

Complications fœtales et néonatales de la pré-éclampsie sévère et de l'éclampsie. Etude rétrospective à la maternité et au service de néonatalogie du Centre Hospitalier Abass Ndao de Dakar (Sénégal)

Fetal and neonatal complications of severe preeclampsia and eclampsia. About a retrospective study in maternity and neonatology department of the Abass Ndao Hospital Center in Dakar (Senegal)

Ndiaye O (1), Fafa Cissé D (1), Guèye M (1), Boiro D (1), Cissé Bathily A (2), Sèye PI (2), Faye PM (1), Diallo D (3), Alipio R (2)

- (1) Service Universitaire de Pédiatrie, Faculté de Médecine Université Cheikh Anta Diop de Dakar (Sénégal) ;
 (2) Maternité et service de néonatalogie, Centre Hospitalier Abass Ndao de Dakar ;
 (3) Service Universitaire de Gynécologie-Obstétrique, Faculté de Médecine Université Cheikh Anta Diop de Dakar (Sénégal)

Correspondance : Professeur Ousmane Ndiaye, Tel ; +221 776399600 ; E. mail : oussoubane@gmail.com

Résumé

Introduction : analyser la fréquence hospitalière de l'Eclampsie et de la pré-éclampsie et de déterminer la fréquence des différentes complications fœtales et néonatales à la maternité du Centre Hospitalier Abass Ndao de Dakar.

Matériel et méthode : Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive portant les dossiers de parturientes et de nouveau-nés issus de mères ayant présenté une pré-éclampsie sévère ou une éclampsie. Les paramètres sociodémographiques et gynéco-obstétricaux maternels et les complications observées chez le nouveau-né ont été analysés.

Résultats : Les fréquences respectives de la pré-éclampsie et de l'éclampsie étaient de 3,6% et de 0,5% du total des accouchements. L'âge maternel moyen était de 28 ans et la parité moyenne était de 2. La césarienne était pratiquée au cours de l'accouchement dans 73,7% des cas L'âge gestationnel moyen était de 35,8 SA. Concernant le nouveau-né, le sexe féminin était prédominant avec 52% ; le poids moyen était de 1970g. Les complications fœtales et néonatales étaient dominées par la mort fœtale in utero (10,5%), le retard de croissance intra-utérin (53,3%), l'asphyxie (15,1%), la détresse respiratoire (36,5%), la prématurité (62,5%). 36,5% des nouveau-nés étaient transférés en néonatalogie. Le taux de décès néonatal était de 32,9% dont 22,4% en période néonatale précoce.

Conclusion : La pré-éclampsie et l'éclampsie restent des pathologies redoutables au cours de la grossesse. La prise en charge périnatale doit être bien codifiée dans un cadre multidisciplinaire pour réduire la mortinatalité et la mortalité néonatales.

Mots clés : Pré-éclampsie, éclampsie ; complications foetales; complications néonatales

Summary

Introduction: To analyze the hospital frequency of eclampsia and preeclampsia and to determine the frequency of various fetal and neonatal complications at the maternity center of the Abass Ndao Hospital Center in Dakar.

Patients and Methods: It was a retrospective and descriptive study of maternal and newborn infants with severe preeclampsia or eclampsia. Maternal sociodemographic and gynecologic-obstetric parameters and complications observed in the newborn were analyzed.

Results: The respective frequencies of preeclampsia and eclampsia were 3.6% and 0.5% of total deliveries. The mean maternal age was 28 years and the mean parity was 2. Caesarean delivery was performed in 73.7% of cases. The average gestational age was 35.8 SA. For the newborn, the female sex was predominant with 52% of cases. Fetal and neonatal complications were dominated by stillbirth (10.5%), intrauterine growth retardation (53.3%), asphyxia (15.1%), respiratory distress (36.5%),

prematurity (62.5%). 36.5% of newborns were transferred to the neonatology unit. The rate of neonatal death was 32.9% of which 22.4% in the early neonatal period.

Conclusion: Pre-eclampsia and eclampsia remain severe pathologies during pregnancy. Perinatal management should be well codified within a multidisciplinary framework to reduce stillbirth and neonatal mortality.

Keywords: Pre-eclampsia, eclampsia; fetal complications; neonatal complications

INTRODUCTION

La pré-éclampsie et l'éclampsie sont des pathologies graves. Elles sont associées à une mortalité et une morbidité maternelle, fœtale et néonatale élevée [1, 2]. Elles sont une préoccupation de santé publique et de nombreuses recherches sont menées pour mieux comprendre les mécanismes afin de planifier une prévention ou une prise en charge adaptée [3-6]. Les conséquences fœtales sont dominées par la mort fœtale in utero, le retard de croissance intra-utérin, la prématurité et l'hypoxie fœtale aiguë ou chronique. La mortalité néonatale est importante : 10,4% dans certaines séries européennes [7] et 33,33% dans les pays en développement [8].

La gravité de ces pathologies et leur sévérité en terme de mortalité périnatale justifie la nécessité d'un dépistage et d'une surveillance rigoureuse de celles-ci ; ce qui permet de diagnostiquer et de prendre en charge précocement les complications. Pour y parvenir, il est nécessaire d'établir une collaboration multidisciplinaire entre l'obstétricien, le cardiologue, le réanimateur et le néonatalogiste. En Afrique en général, au Sénégal en particulier, peu d'études se sont intéressées à l'évaluation des conséquences fœtales et néonatales de la pré-éclampsie et de l'éclampsie [1]. Les objectifs de ce travail étaient d'évaluer la fréquence hospitalière de l'éclampsie et de la pré-éclampsie et de déterminer la fréquence des complications fœtales et néonatales à la maternité du Centre Hospitalier Abass Ndao de Dakar.

PATIENTS ET METHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive des dossiers de parturientes admises entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2012. La population d'étude était constitué de gestantes, référées ou non, admises à la maternité du centre hospitalier Abass Ndao pour une pré-éclampsie sévère ou une éclampsie dia-

gnostiquées sur la base des critères cliniques tels que l'hypertension artérielle avec ou sans manifestations neurologiques et une protéinurie ainsi que leurs produits de conceptions fœtus et/ou nouveau-nés. Les données étaient recueillies à partir des registres d'entrée et les dossiers de la maternité, de la pédiatrie, et de la néonatalogie. Les carnets de consultation prénatale et des protocoles opératoires ont également constitué nos sources de données. Elles étaient recueillies sur une fiche d'exploitation. Les données analysées portaient sur les paramètres maternels et gynéco-obstétricaux (l'âge, la parité, le poids, la taille, le statut matrimonial, l'activité professionnelle, les antécédents gynéco-obstétricaux et les complications fœtales, les données de l'accouchement), les paramètres fœtaux et du nouveau-né (le sexe, le poids, la taille, le périmètre crânien, le score d'Apgar, l'admission en néonatalogie, les complications néonatales et la mortalité). L'analyse des données a été faite avec l'aide du logiciel Epi-info. Les résultats ont été exprimés en valeur absolue, moyenne et pourcentage.

RESULTATS

Fréquences et caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude

Durant la période de notre étude, 3768 femmes ont été admises à la maternité du Centre Hospitalier Abass Ndao et 1638 nouveau-nés au service de néonatalogie. Sur la base des critères d'inclusion, 152 dossiers ont été retenus pour la présente étude. Il s'est agi de 135 cas de pré-éclampsie et 17 cas d'éclampsie soient des fréquences respectives de 3,6% et de 0,5% du total des accouchements. Cent cinquante-deux (152) produits de conception (16 mort-nés et 136 nouveau-nés vivants) étaient issus de parturientes ayant présenté une pré-éclampsie ou une éclampsie. Ces derniers représentaient 4,03% des accouchements et 8,3% des nouveau-nés étaient admis en néonatalogie. L'âge moyen

des parturientes était de 28 ans, avec des extrêmes de 16 et 40 ans. La parité moyenne était de 2 ; extrêmes (0 et 9). Les femmes étaient primipares dans 68 cas (44,7%), multipares dans 84 cas (55,3 %). Cent trente deux (132) d'entre elles étaient mariées (86,8%). Parmi ces dernières, 130 (98,4%) n'exerçaient aucune activité professionnelle. On dénombreait 20 célibataires (13,2%). Cinquante-neuf (59) parturientes (38,8%) avaient réalisé 4 consultations prénatales et plus et 93 (61,2 %), moins de 4 consultations prénatales. Le nombre moyen de consultations prénatales était de 3 ; extrêmes (1 à 5). Les antécédents pathologiques maternels retrouvés étaient l'avortement dans 26 cas (17,1%), l'hypertension artérielle, 24 cas (15,8%), l'obésité, 11 cas (7,23%), la pré-éclampsie et l'éclampsie, 10 cas (6,6%), la rétention d'oeuf mort, 8 cas (5,3%), l'utérus cicatriciel, 7 cas (4,6%) et la mortinatalité 7 cas (4,6%). L'accouchement était pratiqué par césarienne dans 112 cas (73,7%) et par voie basse dans 40 cas (26,3%). L'âge gestationnel moyen était de 35,8 semaines avec des extrêmes de 24,6 et 42 semaines.

Les nouveau-nés se répartissaient en 73 garçons (48%) et 79 filles (52 %). Ils avaient un poids moyen de 1970g ; extrêmes (600 et 3400g), une taille moyenne de 44cm ; extrêmes (34 et 44 cm), un périmètre moyen de 31cm ; extrêmes (24 et 31 cm).

Complications fœtales et néonatales (figure 1).

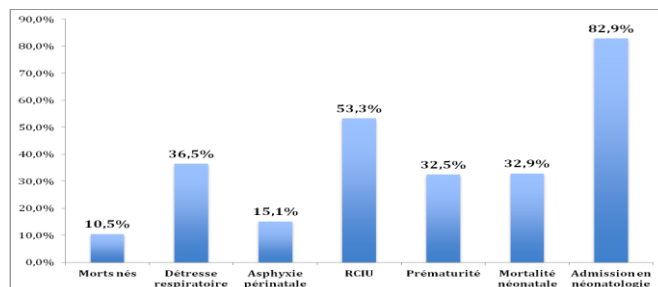


Figure 1 : Complications fœtales et néonatales de l'éclampsie et la pré-éclampsie à la maternité du centre hospitalier Abass Ndao de Dakar

Il s'agissait de la mort fœtale in utero, 16 cas (10,5%), le retard de croissance intra-utérin, 81 cas (53,3%). Le RCI était sévère dans 30 cas (19,7%), modéré dans 51 cas (33,6%) et léger dans 71 cas (46,7%). L'asphyxie était notée chez 23 nouveau-nés (15,1%), la prématurité chez 95 nouveau-nés (62,5%) dont 29 cas de grande prématurité (30,9%). Les malformations associées étaient les suivantes : un cas de polysyndactylie et un syndrome de Pierre Robin. Les nouveau-nés étaient transférés en néonatalogie dans 126 cas (82,9%). Le motif de transfert était la détresse respiratoire dans 46 cas (36,5%), la prématurité, 39 cas (30,9%), le RCIU, 13 cas (10,3%), l'asphyxie néonatale, 2 cas (1,6%), la nécessité d'une surveillance, 25 cas (19,8%). La durée moyenne d'hospitalisation des nouveau-nés était de 3 jours extrêmes (0 et 21 jours). Un décès néonatal était noté dans 41 cas (32,5%) dont 9 cas (22%) en période néonatale précoce.

DISCUSSION

La fréquence de la pré-éclampsie a été estimée à 3,6% dans notre étude et celle de l'éclampsie à 0,5%. En ce qui concerne la pré-éclampsie, la littérature africaine avait montré une grande variabilité des chiffres en fonction des études. Ainsi, au Bénin, une étude [9] avait retrouvé une fréquence proche de la nôtre de 4,28%. Cependant, des études effectuées au Mali [10] et en Guinée [11] avaient retrouvé des taux 2 à 3 fois plus élevés, respectivement de 7,8% et 17,05%. Cette grande disparité de résultats est due à l'hétérogénéité des études et les biais de recrutement ; les échantillons étant parfois très faibles dans certains travaux.

Quant à la prévalence de l'éclampsie retrouvée dans notre travail, elle est sensiblement proche de celle rapportée par certains auteurs en Afrique [1, 12]. Cette fréquence est moindre dans les pays développés variant entre 2,7 et 10 pour 10000 accouchements [13]. Ceci s'explique par une meilleure qualité de surveillance de la grossesse et de dépistage des complications. L'âge moyen était de 28 ans avec des extrêmes à 16 et 40 ans ; 46,7% des femmes avaient un âge compris entre 20 et 29 ans. Il était proche de celui rapporté dans une série Marocaine [14].

En revanche, une étude béninoise [15] avait retrouvé un âge moyen plus faible de 25,7ans. La parité moyenne était de 2 avec 44,7% de primipares. Cette catégorie est celle qui a été également retrouvée par les autres auteurs, confirmant les données de la littérature. Ainsi, en France, Geyl et al. [7] avaient retrouvé un taux de 69,7% de primipares ; au Congo, Pambou et al. [12] retrouvaient 65%. Cependant dans les séries nigériennes [16] et maliennes [10], prédominaient respectivement les multipares (58,6%) et les nullipares (54,62%). Dans cette série, un nombre relativement important de parturientes avait bénéficié d'un suivi prénatal avec le nombre minimal requis de quatre (69,1%). Par contre, la plupart des auteurs africains ont retrouvé un faible taux de suivi dans leurs populations d'étude.

C'est ainsi que les résultats d'une étude au Maroc [17] montraient que 52% des grossesses n'étaient pas suivies. Les performances notées au Sénégal dans la surveillance prénatale s'expliquent par la décentralisation des soins aux femmes enceintes et la politique de gratuité ou de subvention. En ce qui concerne les antécédents médicaux, ils étaient dominés par l'avortement, suivi de l'hypertension artérielle, venaient ensuite l'obésité, la pré-éclampsie ou l'éclampsie, les mort-nés et la césarienne. Au Bénin, Assogba et al. [15] avait retrouvé 20,6% d'antécédents de césariennes et 7,6% d'antécédents de mort-nés. Moujahid et al. [14] au Maroc retrouvaient dans les antécédents : 6,6% de pré-éclampsie et éclampsie, 2,5% d'HTA chronique, 11,3% de mort-nés ainsi que d'avortement et 3% de césariennes.

Ces résultats confirment l'hétérogénéité des populations d'études et des facteurs de risque. L'âge gestationnel moyen des nouveau-nés était de 35,8 SA dans notre étude confirmant les résultats de Samaké et al. [10]. Les données de la littérature sont ainsi conformes au constat de la survenue précoce de la naissance au cours de la pré-éclampsie et de l'éclampsie, notamment en raison de l'extraction fœtale prématurée par césarienne justifiée par la survenue fréquente d'une souffrance. Ainsi, plus de trois quarts des patientes avaient accouché par césarienne. D'autres

études ont montré des résultats variables. En France [7] et au Maroc [14], respectivement 74,9% ; 69,1% et 62,5% de femmes avaient accouché par césarienne. En revanche, au Congo [12] et au Bénin [9], les taux de césarienne étaient plus bas, respectivement 57% et 44,7%. Nous avons observé 53,3% de cas de RCIU. Ce taux était de 66,3% dans l'étude de Geyl et al. en France [7], 7,21% au Maroc [14], 16,62% au Congo [12] et 40,6% au Bénin [15]. Des chiffres aussi variables pourraient s'expliquer par les difficultés de dépistage surtout dans nos pays où l'échographie n'est pas toujours disponible au cours du suivi prénatal. Les nouveau-nés, nés avant le terme, représentaient 62,5% de la population totale. Dans l'étude de Geyl et al. [7], 100% des nouveau-nés étaient des prématurés avec un âge gestationnel moyen de 33 SA, Pambou et al. [12] notaient 43,75%. Toutefois, Assogba et al. [15] n'avaient retrouvé que 34,1% de prématurité. La plupart des accouchements prématurés étaient induites en raison d'une complication maternelle ou fœtale. En ce qui concerne cette dernière, elle était dans certains cas expliquée par la présence d'une asphyxie rapportée chez 15,1% des nouveau-nés. Ce taux était de 31,95% au Maroc [14], 37,5% au Congo [12], et 20,6% en France [7].

Quant à la mort fœtale in utero, elle représentait 10,5% des complications. Des taux élevés ont été également retrouvés par Chaoui et coll. [17] et Mouhajid et al. [14], 12,3%. Cependant, Pambou et al. [12] avaient observé dans leur série 8% de MFIU et Geyl et al. [7] avaient retrouvé 0,5% de mortalité intra-utérine. Le taux élevé de mortalité fœtale intra-utérine est ainsi confirmé par les données de la littérature. Il s'explique par l'existence fréquente d'une asphyxie mais également d'une mauvaise qualité de surveillance de la grossesse.

On notait par ailleurs, un taux important de décès néonataux (32,9%) dans notre série. Elle est beaucoup plus basse que celle rapportée par Lokoussou et al. (4%) [9]. Il s'explique par l'absence de prise en charge adéquate du nouveau-né; un néonatalogiste ou un personnel compétent dans la prise en charge du nouveau-né n'étant pas toujours présent lors des

accouchements à risque. Il s'y ajoute l'absence d'utilisation optimale des corticoïdes en cas de menace d'accouchement prématuré pour diminuer la fréquence des détresses respiratoires responsables de décès ; ces dernières sont notées chez plus du tiers des nouveau-nés admis en néonatalogie [18].

CONCLUSION

La pré-éclampsie et l'éclampsie demeurent des complications redoutables de l'évolution de la grossesse. Les risques maternels, fœtaux et néonataux sont très élevés notamment dans nos pays en développement où la surveillance des gestantes reste encore à améliorer ; d'où la nécessité de renforcer la qualité des consultations prénatales afin de dépister ces pathologies redoutables.

REFERENCES

1. Ade-Ojo IP, Loto OM. Outcome of eclampsia at the Obafemi Awolowo University teaching Hospital Complex, Ile-Ife. *Niger J Clin Pract* 2008; 11 : 279-84.
2. MacKay AP, Berg CJ, Atrash HK. Pregnancy-related mortality from preeclampsia and eclampsia. *Obstet Gynecol* 2001;97(4):533-8.
3. Barton JR, Sibai BM. Prediction and prevention of recurrent preeclampsia. *Obstet Gynecol* 2008; 112: 359-72.
4. Ahmed A. New insights into the etiology of preeclampsia: identification of key elusive factors for the vascular complications. *Thromb. Res* 2011;127:S72-5.
5. Sibai BM. Diagnosis and management of gestational hypertension and preeclampsia. *Obstetr. & Gynecol* 2003; 102(1): 181-192.
6. Dekker G, Sibai B. Primary, secondary, and tertiary prevention of preeclampsia. *Lancet*, 2001, 357, 209-215.
7. Geyl C, Clauqueur E, Lambert J, Subtil D, Debarge V, Deruelle P. Liens entre Pré-éclampsie et Retard de Croissance Intra-utérin. *Gynecol Obstet Fertil* 2014 ; 42 : 229-233.
8. Nakintije M-R. Etude prospective de l'HTA gravidique au C.H.U de Kamenge (à propos de 56 cas), Thèse Med 1991, Bujumbura.
9. Lokossou A, Avode DG, Komonguf DG, Takpara I, Sacca PC, Perrin R-X. Prise en charge des manifestations de la pré-éclampsie sévères et de l'éclampsie par le sulfate de magnésium à Cotonou. *AJNS* 2006 ; 25 :41-45
10. Samaké BM, Traoré M, Goita L, Niani M, Traoré Y, Tekete I, Diallo A, Dolo A. Profil épidémiologique et clinique de la pré-éclampsie sévère au CHU Gabriel Touré. *Mali Med*, 2011 ; 4 : 144-147.
11. Bah AO, Diallo MH, Condé AM, Keita N. Hypertension artérielle et grossesse : mortalité maternelle et périnatale. *Med Afr Noire* 2001, 48, 461-464.
12. Pambou O, Ekoundzola JR, Malanda JP, Buambo S. Prise en charge et pronostic de l'éclampsie au CHU de Brazzaville (à propos d'une étude rétrospective de 100 cas) *Med Afr Noire*, 1999 ; 46 (11) :508-512.
13. Launoy A, Sprunck A, Collange O, Pottecher T. Pré-éclampsie, éclampsie, HELLP syndrome : définitions, éléments de diagnostic et de prise en charge. 51^{ème} congrès national d'anesthésie et de réanimation. Médecins. Urgences vitales. 2009. Elsevier Masson SAS.
14. Moujahid H. Prise en charge de la pré-éclampsie sévère et l'éclampsie en réanimation chirurgicale (à propos de 97 cas), Thèse Med 2007, Fès, 197 pages.
15. Assogba SC. La prééclampsie à l'hôpital de la mère et de l'enfant - lagune (HOMEL) de Cotonou, Thèse Med, Cotonou, 2005
16. Touré IA, Brah F, Prual A. Hypertension artérielle et grossesse au Niger : Etude cas /témoins à propos de 70 cas. *Med Afr Noire* 1997 ; 44:205-208.
17. Chaoui A, Tyane M, Belouali R. Prise en charge de la pré-éclampsie et de l'éclampsie. 2ème conférence nationale de consensus Maroc. Marrakech, 2002.
18. Amorim MMR, Santas LC, Faundes A. Corticosteroid therapy for prevention of respiratory distress syndrome in severe preeclampsia. *Am J Obstet & Gynaecol* 1999; 180: 1283-1288.