

COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS
Président : Professeur F. Puech

EXTRAIT
des
Mises à jour
en Gynécologie
et Obstétrique

Publié le 10 décembre 2010

Nota. Le « texte long » des recommandations pour la pratique clinique incluant les communications des experts et les références bibliographiques est publié dans un numéro spécial du Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction (Vol. 39 / suppl. 2 au n°8) sous la référence : J Gynecol Obstet Biol Reprod 2010;39:S1-S342



—

TRENTE-QUATRIÈMES JOURNÉES NATIONALES
Paris, 8-11 décembre 2010

Évaluation du pronostic maternel et foetal, biologique, clinique, signes de gravité, indication des transferts

M. KONÉ ^{1, 2}, A. HORO ^{1, 2}, M. FANNY ^{1, 2}, S. ADJOUSSOU ^{1, 2},
A. KOFFI ^{1, 2}
(Abidjan, Côte d'Ivoire)

Résumé

En Afrique, les formes sévères de prééclampsie sont, après l'hémorragie, la principale cause de décès maternels et périnataux dont la plupart surviennent au sein d'une population de femmes jeunes, économiquement faibles et ayant un accès difficile aux soins obstétricaux à cause de la couverture sanitaire insuffisante.

Nonobstant les progrès accomplis dans les domaines thérapeutiques, grâce au large usage du sulfate de magnésium, une difficulté reste pendante en rapport avec la faiblesse des systèmes sanitaires : c'est le diagnostic de gravité de la prééclampsie et celui de ses complications potentiellement létales qui sont autant d'exigences pour des transferts opportuns et une prise en charge optimale au sein des services habilités. L'insuffisance des

- 1 - Centre hospitalier universitaire de Yopougon - Service de gynécologie-obstétrique - Abidjan - Côte d'Ivoire
- 2 - Université de Cocody - Unité de formation et de recherche en sciences médicales - Abidjan - Côte d'Ivoire

Correspondance : mamourouk@hotmail.com

moyens d'investigations paracliniques explique que ces diagnostics sont en grande partie fondés sur les symptômes cliniques.

Mots clés : prééclampsie, éclampsie, complications, pronostic, transfert

Déclaration publique d'intérêt

Je soussigné, Mamourou Koné, déclare ne pas avoir d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé, industriel ou commercial en relation avec le sujet présenté.

INTRODUCTION

La prééclampsie est l'association au cours de la grossesse d'une pression artérielle supérieure ou égale à 140/90 mm Hg, et d'une protéinurie supérieure ou égale à 300 mg par 24 heures (correspondant à deux croix à la bandelette réactive), le tout apparaissant après 20 semaines d'aménorrhée. Les formes sévères de l'affection se caractérisent par des atteintes multiviscérales dont l'évaluation pronostique constitue un enjeu pour la survie materno-fœtale. En Afrique, la limitation des moyens d'explorations paracliniques, notamment biologiques, y compris aux échelons supérieurs des systèmes de soins donne la priorité aux arguments cliniques. Le présent travail rapporte notre expérience en la matière au sein d'un hôpital universitaire à Abidjan, en Côte d'Ivoire.

1. CONTEXTE SOCIO-SANITAIRE

La Côte d'Ivoire, pays situé en Afrique de l'ouest, a une superficie de 322 463 km² et une population estimée à 19 287 772 habitants, essentiellement composée de jeunes avec 43 % de moins de 15 ans. Les femmes en âge de procréer représentent 49 % de la population féminine. Seulement 47 % des naissances ont lieu en milieu médical.

Le taux de césarienne à l'échelle nationale est de 2,5 %. En 2005, le ratio de mortalité maternelle était estimé à 549 pour 100 000 naissances vivantes.

Au plan institutionnel, le système sanitaire se présente sous la forme d'une pyramide à trois niveaux. La prise en charge des complications obstétricales est organisée au sein des services délivrant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) qui peuvent être de base (SONUB) ou complet (SONUC) selon le niveau de la pyramide (Tableau 1).

La décentralisation du système est insuffisante et la disponibilité des SONU est en deçà des normes requises (4 services de SONUB et 1 service de SONUC pour 500 000 habitants). Les ressources humaines se caractérisent par des faibles ratios « prestataire/habitants » : 1 médecin pour 9 000 habitants et 1 sage-femme pour 2 000 habitants.

Tableau 1 - Organisation des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) en Côte d'Ivoire

Niveau 1 - Centres de santé et maternités non chirurgicales	Niveau 2 - Hôpitaux généraux et de district	Niveau 3 - CHU et centres hospitaliers régionaux
SONUB - Prescription d'antibiotiques - Prescription d'ocytociques - Prescription d'anticonvulsivants - Délivrance artificielle - Évacuation utérine par aspiration ou curetage - Accouchement instrumental	SONUC - SONUB - Chirurgie - Transfusion	- SONUC - Services spécialisés Réanimation Néphrologie Cardiologie Hématologie Néonatalogie

2 . DIAGNOSTIC DE LA PRÉÉCLAMPSIE SÉVÈRE

2.1. Circonstances du diagnostic

En Afrique, le mauvais suivi prénatal corrélé à la faible fréquentation des centres de santé rend compte d'une majorité des formes graves de prééclampsie découvertes pour la première fois à l'occasion d'une extrême urgence.

À l'opposé, les gestantes vues en dehors de l'urgence pour un suivi plus intensif de la grossesse en raison de signes d'évolution défavorable

d'une prééclampsie ou d'une HTA gravidique représentent la minorité. Au tableau 2 apparaissent les principales circonstances du diagnostic de la prééclampsie sévère au centre hospitalier universitaire (CHU) de Yopougon au cours de l'année 2009.

Tableau 2 - Circonstances du diagnostic de la prééclampsie sévère au CHU de Yopougon en 2009

Circonstances du diagnostic	Cause	Nombre	
Complication d'emblée urgente	HRP	15	212
	Éclampsie	197	
Signes de gravité au cours du suivi prénatal	HTA sévère Protéinurie Œdème diffus Signes neurosensoriels Signes hépato-digestifs Souffrance fœtale	43	
Total		255	

2.2. Signes de gravité au cours de la grossesse

Leur reconnaissance doit conduire à l'hospitalisation dans les plus brefs délais.

L'hypertension artérielle sévère

Elle est découverte lors de la prise systématique de la pression artérielle (PA) mais peut être annoncée par les manifestations neurosensorielles de l'hypertension maligne (céphalées, vertiges). Par définition, la pression systolique est supérieure ou égale à 170 mm Hg et/ou la pression diastolique est supérieure ou égale à 110 mm Hg.

L'hypertension artérielle sévère ne sera affirmée qu'avec le respect de conditions strictes de mesure de la pression artérielle : position assise ou semi-assise de la gestante (les positions couchée et debout modifient l'hémodynamique) ; atmosphère détendue et à distance de toute source de stress (tel un examen génital) ; utilisation d'un appareil à mercure avec un brassard de dimensions suffisantes, positionné à hauteur du cœur ; le bras doit être nu, la paume ouverte et tournée vers le haut, le stéthoscope posé sur l'artère humérale préalablement identifiée ; les mesures seront répétées sur les 2 bras à raison de 2 à 3 prises à 5-10 minutes d'intervalle ; un contrôle interviendra après 4 heures si les chiffres restent élevés.

L'hypertension artérielle sévère expose au risque d'hémorragie cérébrale par rupture d'une artère au sein du parenchyme cérébral. Elle est associée, en outre, à un risque accru d'œdème pulmonaire et d'hématome rétroplacentaire (HRP) ; ces évolutions gravissimes justifient le traitement antihypertenseur.

Les œdèmes

Ils ont une signification péjorative quand ils s'installent rapidement en quelques jours, s'étendent au-delà des membres inférieurs, atteignant les mains et le visage, donnant au faciès un aspect lunaire. Ils sont toujours associés à une modification brutale de la courbe de poids qui enregistre un gain significatif, allant d'1 kilogramme (kg) en 1 semaine à plusieurs kg en quelques jours. L'œdème diffus est souvent annonciateur de complications évolutives et constitue, à ce titre, un excellent signe pour la référence vers les maternités chirurgicales (SONUC).

La protéinurie

Elle est dépistée sur la bandelette réactive (type Albustix[®] ou Multistix[®]) à partir des urines fraîches. La valeur seuil à considérer est de 3+ (> à 350 mg/24 h), après qu'on ait pris la précaution de discriminer les faux positifs dus aux urines alcalines (pH > 7), trop concentrées (densité > 1 030) ou contaminées (infection urinaire, sang).

La protéinurie est classiquement considérée comme un élément de mauvais pronostic materno-fœtal. Des études récentes semblent pourtant en nuancer l'importance comme moyen de prédire les complications maternelles [1, 2] ; dans la méta-analyse de Thangaratinam [2] incluant un total de 6 749 gestantes, la protéinurie n'est corrélée qu'au risque de mort fœtale, et ce pour un seuil critique de 500 mg/24 h.

Les manifestations neurosensorielles

Elles peuvent être les prodromes des graves accidents neurologiques (hémorragie cérébrale, éclampsie) ; il s'agit :

- des céphalées intenses, pulsatiles, frontales ou bilatérales en casque, quelquefois associées à des névralgies faciales ;
- de l'adynamie et la somnolence, avec parfois une certaine confusion mentale ;
- de l'hyperréflexie ostéo-tendineuse caractérisée par des réflexes vifs polycinétiques aux deux membres inférieurs avec souvent une note pyramidale ;
- des troubles oculaires : diplopie (vision double), phosphènes (sensation de vision de la lumière), diminution de l'acuité visuelle

- pouvant aller à l'amaurose ; le fond d'œil met en évidence un œdème de la rétine ou des hémorragies rétinienne superficielles ; l'amaurose est habituellement transitoire, elle est à distinguer de la grave mais rare cécité corticale, liée à un accident vasculaire cérébral dans le territoire vertébro-basilaire, brutale, associée à des hallucinations visuelles et une anosognosie (méconnaissance de sa cécité) ; le fond d'œil est ici normal ;
- des troubles auditifs : acouphènes à type de bourdonnements et de sifflements.

Les signes hépato-digestifs

Ils doivent toujours faire évoquer une complication grave à type de HELLP syndrome (acronyme de Hemolysis-Elevated Liver enzymes-Low Platelets). Ce sont :

- les douleurs de l'hypocondre droit ou de l'épigastrique (barre de Chaussier), observées dans 65 à 90 % des cas de HELLP syndrome [3, 4] ;
- les nausées et les vomissements, présents dans 40 % des cas [3] ;
- l'ictère observé dans plus de 70 % des cas [3] ; la splénomégalie, plus rare.

D'autres signes d'hémolyse sont à rechercher : la pâleur conjonctivale liée à l'anémie et la coloration rouge foncé des urines due à l'hémoglobinurie ; ils ont une signification péjorative.

Les signes de détresse fœtale

Ils peuvent précéder de plusieurs semaines les manifestations maternelles et ils ne sont pas toujours corrélés aux chiffres de la pression artérielle.

La non-perception des mouvements actifs du fœtus par la mère et à un degré moindre la mise en évidence à l'examen d'une hauteur utérine insuffisante pour le terme sont des signes peu spécifiques mais ne devant pas moins faire évoquer une aggravation du tableau de prééclampsie et/ou l'existence d'une souffrance fœtale, voire une mort fœtale. Ils requièrent, avant l'hospitalisation, un enregistrement du rythme cardiaque fœtal et une échographie pour vérifier la vitalité fœtale, déterminer le score de Manning et la biométrie, préciser le grade placentaire et l'index amniotique, le doppler (si disponible) permettra le calcul des indices vélocimétriques.

3. ÉVALUATION PRONOSTIQUE

Elle est réalisée en cours d'hospitalisation et vise à identifier et surveiller les atteintes viscérales selon un rythme adapté (Tableau 3).

Tableau 3 - Bilan maternel clinique et biologique au cours de la prééclampsie sévère au CHU de Yopougon

Organe-fonction	Clinique		Biologie-paraclinique	
	Paramètre	Rythme	Type	Rythme
Cœur-poumons	Pression artérielle Détresse respiratoire	3 fois/j	ECG	Bilan initial
Cerveau	Céphalées Troubles visuels Conscience Convulsions Déficit neurologique	2 fois/j	Fond d'œil EEG* Scanner cerebral*	Bilan initial * sur signes d'appel
Rein	Diurèse	1 fois/j	Protéinurie des 24 h Créatinine Uricémie Natrémie	Bilan hebdomadaire
Foie-coagulation	Ictère Anémie Barre épigastrique Hémoglobinurie Urine rouge foncé	1 fois/j	HELLP syndrome - NFS + plaquettes - ASAT - Bilirubine T+C - Frottis sanguin Échographie hépatique*	Bilan hebdomadaire * sur signes d'appel
	Syndrome hémorragique	1 fois/j	CIVD - fibrinogène - TP, TCA - D-Dimères	Si plaquettes < 70 000/mm ³ ou HELLP syndrome

Une importance particulière sera accordée à l'examen clinique quand le bilan biologique sera prescrit avec discernement, en raison de son coût.

3.1. Pronostic maternel

L'état cardiopulmonaire

Le juste équilibre hémodynamique sous traitement anti-hypertenseur combine le maintien d'un débit de perfusion placentaire suffisant et la prévention des risques liés aux à-coups hypertensifs.

Ainsi doit-on viser à maintenir les chiffres de la pression systolique entre 140 et 150 mm Hg et ceux de la pression diastolique autour de 95-100 mm Hg. Il peut exister une difficulté à stabiliser les chiffres en début de traitement, mais les objectifs hémodynamiques doivent être rapidement atteints en 48-72 heures, sinon il faut demander un avis cardiologique.

On recherche également les signes de détresse respiratoire en faveur d'une complication cardiopulmonaire, principalement l'œdème du poumon : polypnée, tirage, respiration paradoxale abdominale, tachycardie. L'électrocardiogramme fait partie du bilan systématique.

La fonction rénale

La diurèse est mesurée de façon quotidienne ; tout volume inférieur à 500 ml/24 h est un signe de gravité, traduisant une hypoperfusion rénale, une diminution de la filtration glomérulaire et plus rarement une insuffisance rénale. Le bilan biologique comporte :

- le dosage quantitatif de la protéinurie sur les urines de 24 h. Les valeurs peuvent aller de 0,5 g/l à plus de 10 g/l en cas de syndrome néphrotique ;
- la créatinine pour laquelle toute valeur supérieure à 12 mg/l (100 µmol/l) doit être considérée comme suspecte et donner lieu à un avis néphrologique.

Le HELLP syndrome

Le HELLP syndrome est la manifestation la plus typique du caractère multisystémique de la prééclampsie. Le diagnostic de la complication prend pour référence les critères proposés en 1990 par Sibai, et qui associent :

- une thrombopénie avec un taux de plaquettes inférieur à 100 000/mm³,
- l'élévation des transaminases concernant les aspartate amino transférase (ASAT) et alanine amino transférase (ALAT) qui sont supérieures à 70 UI/l (> à 3 déviations standard),
- l'hémolyse définie par :
 - soit l'association d'un taux sérique de lactico-déshydrogénase (LDH) supérieur à 600 UI/l et l'existence de schizocytes sur le frottis sanguin périphérique,
 - soit un taux de bilirubine supérieur à 12 mg/l (20 µmol/l).

Le tableau biologique est souvent incomplet, l'hémolyse inconstante peut manquer dans 40 % des cas [5].

En 2007, une étude de 55 cas de HELLP syndrome colligés à Abidjan [3] a situé l'incidence de la complication à 0,3 % des

accouchements et 7,8 % des prééclampsies sévères ; chiffres proches de ceux rapportés par d'autres auteurs en Afrique [6].

L'anémie est constante chez les patientes atteintes du syndrome avec un taux moyen d'hémoglobine à 7 g/dl ; un taux d'hémoglobine inférieur à 7 g/dl est observé chez 13 patientes (23,6 %) ; les transaminases sont élevées dans 76,4 % des cas et une thrombopénie inférieure à 100 000/mm³ a été retrouvée chez 72,7 % des gestantes (Tableau 4).

Tableau 4 - Profil biologique du HELLP syndrome au CHU de Yopougon [3]

Taux d'hémoglobine (moyen et extrêmes en g/dl)	7 (3,6 et 8,7)
Taux de bilirubine totale moyen (moyen et extrêmes en mg/l)	40 (13,1 et 89,7)
Taux de bilirubine conjuguée moyen (moyen et extrêmes en mg/l)	17 (7,9 et 30,6)
ASAT (moyenne et extrêmes en UI/l)	98,7 (61,2 et 196,3)
ALAT (moyenne et extrêmes en UI/l)	85,2 (27,4 et 156)
Numération des plaquettes (moyenne et extrêmes)	100 500/mm ³
Numération des plaquettes < 100 000/mm ³	72,7 %

Le pronostic global de la complication est sombre avec 12 décès maternels, soit un taux de létalité de 21,8 %. Le taux de césarienne est de 50 %. La morbidité grave est dominée par l'éclampsie, l'hématome rétroplacentaire, l'insuffisance rénale et l'œdème pulmonaire.

Le syndrome de coagulation intravasculaire disséminée (CIVD)

C'est l'activation systémique de la coagulation sanguine, avec formation dans la microcirculation de microthrombi consommatrices des facteurs de la coagulation (le fibrinogène en particulier) à l'origine, dans les formes aiguës, de manifestations hémorragiques ou thrombotiques.

Le diagnostic repose sur l'hypofibrinogénémie (< 2 g/l), la thrombopénie (plaquettes < 150 000/mm³), l'abaissement du temps de Quick et l'allongement du temps de céphaline activé, la détection des D-dimères. Dans notre pratique, le bilan de coagulation n'est pas exhaustif d'emblée sauf en prévision de l'accouchement ou en cas de thrombopénie inférieure à 70 000/mm³, ou encore de HELLP syndrome qui est associé à la CIVD plus d'une fois sur quatre dans notre expérience [3].

D'autres paramètres biologiques sont pris en compte au cours du bilan de surveillance :

- l'hématocrite : il est classiquement augmenté, témoignant d'une hémococoncentration et d'une hypovolémie quand il est supérieur ou égal à 40 % ;
- l'uricémie, même si son interprétation est difficile en l'absence de valeur de référence en début de grossesse ; on considère comme signe d'alarme une élévation brutale des taux au-dessus de 60 mg/l (350 μ mol/l). Au-delà de 75 mg/l (450 μ mol/l), il faut craindre la survenue de complications maternelles et/ou fœtales ;
- le ionogramme sanguin à la recherche d'une hyponatrémie.

3.2. Pronostic fœtal

Il est dominé par la prématurité et la souffrance fœtale à l'origine de la majorité des décès périnataux. Le pronostic fœtal est d'autant plus sombre :

- qu'il existe un HELPP syndrome. Dans la population des 55 patientes présentant cette complication à Abidjan, le décès périnatal a été déploré dans 71 % des cas avec 31 morts fœtales *in utero* et 8 morts néonatales,
- que les signes de gravité sont apparus tôt au cours de la grossesse, avant la période d'acquisition de la maturité fœtale, c'est-à-dire 32-34 semaines. La nécessité d'interrompre la grossesse avant ce terme en raison de l'aggravation de l'état maternel réduit les chances de survie fœtale.

Indications de transfert

Les signes de défaillance d'un ou de plusieurs organes chez la mère exigent de l'équipe obstétricale une concertation avec les spécialistes des dits organes (cardiologue, néphrologue, neurologue, hématologue, anesthésiste-réanimateur). C'est au cours de ces concertations pluridisciplinaires, répétées au besoin, que sont prises les décisions de transfert vers un service spécifique. Les transferts sont en règle générale rares avant l'interruption de la grossesse, à l'exception des cas de HELLP syndrome, en raison de leur gravité. Au demeurant, cette complication est la première indication de transfert dans notre service avec comme destination principale la réanimation. Avant 34 semaines et plus encore avant 32 semaines, le choix du moment optimal pour l'accouchement reste un dilemme du fait du difficile équilibre entre le besoin de protéger la mère et celui de minimiser les effets de la prématurité. Les données actuelles des essais cliniques

semblent insuffisantes pour tirer des conclusions définitives sur le sujet [7]. Dans notre pratique, en raison des difficultés de prise en charge de la prématurité et en accord avec les néonatalogues, seul l'état maternel est pris en compte pour les décisions d'extraction avant 34 semaines.

4. LES COMPLICATIONS PAROXYSTIQUES

Elles sont observées en urgence le plus souvent chez les femmes ayant eu un mauvais suivi prénatal, voire une absence de suivi [8-10]. L'admission peut être directe en provenance du domicile ou après un transfert obstétrical depuis une maternité non chirurgicale (SONUB). Deux complications prédominent : l'éclampsie et l'hématome rétro-placentaire.

4.1. L'hématome rétroplacentaire

C'est le décollement prématuré d'un placenta normalement inséré avec formation d'un hématome décidual basal qui interrompt une partie ou la totalité de la circulation utéroplacentaire. Son apparition est brutale et imprévisible. Selon l'importance du décollement, on observe une souffrance fœtale aiguë ou une mort fœtale *in utero* (quand le décollement est supérieur à 50 %). Le diagnostic est avant tout clinique devant les signes cliniques évocateurs que sont la douleur brutale et intense, en coup de poignard avec irradiation lombaire, les métrorragies noirâtres modérées, l'utérus contracturé, dur en « sébile de bois ». Il y a une urgence à l'extraction fœtale avant l'apparition des complications hématologiques à type de CIVD. Au CHU de Yopougon, la complication a été associée à 16 % des cas de pré-éclampsie sévère, le taux de létalité était de 7 %, la mortinatalité liée était de 73 %. Des taux comparables ont été rapportés en Afrique de l'ouest [8, 10].

4.2. L'éclampsie

C'est un accident neurologique d'une extrême gravité. Depuis 2007, son incidence est croissante dans notre hôpital, jusqu'à atteindre 3,9 % des accouchements en 2009. Cette forte incidence s'explique par

la disponibilité quasi exclusive du sulfate de magnésium dans cet hôpital, lui conférant ainsi le statut de centre de référence principal des cas d'éclampsie à Abidjan. L'incidence de l'éclampsie en Afrique est estimée entre 1 et 2 % des accouchements [9, 11].

4.2.1. Le tableau clinique

Il évolue en deux phases : une crise tonico-clonique, suivie d'un coma.

La crise tonico-clonique

est typique dans ses manifestations et dure quelques minutes : elle débute par des trémulations au niveau de la face et du cou, puis survient une contraction généralisée de tous les muscles du corps associée à une pause respiratoire pendant quelques secondes. Apparaissent ensuite les convulsions sous forme de mouvements saccadés de plus en plus amples, intéressant la moitié supérieure du corps (face, cou, membres supérieurs) et épargnant les membres inférieurs. Après 1 à 2 minutes, les convulsions s'estompent.

Le coma postcritique

est variable dans sa durée et dans son intensité ; tous les degrés d'inconscience peuvent s'observer : de l'état de torpeur au coma carus. L'examen retrouve une résolution musculaire complète, la respiration est régulière, parfois stertoreuse.

Il n'y a pas de perte d'urines pendant toute la durée de la crise.

4.2.2. Les facteurs pronostiques et les indications de transfert

À Abidjan comme ailleurs en Afrique, la crise convulsive n'est pas une indication systématique de transfert en unités de réanimation ou de néphrologie du fait de la faible capacité de ces unités, conjuguée à la forte incidence de l'éclampsie [12, 13]. Le transfert n'est indiqué qu'en présence d'éléments de mauvais pronostic susceptibles de conduire au décès maternel à court terme, éléments dont l'identification sera basée sur les données cliniques car le bilan biologique est rarement disponible dans l'immédiat (Tableau 5). Comme Kitando [14], il faut insister sur la présence effective, en salle d'urgence, d'une équipe médicale expérimentée. Les principaux facteurs pronostiques sont :

l'intensité des crises :

l'éclampsie est d'autant plus grave que les crises sont plus nombreuses et plus longues, leur donnant un caractère subintrant sur un fond de coma : c'est l'état de mal éclamptique ;

Tableau 5 - Indications de transfert en réanimation au cours de l'éclampsie

Signes neurologiques	<ul style="list-style-type: none"> •Etat de mal éclamptique ou coma prolongé •Score de Glasgow < 8 •signes de localisation
Signes cardio respiratoires	<ul style="list-style-type: none"> •Oedème pulmonaire •FR < 16 c/min •Détrresse respiratoire
Signes rénaux	<ul style="list-style-type: none"> •Dirurèse < 25 ml/h
Signes hépatiques et hématologiques	<ul style="list-style-type: none"> •Ictère, vomissements (HELLP syndrome) •Syndrome hémorragique (CIVD)

la profondeur du coma :

elle est souvent liée à l'intensité des crises ; le coma profond et prolongé peut être la traduction d'une hémorragie cérébrale. Le score de Glasgow < 8 et ou la présence de signe de localisation sont une indication de transfert en réanimation ;

les complications cardiorespiratoires :

elles peuvent être redoutables et sont liées à diverses causes possibles : l'encombrement des voies aériennes supérieures, l'œdème pharyngo-laryngé ou pulmonaire, l'embolie pulmonaire (surtout en cas de CIVD), une origine centrale.

Les manifestations de la gêne respiratoire tel le stridor doivent être recherchées et la fréquence respiratoire doit être notée toutes les 15 à 30 minutes. Toute incapacité ventilatoire requiert le transfert en réanimation ;

l'oligoanurie

est un élément pronostique sûr. L'évolution vers la guérison des femmes éclamptiques est toujours précédée d'une crise urinaire. La persistance d'une diurèse horaire en dessous de 25 ml malgré le remplissage doit suggérer un avis néphrologique et le transfert éventuel ;

l'hémorragie du post-partum :

sa gravité procède du fait qu'elle est souvent associée à des troubles de la coagulation. Le diagnostic de la CIVD est difficile et tardif dans ce contexte d'urgence, seulement évoqué devant les signes de choc, l'aspect fluide et incoagulable du sang ainsi que la numération des plaquettes qui montre des taux inférieurs à 50 000 /mm³. La prise en charge revêt le caractère d'une urgence, nécessitant le remplissage vasculaire, des transfusions de sang et de plasma frais congelé, l'emploi d'utérotoniques voire le recours à la chirurgie (hystérectomie d'hémostase ou ligatures vasculaires). Le transfert en réanimation est la règle d'autant qu'il n'y a plus de gestes d'hémostase à réaliser dans l'immédiat.

l'évacuation de l'utérus

améliore sensiblement les crises tout comme la mort fœtale *in utero*. Elle guide toute l'attitude obstétricale à savoir l'accouchement dans les meilleurs délais. Dans notre expérience le taux de césarienne chez les patientes ayant une éclampsie pendant la grossesse ou pendant le travail atteint 86 % quand 57 % des femmes présentant la complication sont reçues dans le post-partum ;

la disponibilité du sulfate de magnésium :

dans notre hôpital, des progrès considérables ont été accomplis dans la prise en charge de l'éclampsie avec l'utilisation depuis 3 ans du sulfate de magnésium à la place des benzodiazépines. Grâce à cette médication, nous avons noté entre 2008 et 2009 une baisse significative des taux de létalité maternelle (de 14,8 à 4,6 %) ainsi que celui des transferts (de 12 % à 5 %). Nonobstant cette efficacité du sulfate de magnésium, validée par les conclusions de l'essai « Magpie » [15], divers travaux en Afrique confortent l'idée que la disponibilité du médicament est à considérer comme un facteur pronostique essentiel [13, 14, 16].

D'autres éléments du pronostic font partie du bilan de surveillance :

la pression artérielle

fera l'objet d'un monitoring, elle est rarement très élevée mais des pics sont toujours possibles faisant craindre le risque d'hémorragie cérébrale ;

la température

est prise toutes les heures pendant la crise, l'hyperthermie doit faire évoquer une origine centrale mais cette hypothèse ne sera retenue qu'après avoir éliminé par la NFS et la goutte épaisse une infection materno-fœtale et un paludisme ;

l'ictère

suggère la présence d'un HELLP syndrome, il est un signe de mauvais pronostic.

CONCLUSION

La gravité des complications de la prééclampsie corrélée au diagnostic tardif des atteintes viscérales est à l'origine d'un fort taux de décès maternels et périnataux dans les pays d'Afrique, où les systèmes de soins sont confrontés à une insuffisance de ressources. Nonobstant les avancées au plan du traitement, une délégation responsable peut autoriser l'implication d'un personnel moins qualifié dans le dépistage de signes simples mais suffisamment évocateurs d'une évolution défavorable du syndrome hypertensif ; l'objectif visé étant d'augmenter le nombre des transferts à temps vers les centres de recours.

Bibliographie

- [1] Schiff E, Friedman SA, Kao L, Sibai BM. The importance of urinary protein excretion during conservative management of severe preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175:1313-1316.
- [2] Thangaratnam S, Coomarasamy A, O'Mahony F, Sharp S, Zamora J, Khan KS, Ismail KMK. Estimation of proteinuria as a predictor of complications of pre-eclampsia: a systematic review. *BMC Med* 2009;7:10.
- [3] Konan Blé R, Sèni K, Akaffou E, Adjoussou S, Fanny M, Koné. Pronostic maternel et périnatal du HELLP syndrome au CHU de Yopougon. *Annales de la SOGG* 2007;9:90-94.
- [4] Tolo A. Réflexions sur la prise en charge du HELLP syndrome en réanimation : à partir d'une étude multicentrique à Abidjan. Thèse Med Abidjan 2007.
- [5] Weinstein L. Syndrom of hemolysis elevated liver enzymes and low platelets count: a severe consequence of hypertension in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1982;142:159-67.
- [6] Ben Letaifa D, Ben Hamada S, Salem N, Ben Jazia K, Slama A, Mansali L, Jegham H. Maternal and perinatal morbidity and mortality associated with HELLP syndrome. *Ann Fr Anesth Reanim* 2000;19:712-718.
- [7] Duley L, Meher LS, Abalos E. Management of pre-eclampsia. *BMJ* 2006;332: 463-468.
- [8] Thieba B, Ouattara T, Kyelem C, Ouedraogo CMC, Ouédraogo A, Akotionganga M, Lankoandé J. Hématome rétroplacentaire dans le service de Gynécologie et d'Obstétrique du CHNYO de Ouagadougou : aspects épidémiologiques et pronostiques. *Journal de la SAGO* 2002;1:10-14.
- [9] Cisse CT, Faye Dieme ME, Ngabo D, Mbaye M, Diagne PM, Moreau JC. Indications thérapeutiques et pronostic de l'éclampsie au CHU de Dakar. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2003;32:239-245.
- [10] Diouf A, Thiam A, Gaye A, Moreau JC. Prise en charge et pronostic de l'hématome rétroplacentaire dans une maternité de District à Dakar, Sénégal. *Journal de la SAGO* 2004;2:29-35.
- [11] Baeta S, Tete KVS, Noutsougan M, Nyame AN, Akpadza KS. L'éclampsie au CHU de Lomé (Togo) : facteurs de risque, pronostics maternel et périnatal. *Journal de la SAGO* 2002;1:1-6.
- [12] Kouakou KPL. Évaluation de la prise en charge des complications de la toxémie gravidique en réanimation au CHU de Yopougon de janvier 1994 à avril 1999. Thèse Med, Abidjan 1999.
- [13] Brouh Y, Ndjeundo PG, Tetchi YD, Amonkou A, Pete Y, Yapobi Y. Les éclampsies en centre hospitalier en Côte d'Ivoire : prise en charge, évolution et facteurs pronostiques. *Can J Anesth* 2008;55:423-8.
- [14] Kidanto HL, Mogren I, Massawe SN, Lindmark G, Nystrom L. Criteria-based audit on management of eclampsia patients at a tertiary hospital in Dar-es-Salaam, Tanzania. *BMC Pregnancy Childbirth* 2009;9:13.
- [15] The Eclampsia trial Collaborative Group. Which anticonvulsant for women with eclampsia? Evidence from the collaborative eclampsia trial. *Lancet* 1995;345:1455-1463.
- [16] Tukur J. The use of magnesium sulfate for the treatment of severe pre-eclampsia and eclampsia. *Annals of African Medicine* 2009; 8:76-80.