

Sosthène Adisso - Recherche en Santé de la Reproduction

L'éclampsie à la maternité du CHDU de Parakou Bénin
Incidence et létalité

Justin Atade*, Sosthène Adisso**

* Maternité du Centre Hospitalier Départemental Universitaire de Parakou, 02 BP 646, Parakou (Bénin)

** Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique (CUGO), CNHU « HKM » 03BP2855 Cotonou (Bénin).

Atade J, Adisso S. L'éclampsie à la maternité du CHDU de Parakou Bénin. Incidence et létalité. *Fondation Genevoise pour la Formation et la Recherche Médicales*. 23 Août 2006. http://www.gfmer.ch/Membres_GFMER/pdf/Eclampsie_Adisso_2006.pdf

RESUME

L'incidence de l'éclampsie à la maternité du CHDU (Centre Hospitalier Départemental et Universitaire) de Parakou dans la période du 1^{er} Janvier 2002 au 30 Octobre 2005 est 0,73%. Le pronostic maternel est donné par 4 décès sur 39 cas d'éclampsie soit un taux de létalité de 10,25% et de mortinatalité estimé à 28,12%. L'insuffisance de survie prénatale est le principal facteur favorisant. L'utilisation des services de soins obstétricaux par les gestantes, l'amélioration de la prévention et de la prise en charge de l'éclampsie sont des stratégies qui permettront de réduire l'incidence et le pronostic maternel et fœtal de cette affection.

Mots-clés : Eclampsie - Incidence – Létalité – Mortinatalité.

1. INTRODUCTION

L'éclampsie est la deuxième cause de décès maternel après les hémorragies du post-partum au Bénin. Elle constitue l'une des urgences obstétricales les plus difficiles à prendre en charge à la maternité de l'hôpital de Parakou. Les décès maternels liés à cette affection devraient diminuer si des soins prénatals étaient suffisamment offerts. A cause d'un manque de soins prénatals, et une prise en charge correcte le pronostic maternel et fœtal de l'éclampsie demeure sombre dans nos centres de santé. Quels sont au niveau de la maternité du CHDU-B (Centre Hospitalier Départemental et Universitaire du Borgou) l'incidence, le pronostic maternel et fœtal de l'éclampsie ? Par quelles stratégies améliorer le pronostic de cette affection ?

2. MATERIELS ET METHODES

Notre étude est rétrospective et couvre la période du 1er Janvier 2002 au 30 Octobre 2005.

Toutes les patientes hospitalisées pour l'éclampsie dans cette période sont incluses.

A l'aide des registres de l'unité de réanimation et des dossiers des patientes tous les cas d'éclampsie ont été répertoriés et analysés.

Les variables suivants ont été étudiés âge, parité, le moment de survenue de l'éclampsie par rapport à la grossesse, le mode d'accouchement, la pression artérielle à l'admission, les complications au cours de l'hospitalisation et des soins, le pronostic maternel et fœtal, le niveau d'instruction des patientes, le mode d'accouchement.

3. RESULTATS

3.1 Incidence de l'éclampsie

Pour 5160 accouchements effectués dans la période du 1^{er} /01/2002 au 30/10/05, 39 éclampsies ont été dénombrées soit une incidence de 0,73%

3.2 Profil des patientes

TABLEAU 1 . Répartition des patientes par tranche d'âge

Age (ans)	Nombre d'éclampsie	Pourcentage (%)
< 20	18	46,15
21 -25	08	20,53
26 – 30	04	10,25
31 – 35	03	07,69
> 35	06	15,38
TOTAL	39	100

TABLEAU 2 : Répartition des patientes selon la parité

Parité	Nombre d'éclampsie	Pourcentage (%)
1	26	66,68
2-3	6	15,38
4-5	4	10,25
6	3	07,69
TOTAL	39	100

TABLEAU 3 : Répartition des patientes selon la période de survenue de l'éclampsie par rapport à la grossesse.

Eclampsie	Nombre	Pourcentage (%)
Ante partum	19	48,71
per partum	13	33,34
Post-partum	07	17,95
TOTAL	39	100

TABLEAU 4 : Répartition des patientes en fonction du niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Nombre d'éclampsie	Pourcentage (%)
Non scolarisées	19	48,73
Primaire	14	35,89
Secondaire	06	15,38
TOTAL	39	100

TABLEAU 5 : Eclampsie et consultation prénatale

Nombre de consultation prénatale	Nombre d'éclampsie	Pourcentage (%)
0	13	33,34
1	09	23,07
2	07	17,95
3	05	12,82
4	02	05,12
Non précisé	3	07,19
TOTAL	39	100

3.3 Eclampsie et mortinatalité

TABLEAU 6 : Eclampsie et Mortinatalité

	Nombre de décès	Pourcentage
Mort ante partum	6	18,75
Mort per partum	3	9,37
Eclampsie ante et per partum	32	28,12

3.4 Eclampsie et mode d'accouchement

TABLEAU 7 : Eclampsie et mode d'accouchement

Mode d'accouchement	Nombre d'éclampsie	Pourcentage (%)
Accouchement par voie basse	23	58,97
Césarienne	16	41,03
TOTAL	39	100

4. DISCUSSION

L'incidence de l'éclampsie à la maternité du Centre Hospitalier Départemental et Universitaire du Borgou à Parakou est de 0,73%. Cette incidence est variable d'une région à l'autre selon différentes études : 0,12% au CHU de Libreville [3] et 0,14% au Botswana [5]. Si l'incidence de l'éclampsie de notre série est plus élevée que celle citées ci-dessus, elle est par contre inférieure à celle notée par AKPADZA et Coll. [1] 0,92% au CHU de Tokoin-Lomé.

Dans notre étude le taux de létalité de 10,25% est inférieur à celui noté par PRUAL et al. [6] soit 18,4%. Dans la majorité des cas, 66,67%, l'éclampsie survient chez les patientes jeunes ayant entre 17 et 25 ans contrairement à FAYE [3]. Nos patientes sont en majorité des primipares 66,66% et dans 48,73% des cas, elles ne sont pas instruites. La surveillance prénatale joue un rôle important dans l'incidence de l'éclampsie. Dans notre série, plus le nombre de consultations prénatales est élevé, plus la fréquence de l'éclampsie est faible. La déficience de consultation prénatale justifie la prédominance de l'éclampsie anté-partum 48,71% dans notre série, et 49,30% avec AKPADZA [1]. Dans 25,65% des cas, l'éclampsie se complique au cours de l'hospitalisation.

L'accouchement par voie basse a été noté chez 23 patientes contre 16 cas de césarienne. Les césariennes ont été réalisées dans un but de sauvetage foetal à une période de viabilité 32e à la 36e semaine d'aménorrhée. Aucune césarienne n'a été réalisée dans le but d'évacuer l'utérus pour conforter l'état maternel puisque des patientes ont développé l'éclampsie en post-partum tardif [1].

Nous avons enregistré 4 décès dans un contexte de : HELLP Syndrome 1 cas, insuffisance rénale avec oligo anurie 1 cas, œdème aigu du poumon 1 cas, état de mal éclampgique 1 cas. La forte mortalité 28,12% de notre série et qui caractérise l'éclampsie [1] appelle d'une part une vigilance devant cette urgence médico-obstétricale et indique d'autre part la césarienne de sauvetage foetal [1,3, 4].

Pour réduire l'incidence, et le pronostic maternel et foetal de l'éclampsie, il faut persuader les gestantes à utiliser les services de consultations prénatales et rendre disponibles les ressources nécessaires à la prise en charge de la pré éclampsie sévère.

5. CONCLUSION

L'incidence de l'éclampsie à la maternité du CHDU de Parakou est de 0,73% avec un taux de létalité de 10,25%. La période anténatale est le moment privilégié de survenue de l'éclampsie avec un taux de mortinatalité à 28,12%. La réduction de l'incidence de l'éclampsie et de son taux de létalité passe par la nécessité d'améliorer le taux de suivi prénatal par la sensibilisation des gestantes sur les signes d'alarme de la pré éclampsie : violents maux de tête, vision floue, œdème généralisé, la formation des agents de santé à la prise en charge des pré éclampsies graves, et enfin la disponibilité permanente des ressources de prise en charge de l'éclampsie en tant qu'une urgence de réanimation en obstétrique.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. AKPADZA. K, BAETA. S., KOTOR. K. T, HODONOU A. K. S.
L'éclampsie à la clinique de Gynécologie obstétrique du CHU Tokoin-Lomé (TOGO).
Médecine d'Afrique noire 1996, 43 [3].
2. BEYE M.D, DIOUF E., KANE O. NDOYE M. O., SEYIDI A., NDIAYE. P. I, SALL B. K.
Prise en charge de l'éclampsie grave en réanimation en milieu Tropical Africain à propos de 28 cas. Edition Scientifique et Médical Elsevier SAS, 2002, (vol. 22, numéro 1, page 25-29.)
3. FAYE A., PICAUD. A., OGOW T., IGUMU. N., NLOME-NZERA, NICOLAS P.
L'éclampsie au Centre Hospitalier de Libreville 53 cas pour 41.285 accouchements de 1985 à 1989. Rev. Fr. Gynécol. obstét. 1991. 86, 7-9 503-510.
4. MILLIEZ. J.
Hypertension artérielle et grossesse : Eclampsie. Artère et veines, 1986, 6 (6), 461 – 464
5. OMS
L'éclampsie. Le dossier mère – enfant : Guide pour une maternité sans risque. Chapitre 6, page 1- 10, oct. 2005
6. PRUAL A., BOUVIER COLLE. M.H., DEBERNIS L., BEART G., et le groupe MOMA
Morbidity maternelle grave par cause obstétricales directes en Afrique de l'ouest : incidence et létalité. Bulletin of the World Health Organization 2000, 78(5): 593 – 602