



# Pronostic materno-fœtal au cours de la pré-éclampsie sévère en réanimation.

## Maternal and fetal prognosis of severe preeclampsia in the intensive care unit.

R S BENGONO BENGONO <sup>(1,2)\*</sup>, R NDIKONTAR <sup>(1,3)</sup>, C IROUME <sup>(1,4)</sup>, A L AMENGLÉ <sup>(1,3)</sup>, B JEMEA <sup>(1,4)</sup>, J A METOGO MBENGONO <sup>(1,5)</sup>  
S KONA NGONDO <sup>(1,6)</sup>, J ZE MINKANDE <sup>(1,3)</sup>

- (1) Département de Chirurgie et Spécialités, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Yaoundé, Cameroun
- (2) Service de Réanimation, Hôpital de Référence de Sangmélima, Cameroun
- (3) Service de Réanimation, Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé, Cameroun
- (4) Service de Réanimation, Centre Hospitalier Universitaire de Yaoundé, Cameroun
- (5) Service de Réanimation, Hôpital Général de Douala, Cameroun
- (6) Service de Réanimation, Hôpital Militaire de Région numéro 1 de Yaoundé, Cameroun

Soumis le 13 Novembre 2023  
Accepté le 11 Mars 2024

### RESUME

**Introduction :** La pré-éclampsie est la deuxième cause de décès maternel. Le but de cette étude était d'évaluer le pronostic materno-fœtal de la pré-éclampsie sévère en réanimation. **Méthodes :** Il s'agissait d'une étude descriptive et prospective, réalisée du 1<sup>er</sup> janvier au 31 mai 2020 dans le service de réanimation de l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé. Était incluse toute patiente admise dans le service de réanimation pour pré-éclampsie sévère et/ou ses complications et ayant donné son consentement. Les variables étudiées étaient les données cliniques, thérapeutiques et pronostiques. Les informations étaient collectées à l'aide d'une fiche technique. Les données étaient analysées à l'aide du logiciel Epi info<sup>®</sup> version 3.5.4 et Microsoft Office Excel<sup>®</sup> 2013. **Résultats :** Au total, 45 patientes étaient colligées. Les patientes étaient primipares (56%) et âgées de moins de 25 ans (56%). Le diagnostic était posé en période anténatale (84%). Le mode d'accouchement était la césarienne (76%). La nicardipine était utilisée seule (7%) ou associée à l'alpha-méthyl dopa (82%). Le sulfate de magnésium était le principal anticonvulsant utilisé. Les complications les plus fréquentes étaient l'insuffisance rénale aiguë (30%) et l'anémie sévère (30%). La mortalité était de 5%. Sur le plan fœtal, la principale complication était la prématurité (39%) et la mortalité était de 24%. **Conclusion :** La prééclampsie sévère était retrouvée chez la jeune primipare. La morbi-mortalité materno-fœtal est élevée.

**Mots clés :** Enfant; Mère; Pré-éclampsie; Pronostic; Réanimation.

### ABSTRACT

**Background: Background:** Preeclampsia is the second leading cause of maternal deaths in the world. The aim of our study was to assess maternal and fetal prognosis of severe preeclampsia in the intensive care unit (ICU). **Methods:** This was a prospective, descriptive study from 1<sup>st</sup> january 2017 to 31<sup>st</sup> may 2017 in the ICU of the Yaoundé Gynaecologic, Obstetric and Pediatric Hospital. In our study, we included patients admitted at the ICU for severe preeclampsia and / or its complications and who had given their consent. The informations were collected using a data sheet. The variables studied were clinical, therapeutic and prognostic data. Data were analyzed using Epi info<sup>®</sup> version 3.5.4 and Microsoft Office Excel<sup>®</sup> 2013 software. **Results:** A total of 45 patients were included in the study. Patients were primiparous (56%), whom were aged less than 25 years (56%). The diagnosis was made in the antepartum period (84%). The main mode of delivery was caesarean section (76%). Nicardipine was used alone (7%) or combined with alpha-methyl dopa (82%). Magnesium sulphate was the major anticonvulsant drug. The maternal complications were acute renal failure (30%) and severe anemia (30%). The mortality was 5%. The main fetal complication was prematurity (39%) and the mortality rate was 24%. **Conclusion:** Preeclampsia most occurred in the young primiparous women. The diagnosis was antepartum and caesarean section was frequent. Maternal and fetal mortality was high.

**Keywords:** Child; Intensive care unit; Mother; Preeclampsia; Prognosis.

### INTRODUCTION

La pré-éclampsie (PE) se définit cliniquement par l'association d'une hypertension artérielle gravidique (pression artérielle systolique (PAS)  $\geq$  140 mmHg et / ou pression artérielle diastolique (PAD)  $\geq$  90 mmHg) et d'une protéinurie massive  $>$  300 mg/24h survenant à partir de la 20<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée (SA). La pré-éclampsie sévère constitue une complication 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]. La pré-éclampsie complique 2 à 8% des grossesses selon l'Organisation Mondiale de la santé (OMS). Elle représentait la deuxième cause de décès maternels dans le monde en 2014 avec 14% des décès selon l'OMS [3]. Actuellement, la PE constitue la troisième cause de mortalité maternelle après les hémorragies et les infections [4-5]. En Afrique, la pré-

valence de cette entité pathologique en réanimation varie entre 12,3 et 29,7 % [2, 6-11]. La pré-éclampsie légère évolue vers une pré-éclampsie sévère en l'absence de diagnostic et d'une prise en charge adéquate. Les complications de la pré-éclampsie sont nombreuses et fréquentes. Elles sont maternelles et fœtales. La gravité des signes de la pré-éclampsie sévère et ses complications motivent l'admission des patientes en réanimation pour une meilleure prise en

Du Département de Chirurgie et Spécialités,  
Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Yaoundé

\*Auteur correspondant :

Dr. Roddy Stéphan BENGONO BENGONO

Adresse : Département de Chirurgie et Spécialités,  
Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales  
Yaoundé, Cameroun

Téléphone : + 237 699 658 216

E-mail : rodbeng@yahoo.fr

charge multidisciplinaire. Le but de cette étude était d'évaluer le pronostic materno-fœtal de la pré-éclampsie sévère en réanimation.

## MATÉRIELS ET MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude descriptive et prospective, réalisée du 1<sup>er</sup> janvier au 31 mai 2020 dans le service de réanimation de l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé (HGOPY). Était incluse toute patiente admise dans le service de réanimation pour pré-éclampsie sévère et/ou ses complications et ayant donné son consentement. Après l'obtention de la clai- rance éthique auprès du comité institutionnel d'éthique et de recherche, le recrutement a débuté. L'échantil- lonnage était consécutif et exhaustif. Les variables étudiées étaient les données cliniques (âge, antécédents médicaux, données de l'examen physique, résultats des examens, diagnostic d'admission), thérapeutiques (délai de prise en charge, médicaments antihyperten- seurs, anticonvulsivants, autres médicaments, césa- rienne) et pronostiques (complications maternelles, complications fœtales, durée d'hospitalisation, sé- quelles maternelles, mortalité maternelle, mortalité fœtale). A l'entrée, les patientes étaient mises en con- dition : installation, voie veineuse, oxygénothérapie, sonde nasogastrique, sonde urinaire et le monitoring. Le scope multiparamétrique permettait de surveiller : pression artérielle, fréquence cardiaque, fréquence cardiaque saturation en oxygéné, électrocardiogramme (ECG), température. Les autres paramètres surveillés étaient : diurèse, score de Glasgow, réflexes tendineux, bruit du cœur fœtal. La prise en charge consistait en un traitement symptomatique (hydratation, antalgique, prophylaxie anti-ulcéreuse et thrombo-embolique) et un traitement spécifique (anticonvulsivant, antihyper- tenseur).

Les définitions opérationnelles de la prééclampsie sévère et les complications étaient les suivantes. La pré-éclampsie sévère (PES) est définie par une pression artérielle systolique (PAS)  $\geq 160$  mmHg et une pres- sion artérielle diastolique (PAD)  $\geq 110$  mmHg avec ou sans protéinurie, avec la présence d'au moins un des critères suivants : une douleur abdominale épiga- strique et/ou une douleur de l'hypochondre droit « en barre » persistante ou intense, une douleur thoracique, une dyspnée, un œdème aigu du poumon (OAP), des signes neurologiques comme des céphalées sévères ne répondant pas au traitement, des troubles visuels ou auditifs persistants, des réflexes ostéo-tendineux vifs, diffusés et polycinétiques, une protéinurie  $>3$  g/24h ou protéinurie à la bandelette urinaire  $\geq 3+$ , une créatiné- mie élevée  $\geq 90$   $\mu$ mol/L ( $\geq 10$  mg/L) ou une oligurie  $\leq 500$  ml/24h, une thrombopénie  $<100\ 000$ /mm<sup>3</sup>, une cytolysé hépatique avec ASAT/ALAT  $> 2$ N.

La pré-éclampsie grave est définie par la présence de signes de gravité comme une PAS  $\geq 180$  mmHg et/ou une PAD  $\geq 120$  mmHg, une douleur abdominale épiga- strique et/ou de l'hypochondre droit « en barre » persistante ou intense, des céphalées sévères ne répon- dant pas au traitement, des troubles visuels ou auditifs persistants, un déficit neurologique, des troubles de la conscience, une détresse respiratoire, un HELLP syn- drome, une insuffisance rénale aiguë.

L'éclampsie est définie par une crise convulsive to- nico-clonique survenant dans un contexte de patholo-

gie hypertensive de la grossesse. L'hypoxémie est dé- finie par une baisse de la saturation pulsée en oxygène  $< 92\%$  ; l'anémie sévère par un taux d'hémoglobine  $< 7$  g/dl ; l'insuffisance rénale aiguë (IRA) par des con- centrations de la créatinémie supérieures à  $90$   $\mu$ mol/L (soit  $10$  mg/L) ou une oligurie  $\leq 500$  ml/24h ; la coa- gulation intravasculaire disséminée (CIVD) par une thrombopénie  $<100\ 000$ /mm<sup>3</sup>, un temps de prothrom- bine (TP)  $<60\%$ , un TCA allongé avec des signes cli- niques (hémorragie génitale de sang incoagulable, sai- gnement aux points de ponction, hémorragie cutanée). Le HELLP (Hemolysis Elevated Liver Enzymes Low Platelets Count) syndrom est défini par une association d'un taux de plaquettes  $<100\ 000$ /mm<sup>3</sup>, un taux sé- rique ASAT/ALAT  $>2$ N, soit par un taux de LDH  $>600$  UI/l associé à la présence de schizocytes, soit par une bilirubinémie totale  $>20$   $\mu$ mol/l ( $12$  mg/l). Le re- tard de croissance intra-utérine est défini par une pa- tiente présentant une hauteur utérine (HU) diminuée par rapport à l'âge gestationnel et la prématurité par une naissance d'un nouveau-né avec un âge gestation- nel inférieur à 36 semaines d'aménorrhée (SA).

Le délai de prise en charge était le délai entre l'ad- mission dans le service de réanimation et le début du traitement. Étaient considérées comme séquelles les complications non stabilisées à la sortie de la patiente de l'unité de réanimation. Les informations étaient collectées à l'aide d'une fiche technique. Les données étaient analysées à l'aide du logiciel Epi info<sup>®</sup> version 3.5.4 et Microsoft Office Excel<sup>®</sup> 2013. Les données étaient présentées sous forme de tableaux et de figures. Les figures étaient réalisées à l'aide du logiciel Micro- soft Office Excel<sup>®</sup> 2013. Les variables quantitatives étaient exprimées sous forme de moyenne, médiane, mode, variance et écart-type. L'étude respectait les recommandations éthiques. La confidentialité des in- formations recueillies était respectée et le secret médi- cal était préservé.

## RESULTATS

Durant la période d'étude, 339 patientes étaient ad- mises dans le service de réanimation. Parmi ceux-ci, 45 cas de pré-éclampsie étaient enregistrés. La pré-éclampsie représentait 13% des admissions dans le service de réanimation de l'HGOPY. L'âge médian était de 24,5 ans avec des extrêmes de 15 ans et 35 ans. Les ménagères représentaient la profession majo- ritaire (33%). Les primipares représentaient 56% de l'échantillon. Le diagnostic de prééclampsie était posé en antépartum dans 84% des cas. Le diagnostic à l'ad- mission était représenté par la pré-éclampsie sévère et l'éclampsie. Les données cliniques sont représentées dans le tableau I. Le principal mode d'accouchement était la césarienne (76%). Le délai de prise en charge était  $< 2$  heures dans 49% des cas. La nicardipine était le principal antihypertenseur utilisé. Il était utilisé seul ou en association. Le sulfate de magnésium était le principal anticonvulsivant utilisé (81%). Les données thérapeutiques sont décrites dans le tableau II.

Les complications étaient retrouvées chez 10 pa- tientes (22%). L'insuffisance rénale aiguë et l'anémie sévère étaient les complications les plus retrouvées. La durée médiane d'hospitalisation était de 5 jours avec des extrêmes allant de 3 à 38 jours. Les séquelles étaient retrouvées chez 6 patientes.

**Tableau I :** Données cliniques des patients

| Variable                     | Effectif<br>n=45 | Proportion<br>(%) |
|------------------------------|------------------|-------------------|
| <b>Tranche d'âge (année)</b> |                  |                   |
| 15—19                        | 11               | 25                |
| 20—24                        | 14               | 31                |
| 25—29                        | 10               | 22                |
| 30—34                        | 4                | 9                 |
| >34                          | 6                | 13                |
| <b>Statut matrimonial</b>    |                  |                   |
| Célibataire                  | 35               | 78                |
| Mariée                       | 10               | 22                |
| <b>Profession</b>            |                  |                   |
| Ménagère                     | 15               | 33                |
| Étudiante                    | 13               | 29                |
| Fonctionnaire                | 12               | 27                |
| Secteur libéral              | 5                | 11                |
| <b>Gestité</b>               |                  |                   |
| Primigeste                   | 22               | 49                |
| Paucigeste                   | 12               | 27                |
| Multigeste                   | 11               | 24                |
| <b>Parité</b>                |                  |                   |
| Primipare                    | 25               | 56                |
| Paucipare                    | 17               | 38                |
| Multipare                    | 3                | 6                 |
| <b>CPN</b>                   |                  |                   |
| <4 CPN                       | 28               | 63                |
| ≥4 CPN                       | 17               | 37                |
| <b>Période de diagnostic</b> |                  |                   |
| Antépartum                   | 38               | 84                |
| Perpartum                    | 2                | 5                 |
| Postpartum                   | 5                | 11                |
| <b>Critères de sévérité</b>  |                  |                   |
| Chiffres tensionnels élevés  | 38               | 84                |
| Protéinurie                  | 26               | 58                |
| Convulsions                  | 7                | 16                |
| Hémorragie                   | 2                | 5                 |
| Épigastralgie                | 2                | 5                 |
| <b>Score de Glasgow</b>      |                  |                   |
| 9—12                         | 7                | 16                |
| 13—15                        | 38               | 84                |
| <b>Diagnostic</b>            |                  |                   |
| Pré-éclampsie sévère         | 38               | 84                |
| Eclampsie                    | 7                | 16                |

CPN: Consultation prénatale

Il s'agissait de la rétinopathie hypertensive (3 cas), l'insuffisance rénale aiguë (2 cas) et une hypertension artérielle persistante (1 cas). Deux décès étaient répertoriés liés à l'éclampsie et l'insuffisance rénale aiguë. Les données pronostiques maternelles sont décrites dans le tableau III. Au cours de notre étude, 38 nouveau-nés étaient délivrés. Les décès néonataux représentaient 24% (n=9).

Les données pronostiques fœtales sont représentées dans le tableau IV.

**Tableau II :** Données thérapeutiques

| Variable  | Effectif<br>n=45 | Proportion<br>(%) |
|---|------------------|-------------------|
| <b>Mode de délivrance</b>                               |                  |                   |
| Césarienne  | 34               | 76                |
| Voie basse  | 11               | 24                |
| <b>Délai de prise en charge</b>                         |                  |                   |
| <2 heures   | 22               | 49                |
| 2—3 heures  | 14               | 31                |
| >3 heures   | 9                | 20                |
| <b>Antihypertenseurs</b>                                |                  |                   |
| Nicardipine   | 3                | 77                |
| Nicardipine + alpha methyl dopa                         | 37               | 82                |
| Nicardipine + alpha methyl dopa + labetalol             | 5                | 11                |
| <b>Anticonvulsivants</b>                                |                  |                   |
| Diazépam  | 4                | 9                 |
| Sulfate de magnésium                                    | 41               | 91                |
| <b>Délai de stabilisation de la pression artérielle</b> |                  |                   |
| 1—2 jours   | 21               | 46                |
| 3—4 jours   | 12               | 27                |
| >4 jours  | 12               | 27                |

**Tableau III :** Données pronostiques maternelles

| Variable                    | Effectif<br>n=45 | Proportion<br>(%) |
|-----------------------------|------------------|-------------------|
| <b>Complications (n=10)</b> |                  |                   |
| Insuffisance rénale aiguë   | 3                | 30                |
| Anémie sévère               | 3                | 30                |
| Eclampsie                   | 2                | 20                |
| HELLP syndrome              | 1                | 10                |
| TVP                         | 1                | 10                |
| <b>Evolution</b>            |                  |                   |
| Sans séquelles              | 37               | 82                |
| Présence de séquelles       | 6                | 13                |
| Décès                       | 2                | 5                 |

HELLP: Hemolysis Elevated Liver Enzymes and Low Platelets Count

## DISCUSSION

Au total, 45 patientes étaient colligées. La pré-éclampsie représentait 13,2% des admissions en réanimation. Les patientes étaient principalement primipares et âgées de moins de 25 ans. Les complications les plus fréquentes étaient l'insuffisance rénale aiguë et l'anémie sévère. La mortalité était de 5%. Au plan fœtal, la principale complication était la prématurité et la mortalité était de 23%. Les limites de notre étude reposaient sur la durée de notre étude. Elle était courte et correspondait à la première vague de la pandémie à Covid-19. Ceci avait pour corollaire la faible taille de notre échantillon.

**Tableau IV :** Données pronostiques fœtales

| Variable                              | Effectif<br>n=38 | Proportion<br>(%) |
|---------------------------------------|------------------|-------------------|
| Prématurité                           | 15               | 39                |
| Retard de croissance<br>intra-utérine | 14               | 37                |
| Décès néonatal                        | 9                | 24                |

La pré-éclampsie représentait 13% des admissions en réanimation. Ces résultats étaient similaires à ceux de plusieurs études africaines. En Afrique, la prévalence de la pré-éclampsie en réanimation varie entre 12,3 et 29,7 % [2, 6-12]. En Afrique Subsaharienne, la pré-éclampsie reste un problème de santé publique et pour cause le niveau socio-économique précaire des populations, le manque structure de santé et de personnel pour un suivi adéquat de la grossesse [2, 10]. L'âge médian était de 24,5 ans avec des extrêmes de 15 ans et 35 ans. Ce résultat se rapprochait de ceux de Pancha et al. en 2016 à Ngaoundéré (Cameroun), retrouvant la tranche d'âge de 15 – 24 ans dans 66,7% [13]. La pré-éclampsie touche une population de parturientes jeunes avec un âge moyen oscillant entre 21 et 26,4 ans [2,6-9,14]. Les primipares représentaient 55,6% des cas dans notre série. Les primigestes-nullipares ou primipares sont les plus sujettes au risque de survenue de PE. Plusieurs études africaines retrouvent ces mêmes tendances [2,7,8]. Les facteurs de risque de pré-éclampsie classiquement reconnus tels que le jeune âge (< 20 ans), la primiparité, les chiffres tensionnels supérieurs à 160/110 mmHg et le manque de surveillance prénatale [2].

Les patientes ayant réalisé moins de 4 consultations prénatales (CPN) représentaient 62,5% des cas. L'OMS recommande dans le programme de CPN recentrées un nombre minimal de 4 CPN. Ces résultats étaient similaires à ceux de Owono et al. en 2017 à Yaoundé qui retrouvaient que 87% de leurs patientes avaient réalisé moins de 4 CPN [15]. 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 PE sévère et ses complications [1,2,7,8,16]. 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 PE sévère 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.

A l'admission, le diagnostic de prééclampsie sévère a été posé dans 84% des cas en antépartum. Le score de Glasgow variait entre 9 et 15. Le score de Glasgow moyen est compris entre 10 et 13 en fonction de la population d'étude concernée [1,2,8,9].

Le principal mode d'accouchement était la césarienne (75,6%). La prise en charge de la PE sévère 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 %

[1, 6,10,11,16]. Ceci était lié à la consultation tardive et la survenue des complications telles que l'éclampsie. Le traitement antihypertenseur était constitué de nicardipine seule ou associée à l'alpha-méthyl dopa ou le labétalol dans notre série. Ces résultats étaient similaires à ceux d'Obame et al. à Libreville. La prise en charge a consisté en l'administration d'un antihypertenseur (nicardipine) et d'un anticonvulsivant (sulfate de magnésium). Cette prise en charge est celle énoncée dans les recommandations internationales. Dans 18 % (n = 9) des cas, la nicardipine seule n'a pas suffi pour une normalisation des pressions artérielles [17]. La stabilisation des chiffres tensionnels était l'objectif majeur de la prise en charge. Le traitement symptomatique consiste à recourir à un antihypertenseur et un anticonvulsivant selon les recommandations des sociétés savantes. Concernant l'anti convulsivant, le protocole de Sulfate de Magnésium était le plus utilisé [1, 2, 6, 7, 10, 12, 16]. Le sulfate de magnésium procure une diminution rapide des chiffres tensionnels et une réduction des récurrences des convulsions. D'autres anticonvulsivants étaient administrés notamment le Diazépam le plus souvent en association avec le sulfate de magnésium.

L'insuffisance rénale aiguë (IRA), l'anémie sévère et l'éclampsie étaient les complications les plus retrouvées. Ces résultats étaient similaires à ceux d'Obame et al. qui retrouvaient comme complications l'insuffisance rénale aiguë (IRA) dans 12 % (n = 6/51) et le HELLP syndrome dans 10 % des cas (n = 5/51). Ngbale et al. retrouvaient fréquemment l'éclampsie (29,3%) et l'IRA (19,5%). 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'œdème aigu du poumon [1].

La mortalité était de 5%. Les décès étaient liés à l'éclampsie et l'insuffisance rénale aiguë. Ce taux de décès était inférieur à ce qui est rencontré dans plusieurs séries africaines. La mortalité liée à la PE sévère 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, 6,7, 8, 10-12]. Cette mortalité est liée à la survenue des complications [12]. Les données de la littérature révèlent que le HELLP syndrome et l'insuffisance rénale aiguë constituent les causes majeures de décès par pré-éclampsie sévère [18].

La prématurité était la principale complication fœtale retrouvée (33%). Le taux de décès néonatal était de 24%. Ces résultats étaient similaires à ceux de Tchaou et al. [8] et Ngbale et al [12] qui retrouvaient respectivement 25,4% et 31,7%.

Dans les pays en développement, la pré-éclampsie sévère est responsable d'une forte morbi-mortalité maternelle et fœtale [2]. La PE constitue la troisième cause de mortalité maternelle après les hémorragies et les infections. Le déficit en ressources humaines, l'insuffisance du plateau technique 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 morbimortalité liée à la PE et ses complications [1].

## CONCLUSION

Les patientes admises en réanimation pour pré-éclampsie sévères étaient des femmes jeunes, primipares, célibataires et ménagères, dont la qualité du suivi de la grossesse n'était pas bonne. La prise en charge consistait à une mise en condition, l'usage des antihypertenseurs et du sulfate de magnésium. La morbi-mortalité materno-fœtale était importante. Les pistes de réduction de cette morbi-mortalité materno-fœtale reposeraient sur un suivi rigoureux de la grossesse à travers l'information et les consultations prénatales recentrées.

## REFERENCES

- Otiobanda GF. Prééclampsie et ses complications : Quelle prise en charge en Afrique ? Editorial. *Rev Afr Anesthesiol Med Urgence* 2019; 24(2): 1—2.
- Essola L, Ifoudji Makao A, Ayo Bivigou E, et al. Prééclampsie sévère et ses complications en réanimation au CHU de Libreville : Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. *Rev Afr Anesthesiol Med Urgence* 2019; 24(1): 18—22.
- Priso EB, Njamen TN, Tchente CN, et al. Trend in admissions, clinical features and outcome of preeclampsia and eclampsia as seen from the intensive care unit of the Douala General Hospital, Cameroon. *Pan Afr Med J* 2015; 21 103.
- Say L, Chou D, Gemmill A, et al. Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis. *Lancet Glob Health* 2014; 2(6): e323—33.
- Tebeu PM, Halle-Ekane G, Itambi MD, Robinson EM, Mawamba Y, Fomulu JN. Maternal mortality in Cameroon, A university teaching hospital report. *Pan Afr Med J* 2015; 21 16.
- Bonkougou PZ, Bako YP, Simporé A, et al. L'éclampsie en Réanimation : épidémiologie et pronostic au CHU Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou. *Rev Afr Anesthesiol Med Urgence* 2014; 19(1): 28—32.
- Barboza D, Coulibaly S, Traoré MM, et al. Prise en charge de l'éclampsie en réanimation dans un hôpital périphérique. *Rev Afr Anesthesiol Med Urgence* 2018; 23(1): 40—6.
- Tchaou BA, Salifou K, Hounkponou FM, Hountovo S, Chobli M. prise en charge de la pré-éclampsie sévère dans l'hôpital de Parakou (Benin). *Rev Afr Anesthesiol Med Urgence* 2012; 17 (2): 10—7.
- Nzoghé NP. Quelle gestion des éclampsies dans les services de réanimation en Afrique ? *Rev Afr Anesthesiol Med Urgence* 2018; 23(1): 1—2.
- Kéita M, Dicko H, Diallo B, et al. L'éclampsie en réanimation polyvalente au Centre Hospitalier et Universitaire du Point G : prise en charge, évolution et facteurs pronostics. *Rev Afr Anesthesiol Med Urgence* 2017; 22(3): 33—40.
- Coulibaly KT, Abhé C, Ouattara A, et al. Les complications de la pré-éclampsie en réanimation polyvalentes du CHU de Cocody (Abidjan-RCI). *Rev Afr Anesthesiol Med Urgence* 2014; 19(1): 19—23.
- Ngbale NR, Gaunetfet CE, Koirokpi A, et al. Epidemiological Aspects and Prognosis of Severe Preeclampsia in Bangui, Central African Republic. *Gynecol Obstet (Sunnyvale)* 2019; 9 (2): 499.
- Mbouemboue OP, Diallo C, Tamanji MT, Blakga C, et al. A Study on Factors Related to Hypertensive Disorders in Pregnancy in Ngaoundere (Adamawa Region, Cameroon). *Clin Med Res* 2016; 5(2): 6—12.
- Otiobanda GF, Itoua C, Ossou-Nguet PM, et al. L'éclampsie en réanimation polyvalente au CHU de Brazzaville : aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs. *Rev Cames santé* 2013; 1(2): 46—50.
- Owono Etoundi P, Metogo Mbengono J, Tchokam L, Celestin D. Complications Obstétricales Admises en Réanimation: Épidémiologie, Diagnostic et Pronostic. *Health Sci Dis* 2017; 18(1): 49—50.
- Diop Th M, Dembélé AS, Mangané M, et al. Aspects épidémiologiques et cliniques des complications de la pré-éclampsie au service de réanimation du CHU Gabriel Touré (Bamako). *Rev Afr Anesthesiol Med Urgence* 2017; 22(3): 57—60.
- Obame R, Ekegue N, Sima Olé B, et al. Prise en Charge des Pré-Éclampsies Sévères en Postopératoire au Service de Réanimation du Centre Hospitalier Universitaire d'Owendo. *Health Sci Dis* 2020; 21(2): 78—81.
- Razafindrainibe T, Rakotonomenjanahary S, Rahanitriniaina NMP, Raelison JG, Andrianirina M, Raveloson NE. *International Journal of Medical and Health Science* 2019; 5(10): 14—24.