

Pré éclampsie et ses complications : quelle prise en charge en Afrique

Pre-eclampsia and its complications: what care in Africa

Otiobanda G F

Université Marien Ngouabi, Faculté des Sciences de la Santé

Service de réanimation polyvalente du CHU de Brazzaville

Auteur correspondant : Gilbert Fabrice Otiobanda. E-mail : otiobandagilbertfabrice@yahoo.fr

La pré-éclampsie (PE) se définit cliniquement par l'association d'une hypertension artérielle gravidique (PAS 140 mmHg et / ou PAD 90 mmHg) et d'une protéinurie massive > 300 mg/24h survenant à partir de la 20^{ème} semaine d'aménorrhée (SA) [1]. La pré éclampsie sévère (PES) constitue une complication relativement fréquente de la grossesse [1]. Son évolution peut être marquée par la survenue de complications qui constituent des urgences menaçant à la fois le pronostic vital maternel et fœtal [2]. L'éclampsie, complication neurologique redoutable de la PE, se définit par l'existence de convulsions généralisées et/ou de troubles de la conscience, survenant typiquement au cours du troisième trimestre de la grossesse ou dans le post-partum, dans un contexte de PE, et ne pouvant être rapportées à un problème neurologique préexistant [3]. Dans le monde, la pré-éclampsie et l'éclampsie touchent près de 3 % des femmes enceintes et représentent près de 15% des décès liés à la grossesse. Elles constituent la troisième cause de mortalité maternelle dans le monde. Dans les pays industrialisés, leur incidence est faible de l'ordre de 0,5 à 2 % et s'explique par une meilleure prise en charge multidisciplinaire impliquant le gynécologue obstétricien, l'anesthésiste-réanimateur et la néonatalogie [2,4,5]. Dans les pays en développement, ces pathologies sont responsables d'une forte morbi- mortalité maternelle et fœtale demeurant ainsi, un problème majeur de santé publique [2]. En Afrique, la prévalence de cette entité pathologique en réanimation varie entre 12,3 et 29,7 % [2, 4-8]. Elle touche une population de parturientes jeunes avec un âge moyen oscillant entre 21 et 26,4 ans [2,4-7,9]. La majorité des parturientes sont non scolarisés [5,8,10]. La notion de pré éclampsie antérieure et l'obésité sont les antécédents les plus retrouvés dans les pays en voie de développement en général, et en Afrique en particulier [2,5]. D'autres auteurs rapportent des antécédents d'hypertension artérielle et de diabète dans leur population d'étude [10]. Le suivi irrégulier de la grossesse, défini ici par un nombre de

consultation prénatale inférieur ou égal à trois, était un des facteurs associés à la survenue de la PES et ses complications [2,5,7,10]. En effet, une consultation prénatale de qualité, caractérisée par la réalisation d'au moins quatre consultations et trois échographies, permet de dépister précocement les grossesses à risque potentiel de PES et d'initier une prise en charge adaptée afin de prévenir la survenue de complications qui vont mettre en jeu le pronostic vital de la parturiente. Les primigestes-nullipares ou primipares sont les plus sujettes de risque de survenue de PE. Plusieurs études africaines retrouvent ces mêmes tendances [2,4,5,11]. Cliniquement, les études africaines retrouvent une PAS moyenne non invasive variant entre 149,4 et 182,2 mmHg et une PAD de 92,4 à 117,1 mmHg [2,4,5,7]. Le score de Glasgow moyen est compris entre 10 et 13,2 % en fonction de la population d'étude concernée [2,5,7]. La prise en charge de la PES repose avant tout sur l'évacuation utérine. Cette évacuation se fait soit par voie haute (césarienne) soit par voie basse. En Afrique, la pratique de la césarienne en urgence était le mode d'accouchement le plus retrouvé dans plusieurs études avec des taux supérieurs à 50 % [3,7,8,10]. Cependant, au Bénin, l'on n'a recouru à la césarienne que dans 41,7 % des cas [5]. Le traitement symptomatique consiste à recourir à un anti-hypertenseur et un anti convulsivant. L'antihypertenseur utilisé était la nicardipine seule ou en association avec la clonidine [2-4,7]. Concernant l'anti convulsivant, le protocole de Sulfate de Magnésium était le plus utilisé [2-4,7,10]. Le sulfate de magnésium procure une diminution rapide des chiffres tensionnels et une réduction des récurrences. Dans l'éclampsie il assure une nette réduction de la morbi-mortalité des patientes grâce à l'amélioration rapide des paramètres cliniques et biologiques [12]. D'autres anticonvulsivants étaient administrés notamment le Diazépam ou le phénobarbital le plus souvent en association avec le sulfate de magnésium.

La réalisation d'une intubation trachéale et ventilation mécanique s'observaient dans 4,7 à 42,5 % des cas selon les séries. Les indications étaient dominées par les détresses neurologiques et/ou respiratoires [2,7,8]. L'évolution de cette entité pathologique est le plus souvent émaillée de complications dominées par l'éclampsie, le HELLP syndrome, l'hématome rétroplacentaire, l'insuffisance rénale, l'OAP, etc. Zima Zué et al rapportaient une fréquence de 4,1 % de HELLP syndrome en réanimation [13]. Bien que rare, l'ischémie hépatique est exceptionnellement décrite. Wade KA a rapporté le cas d'une patiente porteuse d'une grossesse gémellaire de 20 SA compliquée

d'éclampsie, de HELLP syndrome et d'un infarctus hépatique avec évolution favorable au bout de 16 jours de prise en charge en réanimation [14]. La mortalité liée à la PES et ses complications reste élevée dans les pays en Afrique. Elle varie de 5,9 à 31 % selon les études, faisant ainsi de cette pathologie un problème de santé publique [2-5,7,8]. Le déficit en ressources humaines, l'insuffisance du plateau technique permettant une surveillance armée et stricte de parturientes en réanimation, sont les éléments qui pourraient expliquer cette mortalité élevée en Afrique. D'autres facteurs, à savoir le bas niveau de scolarité, le bas niveau socioéconomique, le mauvais suivi des grossesses contribuent à l'augmentation de l'incidence et de la morbidité liée à la PE et ses complications.

Références :

1. **SFAR** Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. Réanimation des formes graves de pré éclampsie. Conférence d'experts. Paris : Elsevier, 2000.
2. **Essola L, Ifoudji Makao A, Ayo Bivigou E, Ngomas JF, Manga F, Assoumou P, Sima Zué A.** Pré éclampsie sévère et ses complications en réanimation au CHU de Libreville : Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. Rev Afr Anesthésiol Med Urgence 2019 ; 24 (1) : 18-22.
3. **Bonkougou PZ, Bako YP, Simporé A, Savadogo S, Kinda B et col.** L'éclampsie en Réanimation : épidémiologie et pronostic au CHU Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou. Rev Afr Anesthésiol Med Urgence 2014 ; 19 (1) : .
4. **Barboza D, Coulibaly S, Traoré MM, Leye PA, Diaw M et col.** Prise en charge de l'éclampsie en réanimation dans un hôpital périphérique. Rev Afr Anesthésiol Med Urgence 2018 ; 23 (1) : 40-6.
5. **Tchaou BA, Salifou K, Hounkponou FM, Hountoyo S, Chobli M.** Prise en charge de la pré-éclampsie sévère dans l'hôpital universitaire de Parakou (Bénin). Rev Afr Anesthésiol Med Urgence 2012 ; 17 (2)
6. **Nzoghé NP.** Quelle gestion des éclampsies dans les services de réanimation en Afrique ? Rev Afr Anesthésiol Med Urgence 2018 ; 23 (1) : 1-2.
7. **Kéita M, Dicko H, Diallo B, Mariane Dieuba T, Traoré S et col.** L'éclampsie en réanimation polyvalente au Centre Hospitalier et Universitaire du Point G : prise en charge, évolution et facteurs pronostics. Rev Afr Anesthésiol Med Urgence 2017 ; 22 (3) : 33-40.
8. **Coulibaly KT, Abhé C, Ouattara A, Yapi N, Assa N, Binlin-Dadié R, Brouh Y.** Les complications de la pré-éclampsie en réanimation polyvalentes du CHU de Cocody (Abidjan-RCI). Rev Afr Anesthésiol Med Urgence 2014 ; 19 (1).
9. **Otiobanda GF, Itoua C, Ossou-Nguiet PM, Ndinga GH, Ellenga-Mbolla FB et col.** L'éclampsie en réanimation polyvalente au CHU de Brazzaville : aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs. Rev. Cames santé. 2013 ; 1 : 46-50.
10. **Diop Th M, Dembélé AS, Mangane M, Almeimoune A, Coulibaly. M et col. Diango M.D.** Aspects épidémiologiques et cliniques des complications de la pré-éclampsie au service de réanimation du CHU Gabriel Touré (Bamako). Rev Afr Anesthésiol Med Urgence 2017 ; 22 (3) : 57-60.
11. **Bula-Bula IM, Kabuni P, Mbungu R, Lelo M, Babakazo D, Kilembé MA.** Le rôle du stress lié à la grossesse dans la survenue de la pré-éclampsie. Rev Afr Anesthésiol Med Urgence juillet 2014,
12. **Goita D, Samaké BM, Traoré TKE, Mounkoro N, Diallo DA.** Sulfate de magnésium versus association antihypertenseurs-diazépam dans la prise en charge des éclampsies. Rev Afr Anesthésiol Med Urgence 2012 ; 17 (2).
13. **Wade KA.** Infarctus hépatique hémorragique au cours d'une pré-éclampsie à propos d'une observation. Rev Afr Anesthésiol Med Urgence 2014
14. **Sima Zué A, Bang Ntamack JA, Mandji Lawson JM et col.** Le HELLP syndrome : à propos de neuf cas traités dans une unité de réanimation obstétricale gabonaise. Rev Afr Anesthésiol Med Urgence juillet 2011