



Pourquoi l'éclampsie engendre une forte mortalité ? Une étude dans la Maternité de Befelatanana

Why does eclampsia cause significant deaths? An analyze in the Maternity of Befelatanana

H RAKOTMAHENINA ^{(1)*}, T.J RAJAONARISON ⁽²⁾, R RANDRIAMAHAVONJY ⁽³⁾, R ANDRIANAMPANALINARIVO HERY ⁽⁴⁾

⁽¹⁾ Service de Gynécologie Obstétrique, Pavillon Sainte Fleur HJRA, Antananarivo, Madagascar

⁽²⁾ Service de Gynécologie Obstétrique, CHUA GHME GO Befelatanana, Antananarivo, Madagascar

⁽³⁾ Service de Gynécologie Obstétrique, CEN.HO.SOA, Soavinandriana, Antananarivo, Madagascar

⁽⁴⁾ CHU / Gynécologie-Obstétrique Befelatanana Antananarivo, Madagascar

RESUME

Objectif : Evaluer les taux de mortalité maternelle et fœtale et la proportion des facteurs présumés de décès par éclampsie dans une maternité à Antananarivo.

Méthodes : Une étude rétrospective a été réalisée sur les cas d'éclampsie observés à la Maternité de Befelatanana, du 1^{er} Janvier 2005 au 31 Décembre 2006.

Résultats : Cinquante six cas d'éclampsie ont été retrouvés parmi 15 110 accouchements, soit une prévalence de 37,1 pour 10 000 naissances. Dix huit cas de décès maternels (32%) ont été constatés. La mortalité néonatale était de 46% (26 cas). Aucune consultation prénatale n'a été suivie par 26 patientes (46%). Le terme de la grossesse était inconnu par 21 patientes (38%).

Conclusion : La létalité de l'éclampsie reste élevée à Antananarivo. La consultation prénatale est primordiale pour la réduction de cette mortalité.

Mots clés : Eclampsie ; Mortalité maternelle ; Consultation prénatale.

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to assess maternal and fetal mortality's rate and proportion of presumed death's factors by eclampsia at a maternity hospital in Antananarivo.

Methods: A retrospective study was performed in a teaching hospital, such as the Maternity of Befelatanana Antananarivo Madagascar, during the years 2005 and 2006.

Results: Fifty six cases of eclampsia were colliged among 15 110 deliveries. So its prevalence values 18.1 per 10 000 deliveries. Eighteen cases of maternal deaths were observed (32%). Neonatal mortality was 46% (26 cases). No prenatal consultation was followed by 26 patients (46%). Gestational age was unknown by 21 patients (38%).

Conclusion: Lethality by eclampsia is still high in Antananarivo. Prenatal consultation is very important to reduce this mortality.

Keywords: Eclampsia; Maternal death; Prenatal consultation.

INTRODUCTION

L'éclampsie est définie par l'existence de convulsions généralisées et/ou des troubles de conscience, survenant typiquement au cours du troisième trimestre de la grossesse ou du post-partum, dans un contexte de prééclampsie (PE), et ne pouvant être rapportés à un problème neurologique préexistant [1].

L'éclampsie reste aujourd'hui une pathologie obstétricale associée à une forte morbidité et mortalité materno-fœtales. Elle est responsable de 50 000 décès par an dans le monde [2]. Si la mortalité maternelle varie de 0 à 1,8 % dans les pays développés, elle est de 14 à 15,6 % dans les pays en développement [3].

L'objectif de notre étude est d'évaluer les taux de mortalité maternelle et fœtale et la proportion des facteurs présumés de décès par éclampsie dans une maternité à Antananarivo Madagascar.

MATERIELS ET METHODES

Une étude rétrospective descriptive a été menée à partir des dossiers des patientes qui ont présenté des

crises d'éclampsie dans le Centre Hospitalier Universitaire de Gynécologie Obstétrique de Befelatanana Antananarivo, entre le 1^{er} Janvier 2005 et le 31 Décembre 2006. Les crises d'éclampsie étaient confirmées devant une convulsion généralisée sans émission spontanée des urines et une hypertension artérielle sévère (>160/100 mmHg). Nous avons étudié les taux de létalité maternelle et fœtale, le taux de suivi de consultation prénatale et le terme de grossesse. Les différences entre les proportions ont été évaluées avec le logiciel Epi-Info 6.

Du CHU Antananarivo, Groupe Hospitalier Mère-Enfants/ Gynécologie et Obstétrique, Maternité de Befelatanana, & de l'Université d'Ambohitsaina Antananarivo, Madagascar.

* *Auteur correspondant:*

Dr. RAKOTMAHENINA Hajanirina

Adresse: CHUA Maternité Sainte Fleur
Ampefiloha (Enceinte HJRA)

101 Antananarivo Madagascar

Téléphone : +261 33 11 533 60

E-mail: rakotomahinahj@gmail.com

RESULTATS

Durant ces deux ans, 56 cas d'éclampsie ont été colligés pour 15 110 accouchements, soit une prévalence de 37,1 pour 10 000 naissances.

La létalité était de 32% (18 décès) et la mortalité périnatale était de 46,5% (26 cas).

Aucune consultation prénatale n'a été suivie par 26 patientes (46%) (Figure 1).



Figure 1 : Répartition selon la présence ou non de suivies par consultation prénatale (CPN) lors de la grossesse

L'âge gestationnel était imprécis chez 21 patientes (38%) et la grossesse était à terme pour 15 patientes (27%) (Tableau I).

Tableau I : Répartition des patientes selon leur âge gestationnel

Âges gestationnels (SA)	N	%
Inconnus	21	38 %
Moins de 34	12	21 %
34 à 36 et 6j	8	14 %
37 à 41	15	27 %
Total	56	100 %

DISCUSSIONS

La fréquence de l'éclampsie dans notre étude était de 37,1 pour 100 000 naissances. Par rapport à celle retrouvée par Ducarme G et al à Paris, elle est significativement élevée (37,1 vs 8,1; $p < 0,0000001$) [4]. L'étude de Begum MR à Bangladesh a retrouvé encore plus de crise. En deux ans, sur 32 999 accouchements ils ont trouvé 2956 crises éclamptiques donnant une fréquence à 9% ($p < 0,0000001$) [5]. Dans les pays en développement la prévalence de l'éclampsie est élevée, variant de 1 pour 100 à 1 pour 1700 accouchements. Cette situation est probablement due au bas niveau intellectuel, insuffisance d'éducation sanitaire, pauvreté et certaines croyances contre l'utilisation de médicaments et la consultation d'un médecin [5].

La létalité était de 32% (18 cas). Cette étude montre que l'éclampsie est encore une cause importante de décès maternel dans notre service. Ceci représente 18% de cause de décès maternel observé durant la période d'étude. Comparé à l'étude de Ducarme à Paris où il n'y a aucun décès maternel [4], ce taux est énorme (18/56 vs 0/16, $p = 0,06$). A Bangladesh, parmi 2 956 éclamptiques, 254 sont morts [5]. Malgré ce nombre élevé de cas, cette létalité est moindre que la nôtre (254/2956 = 8,2% vs 18/56 = 32% ; $p < 0,04$). Des efforts sont alors à déployer concernant le dépis-

tage des prééclampsies au cours de la consultation prénatale et dans le traitement des cas observés [6].

La mortalité néonatale était à 46,5%. Ce taux pourrait être abaissé par une meilleure prise en charge de la prééclampsie. La présence de 15 grossesses arrivées à terme indique qu'on aurait pu éviter les complications par une extraction fœtale qui constitue le seul traitement efficace contre la prééclampsie et ses complications.

Parmi les 56 patientes, 26 n'ont suivi aucune consultation prénatale, soit 46%. L'absence de telle surveillance peut être considérée comme un facteur de risque. En effet une éclampsie ne survient que lorsqu'il y a eu une prééclampsie. Pour l'étude à Bangladesh, les auteurs signalent que la fréquence très élevée d'éclampsie est due au fait que seules 2,3% des femmes enceintes ont été médicalement surveillées, et le reste n'ont pas d'accès aux soins obstétricaux [5]. Il reste tout de même à démontrer si une surveillance de la grossesse permettrait d'éviter la mortalité par éclampsie. Selon Begum, la majorité des cas d'éclampsie survient chez des patientes non (70%) ou peu (20%) suivies ; la plupart des décès survient chez des patientes qui ont présenté des complications autre que la convulsion avant de venir à l'hôpital [5]. On peut dire alors qu'un bon suivi permet de mieux prendre en charge les patientes. Par contre dans l'étude de Ducarme à Paris, sur les 16 patientes, la majorité avait un bon suivi médical et la mortalité était nulle [4].

Une fois la crise survient, il faut transférer la patiente en réanimation. Le clonazepam et le sulfate de magnésium se sont avérés efficace [7]. Des gestes de réanimation doivent être entrepris : libération des voies aériennes supérieures, mise en place de voie veineuse, des antihypertenseurs injectables (Clonidine et/ou nifédipine en perfusion) [1, 7]. Lorsque l'enfant n'est pas encore né, il faut vérifier sa vitalité et sa viabilité avant de discuter la prise en charge obstétricale [1]. En cas de mort fœtale in utero, le travail sera déclenché. En cas de crise du postpartum, la vérification de la vacuité utérine s'impose pour éliminer une rétention placentaire [8].

CONCLUSION

La létalité de l'éclampsie reste élevée à Antananarivo. La communication de l'importance de la consultation prénatale, pour le changement de comportement des femmes enceintes, semble la solution primordiale pour la réduction de cette mortalité.

REFERENCES

- Pottecher T, Société française d'anesthésie et de réanimation, Société française de médecine périnatale, Société française de pédiatrie, Collège national des gynécologues obstétriciens français. Réanimation des formes graves de prééclampsie. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2001; 30: 121-32.
- Duley L. Maternal mortality associated with hypertensive disorders of pregnancy in Africa, Asia, Latin America and the Caribbean. *Br J Obstet Gynaecol* 1992; 99: 547-53.

3. Sibai BM. Diagnosis, prevention, and management of eclampsia. *Obstet Gynecol* 2005; 105: 402-10.
4. Ducarme G, Herrnberger S, Pharisien I, Carbillon L, Uzan M. Eclampsie : étude rétrospective de 16 cas. *Gynecol Obstet Fertil*. 2009; 37(1): 11-7.
5. Begum MR, Begum A, Quadir E, Akhter S, Shamsuddin L. Eclampsia: Still a Problem in Bangladesh. *Med Gen Med*. 2004; 6 (4): 52.
6. Milne F, Redman C, Walker J, Baker P, Bradley J, Cooper C, et al. The pre-eclampsia community guideline (PRECOG): how to screen for and detect onset of pre-eclampsia in the community *BMJ* 2005; 330: 576-80.
7. Moodley J. Treatment of eclampsia. *Br J Obstet Gynaecol*. 1990; 97: 99-101.
8. Hirshfeld-Cytron J, Lam C, Karumanchi SA, Lindheimer M. Late postpartum eclampsia: examples and review. *Obstet Gynecol Surv*. 2006; 61: 471-80.