

# Eclampsie : prise en charge et pronostic maternel et périnatal à la maternité de l'hôpital régional de Labé

*Eclampsia: management and maternal and perinatal prognosis at the maternity of the labe regional hospital*

Diallo FB<sup>1</sup>, Diallo MH<sup>1,2</sup>, Sow A II<sup>1</sup>, Barry A<sup>4</sup>, Diallo FB<sup>4</sup>, Diallo A<sup>1,3</sup> Balde IS<sup>1,3</sup>, Sy T<sup>1,3</sup>

- 1- Faculté des Sciences et Techniques de la Santé de l'Université Gamal Abdel Nasser de Conakry
- 2- Service de Gynécologie-Obstétrique de l'Hôpital National Donka
- 3- Service de Gynécologie-Obstétrique de l'Hôpital National Ignace Deen
- 4- Maternité de l'hôpital régional de Labé

**Correspondance :** Fatoumata Bamba Diallo, Maître-assistant en Gynécologie-Obstétrique à la Faculté des Sciences et Techniques de la Santé de L'UGAN de Conakry  
Email : [fabambadiallo@gmail.com](mailto:fabambadiallo@gmail.com) , Tél : +224 622542857

## RESUME

**Objectifs :** Les objectifs étaient de calculer la fréquence de l'éclampsie, décrire la prise en charge et identifier les facteurs associés au pronostic maternel et périnatal.

**Méthodes :** Il s'agissait d'une étude rétrospective et analytique d'une durée de 3 ans allant du 1<sup>er</sup> janvier 2020 au 31 Décembre 2022, réalisée à la maternité de l'Hôpital Régional de Labé.

**Résultats :** Nous avons colligé 82 cas d'éclampsie sur 5260 accouchements soit une fréquence de 1,55%. Le profil retrouvé était celui d'une jeune femme dont l'âge est compris entre 15-25 ans (59,7%), primipare (70,8%), habitant en zone rurale (57,3%), porteuse d'une grossesse à terme (51,2%) et mal suivie (59,8%). Toutes les patientes présentaient une HTA (100%) avec une protéinurie positive = 2 croix (83,0%). Plus de la moitié des patientes ont fait plus de deux crises (56,0%) et la majorité des crises sont survenues en anté-partum (62,2%). Le sulfate de magnésium était utilisé à 100% avec de la nicardipine. La césarienne était pratiquée dans 74,3% des cas. Les létalités maternelle (7,3%) et périnatale (32,9%) étaient très élevées. Les facteurs de mauvais pronostic maternel et périnatal étaient le jeune âge, la primiparité, le mauvais suivi prénatal ( $P < 0,001$ ), la pression artérielle diastolique  $\geq 110$  mmhg ( $P < 0,0001$ ) et l'âge gestationnel  $< 37$  SA ( $P = 0,000$ ).

**Conclusion :** L'administration du sulfate de magnésium et la césarienne permettent d'améliorer le pronostic maternel et fœtal. La prévention passe nécessairement par un suivi prénatal de qualité.

**Mots-clés :** Eclampsie, Prise en charge, Pronostic maternel et périnatal, Labé-Guinée

## SUMMARY

**Objectives:** The objectives were to calculate the frequency, describe the management and identify the factors associated with the maternal and perinatal prognosis of eclampsia.

**Methods:** This was a retrospective and analytical study lasting 3 years from January 1, 2020 to December 31, 2022, carried out at the maternity ward of the Labe Regional Hospital.

**Results:** We collected 82 cases of eclampsia out of 5260 deliveries, representing a frequency of 1.55%. The profile found was that of a young woman whose age is between 15-25 years (59.7%), primiparous (70.8%), living in a rural area (57.3%), carrying a full-term pregnancy (51.2%) and which is poorly followed (59.8%). All patients presented with hypertension (100%) with positive proteinuria = 2 (83.0%). More than half of the patients had more than two attacks (56.0%) and the majority of attacks occurred ante partum (62.2%). Magnesium sulfate was used 100% with nicardipine. Caesarean section was performed in 74.3% of cases. Maternal (7.3%) and perinatal (32.9%) fatalities were very high. The factors of poor maternal and perinatal prognosis were young age, primiparity, poor prenatal follow-up ( $P < 0.001$ ), diastolic blood pressure  $\geq 110$  mmhg ( $P < 0.0001$ ) and gestational age  $< 37$  weeks ( $P = 0.000$ ).

**Conclusion:** The administration of magnesium sulfate and cesarean section improve maternal and fetal prognosis. Prevention necessarily involves quality prenatal monitoring.

**Keywords:** Eclampsia, Maternal and perinatal prognosis, Labe-Guinee

## INTRODUCTION

L'éclampsie est une complication neurologique grave de la pré-éclampsie mettant en jeu le pronostic vital maternel et fœtal à court terme [1]. Il s'agit d'une urgence obstétricale définie par la survenue d'une crise convulsive généralisée et/ou des troubles de la conscience survenant au-delà de la 20ème semaine d'aménorrhée (SA) ou dans le post-partum (jusqu'à j15 du post-partum), dans un contexte de pré-éclampsie, et en l'absence de pathologie neurologique sous-jacente expliquant les convulsions [2]. Malgré les progrès dans sa prise en charge [3,4], l'éclampsie représente l'une des principales causes de morbidité et de mortalité maternelle et périnatale dans le monde notamment dans les pays du Sud où son incidence est encore élevée [5]. Si elle est devenue rare dans les pays développés avec une incidence de 0,5 à 0,7‰, elle reste toujours présente en Afrique subsaharienne où le suivi prénatal de qualité fait encore défaut [6, 7]. Au Mali les létalités maternelle et périnatale étaient de 4,3% et 21,5% [1], au Sénégal Diouf AA et al. [6] avait rapporté une mortalité périnatale de 130%. En Guinée Diallo FB et al. [8] avait trouvé une létalité fœtale de 21,4%. La fréquence élevée de la morbi-mortalité maternelle et périnatale liée à cette pathologie ont motivé la réalisation de cette étude dont les objectifs étaient de calculer la fréquence, décrire la prise en charge et identifier les facteurs associés au pronostic maternel et périnatal de l'éclampsie.

## METHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective et analytique d'une durée de 3 ans allant du 1<sup>er</sup> janvier 2020 au 31 Décembre 2022, réalisée à la maternité de l'hôpital régional de Labé. Étaient incluses dans cette étude, les patientes qui sont reçues au service pour une crise tonico-clonique survenant entre la 20<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée et la 1<sup>ère</sup> semaine du post-partum, associée à une hypertension artérielle et à une protéinurie significative. Étaient exclues de l'étude toutes les patientes qui sont reçues au service pour des crises convulsives non associée à une hypertension artérielle et à une protéinurie. Les cas d'éclampsie ont été colligés sur une fiche d'enquête préétablie à partir des registres (d'admission, d'accouchement et de compte rendu opératoire) et des dossiers médicaux. Les paramètres étudiés chez la mère étaient sociodémographiques (l'âge, la profession, le statut matrimonial et la résidence), cliniques (la parité, le

nombre de consultation prénatale (CPN), le score de Glasgow, la pression artérielle, le moment de survenue (anté-partum, per-partum et post-partum), le nombre de crise, l'âge gestationnel et la voie d'accouchement), paracliniques (protéinurie, taux d'hémoglobine, plaquettes, ASAT, ALAT, urée et créatininémie), thérapeutiques et pronostiques (favorable, décès, autres complications). Les paramètres du nouveau-né étaient : le poids, le score d'Apgar à la naissance, la morbidité et mortalité. Les données étaient saisies et analysées grâce au logiciel SPSS 20.0. La signification de l'association était vérifiée en utilisant le test de Chi 2 de Pearson avec une valeur de p inférieure à 0.05.

## RESULTATS

**Fréquence :** Nous avons colligé 82 cas d'éclampsie sur 5260 accouchements soit un taux de prévalence de 1,55%.

Le profil retrouvé était celui d'une jeune femme dont l'âge est compris entre 15-25 ans (59,7%), mariée (89,0%), non scolarisée (55,0%), exerçant une profession libérale (51,2%), primipare (70,8%), habitant en zone rurale (57,3%), porteuse d'une grossesse à terme (51,2%) et mal suivie (59,8%).

**Tableau I :** Répartition des patientes selon leurs

Caractéristiques sociodémographiques	Effectifs (n=82)	%
<b>Age (ans)</b>		
15-25	49	59,7
26-36	27	33,0
>36	06	7,3
Moyenne : 23,5 ans ± 6,18 Extrêmes :15 et 44 ans		
<b>Statut matrimonial</b>		
Mariées	73	89,0
Célibataires	9	11,0
<b>Niveau d'instruction</b>		
Non scolarisées	45	55,0
Primaire	12	14,6
Secondaire	25	30,4
<b>Profession</b>		
Ménagères	35	42,7
Libérales	42	51,2
Salariées	5	6,1
<b>Parité</b>		
Primipares	58	70,8
Paucipares	15	18,2
Multipares	09	11,0
<b>Résidence</b>		
Zone urbaine	35	42,7
Zone rurale	47	57,3

## Les caractéristiques cliniques et paracliniques

**Tableau II :** Répartition des patientes selon leurs caractéristiques cliniques

Caractéristiques cliniques	Effectifs (n=82)	%
<b>Mode d'admission</b>		
Evacuée	59	72,0
Venue d'elles mêmes	23	28,0
<b>Age gestationnel</b>		
≥ 32 SA	13	15,8
33-36	27	33,0
≥ 37 SA	42	51,2
<b>Nombre de CPN</b>		
0	22	26,8
< 4	49	59,8
≥ 4	11	13,4
<b>Nombre de crise</b>		
< 4	36	44,0
≥ 4	46	56,0
<b>Moment de survenue</b>		
<b>Anté-partum</b>		
Per-partum	10	12,2
Post-partum	21	25,6
<b>PAS</b>		
≥ 160	62	75,6
< 160	20	24,4
<b>PAD</b>		
≥ 110	69	84,1
< 110	13	15,9

Concernant les examens paracliniques, une protéinurie pathologique était retrouvée à la bandelette urinaire supérieure ou égale à 2 croix chez 83,0% des patientes. Une hyper uricémie était retrouvée dans 41,8% des cas, un bilan rénal perturbé dans 29,8%, une anémie dans 51,3% des cas. Les autres signes biologiques retrouvés étaient une thrombopénie (11,9%), une cytolysé hépatique (22,2%) et un HELLP syndrome (9,5%).

S'agissant de la prise en charge, le sulfate de magnésium était utilisé chez toutes les patientes soit 100% et 85,3% des éclampsiques ont bénéficié d'une perfusion à base de nicardipine. Et quant au mode d'accouchement la césarienne a été pratiquée dans une proportion de 74,3% et 25,7% des patientes ont accouché par voie basse. L'extraction instrumentale par ventouse a été utilisé chez 12 patientes soit une fréquence de 14,6%.

**Pronostic maternel et fœtal :** Dans notre étude nous avons enregistré 6 cas de décès maternel soit un taux de 7,3%. Les complications maternelles les

plus fréquemment retrouvé étaient le HELLP syndrome (9,5%), l'insuffisance rénale aigüe (11,5%) et l'hématome rétro placentaire (14,5%). S'agissant de facteurs associés au décès maternel la primiparité, l'âge jeune et le mauvais suivi prénatal avaient fortement influencé la survenue du décès maternel avec un PV = 0,001

Concernant le pronostic fœtal, nous avons recensé 55 nouveau-nés vivants (67,1%) et 27 nouveau-nés décédés soit un taux de 32,9%. La mort fœtale in utero a été retrouvée dans 17,4% des cas. Nous avons enregistré 40 naissances prématurées (48,8%), 42 naissances à termes (51,2%). Le poids de naissance moyen était de 2377,69 g avec des extrêmes de 690 et 4200g. Le taux de faible poids de naissance était de 50,6%. Cinquante-huit nouveau-nés (41,7%) présentaient un score d'Apgar ? à 7 à la 1ère minute ayant nécessité une réanimation néonatale. A la 5ème minute, on notait chez 8 nouveau-nés (9,7%) une asphyxie néonatale avec un score d'Apgar ? à 7. Les facteurs de mauvais pronostic périnatal étaient la primiparité avec un PV = 0,02, l'âge gestationnel < 37 SA (P= 0,04). Le mauvais suivi prénatal et la pression artérielle diastolique ≥ 110 mmHg avec un (P=0,001).

**Tableau III: Facteurs associés au décès maternel**

Variabiles	Nombre de vivant	Nombre de décès	P value
Score de Glasgow ≤ 8	14 (17,0%)	2 (2,4%)	0,6908
Primiparité	57 (69,5%)	1 (1,2%)	0,001
Age : 15-25 ans	48 (58,5%)	1 (1,2%)	0,001
CPN : 0-3	69 (84,1%)	2 (2,4%)	0,001

**Tableau IV: Facteurs associés au décès périnatal**

Variabiles	Nombre de vivant	Nombre de décès	P value
Score de glasgow ≤ 8	13 (15,8%)	3 (3,6%)	0,9384
Primiparité	52 (63,4%)	6 (7,3%)	0,02
Age gestationnel < 37 SA	34 (41,4%)	6 (7,3%)	0,04
CPN : 0-3	67 (81,7%)	4 (4,8%)	0,001
PAD ≥ 110 mmHg	66 (80,4%)	3 (3,6%)	0,001
Voie basse	16 (19,5%)	5 (6,0%)	0,1203

## DISCUSSION

Notre fréquence d'éclampsie (1,55%) était comparable à celle de Diouf [6] au Sénégal qui avait rapporté une fréquence de 1,35% par contre elle est inférieure à celles de Ouatara [9] au Burkina Faso (3,3%) et Keita [10] au Mali qui avait trouvé que l'éclampsie représentait 6,82% des admissions en période gravido-puerpérale et 22,5% des admissions en service de réanimation. Dans les pays développés, elle a considérablement régressé du fait d'une prise en charge précoce et adéquate de l'HTA au cours de la grossesse, du dépistage systématique des femmes à risques et de l'utilisation des moyens préventifs plus efficaces [3].

Notre fréquence pourrait s'expliquer d'une part par le fait que la maternité de l'hôpital régional de Labé est un service de référence de niveau II de la pyramide sanitaire du pays, destinée à recevoir et à prendre en charge toutes les complications obstétricales survenant à domicile, dans les postes et les centres de santé de la région de Labé ainsi que les préfectures environnantes et d'autre part par la mauvaise prise en charge des états hypertensifs associés à la grossesse notamment au niveau périphérique.

S'agissant des caractéristiques sociodémographiques, la tranche d'âge 15-25 ans (59,7%) était la plus concernée. Diouf et al [6] avaient rapporté une fréquence de 48,4% pour la même tranche d'âge. Cet intervalle correspond aux tranches d'âge de fécondité maximale [11]. Les patientes mariées (89,0%) et non scolarisées (55,0%) avaient dominé dans notre étude. La même observation a été faite dans la littérature [1, 6, 12]. Le pourcentage élevé des mariées se justifierait par le fait que le mariage constitue l'unique cadre légal reconnu par les coutumes et mœurs pour la procréation dans nos sociétés. Le taux élevé de patientes non scolarisées dans notre étude pourrait s'expliquer par le fait que c'est des patientes qui ignoraient le plus souvent l'importance des consultations prénatales dont les grossesses ont été non ou mal suivies. Selon l'EDS-Guinée 2018, 57% de la population est analphabète dont 69% de sexe féminin avec un ratio de scolarisation d'une fille sur 3 garçons [13]. La majorité des patientes éclamptiques était des primipares (70,8%), cela confirme la notion de risque de la gravido-puerpéralité chez la jeune femme et c'est dans ce groupe qu'il est observé, une fréquence élevée de syndromes vasculo-rénaux et complications. Notre résultat corrobore à celui de Thiam [12] au Sénégal qui avait rapporté 75,34% de primipare.

Dans notre échantillon la majorité des patientes (59) étaient des évacuées soit 72,0%. Notre fréquence est supérieure à celle de Traoré et al [14] au Mali qui avaient trouvé 66,4% de patientes évacuées.

Plus de la moitié des patientes avaient un âge gestationnel = 37 SA soit 51,2% et 40 patientes portaient une grossesse non à terme (48,8%). Cissé [4] avait fait la même observation avec une fréquence élevée d'éclampsie chez les patientes ayant une grossesse = 37 SA. Dans la série de Thiam et al [12] le terme moyen de découverte de l'HTA était de 34,44 SA avec des extrêmes de 23 et 43 SA. La majorité des patientes, 130 patientes soit 89,04% était au troisième trimestre (=28SA) et 14 patientes (9,59%) au deuxième trimestre (20-27SA).

La couverture en soins prénatals n'était pas adéquate tant au plan quantitatif que qualitatif dans notre série. Le nombre de CPN était insuffisant dans 59,8% des cas et 26,8% des patientes n'ont effectué aucune CPN. Dans d'autres études africaines [6, 15] le mauvais suivi prénatal variait de 63% à 82,3%. Par contre, dans la série de Ducarme [16] en France, 75% des patientes avaient un bon suivi obstétrical avec plus de 5 consultations prénatales. Dans les pays européens et américains, on note une nette régression de la mortalité maternelle grâce à une meilleure qualité du suivi prénatal [16, 17].

Dans notre contexte ces résultats pourraient s'expliquer par le bas niveau socio-économique, le retard à la référence au niveau supérieur des gestantes suivies essentiellement en périphérie, mais également à la méconnaissance des signes de danger de la grossesse. L'absence de fréquentation de ces structures et la manque de personnel qualifié dans la plus part de nos formations sanitaires sans aussi des éléments de mauvaise qualité du suivi de la grossesse.

L'HTA est le premier signe d'alarme dans ce contexte d'éclampsie. Elle apparaît comme critère prédictif d'un mauvais pronostic materno-fœtal. La majorité des patientes avaient une pression artérielle systolique et diastolique supérieure et égale = 160/110mmhg (75,6% et 84,1%) avec des œdèmes au niveau des MI (87,8%). Notre résultat corrobore à ceux de Thiam et al [12] qui ont trouvé à l'admission que 92,4% des patientes présentaient une HTA sévère = 160/110 mmhg. Fréquence qui se rapprochait de ceux de Diouf et al [6] qui avait retrouvé une HTA chez toutes les patientes.

Le nombre de crise était = 3 avec une fréquence de 56% et la plupart des patientes ont fait la crise en anté-partum soit 62,2%. Dans les séries marocaine et tunisienne, l'éclampsie en pré-partum est la plus fréquente. En effet au CHU Ibn Rochd de Casablanca

au Maroc, Miguil et al [18] ont rapporté 79% de cas d'éclampsie avant le travail, 4% pendant le travail et 17% après le travail. Par contre au Mali, Keita et al [10] ont trouvé 53,8% d'éclampsie en post-partum ; 2,6% en per-partum et 43,6% en anté-partum. En effet, l'éloignement de nos formations sanitaires rend le délai plus long entre l'admission des patientes dans notre service et l'apparition des crises convulsives chez les patientes.

La plupart des patientes admises pour crise d'éclampsie dans notre étude avait une altération de la conscience avec un score de Glasgow compris entre 9 et 13 dans 80,5% des cas et  $\leq 8$  dans 19,5% des cas. Kampo et al [1] avaient trouvé que la majorité des patientes admises pour éclampsie avaient une altération de la conscience à l'admission avec un score de Glasgow entre 9 et 13 dans 70% des cas et  $\leq 8$  dans 12,9% des cas.

Concernant les examens paracliniques, une protéinurie pathologique était retrouvée à la bandelette urinaire supérieure ou égale à 2 croix chez 83,0% des patientes. Notre taux est comparable à celui de Diouf [6] qui avait également retrouvé un taux élevé (84%) de patientes présentant une albuminurie pathologique comme la plupart des auteurs [16, 17]. Cette protéinurie massive a une valeur pronostique maternelle et fœtale. Elle est la traduction de l'atteinte rénale pouvant aboutir à un authentique syndrome néphrotique et entraîner ainsi des conséquences néfastes sur le développement et la viabilité du fœtus [19]. Certains auteurs ont d'ailleurs établi une corrélation entre le taux de protéinurie et le pronostic fœtal [16].

La prise en charge de l'éclampsie est multidisciplinaire et repose essentiellement sur la réanimation, l'évacuation urgente et immédiate de la grossesse, le traitement antihypertenseur et le traitement anticonvulsivant. L'objectif du traitement médical est triple : traiter l'hypertension artérielle, interrompre la crise et prévenir ses récurrences. Le but du traitement anti-hypertenseur est d'amener et de maintenir la PAS  $< 140$  mmHg ou la PAM  $< 100$  mmHg. Le sulfate de magnésium était utilisé chez toutes les patientes soit 100% et 85,3% des éclamptiques ont bénéficié d'une perfusion à base de nicardipine dans notre série. La même observation a été faite par différents auteurs africains [1, 6, 10]. Dans la série de Traoré [14] le traitement médical a associé des antihypertenseurs dont le plus utilisé était la Nicardipine dans 88,6% des cas, d'anti-convulsivants (sulfate de magnésium) dans 90,9% et de l'oxygénothérapie avec une proportion de 18,2%.

Quant au mode d'accouchement la césarienne a été pratiquée dans une proportion de 74,3% pour des indications d'état de mal éclamptique ou d'éclampsie et 25,7% des patientes ont accouché par voie basse. L'extraction instrumentale par ventouse a été utilisée chez 12 patientes soit une fréquence de 14,6%. En Côte d'Ivoire Brouh [20] avait retrouvé un taux de césarienne moins élevé soit 58,5%. Des taux de césarienne plus élevés sont retrouvés par Ducarme [16] en France avec 82%, Agida [21] au Nigéria avec 84,8% et Mayi-Tsonga [22] au Gabon avec 97%.

Dans notre étude nous avons enregistré 6 cas de décès maternel soit un taux de 7,3%. Les complications maternelles les plus fréquemment retrouvées étaient le HELLP syndrome (9,5%), l'insuffisance rénale aiguë (11,5%) et l'hématome rétro placentaire (14,5%). Notre taux de décès maternel était inférieur de ceux de la plupart des auteurs africains notamment : Cissé [4] au Sénégal, Brouh [20] en Côte d'Ivoire et Mayi-Tsonga au Gabon [22] qui avaient enregistré respectivement 17,9%, 16% et 21% de décès maternels dans leur série. En comparant notre résultat à ceux des auteurs sus cités, nous pouvons dire que le pronostic maternel est moins sévère dans notre étude et ceci pourrait s'expliquer par l'amélioration actuelle de la prise en charge des cas avec la gratuité de la césarienne et l'utilisation du sulfate de magnésium. Dans les pays à ressources plus élevées, le pronostic est meilleur comme le montre Knight [23] dans une étude en Angleterre concernant 214 patientes éclamptiques avec aucun décès maternel. Dans la série de Traoré [14] au Mali, quatre (4) cas de décès maternels (2,3%) ont été enregistrés dont 50% suite à un état de mal éclamptique, 25% suite à une insuffisance rénale aiguë et 25% suite à un œdème aiguë du poumon. Les complications infectieuses (endométrite et suppuration pariétale) étaient les complications maternelles les plus fréquentes avec 53,4% des cas. Les autres complications étaient représentées par l'insuffisance rénale aiguë (20%), l'hématome rétro-placentaire (13,3%) et l'hémorragie de la délivrance (13,3%) [14].

S'agissant des facteurs associés au décès maternel la primiparité, l'âge jeune et le mauvais suivi prénatal avaient fortement influencé la survenue du décès maternel avec un PV = 0,001. Notre résultat est identique à celui de Diouf [6] qui avait rapporté dans son étude que les principaux facteurs de risque étaient la primiparité et l'âge jeune. Par contre dans l'échantillon de Thiam [12] l'analyse univariée avait montré que la létalité maternelle était plus importante chez les femmes paucipares et celles présentant un état de mal éclamptique avec un risque

de décès maternel 9 (P=0,004) et 16 (P=0,002) fois plus élevé.

Concernant le pronostic fœtal nous avons enregistré un taux de létalité périnatale de 32,9% et les complications périnatales étaient la prématurité (14,5%), le retard de croissance intra-utérin (3,2%), l'asphyxie fœtale (5,8%) et la MFIU (11,4%). Les facteurs de mauvais pronostic périnatal étaient la primiparité avec un PV=0,02, l'âge gestationnel < 37 SA (P= 0,04). Le mauvais suivi prénatal et la pression artérielle diastolique = 110 mmhg avec un (P= 0,001). Diouf [6] avait rapporté un retentissement fœtal plus important avec 9 cas de prématurité et 7 cas de mort fœtale in utero avec une mortalité périnatale de 130% qui était significativement associée à un âge gestationnel inférieur 37 SA (p=0.008) et l'existence d'une tension artérielle diastolique supérieure ou égale à 110 mm Hg (p=0.03).

Dans l'étude de Traoré [14] les complications fœtales étaient dominées par la prématurité (29,5%) la souffrance néonatale (13,6%), l'hypotrophie (11,4%) et la mort fœtale (14,7%). S'agissant de l'analyse entre les variables, il avait trouvé que le pronostic fœtal était significativement associé à la période de survenue des crises avec une valeur de P=0,0082 et que la voie d'accouchement associée au score de Glasgow avaient fortement impacté la survenue de décès périnatal avec une différence statistiquement significative (P = 0,0000) [14]. Quant à Thiam [12] le principal facteur de risque périnatal était la prématurité avec un taux de décès périnatal de 50% avant 28SA (P value 0,000).

## CONCLUSION

L'éclampsie est une urgence médico-obstétricale fréquente à la maternité de l'hôpital régional de Labé. La morbi-mortalité maternelle et périnatale reste élevée Les facteurs de mauvais pronostic étaient le jeune âge, la primiparité, l'âge gestationnel, et le mauvais suivi prénatal.

L'administration du sulfate de magnésium et la césarienne permettent d'améliorer le pronostic maternel et fœtal. La prévention passe nécessairement par un suivi prénatal de qualité, la lutte contre le retard d'accès aux soins et l'amélioration de la prise en charge rapide grâce à un personnel qualifié.

## REFERENCES

**1. Kampo MI, Sogoba S, Kassogué D, Konaté I, Ongoiba O, Sissoko D et al.** Pronostic maternel et périnatal de l'éclampsie à l'hôpital de Tombouctou au Mali. *Pan African Medical Journal.* 2020;

36(175):1-8. 10.11604/pamj.2020.36.175.17976

**2. Collange O, Launoy A, Kopf-Pottecher A, Dietemann JL, Pottecher T;** Collège National des Gynécologues et Obstétriciens; Société française de médecine périnatale; Société française de néonatalogie; Société française de anesthésie et de réanimation. *Eclampsia. Ann Fr Anesth Reanim.* 2010; 29(4):75-82.

**3. Cissé M L, Moreau J C, Faye O, Moreira P, Touré A O, Sarr G, Diadhiou F.** Salicylothérapie dans la prévention de l'hypertension artérielle gravidique et de ses complications : étude prospective à propos de 101 patientes au CHU de Dakar. *Journal de la SAGO.* 2003 ; 4(2) :21-26

**4. Cissé CT, Faye Diémé ME, Ngabo D, Mbaye M, Diagne PM, Moreau JC.** Indications thérapeutiques et pronostiques de l'éclampsie à l'hôpital universitaire de Dakar. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2003; 32 (3): 239-45.

**5. Bouvier-Colle MH, Ouedraogo C, Dumont A, Vangeenderhuysen C, Salanave B, Decam C et al.** Maternal mortality in West Africa. Rates, causes and substandard care from a prospective survey. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2001; 80(2): 113-9. **PubMed| Google Scholar**

**6. Diouf AA, Diallo M, Mbaye M, Sarr SD, Faye-Diémé ME, Moreau JC, Diouf A.** Profil épidémiologique et prise en charge de l'éclampsie au Sénégal: à propos de 62 cas. *Pan Afr Med J.* 2013; 16(83):1-5.

**7. Ducarme G, Herrnberger S, Pharisien I, Carbillon L, Uzan M.** Éclampsie: étude rétrospective de 16 cas. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité.* 2009 ; 37(1): 11-7.

**8. Diallo FB, Diallo MH, Bah EM, Baldé O, Barry MA, Barry M. S et al.** Etude de l'impact de la pré éclampsie sévère et de l'éclampsie sur la morbidité et la mortalité des nouveau-nés à la Maternité de l'Hôpital National Ignace Deen. *Journal de la SAGO,* 2022,23(2) :17-23.

**9. Ouattara A, Ouédraogo CMR, Ouédraogo A, Kain DP, Zamané H, Kiemtoré S et al.** L'éclampsie au CHU-Yalgado de Ouagadougou (Burkina Faso) du 1er avril 2013 au 31 mars 2014. *Bull Soc Pathol Exot.* 2015;108(5): 316-23. **PubMed| Google Scholar**

**10. Keïta M, Diallo B, Samaké B, Fomba S, Dicko H, Goïta D et al.** Epidémiologie et pronostic maternel de l'éclampsie en milieu de réanimation au centre hospitalier et universitaire du point G de Bamako. *Mali Médical.* 2016; 31(2): 1-6.

**11. Tshabu-Aguèmon C, Denakpo J, Adisso S, Mampassi E, DeSouza J.** Mortalité maternelle et périnatales liées aux références obstétricales à la

CUGO du CNHU-HKM de Cotonou. RAMUR. 2012; 17(1): 37-43.

**12. Thiam M, Gueye I, Sylla I C, Mambou A B, Mahamat S, Diop A Pet al.** Eclampsie : aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques au centre hospitalier régional de Thiès à propos de 146 cas. Journal de la SAGO, 2020, 21(2) : 13-19.

**13. Enquête Démographique et de Santé (EDS V) Guinée 2018.** Institut national de la statistique. The DHS program, ICF-Rockville, Mariland, USA. Juillet 2019?:39-68.

**14. Traoré T, Sylla C, Sidibé K, Traoré B, Guindo S, Coulibaly A, Beye SA et al.** Pronostic materno-fœtal de l'éclampsie à l'hôpital de deuxième référence de Ségou au Mali. Health Sci. Dis: 2020 ; 21 (11) : 38-44.

**15. Elongi JP, Tandu B, Spitz B, Verdonck F.** Influence de la variation saisonnière sur la prévalence de la pré-éclampsie à Kinshasa. Gynecol Obstet Fertil. 2011;39(3):132-5.

**16. Ducarme G, Herrnberger S, Pharisien I, Carbillon L, Uzan M.** Éclampsie : étude rétrospective de 16 cas. Gynécologie Obstétrique Fertil. 2009;37(1):11 7.

**17. Jaatinen N, Ekholm E.** Eclampsia in Finland; 2006 to 2010. Acta Obstet Gynecol Scand. 2016;

95(7):787-92.

**18. Miguil M., Salami S., Mouhaoui M., El Youssoufi S.** Aspects épidémiologiques et pronostiques de l'éclampsie au service d'anesthésie réanimation de la maternité du CHU Ibn Rochd de Casablanca. Cah Anesthésiol, Paris, 2003, 177-180.

**19. Edouard D.** Prééclampsie. Eclampsie. EMC Anesthésie-réanimation. Elsevier SAS ; 2003. 15p. [36-980-A-10].

**20. Brouh Y, Ndjeundo PG, Tetchi YD, Amonkou AA, Pete Y, Yapobi Y.** Les éclampsies en centre hospitalier universitaire en Côte d'Ivoire: prise en charge, évolution et facteurs pronostics. Can J Anesth. 2008;55(7):423-8.

**21. Agida ET, Adeka BI, Jibril KA.** Pregnancy outcome in eclamptics at the University of Abuja Teaching Hospital, Gwagwalada, Abuja: a 3 year review. Niger J Clin Pract. 2010;13(4):394-8.

**22. Mayi-Tsonga S, Akouo L, Ngou-Mve-Ngou J-P, Meye J-F.** Facteurs de risque de l'éclampsie à Libreville (Gabon) : étude cas-témoins. Cah D'études Rech Francoph Santé. 2006;16(3):197-200.

**23. Knight M. UKOSS.** Eclampsia in the United Kingdom 2005. BJOG. 2007;114(9):1072-8.