



Journal Sahélien des Sciences de la Santé (JSSS)



Caractéristiques épidémiocliniques et pronostiques de l'éclampsie au Centre de Santé Mère et Enfant de Maradi.

Epidemioclinical and prognostic characteristics of eclampsia at Maradi Mother and Child Health Center.

Maikassoua M^{1,a,*}, Amadou IA^{1,b}, Ben Adj MWD^{1,a}, Laouan H.^{1,a}, Chaibou MS^{2,a}, Boukari BM^{2,c}, Madi N^{2,d}.

Reçu le 12-12-24

Accepté le 28 -12-2024

Publié le 10-01-25

Mots-clés

*Eclampsie,
Urgence,
traitement,
pronostic, CSME
Maradi, Niger.*

Résumé

Introduction : L'éclampsie est une complication non négligeable de la grossesse. C'est une urgence obstétricale avec souvent assez de mortalité et morbidités maternelles et périnatales. L'objectif de ce travail était de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et le pronostic de l'éclampsie au CSME de Maradi.

Matériels et méthode : Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive et transversale sur une durée de cinq ans, période allant du 1er janvier 2018 au 31 décembre 2022 au centre de santé de la mère et de l'enfant de Maradi. Elle concernait toutes les patientes admises pour crises d'éclampsie ou ayant manifesté celle-ci au CSME.

Résultats : La fréquence était de 4,24%, les patientes étaient des jeunes et primipares (78%), âgées de moins de 20 ans (51,23%), mariées (99,35%), non scolarisées (81,45%) et avaient effectué moins de 4 consultations (60,83%). Le motif d'admission était la crise d'éclampsie dans 74,57% des cas. La majorité des patientes étaient référées des structures de santé périphériques (97,5% des cas). Toutes les patientes ont bénéficié de sulfate de magnésium seul ou associé à du diazépam (dans 7,13% des cas). La clonidine est l'antihypertenseur le plus utilisé avec 35,01% des cas. La césarienne est le mode d'accouchement le plus fréquent avec 81,97% des cas. Les parturientes césariées ont bénéficié d'une anesthésie générale dans 75% des cas. Les décès maternels ont concerné 9,99% des patientes, et 8,4 % des cas de décès périnataux ont été enregistrés.

Conclusion : L'éclampsie est une pathologie fréquente au CSME de Maradi. Elle affecte des femmes jeunes, primipares, non scolarisées avec des insuffisances des soins prénataux. La césarienne était le mode d'accouchement le plus réalisé. Le pronostic était dominé par une mortalité maternelle et périnatale élevée.

Keywords

*Eclampsia,
emergency,
treatment,
prognosis,
CSME Maradi,
Niger.*

Abstract

Introduction: Eclampsia is a significant complication of pregnancy. It is an obstetric emergency with often enough maternal and perinatal mortality and morbidity. The aim of this work was to describe the epidemiological, clinical and prognostic characteristics of eclampsia at the Maradi CSME.

Methodology: This was a descriptive and cross-sectional retrospective study over a period of five years, from January 1, 2018 to December 31, 2022 at the Maradi Mother and Child Health Center. It concerned all patients admitted for eclampsia attacks or who had manifested it at the CSME.

Results: The frequency was 4.24%, the patients were young and primiparous (78%), under 20 years old (51.23%), married (99.35%), not in school (81.45%) and had had less than 4 consultations (60.83%). The reason for admission was eclampsia crisis in 74.57% of cases. The majority of patients were referred to peripheral health facilities (97.5% of cases). All patients benefited from magnesium sulphate alone or combined with diazepam (in 7.13% of cases). Clonidine is the most widely used antihypertensive drug with 35.01% of cases. Caesarean section is the most common mode of delivery with 81.97% of cases. Parturients who had caesarean section benefited from general anaesthesia in 75% of cases. Maternal deaths affected 9.99% of patients, and 8.4% of perinatal deaths were recorded.

Conclusion: Eclampsia is a very common pathology in our regions. It is responsible for very high maternal-fetal mortality. Early detection during pregnancies and rapid treatment helps improve the prognosis

Introduction

Les troubles hypertensifs de la grossesse constituent l'une des principales causes de mortalité maternelle et périnatale dans le monde [1]. Parmi les troubles hypertensifs constituant des complications de la grossesse, la pré-éclampsie et l'éclampsie représentent des causes majeures de morbidité et de mortalité maternelles et périnatales [2]. Par définition, la pré-éclampsie est une pathologie spécifiquement obstétricale, dont la prévalence est estimée entre 1 à 2% des femmes enceintes et qui peut, dans ses formes sévères, dont l'éclampsie, mettre en jeu le pronostic vital maternel et de l'enfant à naître [3]. L'éclampsie se définit quant à elle, comme une « manifestation convulsive généralisée et/ou des troubles de conscience survenant dans un contexte de pré-éclampsie et ne pouvant être rapportés à un problème neurologique préexistant » [4]. Ces pathologies se développent après 20 semaines de gestation, bien que la plupart des cas surviennent après 34 semaines. Certains cas se développent en post-partum, le plus souvent dans les 4 premiers jours, mais parfois jusqu'à 6 semaines en post-partum. La pré-éclampsie non traitée est présente pendant un laps de temps qui varie, puis elle peut progresser brusquement en se compliquant souvent d'éclampsie. Non traitée, l'éclampsie est habituellement fatale [5]. Si dans les pays développés cette pathologie est

relativement rare entre 0.2 et 0.5 pour 1000 accouchements, l'incidence (5 à 10%, voire 15% dans certaines zones) et la mortalité liée à cette pathologie dans les pays en voie de développement en font un enjeu majeur de santé publique [6,7]. En Afrique, son incidence reste très élevée et variable selon les pays et les centres d'étude. C'est ainsi qu'elle concerne 1% des accouchements au Sénégal en 2013 [7, 8] contre 0,5 à 0,7‰ dans les pays développés [9]. Dans la même année au Mali, on trouve une incidence de 14,45% sur un an [10].

Affiliations :

1. Université Dan Dicko Dankoulodo de Maradi, faculté des sciences de la santé
2. Université Abdou Moumouni de Niamey, faculté des sciences de la santé
 - a. Hôpital de Référence de Maradi
 - b. Centre de Santé Mère et Enfant de Maradi
 - c. Hôpital National de Niamey
 - d. Maternité Issaka Gazobi de Niamey

Auteur correspondant : Dr
MAIKASSOUA Mamane, Médecin
Anesthésiste Réanimateur, Faculté des
sciences de la santé de l'Université Dan
Dicko Dankoulodo de Maradi, mail :
maikassouamamane@gmail.com

Au Niger, cette pathologie est encore plus fréquente avec une incidence allant de 6,67 à 10,53% [11]. Malgré les progrès réalisés dans sa

prise en charge [12], la morbi-mortalité maternelle et périnatale liée à l'éclampsie reste toujours élevée. L'objectif de notre étude était de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et pronostiques de l'éclampsie afin de proposer des solutions pour améliorer les résultats de sa prise en charge.

Matériels et méthode

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive et transversale sur une durée de cinq ans, période allant du 1^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2022 au centre de santé de la mère et de l'enfant de Maradi. L'étude concernait toutes les patientes admises au service des urgences et accouchements du CSME de Maradi pendant la période d'étude.

Etaient incluses dans l'étude toutes les patientes admises avant le travail, au cours du travail et dans le post-partum pour crises tonico-cloniques de l'éclampsie ou autres motifs chez lesquelles l'éclampsie était diagnostiquée et les nouveau-nés issus des patientes. N'ont pas été incluses, toutes les patientes admises pour autres crises non liées à l'éclampsie, autres affections, et celles aux dossiers non exploitables.

Les variables suivantes étaient étudiées : Fréquence, âge, niveau de scolarisation, situation matrimoniale et le milieu de provenance, les antécédents gynécologiques et obstétricaux des patientes, le suivi de grossesse, les aspects cliniques et para cliniques, thérapeutiques et pronostiques.

Les données étaient collectées à partir du registre d'admission, des dossiers d'hospitalisation des malades, des partogrammes, du registre du bloc opératoire. La collecte était réalisée sur une fiche de collecte des données.

La conformité des données recueillies sur les fiches de dépouillement a été vérifiée avant l'analyse. Les données ont été saisies et traitées à l'aide des logiciels : EXCEL 2010 ; IBM SPSS Statistics ; Microsoft Word 2010.

Résultats

L'éclampsie est une complication neurologique grave de la prééclampsie. Très fréquente dans nos pays, elle est source d'une morbi-mortalité très élevée.

Fréquence

Durant la période de l'étude, nous avons enregistré 771 cas d'éclampsies sur un total de 18168 admissions obstétricales soit une fréquence de 4,24%.

Aspects sociodémographiques

Age

L'âge moyen de nos patientes était de $21,28 \pm 5,69$ ans avec des extrêmes allant de 14 ans à 47 ans. La figure 1 nous donne la répartition des patientes selon les tranches d'âge.

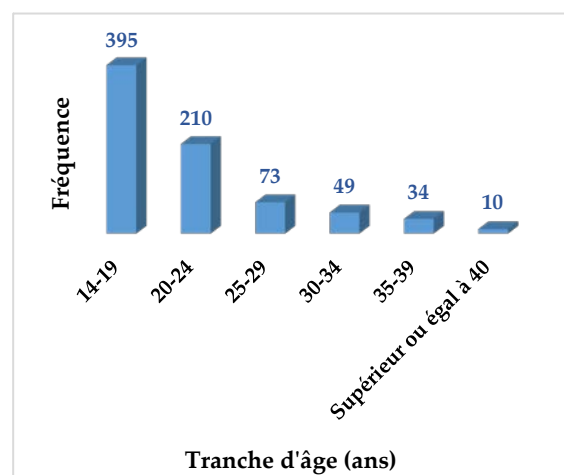


Figure 1 : Répartition des patientes selon la tranche d'âge.

La tranche d'âge la plus représentée était de 14 à 19 ans suivie de la tranche 20 à 24 avec respectivement 51,23% et 27,23%.

Profession

Elles étaient majoritairement des femmes au foyer (95,33%). Les étudiantes occupaient la deuxième place avec 2,98%. On notait huit fonctionnaires et cinq commerçantes.

Ces femmes étaient non scolarisées dans 81,45% de cas.

Statut matrimonial

Seules 5 de nos 771 patientes étaient célibataires, soit une proportion des femmes mariées de 99,35%

Provenance

Les patientes provenaient des autres structures sanitaires de la région dans 97,67% soit 753 cas. Dans 38.52 % de cas (297), les patientes étaient issues de la commune urbaine de Maradi, 471 patientes soit 61.08 % des cas venaient des autres départements de la région de Maradi et 3 d'une région voisine (Tahoua).

*Les antécédents gynéco-obstétricaux**Parité*

La parité moyenne était de 1,56 avec des extrêmes entre 1 et 11. Parmi ces éclampsiques, 77,56% étaient des primipares.

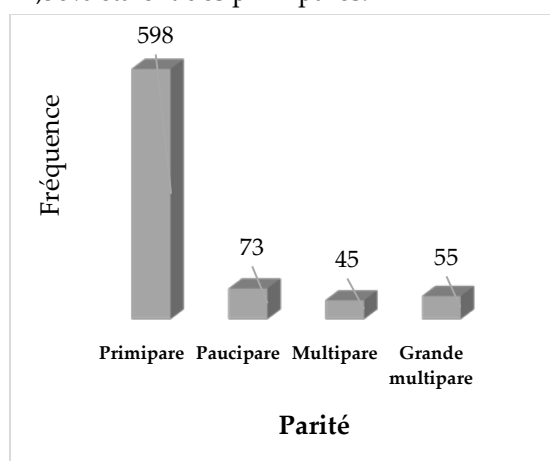


Figure 2 : répartition des patientes selon la parité

Grossesses et accouchements antérieurs

Il y'a 45 patientes ayant des antécédents de césarienne (5,83%), 43 avec des antécédents d'avortements (5,77%), 19 patientes avaient des antécédents de crise d'éclampsie (2,46%), et 2 antécédents d'hématome rétro placentaire.

*Le suivi prénatal**➤ Consultations prénatales*

Le nombre des CPN réalisées varie de zéro à cinq. La majorité des parturientes ont fait entre une et trois CPN (60,83%). Cent vingt-quatre femmes n'ont aucune CPN (16,08%).

Age gestationnel

Nous avons recueilli cette information sur 674 patientes soit 87.42 %. Une grossesse prématurée était notifiée chez 43,77% des parturientes (inférieur à 36 SA) soit 295 cas et 56,23% étaient des grossesses à terme.

Admission au CSME

Le motif d'admission était principalement constitué par les crises d'éclampsie. En effet, 575 patientes soit 74,57 % étaient admises pour crise d'éclampsie, 104 étaient venues au stade de pré éclampsie sévère (PES) et ont développé la crise au CSME.

Tableau I : répartition des patientes en fonction du motif d'admission

Motifs	Fréquence
Anémie	18
Dystocie	13
C.E	575
HELLP Syndrome	1
HTA	30
Meilleure prise en charge	12
HRP	2
OAP	1
OMI	3
Neuro paludisme	4
PES	104
RPM	3
Travail d'accouchement	5
Total	771

Aspect clinique à l'admission

Toutes les patientes avaient des chiffres tensionnels élevés. La pression artérielle systolique variait de 145 à 223 mmHg et la diastolique de 95 à 142 mmHg.

La pression artérielle moyenne était de 158±13 mmHg. Les autres signes sont résumés dans le tableau suivant.

Tableau II : répartition des patientes selon les signes cliniques à l'admission

Etat clinique	Fréquence
<i>Etat général des patientes</i>	

Bon	499
Moyen	242
Altéré	30
Signes cliniques	
Crises convulsives	421
Œdèmes des membres pelviens	284
Céphalées	67
Vision floue	36
Etat respiratoire	
Œdème aigu du poumon	54
Désaturation	187
Hémodynamique	
HTA	771

Examens biologiques

Un certain nombre d'examens biologique a été réalisé chez les patientes à l'admission. Il s'agissait de :

Protéinurie

Les bandelettes urinaires ont été utilisées pour l'évaluation de la protéinurie de nos patientes. Toutes les patientes avaient une protéinurie positive, mais à des degrés différents. Les trois croix étaient majoritaires avec 77,56% de cas et 14,14% avaient deux croix.

Fonction rénale

Cet examen complémentaire était réalisé chez 39,43% des cas soit 304 patientes et 15,46% présentaient une altération de la fonction rénale (50 cas).

Transaminases

Les transaminases étaient dosées chez 301 patientes (39,04%). Les ASAT au-dessus de la normale (normes du laboratoire du CSME) ont été notifiées dans 60,80% des cas. Quant aux ALAT, elles étaient élevées chez 57,14% des patientes (183 cas).

Taux des plaquettes

Le taux de plaquettes a été trouvé que dans 88 dossiers (11,41%). Une thrombopénie (plaquettes inférieures à 150000 elts/mm³) était trouvée chez 74 patientes et elle était sévère

chez 47 patientes (inférieures à 100000 elts/mm³).

Prise en charge

Traitement médicamenteux

Les abords veineux et le sondage vésical étaient systématiques chez toutes les patientes. Seules 78 patientes soient (10,11%) ont bénéficié d'une oxygénothérapie.

Devant les chiffres tensionnels très élevés, une thérapie anti hypertensive a été conduite. Le catapressan était l'antihypertenseur le plus utilisé avec 85,01 %.

Un traitement anticonvulsivant a été instauré chez toutes les patientes. Les médicaments administrés étaient constitués principalement du sulfate de magnésium (100%) auquel sont parfois associés du diazépam (7,13%), de la chlorpromazine (0,39%) et du phénobarbital (0,65%). Le sulfate de magnésium était l'anticonvulsivant utilisé chez toutes les patientes (100%). Le diazépam était utilisé pour 50 patientes soit 7,13% des cas.

Traitement obstétrical

La césarienne était le mode d'accouchement le plus important de l'ordre de 81,97%. La voie basse a concerné 139 parturientes, soit 18,03%.

Prise en charge anesthésiologique

Sur les 632 césariennes, 474 étaient réalisées sous anesthésie générale dont 358 ont bénéficié d'une intubation orotrachéale sous induction en séquence rapide. La rachianesthésie a concerné 158 patientes. Quelques incidents étaient survenus pendant les périodes per et post anesthésique. Le type d'incident, la fréquence et la période de survenue sont décrits dans le tableau III.

Tableau III : répartition des patientes selon les incidents per et postopératoire

Incidents	Per-anesthésique		Post-anesthésique		Effectif
	R.A	A.G	R.A	A.G	
Hypotension	61	26	18	8	113
Hémorragie	11	7	21	5	39
Désaturation	23	65	6	17	111
Vomissement	55	0	67	5	127
Arrêt cardiorespiratoire	0	34	3	12	49
Crises convulsives	16	0	3	25	44

La prise en charge de ces incidents était faite par : oxygénothérapie (lunettes, masques), transfusion, vasopresseurs (éphédrine, adrénaline), remplissage vasculaire (sérum salé isotonique, Ringer lactate, gélofusine), corticothérapie (dexaméthasone en intra veineuse et nébulisation) et le massage cardiaque externe qui s'est soldé d'échec dans 100% des cas.

Durée d'hospitalisation

Le séjour des patientes variait de quelques heures (4h) à 23 jours. La durée moyenne était de 5,3±2 jours.

Pronostic maternel

Morbidité

Au cours de leur hospitalisation, plusieurs parturientes ont développé des complications. Ainsi, 207 patientes soit 26.84% étaient victimes. Le tableau IV donne la répartition des patientes selon les complications.

L'analyse de ce tableau montre que les complications étaient dominées par les troubles de la fonction hépatique, l'état de mal éclamptique, l'insuffisance rénale et l'anémie.

Mortalité

L'issue maternelle était marquée par 77 cas de décès, soit une mortalité de 9,99%.

Pronostic fœtal

Nous avons recensé 295 cas de naissances prématurées, 708 naissances vivantes dont 40 jumeaux et 25 mort-nés. Au total, 103 nouveaux-nés décédés ont été enregistrés soit une mortalité de 127‰.

Tableau IV : répartition des patientes selon les complications

Complications	Fréquence	%
Anémie	28	6,36
AVC	6	1,36
EME	98	22,27
Insuffisance rénale	50	11,36
Insuffisance hépatique	183	41,6
Endométrite	2	0,45
HRP	24	5,45
Hypoglycémie	3	0,69
IRA	14	3,18
OAP	12	2,72
Septicémie	3	0,69
Suppuration	16	3,64
Syndrome de Mandelson	1	0,23
Total	440	100

Discussion

Aspects épidémio-cliniques

Notre étude nous a permis de constater que l'éclampsie reste toujours une pathologie d'actualité dans notre contexte. Elle a une fréquence de 4,24%. Le constat contraire est fait dans les pays développés du fait d'une prise en charge précoce et adéquate de l'HTA au cours de la grossesse, du dépistage systématique des femmes à risques et de l'utilisation de moyens préventifs plus efficaces [9, 13]. Nos résultats sont supérieurs à ceux retrouvés à la maternité Issaka Gazobi (MIG) de Niamey dans une étude réalisée en 2011 par Nayama et al [14] et ceux trouvés par Hamida A. et col [15] au service de réanimation obstétricale gynécologique, CHU Ibn Rochd Casablanca au Maroc, qui étaient respectivement de 2,68% et 3,5%. Cette variabilité de taux pourrait s'expliquer par le mode de recrutement des cas, mais aussi l'évolution de la population avec le même ratio d'infrastructure sanitaire. Cette fréquence

élevée dans nos régions, révèle essentiellement une mauvaise prise en charge des états hypertensifs associés à la grossesse notamment au niveau périphérique. La majorité de nos patientes étaient référées (97,67%) des autres structures sanitaires vers le CSME de Maradi. Cette situation a été rapportée par Thiam avec 80,8% d'évacuées [16]. Danmadji et Diouf ont aussi trouvé des résultats similaires avec respectivement 78,8% [17] et 82,3% des patientes évacuées [7]. Cette remarque identique des taux d'évacuation élevés pourrait s'expliquer par le fait que ces grossesses à risque étaient initialement suivies dans les centres périphériques et ne sont référées que lorsque surviennent les complications.

Les parturientes âgées de moins de 25 ans étaient les plus touchées (78,46%). Des résultats similaires ont été trouvés dans la littérature. En effet, nos résultats se rapprochent de ceux de Thiam qui avait trouvé un âge moyen de 20 ans, 63,63% des femmes âgées de moins de 25 ans [16] et de ceux de Buambo-Bamanga [18] au Congo avec un âge moyen de 22 ans et 68,4% des patientes ayant un âge compris entre 16 et 25 ans. Ces résultats nous permettent de conclure que l'éclampsie touche préférentiellement les femmes jeunes. Aussi un autre facteur non négligeable à prendre en compte dans notre pays et particulièrement à Maradi, le contexte socio-culturel fait que les femmes se marient à des âges très jeunes et ont souvent un désir de maternité dès leur union. Ceci explique le taux des mariées de 99,35% trouvé dans notre étude. A côté de ce jeune âge, la primiparité est reconnue comme un facteur de risque de la maladie. La fréquence de l'éclampsie est en effet estimée à 5% au cours de la première grossesse, contre 0,3% pour les grossesses suivantes [19].

Le suivi prénatal n'était pas adéquat tant sur le plan quantitatif que qualitatif. Nous avons trouvé dans cette étude : 16,08% des patientes n'ont aucune CPN, 60,83% 1 à 3 CPN et 23,09% des femmes ont réalisé 4 CPN à plus. Ces

résultats sont loin des recommandations de l'OMS [2]. Le mauvais suivi prénatal a été notifié dans certaines études africaines [7, 8] où il variait de 63% à 82,3%. Par contre en France, Ducarme avait trouvé des résultats contraires aux nôtres avec jusqu'à 75% des femmes ayant un bon suivi obstétrical avec plus de 5 CPN [20]. Le bas niveau d'instruction et socio-économique de notre population pourrait expliquer ces résultats.

A l'admission, toutes nos patientes présentaient des chiffres tensionnels élevés. Des proportions différentes, mais élevées ont été notifiées par Thiam et Diouf [16, 7]. Ducarme avait retrouvé une HTA chez 75% des patientes au moment de la crise [20]. Cette différence s'expliquerait sur le plan physiopathologique par le fait que l'hypertension artérielle pourrait manquer au cours de la crise d'éclampsie. Sur le plan biologique, une protéinurie élevée a été notifiée chez 91,70% de nos patientes. Celle-ci explique en effet le taux élevé de la perturbation de la fonction rénale. Cette situation biologique est constante dans la maladie éclamptique. C'est ainsi que Thiam et Diouf ont trouvé aussi des taux très élevés avec respectivement 97,94% et 84% des cas [16, 7]. Cette protéinurie massive a une valeur pronostique maternelle et fœtale. Elle est la traduction de l'atteinte rénale pouvant aboutir à un authentique syndrome néphrotique et entraîner ainsi des conséquences néfastes sur le développement et la viabilité du fœtus [21].

Prise en charge

La prise en charge de l'éclampsie est multidisciplinaire. Le traitement médical repose essentiellement sur la réanimation, les anti hypertenseurs et anti convulsivants. La maîtrise des convulsions et des chiffres tensionnels est un des objectifs principaux. Le sulfate de magnésium était la molécule anticonvulsivante administrée chez toutes les patientes. Comme anti hypertenseur, la clonidine était administrée chez 85,01% des patientes. Nos résultats sont proches de ceux de

Thiam qui avait trouvé l'administration du sulfate de magnésium chez 97,95% et 97,26% pour la clonidine [16]. Ces résultats prouvent, dans notre contexte, l'efficacité de l'association sulfate de magnésium et clonidine dans la prise en charge de l'éclampsie. Cette prise en charge médicale doit être de pair de la prise en charge obstétricale qui constitue le traitement définitif. Il s'agit d'une urgence obstétricale dont le seul véritable traitement repose sur l'évacuation utérine qui doit être faite sans délai pour améliorer le pronostic materno-fœtal. Les recommandations encouragent à envisager l'interruption médicale et thérapeutique de la grossesse pour sauvetage maternel avant 24 SA [4, 21]. Lorsqu'il est possible de gagner vingt-quatre à quarante-huit heures pour la corticothérapie et le magnésium à visée cérébrale, cela doit s'effectuer sous surveillance rapprochée clinique et biologique. La décision de la voie d'accouchement reste une décision obstétricale qui prendra en compte la situation materno-fœtale, les antécédents médico-chirurgicaux et une bonne évaluation pré anesthésique doit être effectuée [21].

Dans notre série, la césarienne constituait le principal mode d'accouchement avec 81,97% de cas. Des résultats similaires ont été trouvés par Ducarme en France avec 82% [20], Agida [22] au Nigéria avec 84,8% et Mayi-Tsonga [23] au Gabon avec 97%. Le mode d'accouchement élevé par césarienne constaté pourrait s'expliquer par l'état général des femmes, du stade du travail à l'admission. Dans ces conditions de césarienne en urgence chez des patientes le plus souvent instables, la question sur le type d'anesthésie reste posée. Ainsi, le recours à une anesthésie générale (AG) ou à une anesthésie péri médullaire (APM) doit être discuté en fonction de l'indication [23]. Cependant, la pratique de la consultation d'anesthésie chez les parturientes n'est pas vulgarisée dans notre contrée. Ceci pourrait s'expliquer par un nombre très infime des médecins anesthésistes réanimateurs. Le CSME

de Maradi n'en dispose aucun, ils viennent uniquement pour donner des avis. L'anesthésie est entièrement dirigée par les techniciens supérieurs en anesthésie réanimation (TSAR). Six cent trente-deux parturientes ont bénéficié d'une anesthésie. Les techniques étaient essentiellement l'anesthésie générale (75%) et la rachianesthésie. Selon les recommandations d'experts en cas d'anesthésie générale, il est recommandé de faire une évaluation des critères d'intubation difficile immédiatement avant l'induction [23]. Dans ce travail, toutes les patientes ayant bénéficié d'une anesthésie générale étaient prises en urgence et une induction à séquence rapide a été faite dans 75,53%. Cet état de fait non conforme aux recommandations est lié au manque de médecin anesthésiste réanimateur au niveau de ce centre. Pour ce qui concerne la rachianesthésie, les mêmes recommandations [23], il est possible de pratiquer une ALR après une crise d'éclampsie si les conditions suivantes sont réunies : la femme a repris conscience ; elle n'a pas de déficit neurologique et son état clinique est stable. Dans cette étude, toutes les rachianesthésies ont été réalisées chez des patientes conscientes, dans l'intervalle inter-critique.

Aspects pronostiques

Dans cette série, nous avons trouvé un taux des complications très élevé. En effet, 440 patientes ont présenté au moins une complication avec en tête l'insuffisance hépatique (41,6%), l'état de mal éclamptique (22,27%) et l'insuffisance rénale (11,36%). Ces complications étaient responsables de 77 décès soit une mortalité de 9,9%. Cette mortalité est légèrement basse par rapport à celle trouvée par certains auteurs avec Thiam au Sénégal [16], Brouh en Côte d'Ivoire et Mayi-Tsonga au Gabon qui avaient enregistré respectivement 11,64%, 16% et 21% de décès maternels dans leur série [16, 24, 25]. Mis à part le taux élevé des complications, l'insuffisance du plateau technique en particulier la réanimation pourrait expliquer

cette mortalité élevée dans nos pays africains subsahariens. Cependant, dans les pays occidentaux, ce type des patientes avaient un pronostic meilleur. Cette remarque a été prouvée par plusieurs auteurs européens. C'est l'exemple de Knight [26] dans une étude en Angleterre concernant 214 patientes éclamptiques avec aucun décès maternel, Lee au Canada [27], Ducarme [20] en France ainsi que d'autres auteurs [28]. Bien qu'anciennes, ces travaux montrent que cette pathologie n'est plus l'apanage des pays développés.

La parité, l'âge gestationnel, le poids fœtal à la naissance, la qualité de la prise en charge materno-fœtale ont une influence sur le pronostic fœtal. Une mortalité infantile de 127‰ a été trouvée dans notre série. Nos résultats sont comparables à ceux trouvés par Thiam (125‰), Ducarme (125‰) et Diouf (130‰) [16, 20, 7]. Cette mortalité élevée est liée à la prématurité souvent induite du fait des complications de la maladie. Ces différents résultats nous font dire que l'amélioration du pronostic fœtal passe par une amélioration du plateau technique en néonatalogie et des conditions de transfert des nouveau-nés.

Conclusion

L'éclampsie tout comme la prééclampsie reste fréquentes au Niger et en particulier à Maradi. Le pronostic reste sombre avec une morbidité et une mortalité materno-fœtales importantes. La prévention de l'éclampsie passe par un suivi prénatal de qualité des femmes enceintes dans les postes de santé pour le dépistage et la référence précoces au niveau supérieur de celles qui sont à risque.

Conflit d'intérêts : aucun

Références

1. American College of Obstetrics and Gynecology (ACOG): ACOG Practice Bulletin, Number 222: Gestational

- Hypertension and Preeclampsia, *Obstet Gynecol* 135(6):e237-e260, 2020. doi:10.1097/AOG.0000000000003891
2. OMS. Recommandations pour la prévention et le traitement de la prééclampsie et de l'éclampsie, 2014 ISBN : 978 92 4 254833 4
3. Congrès SFAR du 23 au 25 septembre 2021 : Prise en charge de la patiente avec une prééclampsie sévère, Référence DPC : 16382100060
4. Bonnin M, Fournet-Fayard A, Storme B, Hyenveux S. Prise en charge de la prééclampsie et de l'éclampsie. *Oxymag*. 2020 31;33:13-8.
5. Lisonkova S, Sabr Y, Mayer C, Young C, Skoll A, Joseph KS. Maternal morbidity associated with early-onset and late-onset preeclampsia. *Obstet Gynecol* 124(4):771-81.
6. Ducloy-Bouthors AS, Tourres J, Malinovsky JM. Organisation de l'anesthésie-réanimation obstétricale. *Anesthésie & Réanimation*. 2016 Jun 1;2(3):206-12.
7. Diouf AA, Diallo M, Mbaye M, Sarr SD, Faye-Diémé ME, Moreau JC, Diouf A. Profil épidémiologique et prise en charge de l'éclampsie au Sénégal: à propos de 62 cas. *Pan African Medical Journal*. 2014 May 13;16(1):1-7.
8. Elongi JP, Tandu B, Spitz B, Verdonck F. Influence de la variation saisonnière sur la prévalence de la pré-éclampsie à Kinshasa. *Gynecol Obstet Fertil*. 2011;39(3):132-5.
9. Raphael V, Levasseur J. Eclampsie. *EMc. Médecine d'urgence*. Masson;2007 :1-14 [25-070-B-20]
10. Coulibaly Y, Diallo B : Anesthésie Chez une éclamptique ; XXXIV Congrès de la Société d'Anesthésie Réanimation d'Afrique Francophone, Yamoussoukro , 21-22-23 Novembre 2018
11. Nayama M, Rabiou H, Amadou IA, Garba M, Idi N. Crise d'éclampsie au centre de santé de la mère et de l'enfant de Maradi : à propos d'une étude rétrospective de 146 cas. Mémoire de fin d'études spécialisées Med.UAM, FSS Niger, 2016

12. Cissé CT, Faye Diémé ME, Ngabo D, Mbaye M, Diagne PM, Moreau JC. Indications thérapeutiques et pronostiques de l'éclampsie à l'hôpital universitaire de Dakar. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* (Paris). 2003 ; 32 (3) : 239-45.
13. Thornton C, Dahlen H, Korda A, Hennessy A. The incidence of preeclampsia and eclampsia and associated maternal mortality in Australia from population-linked datasets: 2000-2008. *Am J Obstet Gynecol*. 2013;208(6):476-476.
14. Nayama M, Djibril-Dari B, Manzo A, Vilain G, Idi N, Garba M et al. Prise en charge de l'éclampsie à la maternité ISSAKA GAZOBY de Niamey Niger, Annales de la SAGGO 2005 2(5) pages 26-30.
15. Hamida A, Ihssane M, Hamid M, Smael E, Said S. Facteurs pronostiques de mortalité maternelle au cours de l'éclampsie. Réanimation obstétricale gynécologique, CHU Ibn Rochd Casablanca, Maroc à propos de 1130 cas. [Htp://dx.doi.org/anrea.2015.07.183](http://dx.doi.org/anrea.2015.07.183).
16. Thiam M, Gueye L, Sylla C, Mambou AB, Mahama S, Diop AP, et al. Eclampsie : Aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques au centre hospitalier régional de Thiès à propos de 146 cas. *Journal de la SAGO*, 2020, vol.21, n°2, p.13-19
17. Danmadji LN. La prééclampsie sévère au Centre Hospitalier National de Pikine. [Mémoire Méd]. Dakar: Université Cheikh Anta Diop de Dakar Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontologie; 2015, n°1086.
18. Buambo-bamanga SF, Ngbaler R, Makoumbou P, Ekoundzola JR. L'éclampsie au centre hospitalier et Universitaire de Brazzaville, Congo. *Clinics iMother and Child Health*. 2009 ;6(2):1129-33
19. Edouard D. Prééclampsie. Eclampsie. EM Anesthésie-réanimation. Elsevier SAS;2003. 15p. [36-980-A-10]
20. Ducarme G, Herrnberger S, Pharisien I, Carbillon L, Uzan M. Éclampsie : étude rétrospective de 16 cas. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 2009 ;37(1):11 7.
21. Edouard D. Prééclampsie. Eclampsie. EM Anesthésie-réanimation. Elsevier SAS;2003. 15p.(36-980-A-10)
22. Agida ET, Adeka BI, Jibril KA. Pregnancy outcome in eclamptics at the University of Abuja Teaching Hospital, Gwagwalada, Abuja: a 3 year review. *Niger J Clin Pract*. 2010;13(4):394-8
23. Mayi-Tsonga S, Akouo L, Ngou-Mve-Ngou J-P, Meyé J-F. Facteurs de risque de l'éclampsie à Libreville (Gabon) : étude cas-témoins. *Cah D'études Rech Francoph Santé*. 2006;16(3):197 200.
24. Pottecher T, Luton D, Zupan V, Collet M. Prise en charge multidisciplinaire des formes graves de prééclampsie Recommandations formalisées d'experts communes SFAR. CNGOF/SFMP/SFNN; 2009 Jan.
25. Brouh Y, Ndjeundo PG, Tetchi YD, Amonkou AA, Pete Y, Yapobi Y. Les éclampsies en centre hospitalier universitaire en Côte d'Ivoire: prise en charge, évolution et facteurs pronostics. *Can J Anesth*. 2008;55(7):423 8.
26. Knight M. UKOSS. Eclampsia in the United Kingdom 2005. *BJOG*. 2007;114(9):1072-8.
27. Lee W, O'Connell CM, Baskett TF. Maternal and perinatal outcomes of eclampsia: Nova Scotia, 1981-2000. *J Obstet Gynaecol Can*. 2004;26(2):119-23
28. Jaatinen N, Ekholm E. Eclampsia in Finland; 2006 to 2010. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2016;95(7):787-92