal-fetal outcome in two hospitals of Yaounde, Cameroon
Noa Ndoua Claude Cyrille, Kiar Awou Carin Glady, Tompeen Isidore, Foumane Pascal..... 59 - 64

CAS CLINIQUE

Male pseudohermaphroditism due to feminizing testicular syndrome discovered late in a case at Segou hospital (Mali)
Traoré T, Coulibaly OS, Kané F, Touré M, Coulibaly AL, Traoré Y.....65 - 69

Prééclampsie dans les hôpitaux de Parakou : risque de survenue de complications maternelles et pronostic en 2022

Pre-eclampsia in Parakou hospitals: risk of occurrence of maternal complications and prognosis in 2022

Obossou[1] AAA, Ogoudjobi[2] OM, Vodouhe[1] MV, Atade[1] R Zinsou[1] PD, Houehanou[1] C, Sidi[1] IR, Klipezo[1] R, Hounkponou[1] NFM, Salifou[1] K

1-Département Mère Enfant, Faculté de Médecine, Université de Parakou

2-Maternité du Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune de Cotonou

Correspondances : OBOSSOU Awadé Afoukou Achille, Maître de conférences agrégé en Gynécologie Obstétrique Faculté de Médecine, Université de Parakou (Bénin)

Tel : 229 97067852 Mail : achilleobossou@gmail.com

RESUME

Introduction : La prééclampsie (PE) est source de complications maternelles et périnatales graves.

Objectifs : Ce travail vise à évaluer le risque de survenue des complications maternelles et d'étudier le pronostic de la prééclampsie

Méthodes : Il s'est agi d'une cohorte multicentrique, descriptive et analytique avec une collecte prospective des données qui s'est déroulée sur une période de 04 mois allant de Mars 2022 à Juin 2022 dans les services de gynécologie-obstétrique des trois grands hôpitaux de la ville de Parakou au Bénin

L'évaluation du risque de survenue des complications maternelles a été réalisée à partir du modèle miniPIERS

Résultats : La fréquence de la pré éclampsie était de 11,43% (176/1540)

Plus de la moitié (57,39%) des cas de prééclampsie avaient un risque faible de complications maternelles. Onze virgule trente-six pourcents (11,36%) avaient un risque élevé. Il existait une association significative entre les risques de complications et les complications maternelles.

Concernant le pronostic maternel, 40,48% des cas de prééclampsie ont présenté des complications dont 62,27% avant l' accouchement. Ces complications étaient essentiellement l'éclampsie (36%), l'HTA réfractaire (30,67%), l'HRP (18,67%), l'IRA (10,67%). On note 3,41% de décès maternel. Quant au pronostic périnatal, 22,70% des nouveau-nés étaient réanimés et 67,61% avaient des complications périnatales parmi lesquelles le faible poids de naissance (62,18%), la prématurité (49,58%), la SFA (46,22%), la MFIU (17,65%). Le taux de mortalité périnatale était de 26,14%.

Conclusion : Le modèle miniPIERS a montré une bonne performance pour classer les cas de PE à risque élevé de complications

Mots clés : prééclampsie ; complications maternelles ; complications périnatales ; Bénin

SUMMARY

Introduction: preeclampsia (PE) is a source of serious maternal and Perinatal complications

Objectives: this work aims to assess the risk of occurrence of maternal complications and to study the prognosis of preeclampsia

Study methods: this was a multicenter, descriptive and analytical cohort with prospective data collection which took place over a period of 04 months going from March 2022 to June 2022 in the gynecology-obstetrics of three large hospitals in the town of Parakou. The risk of occurrence of maternal complications was assessed using the miniPIERES model.

Results: The frequency of preeclampsia was 11.43%. More than half (57.39%) of preeclampsia cases had a low risk of maternal complications. Eleven-point thirty six percent (11.36%) had high risk. There was a significant association between the risk of complications and maternal complications. Regarding maternal prognosis, 40.48% of cases of preeclampsia presented complications, including 62.27% before delivery. These complications were mainly eclampsia (36%), refractory hypertension (30.67%), HRP (1867%), AKI (10.67%). There is 3.41% maternal death. As for the Perinatal prognosis, 22.70% of new-borns were resuscitated and 67.61 had Perinatal complications including low birth weight (62.18%), prematurity (49.58%), SFA (46,22%), the MFIU (17.65%). The Perinatal mortality rate was 26.14%

Conclusion: The miniPIERES model showed good performance in classifying PE cases at high risk of complications

Keywords : preeclampsia ; maternal complications ; Perinatal complications ; Benin

INTRODUCTION

Les troubles hypertensifs gravidiques touchent environ une femme enceinte sur dix dans le monde et sont une des causes majeures de morbidités aigües sévères, d'incapacités à long terme et de mortalité maternelle et néonatale. [1]. Ils représentent la troisième cause de décès maternel [2]. Parmi ces troubles, la prééclampsie (PE) , survient dans 3% à 5% des grossesses dans les pays développés et dans 7,5 % des grossesses au niveau mondial . En Europe environ 10% des grossesses se compliquent de PE avec une mortalité maternelle de 15% . En Afrique, la prééclampsie est responsable de 30% de décès maternels et 20% de mortalités périnatales [5].

Les morbidités maternelles sont dominées par l'éclampsie, l'hématome retro placentaire (HRP), le HELLP syndrome (Hemolysis Eleveted Liver Enzyme Low Platelets) dont la prise en charge est redoutable pour le praticien ; tandis que les morbidités périnatales sont dominées par le faible poids de naissance, la prématurité et la mort fœtale in utéro [6]

Ce travail s'est proposé d'évaluer le risque de survenue des complications maternelles et d'étudier le pronostic de la prééclampsie dans les trois hôpitaux de référence de la ville de Parakou, la plus grande ville au Nord du Bénin

METHODES

L'étude s'est déroulée au Nord du Bénin, plus précisément dans les services de gynécologie-obstétrique des hôpitaux de la ville de Parakou à savoir : le Centre Hospitalier Universitaire Départemental Borgou/Alibori (CHUD B/A), l'Hôpital d'Instructions des Armées - Centre Hospitalier Universitaire de Parakou (HIA-CHU de Parakou) et l'Hôpital de zone de la Zone sanitaire de Parakou/N'dali (HZ Parakou/N'dali).

Il s'est agi d'une étude observationnelle, descriptive et analytique avec une collecte prospective des données qui s'est déroulée sur la période allant de Décembre 2021 à Octobre 2022. Elle a porté sur l'ensemble des gestantes et accouchées, admises dans les services de Gynécologie-Obstétrique des dits hôpitaux pendant la période d'étude. Ont été incluses donc, toutes les gestantes, accouchées et leurs nouveaux nés chez qui le diagnostic de prééclampsie a été posé et prise en charge dans l'un des hôpitaux identifiés.

Nous avions considéré comme pré éclampsie, l'association d'une hypertension artérielle (pression artérielle systolique =140 mm hg et/ou diastolique =90 mm hg) et d'une protéinurie significative (= 300 mg/24h ou 2 croix à la bandelette urinaire) après 20 semaines d'aménorrhée (SA).

Nous avions réalisé un recrutement exhaustif de toutes les femmes répondant aux critères d'inclusion pendant la période d'étude. Les femmes sélectionnées ont été suivies jusqu'à la fin du séjour à la maternité après accouchement.

Les variables étaient en rapport avec :

-Le pronostic maternel : existence d'une complication maternelle : éclampsie, hématome rétro-placentaire (HRP), œdème aigu du poumon (OAP), insuffisance rénale aigue (IRA), HELLP syndrome, accident vasculaire cérébral (AVC), Coagulation Intra Vasculaire disséminée (CIVD) et le décès

- Le pronostic périnatal : existence d'une complication périnatale : retard de croissance intra utérin, prématurité, faible poids de naissance, hypotrophie, souffrance fœtale aigue (SFA) ou chronique, mort fœtale intra utérine (MFIU), mort-né, mort néonatale précoce.

L'évaluation du risque de survenue de complications maternelles a été réalisée à partir du modèle miniPIERS développé pour les pays à faible niveau de ressources . Ce modèle inclut l'âge gestationnel à l'admission, la parité, la présence de céphalées ou de troubles visuels, une éventuelle dyspnée ou douleur thoracique, des métrorragies associées à des douleurs abdominales, la pression artérielle systolique, la présence d'une protéinurie et la saturation pulsée en oxygène. Le risque de survenue de complications maternelles chez les enquêtées atteintes de prééclampsie a été calculé en ligne à partir du lien https://pre-empt.obgyn.ubc.ca/home-page/past-projects/minipiers/ après que les données cliniques aient été renseignés.

Le résultat du risque calculé est donné en pourcentage (%). Il est interprété comme suit :

* Risque calculé <2,5% : risque faible

*Risque calculé entre [2,5%-25% [: risque intermédiaire

* Risque calculé =25% : risque élevé

Les données ont été collectées à l'aide d'une fiche de dépouillement à partir des dossiers médicaux, les registres d'accouchements puis complétées par des entretiens avec les gestantes et les accouchées.

Après la collecte, les données ont été ensuite exportées sous un format Excel et enfin analysées dans le logiciel Epi-info7.2. Les données quantitatives ont été exprimées en moyenne et écart-type. La médiane a été donnée si la répartition ne suit pas la loi normale. Les données qualitatives sont

exprimées en pourcentage et intervalle de confiance.

Les tests du Khi2 de Pearson, de Fisher et Yates sont réalisés pour analyser les relations entre les variables. Ce travail a été réalisé en conformité avec les normes déontologiques avec le consentement éclairé et l'avis favorable verbal de chacune des participantes. Le secret médical et les droits des participants ont été respectés. Le protocole a été soumis au Comité Local d'Éthique pour la Recherche Biomédicale de l'Université de Parakou (CLERB-UP) pour accord

RESULTATS

-Fréquence de la prééclampsie

Au cours de la période d'étude, dans l'ensemble des services de gynécologie-obstétrique des trois hôpitaux, sur 1540 gestantes et accouchées enquêtées, 176 étaient des cas de prééclampsie soit une fréquence de 11,43%

-Evaluation du risque de survenue de complications maternelles à partir du modèle miniPIERS

Le calcul du risque n'avait pu être effectué pour 4 enquêtées atteintes de PE. Plus de la moitié (57,39%) des cas de prééclampsie avaient un risque faible de complications maternelles. Onze virgule trente-six pourcents (11,36%) avaient un risque élevé. (Tableau I)

Tableau I : Répartition des cas de prééclampsie en fonction du risque de complications selon le modèle miniPIERS

	Effectifs	%
Risqueselon miniPIERS en %		
[0-2,5[	101	57,39
[2,5-25[	51	28,98
>=25	20	11,36
Non précisé	4	2,27
Total	176	100,00

-Relations entre le risque de complications maternelles calculé à partir du modèle miniPIERS et les complications maternelles observées

Il existait une association significative entre le risque de complications selon le modèle de miniPIERS et les complications maternelles observées. On en déduit que plus le risque augmente, plus la probabilité de survenue des complications augmente. (Tableau II)

Tableau : Relations entre les classes de risque de complications maternelles calculés à partir du modèle minipiers et les complications maternelles observées

	Complications maternelles				Chi 2	P-value
	Oui Effectifs	%	Non Effectifs	%		
Risque faible					87,24	<0,001
Oui	12	11,88	89	88,12		
Non	59	83,10	12	16,90		
Risque intermédiaire					39,21	<0,001
Oui	39	78,00	11	22,00		
Non	32	26,23	90	73,77		
Risque élevé					24,50	<0,001
Oui	19	95,00	1	5,00		
Non	52	34,21	100	65,79		

-Évaluation de la Sensibilité, la Spécificité, la valeur prédictive positive et la valeur prédictive négative du modèle miniPIERS

La spécificité la plus grande du modèle miniPIERS (99,01%) est obtenue pour la classe de risque élevé pendant que la sensibilité la plus élevé (88,12%) est obtenue pour la classe de risque faible. (Tableau III)

Tableau : Sensibilité, Spécificité, Valeur prédictive positive et la valeur prédictive négative du modèle **miniPIERS** en fonction des niveaux de risque

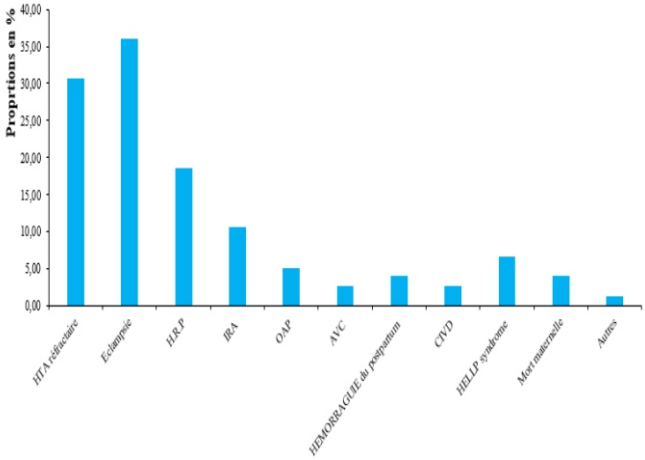
	VP	VN	FP	FN	Sensibilité (%)	Spécificité (%)	Valeur prédictive positive (%)	Valeur prédictive négative (%)
Risque faible	89	59	12	12	**88,12**	**83,10**	88,12	83,10
Risque inter-médiaire	39	90	12	32	**54,93**	**89,11**	78,00	73,77
Risque élevé	19	100	1	52	**26,76**	**99,01**	95	65,79

Complications maternelles

Les complications maternelles étaient observées chez 41,48% des enquêtées atteintes de PE. Soixante virgule vingt-sept pour cent (60,27%) des complications étaient survenues avant l'accouchement et 39,73% après l'accouchement

Les complications les plus observées étaient l'éclampsie à 36% et l'HTA réfractaire à 30,67%. (Figure 1)

Figure 1 **:** Répartition des cas de prééclampsie en fonction des différents types de complications maternelles



Complications maternelles de la prééclampsie dans les 3 hôpitaux de Parakou en 2022

-Complications périnatales

*Réanimation néonatale, nouveaux nés transférés en néonatologie et fréquence des complications périnatales

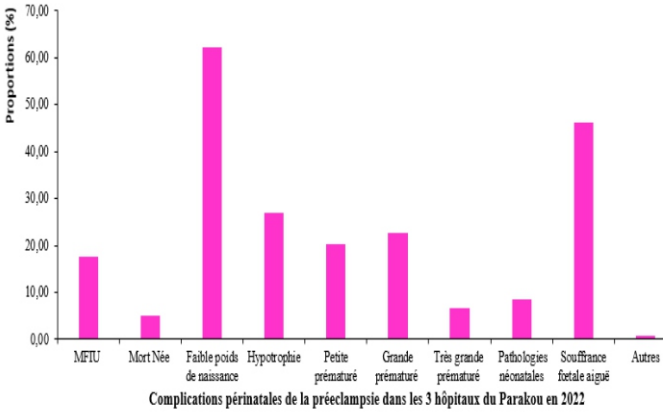
Vingt-deux virgule sept pourcent (22,7%) des nouveaux nés ont été réanimés. Plus de la moitié (60,12%) des nouveaux nés étaient transférés en néonatologie. La fréquence des complications périnatales était de 67,61%. (Tableau IV)

Tableau IV : Répartition des naissances des cas de prééclampsie en fonction de la réanimation néonatale, le transfert en néonatologie et la fréquence des complications périnatales

	Effectifs (N=176)	**Proportions en %**
Réanimation néonatale (N=173)		
Oui	37	22,70
Non	126	77,30
Transfert en néonatologie (N=173)		
Oui	98	60,12
Non	65	39,88
Complications périnatales (N=176)		
Oui	119	67,61
Non	57	32,39

*Les différents types de complications périnatales

Les complications les plus enregistrées étaient le faible poids à la naissance (62,18%), la prématurité (49,58%) et la souffrance fœtale aigüe (46,22%). (Figure 2)



Complications périnatales de la prééclampsie dans les 3 hôpitaux du Parakou en 2022

Figure 2**:** Répartition des cas de prééclampsie en fonction des différents types de complications périnatales

Issue de la prééclampsie

* État de la mère à la sortie

A la sortie le taux de décès maternel était de 3,41% (6/176)

* État nouveau-né à la sortie

Le taux de mortalité périnatale était de 26,14% (46/176). Parmi les décès périnatals, 45,65% (21/46) étaient des MFIU, 13,04% (6/46) des mort-nés et 41,31% (19/46) des décès néonatals précoces.

DISCUSSION

La prévalence de la prééclampsie varie selon les auteurs en fonction du niveau économique du pays. Elle survient dans 3% à 5% des grossesses dans les pays développés [3]. Dans notre étude, nous avons retrouvé une fréquence de 11,43% de prééclampsie chez les gestantes admises dans les hôpitaux. Ahmed et al [10] au Maroc en 2016 avaient trouvé une fréquence de 7%. Des fréquences similaires ou plus élevées avaient été rapportées dans d'autres études hospitalières en Afrique : Coulibaly et al. en Côte d'ivoire en 2014, 12,3% ; Boiro et al. au Sénégal en 2018, 15,3% ; Essola et al [12] au Gabon en 2019, 18,9%. La prééclampsie pose un problème de santé publique surtout en Afrique subsaharienne.

- Evaluation du risque de survenue des complications maternelles de la prééclampsie selon le modèle miniPIERS

Parmi les 176 cas de prééclampsie, 11,36% avaient un risque élevé de développer une complication maternelle selon le modèle. Payne et al. en 2014 ont retrouvé 5,17% sur les 2081 cas de PE, qui avaient un risque élevé de complication dans leur cohorte prospective multi-pays.

Dans notre étude, une sensibilité de 26,76% du

modèle minipiers a été obtenue pour la classe de risque élevé (probabilité prédite = 25 %) avec une spécificité de 99,01%. L'utilisation d'un seuil de probabilité prédite = 25 % pour définir un test positif par Payne et al. dans une méta-analyse a classé les femmes avec sensibilité de 41,4 % et une spécificité de 91,9 % (précision de 85,5 %). Les limites de l'étude de Payne et al. étaient les critères d'inclusion larges de tout trouble hypertensif de la grossesse. Cette approche large avait été utilisée pour optimiser la généralisabilité du modèle avec un optimisme moyen de 0,037.

La valeur prédictive positive pour la classe de risque élevé dans la présente étude était de 95%. Elle est supérieure au 42,2% obtenu par Payne et al. .Le modèle miniPIERS a donc une bonne performance pour classer les enquêtées atteintes de PE qui avaient un risque élevé d'avoir une complication maternelle chez nous.

Dans la présente étude, nous avons retrouvé 40,48% de complications maternelles proche des 43,6% retrouvé par Tshabu et al. à Porto-Novo en 2017. Par contre de Tchaou et al. , dans leur série en 2012 ont trouvé un résultat plus faible (28,1%). La prééclampsie est connue comme une pathologie grave souvent associe à un retentissement maternel. Les types de complications que nous avons enregistré étaient essentiellement l'éclampsie (36%), l'HTA réfractaire (30,67%), l'HRP (18,67%), l'IRA (10,67%), le HELLP syndrome (6,67%), l'OAP (5,13%) et l'hémorragie du post partum (4%). L'AVC et la CIVD étaient retrouvés dans 2,67% des cas. Dans le même hôpital en 2012, la première complication selon Obossou et al [15] était l'éclampsie à 45,5%. Tchente et al. au Cameroun en 2015 ont retrouvé comme complications fréquentes : l'IRA (13,2%), le HELLP syndrome (12,6%), l'infection (8,2%), l'HRP (3,8%) et l'OAP (3,8%). Pour Randrianarivony et al. au Madagascar en 2018, 13,3% des cas de PE avaient développé une éclampsie, 9,5% l'HRP, 12,4% avaient évolué vers un HELLP syndrome, 1,9% une CIVD et 6,7% l'OAP. Ces mêmes complications maternelles (l'éclampsie, l'OAP, une HRP, une hémorragie de la délivrance, l'IRA, la CIVD, et le HELLP syndrome) sont les plus rencontrées dans la plupart des études sur la prééclampsie mais à des proportions différentes. Les complications maternelles défavorables de PE sont bien multiformes, ce qui impose une prise en charge rapide et efficace.

Plus de la moitié (60%) des nouveaux nés étaient transférés en néonatologie dans notre étude. Cette proportion est plus élevée que celle rapportée par Ndiaye et al. au Sénégal en 2017 qui ont retrouvé 36,5% des nouveau-nés transférés en néonatologie. Cela pourrait s'expliquer par le fait que contrairement à d'autres pays, en dehors des indications habituelles de transfert en néonatologie, au Bénin, tout accouchement par césarienne ou d'une mère porteuse de pathologies associées à la grossesse constitue une indication pour un transfert en néonatologie.

Dans la présente étude, la fréquence des complications périnatales était de 68%. Le taux de morbidité périnatale retrouvé à Porto-Novo en 2017 par Tshabu et al. était de 49,7% contre 30,6% selon Ahmed et al [10] en 2016 au Maroc. La morbidité périnatale varie selon les études en fonction du niveau socio-économique de chaque pays

Au rang des complications fœtales et néonatales, nous avons 42,05% de faible poids de naissance, 33,52% de prématurité, 31,25% de souffrance fœtale aigue, 11,93% de MFIU, 18,18% d'hypotrophie et 5,68% de pathologie néonatale. Pour Boiro et al. au Sénégal en 2018, les complications néonatales étaient dominées par la prématurité à 66%. Dans la série de Tshabu et al. à Porto-Novo en 2017, la prématurité (39,8%), la détresse néonatale immédiate (28,2%) et la souffrance fœtale aigue (13,3%) étaient les complications les plus fréquentes. A Madagascar en 2012, les complications les plus observées par Lalanirina D étaient 35,05% de prématurité, 25,77% d'hypotrophie, 12,37% de SFA et 11,34% de MFIU. Plusieurs auteurs ont retrouvé les mêmes complications mais à des proportions diverses. Cela atteste le caractère de grand pourvoyeur de complications périnatales qu'est la PE. Le fort taux de MFIU observé dans la plupart des travaux interpelle le personnel de santé sur la qualité de la prise en charge de la PE car la mauvaise surveillance materno-fœtale des gestantes hospitalisées et le retard de la prise de décision d'interrompre la grossesse sont les causes les plus fréquentes de cette mortalité intra utérine.

Dans notre étude réalisée à Parakou, le taux de décès maternel était de 3,41%. Tchaou et al. qui avaient travaillé dans la même ville que nous en 2012, avaient retrouvé une mortalité de 6,8%. Ce chiffre permet de constater que la mortalité maternelle liée à la prééclampsie reste élevée dans notre région mais connait néanmoins une diminution au fil des années. Cela démontre l'objectivité des efforts fournis par les systèmes sanitaires dans le but de réduire la mortalité maternelle.

Le taux de mortalité périnatale était de 26,14%. Il semble égaler les 25,4% retrouvé par Tchaou et al. en 2012 dans la même ville. Notre résultat parait supérieur à ceux retrouvé par Tchente et al. au Cameroun en 2015 et Boiro et al. au Sénégal en 2018 qui ont trouvé respectivement des taux de 21,5 % et 22,7 %. Par contre, il est nettement inférieur aux 32,9% de Ndiaye et al. au Sénégal en 2017 et 60% de

Randrianarivony et al. au Madagascar 2018. La différence dans la méthodologie utilisée par chaque auteur pourrait expliquer cette fluctuation de valeur. Notre cohorte prospective multicentrique nous garantit une certaine fiabilité.

CONCLUSION

La prééclampsie demeure un problème de santé publique surtout en Afrique avec de multiples complications maternelles et périnatales. Le modèle miniPIERS évalué a montré une bonne performance pour classer les cas de PE à risque élevé de complications (probabilité prédite = 25 %). Son introduction dans nos pratiques reste intéressante pour classer les gestantes atteintes de PE afin d'anticiper sur la survenue d'issue maternelle défavorable en vue de prévenir les retards de prise en charge.

REFERENCES

1. **Steegers EA, von Dadelszen P, Duvekot JJ, Pijnenborg R.** Pre-eclampsia. Lancet 2010 ; 376(9741) :631–44 doi: 10.1016/S0140-6736(10)60279-6

2. **OMS-UNICEF-UNFPA.** Recommandations pour la pratique clinique des soins obstétricaux et néonatals d'urgence en Afrique, guide du prestataire ; Troisième édition (2018), 154p

3. **Thi Chien T.** Impact des facteurs environnementaux sur la survenue d'une pré-éclampsie sévère. Thèse méd, Université Paris-Saclay 2016; 289P

4. **Dahlstrøm BL, Ellström Engh M, Bukholm G, Qian P.** Changes in the prevalence of pre-eclampsia in Akershus County and the rest of Norway during the past 35 years. Acta Obstet Gynecol Scand 2006; 85(1):916-21

5. **Thiam M, Goumbala M, Gnin S, Fall P, Cellier J, Perret J.** Pronostic maternel et foetal de l'association hypertension et grossesse en Afrique Subsaharienne (Sénégal). J Gynecol Obstet Biol Reprod 2003 ;32(1): 35-8.

6. **Lansac J, Magnin G.** Hypertension et grossesse. Dans?: Obstétrique, collection pour le praticien .5è éd. Paris?: Masson?; 2008. p.161-72.

7. **Payne BA , Hutcheon JH , Ansermino JM , Hall DR , Bhutta ZA , Bhutta SZ et al.** Risk prediction model for the assessment and triage of women with hypertensive disorders of pregnancy in low-resourced settings: the miniPIERS [Pre-eclampsia Integrated Estimate of RiSk] multi-country prospective cohort study. PLoS Med 2014 ;11(1):e1001589. Doi: 10.1371/journal.pmed.1001589

8. **Obgyn,** prééclampsie. MiniPIERS **calculator**. [En ligne]. Disponible sur https://pre-empt.obgyn.ubc.ca/home-page/past-projects/minipiers/

9. **Coulibaly KT, Abhé CM , Binlin-Dadié R et al.** Les complications de la prééclampsie en réanimation polyvalente du CHU de Cocody (Abidjan-RCI). Rev Afr Anesth Med Urgence 2014; 19 (1): 1-7. Url : https://web-saraf.net/Les-complications-de-la-pre.html

10. **Ahmed TB, Youness B, Sakher M, Naima S.** Epidémiologie de la prééclampsie dans la région du grand Casablanca (Maroc) Pan African Medical Journal 2019 ; (2) Doi: 10.11604/pamj-cm.2020.2.112.20677

11. **Boiro D, Faye PM, Dieng A, Ndongo AA, et al.** La pré-éclampsie : quelles complications chez le nouveau-né ? J Pédiatrie Puériculture 2018 ;31(6) : 282-6.

12. **Essola L, Ifoudji MA, Assoumou P et al.** Pré éclampsie sévère et ses complications en réanimation au CHU de Libreville: Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. Rev Afr Anesth Med Urg 2019; 24 (1): 18-22.

13. **Tshabu-Aguemon C, Ogoudjobi OM et al.** Journal de la Société de Biologie Clinique du Bénin 2017 ; 27 ; 59-64

14. **Tchaou BA, Salifou K, Hounponou FM, Hountovo S, ChobliM.** Prise en charge de la prééclampsie sévère dans l'Hôpital Universitaire de Parakou (Bénin). Soc Anesth Reanim Afr Noire franc 2012?; 17(2)?: 1-17.

15. **Obossou AAA, Salifou K, Hounkpatin B, Adisso S et al.** Aspects épidémiologiques et pronostiques de la prééclampsie sévère à la maternité du centre hospitalier départemental du Borgou (CHD/B) à Parakou (Bénin). Sciences de la santé 2012 ; 2(2)?:1-3.

16. **Tchente Nguefack C. Belley Priso E. Halle Ekane G. Fofack Tsabze LJ et al.** Complications et prise en charge de la prééclampsie sévère et de l'éclampsie à l'hôpital général de Douala?; Revue de Médecine et de Pharmacie 2015?; 5(1)?: 483-490. Url : https://www.ajol.info/index.php/rmp/article/view/122987

17. **Randrianarivony MSE.** Pronostic et facteurs associés à l'apparition précoce des Prééclampsie à la maternité Befelatanana. Thèse méd, Université d'Antananarivo, 2018 N° 9221.

18. **Ndiaye O, Fafa Cissé D, Guèye M, Boiro D, Cissé Bathily A, Sèye PI et al.** Complications fœtales et néonatales de la pré-éclampsie sévère et de l'éclampsie. Etude rétrospective à la maternité et au service de néonatologie du Centre Hospitalier Abass Ndao de Dakar (Sénégal)?; J Afr Pediatr Genet Med 2017 ; 1(2):10-14.

19. **Lalanirina D**. Issues materno fœtale de la pre eclampsie au CHU de gynécologie obstétrique Befelatanana [thèse Med]. Madagascar , Université d'Antananarivo ?, 2012 , N° 8436 , 96p