

ANNALES DE LA SOGGO

SOCIÉTÉ GUINEENNE DE GYNÉCOLOGIE - OBSTÉTRIQUE

Semestriel ■ Volume 11 ■ N° 27 (2016)



(GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE, REPRODUCTION HUMAINE)

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ AFRICAINE DES GYNÉCOLOGUES OBSTÉTRICIENS (SAGO)
ET DE LA FÉDÉRATION INTERNATIONALE DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE (FIGO)

Directeur de publication

Namory Keita

Rédacteur en chef

Telly Sy

Comité de parrainage

Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

Ministre de la Santé

Recteur Université Gamal Abdel Nasser de Conakry

Doyen FMPOS

Secrétaire général CAMES

M Kabba Bah, MP Diallo, RX Perrin, E Alihonou, F Diadhiou, M Kone, JC Moreau, H Iloki, A Dolo, (CAMES)/A Gouazé (CIDMEF), G Osagie (Nigeria), H Maisonneuve (France)

Comité de rédaction

N Keita, MD Baldé, Y Hyjazi, FB Diallo, F Traoré (Pharmacologie), T Sy, IS Baldé AB Diallo, Y Diallo, A Diallo, M Cissé (Dermatologie), M Doukouré (Pédopsychiatrie), ML Kaba (Néphrologie), OR Bah (Urologie), NM Baldé (Endocrinologie), A Touré (Chirurgie Générale), LM Camara (Pneumo-phtisiologie), B Traoré (Oncologie), DAW Leno, MK Camara

Comité de lecture

E Alihonou (Cotonou), K Akpadza (Lomé), M A Baldé (Pharmacologie), G Body (Tours), M B Diallo (Urologie), M D Baldé (Conakry), N D Camara (Chirurgie), CT Cissé (Dakar), A B Diallo (Conakry), F B Diallo (Conakry), OR Diallo (Conakry), A Fournié (Angers), Y Hyjazi (Conakry), N Keita (Conakry), YR Abauleth (Abidjan), P Moreira (Dakar), GY Privat (Abidjan), R Lekey (Yaoundé), JF Meye (Libreville), CTCissé (Dakar), A Diouf (Dakar), RX Perrin (Cotonou), F Traoré (Conakry)

Recommandations aux auteurs

La revue Annales de la SOGGO est une revue spécialisée qui publie des articles originaux, des éditoriaux, des mises au point, des cas cliniques et des résumés de thèse dans les domaines de la gynécologie obstétrique et de reproduction humaine.

Conditions générales de publication : la revue adhère aux recommandations de l'ICMJE dont la version officielle actuelle figure sur le site www.icmje.org

Les articles n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs. Les manuscrits des articles originaux ne doivent avoir fait l'objet d'aucune publication antérieure ni être en cours de publication dans une autre revue. Les manuscrits doivent être dactylographiés en double interligne, de police de caractère 12 minimum, style Times

New Roman, 25 lignes par page maximum, le mode justifié, adressés en deux exemplaires et une version électronique sur CD, clé USB ou par Email à la rédaction aux adresses suivantes :

1. Professeur Namory Keita Maternité Donka CHU de Conakry BP : 921 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel. : (224) 664 45 79 50;

Email : namoryk2010@yahoo.fr

2. Professeur Agrégé Telly Sy; Maternité Ignace Deen CHU de Conakry BP : 1263

Conakry (Rép. de Guinée)

Tel.: (224) 6222 17086; (224) 664 233 730

Email : [syntelly@yahoo.fr](mailto:sytelly@yahoo.fr)

Tous les manuscrits sont adressés pour avis de façon anonyme à deux lecteurs. Une fois acceptés les articles corrigés doivent être accompagnés des frais de correspondance et de rédaction qui s'élèvent à 50000 F CFA.

Présentation des textes

La disposition du manuscrit d'un article original est la suivante : titre (avec auteurs et adresse), résumé (en français et en anglais), introduction, matériel et méthodes, résultats, discussion, références, tableaux et figure. La longueur des manuscrits ne doit pas dépasser, références non comprises 12 pages pour les articles originaux, 4 pages pour les cas cliniques et mises au point. Toutes les pages seront numérotées à l'exception de la page des titres et des résumés.

Page de titre : elle comporte :

- Un titre concis, précis et traduit en anglais
- Les noms et initiales des prénoms des auteurs
- L'adresse complète du centre dans lequel le travail a été effectué
- L'adresse complète de l'auteur à qui les correspondances doivent être adressées

Résumé : le résumé de 250 mots en français et en anglais figure après la page des titres sur des pages distinctes avec le titre sans le nom des auteurs. Le résumé doit comporter de manière succincte le but, la méthodologie, les principaux résultats et la conclusion.

Références : les références sont numérotées selon l'ordre de leur appel dans le texte. Leur nombre ne doit pas dépasser 20 pour les articles originaux, 10 pour les cas cliniques et 30 pour les mises à jour. Elles doivent indiquer les noms de tous les auteurs si leur nombre ne dépasse pas six, au-delà, il faut indiquer les 3 premiers suivis de la mention et al.. Les abréviations des titres des journaux doivent être celles qui sont trouvées dans l'Index Medicus, par exemple :

- Pour une revue : 1. Sy T, Diallo AB, Diallo Y. et al. : Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques, pronostiques et économiques à

la Clinique Gynécologique et
Obstétricales du CHU Ignace DEEN. Journal de
la SAGO2002; 3(2):7-11

- Pour une contribution à un livre : 2. Berland M.
Un état de choc en début de travail:
conduite à tenir. In : Lansac J, Body G : Pratique
de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2ème éd. 1992 :
218-225

- Pour un livre : 3. Lansac J, Body G. Pratique de
l'accouchement.
Paris. SIMEP. 2ème éd. 1992 : 349.

- Pour une thèse : 4. Bah A . Les évacuations
obstétricales : aspects épidémiologiques et
pronostic à la clinique de gynécologie obstétrique
du CHU Ignace Deen. Thèse méd, Univ Conakry
2001; 032/03 04 : 165p X

Tableaux, figure et légendes : leur nombre doit être
réduit au strict minimum nécessaire à la
compréhension du texte. Les tableaux seront
numérotés en chiffres romains et les figures en
chiffres arabes. Ils doivent être appelés dans le
texte.

Après acceptation définitive de l'article, des
modifications mineures portant sur le style et les
illustrations pourront être apportées par le comité
de rédaction sans consulter l'auteur afin d'accélérer
la parution dudit article.

Le comité de rédaction



Les éditions L'Harmattan Guinée
BP: 3470 Conakry
Rue KA 028 Almamy
tel: +224 664289196
site web: www.guinee-harmattan.fr

Table des matières

ARTICLES ORIGINAUX

Evaluation des enseignants du département mère-enfant par les étudiants de la faculté de médecine de l'université de Parakou (Bénin) NFM Hounkponou, H Laourou, Sidi Imorou R, Vodouhe M, Obossou AAA, Salifou K, R Jacques, A Aubrege, F Raphael.....	45 - 50
Evaluation de l'offre en soins obstétricaux et néonataux d'urgence selon les indicateurs de l'OMS au district sanitaire-ouest de Dakar Mbaye M, Gueye M, Ndiaye Gueye MD, Mbodji A, Coly AN, Niass A, Fall KBM, Daff MB, Diop AKD, Moreau JC.....	51 - 58
Pronostic maternel et perinatal des grossesses non suivies en milieu rural malien. Théra T, Traoré Y, Téguté I, Kouma A, Traoré M, Sagala M, Kané F, Dolo A.....	59 - 63
Pronostic materno-fœtal du paludisme chez les gestantes sans traitement préventif intermittent admises au service de gynécologie – obstétrique de l'hôpital de la mère et de l'enfant de N'djamena. Foumsou L, Gabkika BM, Damtheou S, Dangar GD, Mahamat AC, Dao B.	64 - 69
Acceptabilité du dépistage de l'infection à VIH à l'initiative du prestataire dans le département de gynécologie et d'obstétrique du CHU Yalgado Ouedraogo de Ouagadougou, Burkina Faso H Zamané, YA Sawadogo, I Ouédraogo, ME Semondji, DP Kain, S Kiemtoré, A Ouattara, B Thiéba/Bonané.....	70 - 74
Aspects épidémiologiques, diagnostiques, pronostiques et thérapeutiques de l'éclampsie au centre de santé Nabil Choucair en banlieue dakaroise : a propos de 59 cas O Gassama, MM Niang, ME Faye Dieme, AA Diouf, M Mbaye, A Ndiaye, Y Toure, PM Moreira, JC Moreau	75 - 79
Pronostic des avortements provoqués clandestins avoués au CHU Yalgado Ouedraogo de Ouagadougou Kiemtoré S, Kain A, Zamané H, Ouattara A, Ouédraogo I, Ouédraogo WSM, Thiéba B.....	80 - 85
Vie sexuelle a moyen terme après hystérectomie : Aspects gynécologiques. Expérience du CHU de Cocody Kakou C, Kassé R, Effoh D, Koffi S, Gbary E, Koimé H, Abauleth R, Boni S.....	86 - 88

CAS CLINIQUE

Condylome ano-vulvaire géant et découverte inopinée d'une infection à VIH : un cas et revue de la littérature Mian DB, Guie P, N'guessan KLP, Abauleth YR, Kouakou F, Boni S.....	89 - 93
---	---------

Contents

ORIGINAL PAPERS

<i>Evaluation of the teachers of department mere-enfant by the students of the medical college of the university of Parakou (Benin)</i> NFM Hounkponou, H Laourou, Sidi Imorou R, Vodouhe M, Obossou AAA, Salifou K, R Jacques, A Aubrege, F Raphael.....	45 - 50
<i>Assessment of emergency obstetric and neonatal care offer in west helthcare facilities of Dakar</i> Mbaye M, Gueye M, Ndiaye Gueye MD, Mbodji A, Coly AN, Niass A, Fall KBM, Daff MB, Diop AKD, Moreau JC.....	51 - 58
<i>Maternal and perinatal prognosis of not prenatal cares's pregnancies in Malian rural environment</i> Théra T ,Traoré Y, Téguété I, Kouma A, Traoré M, Sagala M, Kané F, Dolo A.....	69 - 63
<i>Materno fetal prognosis of malaria among pregnant without intermittent preventive treatmentat gynaecology and obstetrics service of N'djamena mother and child hospital.</i> Foumsou L, Gabkika BM, Damtheou S, Dangar GD, Mahamat AC, Dao B.....	64 - 69
<i>Receptiveness of provider-initiated hiv screening test in the department of gynecology and obstetrics at Yalgado Ouedraogo university hospital</i> H Zamané, YA Sawadogo, I Ouédraogo, ME Semondji, DP Kain, S Kiemtoré, A Ouattara, B Thiéba/Bonané.....	70 - 74
<i>Epidemiological, diagnostic, prognostic and therapeutic aspects of eclampsy at Nabil Choucair health center, in the suburbs of Dakar (Sénégal): about 59 cases</i> O Gassama, MM Niang, ME Faye Dieme, AA Diouf, M Mbaye, A Ndiaye, Y Toure, PM Moreira, JC Moreau	75 - 79
<i>Prognosis of illegal induced abortions at the yalgado ouedraogo teaching hospital (YOTH).</i> Kiemtoré S, Kain A, Zamané H, Ouattara A, Ouédraogo I, Ouédraogo WSM, Thiéba B.....	80 - 85
<i>Sexual live at post operative time after hysterectomy: gynaecologic aspects. Experience of cocody university hospital</i> Kakou C, Kassé R, Effoh D, Koffi S, Gbary E, Koimé H, Abauleth R, Boni S.....	86 - 88

CASE REPORT

<i>Unexpectedly positive HIV serology discorvered by a giant ano-vulvar condylomata acuminata : case report and litterature review</i> Mian DB, Guie P, N'guessan KLP, Abauleth YR, Kouakou F, Boni S.....	89 - 93
---	---------

**ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, DIAGNOSTIQUES, PRONOSTIQUES ET
THERAPEUTIQUES DE L'ECLAMPSIE AU CENTRE DE SANTE NABIL CHOUCAIR EN
MILIEU SEMI-URBAIN DAKAROIS (SENEGAL) : A PROPOS DE 59 CAS**
*EPIDEMIOLOGICAL, DIAGNOSTIC, PROGNOSTIC AND THERAPEUTIC ASPECTS OF
ECLAMPSY AT NABIL CHOUCAIR HEALTH CENTER, IN THE SUBURBS OF DAKAR (SENEGAL):
ABOUT 59 CASES*

GASSAMA O, NIANG MM, FAYE DIEME ME, DIOUF AA, MBAYE M, NDIAYE A, TOURE Y,
THIAM O, THIAM M, MOREIRA PM, MOREAU JC

Clinique Gynécologique et Obstétricale, CHU Le Dantec, Dakar, Sénégal, BP 3001

Correspondances : Omar GASSAMA, Assistant Chef de Clinique Email : ogasse79@yahoo.fr

RESUME

Objectifs : Dresser le profil épidémiologique des patientes et décrire les aspects diagnostiques, pronostiques et thérapeutiques de la crise d'éclampsie au Centre de Santé Nabil Choucair.

Patientes et méthodes : Il s'agissait d'une étude prospective, rétrospective, descriptive et analytique menée à la Maternité du Centre de Santé Nabil Choucair entre le 1^{er} Janvier 2005 et le 31 Avril 2015. Nous avons inclus toutes les patientes prises en charge pour une crise d'éclampsie survenant entre 20 semaines d'aménorrhée (SA) et la 6^{ème} semaine du post-partum.

Résultats : Durant la période d'étude, nous avons enregistré 59 cas de crise d'éclampsie parmi les 34097 accouchements, soit une fréquence de 17 pour 10000 accouchements. Le profil épidémiologique des patientes était celui d'une femme âgée en moyenne de 22 ans et paucipare. Elles avaient fait en moyenne 2,48 crises convulsives avec des extrêmes de 1 et 8. 54 patientes, soit 91,5% avaient bénéficié d'une prise en charge par le sulfate de magnésium selon le protocole de l'OMS contre seulement 15 patientes (%) qui avaient reçu du diazépam. Un traitement antihypertenseur à base de chlorhydrate de nicardipine était administré chez 37 patientes (63%). La césarienne était réalisée chez 58 patientes (98,3%), seule une patiente avait accouché par voie basse spontanée. Nous avons enregistré un décès maternel en rapport avec un état de mal éclamptique, soit une létalité de 1,7%.

Conclusion : L'éclampsie reste encore une pathologie relativement fréquente dans nos régions. C'est une urgence obstétricale majeure qui impose des mesures de réanimation drastiques. En banlieue dakaroise la prise en charge reste difficile du fait du bas niveau du plateau technique.

Mots clés : Crise convulsive, HTA, Eclampsie, Sulfate de magnésium.

ABSTRACT

Objectives: Develop the epidemiological profile of patients and describe the diagnostic aspects, prognostic and therapeutic crisis of eclampsia Health Center Nabil Choucair.

Patients and methods: This was a prospective, retrospective, descriptive and analytical conducted at the Maternity of Nabil Choucair Health Center between 1 January 2005 and 31 April 2015. We included all patients supported for eclampsia occurring between 20 weeks gestation crisis (SA) and postpartum 6th week.

Results: During the study period, we recorded 59 cases of eclampsia among 34097 accouchements, a frequency of 17 per 10,000 births. The epidemiological profile of the patients was that of a woman aged 22 years on average and paucipare. They had an average of 2.48 seizures with extremes of 1 and 8. 54 patients or 91.5% had received support by magnesium sulfate according to the WHO protocol against only 15 patients (%) who received diazepam. Antihypertensive treatment with nicardipine hydrochloride was administered to 37 patients (63%). Cesarean section was performed in 58 patients (98.3%), only one patient had given birth by spontaneous vaginal. We recorded maternal death related to status eclampsia, a lethality of 1.7%.

Conclusion: Eclampsia is still a relatively frequent pathology in our regions. This is a major obstetric emergency which requires drastic resuscitation measures. In the suburbs of Dakar care management remains difficult because of the low level technical platform.

Keywords: convulsive crisis, eclampsia

INTRODUCTION

L'éclampsie est une crise convulsive tonico-clonique survenant dans un contexte de pathologie hypertensive de la grossesse. Elle survient le plus souvent pendant la grossesse ou le travail et rarement dans le post-partum [1, 2, 3].

Elle appartient sur le plan nosologique aux syndromes vasculo-rénaux qui sont encore responsables d'une mortalité materno-fœtale encore lourde dans les pays en développement [2]. Dans les pays en développement, le manque de consultations prénatales ou leur mauvaise qualité, les conditions socio-économiques défavorables, le plateau technique limité aggravent la morbi-mortalité materno-fœtale liée à cette pathologie [4, 5, 6].

I. PATIENTES ET METHODES

Il s'agissait d'une étude prospective, rétrospective, descriptive et analytique menée à la Maternité du Centre de Santé Nabil Choucair entre le 1^{er} Janvier 2005 et le 31 Avril 2015.

Nous avons inclus toutes les patientes prises en charge pour une crise d'éclampsie survenant entre 20 semaines d'aménorrhée (SA) et la 6^{ème} semaine du post-partum.

Les patientes bénéficiaient de mesures de réanimation couplées à un traitement à base de sulfate de magnésium selon le protocole de l'OMS qui consiste à administrer 4 g de sulfate de Magnésium à faire passer en 20-30 min puis 1g par heure pendant 24 à 48 heures. En cas d'hypertension artérielle sévère, un traitement antihypertenseur par le chlorhydrate de nicardipine était instauré.

Les données étaient recueillies à travers les carnets de consultation prénatale, les dossiers d'accouchement, les registres d'anesthésie et les cahiers de compte-rendus opératoires.

Les paramètres socio-démographiques, le déroulement de la grossesse, les aspects diagnostiques, pronostiques, et thérapeutiques étaient étudiés.

Les données étaient analysées grâce au logiciel SPSS version 11.0.

II. RESULTATS

1. Fréquence

Durant la période d'étude, nous avons enregistré 59 crises d'éclampsie parmi les 34097 accouchements, soit une fréquence de 17 pour 10000 accouchements.

2. Caractéristiques des patientes

2.1. Age

L'âge moyen de nos patientes était de 22ans. La

tranche d'âges la plus représentée était celle de 13 à 24 ans (%) (tableau I).

Tableau I : Répartition des patientes selon l'âge

Age(ans)	Effectif	%
13-18	17	28,8
19-24	23	39
25-30	12	20,3
31-36	3	5,1
37-42	1	1,7
Non précisé	3	5,1
Total	59	100%

2.2. Gestité et parité

La parité était comprise entre 1 et 5 avec une moyenne de 1,52. Les paucipares étaient les plus représentées (86%) dont 80% de primipares. La gestité moyenne était de 1,5 avec des extrêmes de 1 et 5.

2.3. Nombre de consultations prénatales

Les patientes avaient réalisé en moyenne 3 consultations prénatales (tableau II).

Tableau II : Répartition des patientes selon le nombre de consultations prénatales (N=59)

Nombre de consultations prénatales	Effectif	%
0 à 2	8	13,6
3 à 5	51	86,4
Total	59	100

hypertension artérielle chronique et un diabète gestationnel chez 3 patientes.

3. Tableau clinique à l'admission

Quarante-sept patientes (80%) avaient un âge gestationnel supérieur ou égal à 37 semaines d'aménorrhée. La crise d'éclampsie survenait pendant la grossesse, au cours du travail ou dans le post-partum dans respectivement 84,7%, 10,2% et 5,1% des cas.

Le nombre de crises convulsives tonico-cloniques était compris entre 1 et 8, avec une moyenne de 2,46. Vingt neuf patientes (49%) présentaient un état de mal éclamptique. Toutes les patientes avaient une hypertension artérielle. Elle était associée à des œdèmes des membres inférieurs et à une protéinurie chez 53,6% des patientes.

4. Prise en charge thérapeutique

Le sulfate de magnésium était administré à 54 patientes (91%) selon le protocole de l'Organisation Mondiale de la Santé qui consiste à administrer 4g

de sulfate de magnésium dans 250 cc de sérum glucosé à faire passer en 20-30 minutes et 1 g de sulfate de magnésium en intra-veineuse directe chaque heure pendant 24 à 48h. Le diazépam était utilisé chez 15 patientes (25%). Un traitement antihypertenseur à base de chlorhydrate de nicardipine était administré chez 37 patientes (64%).

La voie d'accouchement la plus fréquente était la césarienne, réalisée chez 58 patientes (98%) contre un seul accouchement par voie basse naturelle (2%).

5. Pronostic

5.1. Pronostic maternel

Nous avons enregistré un décès maternel, soit une létalité de 1,7%. Ce dernier était secondaire à un état de mal éclamptique associé à un syndrome HELLP (Hemolysis Elevated Liver enzymes Low Platelets count). Vingt sept patientes (45,8%) avaient présenté des complications. Il s'agissait de 18 cas d'état de mal éclamptique (30,5%), de 5 cas d'hypertension artérielle persistante (8,5%), de 3 cas d'œdème aigu du poumon (5,1%) et d'un cas de syndrome HELLP (1,7%) (tableau III).

Tableau III : Répartition des patientes selon les complications (N= 59)

Complications	Effectif	%
Etat de mal éclamptique	18	30,5
HTA persistante	5	8,5
OAP*	3	5,1
Syndrome HELLP**	1	1,7
Aucune complication	32	54,2
Total	59	100

*Œdème aigu du poumon

**Hemolysis Elevated Liver enzymes Low Platelets count

5.2. Pronostic néonatal

Tableau IV : Répartition des nouveau-nés selon le poids de naissance (N=59)

Poids des nouveau-nés(grammes)	Effectif	%
=1000	1	1.7
[1001-1500]	1	1.7
[1501-2000]	11	18.3
[2001-2500]	20	33.3
[2501-3000]	15	25
[3001-3500]	9	15
=3501	4	5
Total	59	100

Le poids des nouveau-nés était compris entre 1000 grammes et 3800 grammes. Trente trois nouveau-nés (55,9%) avaient un poids de naissance inférieurs à 2500 grammes. Nous avons enregistré 54 naissances vivantes (91,5%) et 5 mort-nés frais soit une mortalité périnatale de 92,6 pour 1000 naissances vivantes.

III. DISCUSSION

1. Epidémiologie

Les études africaines sur l'éclampsie ont noté des fréquences hospitalières variables selon les pays : 0,32% à Brazzaville, 1,35% à Dakar, 0,24% et 0,92% à Lomé [4, 7, 8]. Dans notre série, nous avons enregistré une fréquence de 17 éclampsies pour 10 000 accouchements inférieure à celles rapportées dans la littérature africaine. Ceci s'explique par le fait que notre structure est une maternité chirurgicale de niveau 2 qui n'est pas doté d'une unité de réanimation polyvalente qui peut parfois être nécessaire pour la prise en charge de l'éclampsie et de ses complications. Ainsi, tous les cas qui nécessitaient une réanimation étaient évacués vers des structures mieux équipées pour leur prise en charge. Cette fréquence relativement faible reste élevée comparée à celles retrouvées dans les pays développés et traduit l'insuffisance du dépistage et la mauvaise prise en charge des états hypertensifs associés à la grossesse.

Dans notre étude, la tranche d'âges la plus représentée était celle de 13 à 24 ans. L'éclampsie est une pathologie des âges extrêmes et nos résultats sont confirmés par les études de Diouf à Dakar, Pambou au Congo et Moujahid au Maroc [7, 9, 10]. Beillat et Lansac [1, 11] avaient également fait le même constat.

L'éclampsie est une pathologie de la primipare jeune porteuse d'une grossesse près du terme [4, 5, 9, 10]. Nous avons retrouvé les mêmes caractéristiques dans notre série où 80% des patientes étaient des primipares et 79,7% des grossesses dataient de 37 semaines d'aménorrhée ou plus.

3. Aspects cliniques

Dans notre série, la crise d'éclampsiesurvenait pendant la grossesse, au cours du travail ou dans le post-partum dans respectivement 84,7%, 10,2% et 5,1% des cas. Nos résultats sont confirmés par les données de la littérature. En effet, l'éclampsie est un accident qui survient le plus souvent au dernier trimestre de la grossesse, rarement dans le post-partum où le pronostic est meilleur du fait de l'absence de grossesse [1, 2, 7].

Nous avons enregistré un nombre moyen de 2,46 crises par patiente et 49% d'états de mal

éclampsiques. Ceci relève d'un diagnostic et d'une prise en charge tardifs des cas d'autant plus qu'il n'a été noté aucun cas de récurrence après institution du protocole de sulfate de magnésium.

4. Prise en charge thérapeutique

Trois mesures thérapeutiques sont essentielles en vue de stabiliser l'état maternel :

- le remplissage vasculaire avant la mise en route du traitement antihypertenseur afin de limiter les conséquences de l'hypovolémie, avec 300 à 500 ml de cristalloïdes ;
- la mise en place d'une canule de Mayo pour maintenir la liberté des voies aériennes supérieures ;
- l'administration d'un traitement antihypertenseur par voie intraveineuse pour obtenir une pression diastolique comprise entre 90 et 100 mm Hg [11].

Toutes nos patientes ont bénéficié d'un traitement anti-hypertenseur et la Nicardipine était la molécule la plus utilisée, chez 60,7% de nos patientes. Cependant, il est démontré actuellement que ce sont de puissants agents tocolytiques qui retardent le déclenchement spontané du travail alors que l'extraction foeto-placentaire constitue le véritable traitement étiologique de l'éclampsie. La préférence doit se porter plutôt sur les anti-hypertenseurs d'action centrale comme la Clonidine, sur les alpha et bêta bloqueurs comme le Labetalol ou sur les vasodilatateurs comme la Dihydralazine [11].

Le sulfate de Magnésium est l'anticonvulsivant de référence dans la prévention et le traitement de la crise d'éclampsie [10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22]. Sibai, Pritchard et Zuspan ont décrit les protocoles thérapeutiques par voie intramusculaire et intraveineuse avec le sulfate de magnésium qui ont une efficacité identique [3, 16, 17, 19, 20, 21]. Cependant, la voie intra-veineuse est la plus recommandée car étant moins douloureuse que la voie intramusculaire qui peut de plus se compliquer d'abcès de la fesse dans 0,5 % des cas [3, 21].

Dans notre série, 91,1% des patientes en ont bénéficié. Ce taux d'utilisation est encore insuffisant dans notre pratique. En effet, un essai collaboratif multicentrique incluant 1 680 patientes éclampsiques a démontré de manière indiscutable la supériorité du sulfate de magnésium par rapport au Diazépam et à la Phénytoïne dans la prévention de la récurrence des crises convulsives [11]. Son utilisation impose cependant une surveillance rigoureuse basée sur l'évaluation de la fréquence respiratoire, de la diurèse et des réflexes ostéotendineux. Aucun cas de récurrence n'a été noté

après l'utilisation du Sulfate de Magnésium.

Sur le plan obstétrical, notre attitude a beaucoup évolué au cours des 25 dernières années où les indications de césarienne pour éclampsie ont été multipliées par 10 (9,5 % en 1990, 19 % en 1998, 50 % en 2001 et 98,3% dans notre étude) [11]. Ceci est en rapport avec les données de la littérature. En effet, pour beaucoup d'auteurs, la césarienne est la voie d'accouchement privilégiée en dehors du travail. Cependant la question que l'on se pose est la suivante : cette attitude presque exclusivement chirurgicale devant l'éclampsie a-t-elle l'effet bénéfique escompté sur l'amélioration du pronostic maternel et périnatal ?

5. Pronostic

La létalité associée à l'éclampsie demeure élevée, même si elle a connu une baisse ces 20 dernières années (20,6 % en 1997, 17,9 % en 2001 et 1,7% dans notre série) [11]. Ce taux est comparable à celui retrouvé dans la série de Diouf au Centre Hospitalier National (CHN) de Pikine qui était de 1,62% [9]. Ceci est le résultat des progrès importants enregistrés dans la prise en charge des patientes éclampsiques notamment dans le domaine de la réanimation mais également l'utilisation du sulfate de magnésium.

La mortalité périnatale demeure, elle aussi, élevée malgré la baisse considérable notée ces dernières années : 413 pour 1000 en 1997, 359 pour 1000 en 2001 et 92,6 pour 1000 dans notre série. La souffrance fœtale aiguë et la prématurité représentent les deux principales causes de mortalité périnatale [11, 9]. Pour améliorer le pronostic périnatal, il faudra poser les indications d'extraction fœtale plus précocement et développer des unités de néonatalogie dans toutes les maternités chirurgicales pour une prise en charge adaptée des prématurés.

1. **Lansac J, Beger C, Magnin G.** HTA et grossesse. Obstétrique pour le praticien, 1990, 192-197.
2. **Merger R, Levy J, Melchior J.** Précis d'obstétrique 6ème édition MASSON, Paris, 1995, 415-437.
3. **Prise en charge multidisciplinaire des formes graves de prééclampsie :** Recommandation formalisée d'experts communes SFAR / CNGOF / SFMP/Consulté le 25/08/2015.
4. **Akpadza K, Baeta S, Kotor KT et al.** L'éclampsie à la clinique de Gynécologie-Obstétrique du CHU de Tokoin-Lomé (Togo). Médecine d'Afrique Noire 1996, 43,(3) :

- 166-169.
5. Beye M.D, Diouf E, Kane O, et al. Prise en charge de l'éclampsie grave en réanimation en milieu tropicalafricain. A propos de 28 cas. *Annales Françaises d' Anesthésie et de Réanimation* 22 (2003) 25-29.
 6. Begum MR, Begum A, Quadir E. Loading dose versus standard regime of magnesium sulfate in the management of eclampsia: a randomized trial. *J Obstet Gynaecol Res* 2002;28:1549.
 7. Pambou O, Ekoundzola J. R. Malanda J.P, Buambos. Prise en charge et pronostic de l'éclampsie au CHU de Brazzaville à propos d'une étude rétrospective de 100 cas. *Méd Af Noire* 1999;36, 11,508-512.
 8. Cissé C.T, Diémé M.E, Ngabo D, Mbaye M, Diagne P.M. Indication thérapeutiques et pronostic de l'éclampsie au CHU de Dakar. *Jr Gynécol. Obstét. Biol Réprod.* 2003, 32, 3 : 239-245.
 9. Diouf AA, Diallo M, Mbaye M, Sarr S D, Faye- Diémé ME , Moreau J C. Profil épidémiologique et prise en charge de l'éclampsie au Sénégal: à propos de 62 cas *Pan African Medical Journal* consulté le 25/08/2015 sur le site <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/16/83/full>
 10. Moujahid H. Prise en charge de la prééclampsie sévère et de l'éclampsie en réanimation chirurgicale à propos de 97 cas *Thèse Med, Fes*, 2007:24.
 11. Beillat T, Dreyfus M, Marpeau L. Hypertension artérielle et Grossesse, *Traité d'Obstétrique, Masson, Paris*, 2010 215-225
 12. Beaufils M, Haddad B, Bavoux F. Hypertension artérielle pendant grossesse : aspects physiopathologiques et pronostic à long terme. *EMC. Gynécologie-Obstétrique* , 2008, 5-036A 10.
 13. Altman D, Carroli G, Duley L, Farrell B, Moodley J, Neilson J et al. Do women with preeclampsia, and their babies, benefit from magnesium sulfate? The Magpie Trial: a randomised, placebo-controlled trial. *Lancet* 2002; 359: 1877-90.
 14. Andersgaard AB, Herbst A, Johansen M, Ivarsson A, Ingemarsson I, Langhoff-Roos J, et al. Eclampsia in Scandinavia: incidence, substandard care, and potentially preventable cases. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006; 85:929-36.
 15. Collange O et al. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation* (2010), 29, 7582.
 16. OMS. Recommandation de l'OMS pour la prévention et le traitement de la prééclampsie et de l'éclampsie. Disponible au www.who.int, consulté le 03/05/2016.
 17. Pritchard JA. The use of the magnesium ion in the management of eclamptic toxemias. *Surg Gynecol Obstet* 1955; 100: 131-40.
 18. Sibai BM. Eclampsia maternal and prenatal outcome in 254 consecutive cases. *Am. J. Obstet Gynecol.* 1990; 163.
 19. Zuspan FP. Treatment of severe preeclampsia and eclampsia. *Clin Obstet Gynecol* 1966; 9: 954-72.
 20. Mattar F, Sibai B. Eclampsia: Risk factors for maternal morbidity. *Am J Obstet Gynecol.* 2000; 182(2):307-312.
 21. Treisser A. Le sulfate de Magnésium en Obstétrique. Extrait des Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique. Tome XXI publié le 3.12.1997 *Vingt et unièmes journées nationales Paris*, 1997.
 22. Steegers EA, Von Dadelszen P, Duvekot JJ, Pijnenborg R. Pre-eclampsia. *Lancet*, 2010, 21;376(9741):631-44.