

ANNALES DE LA SOGGO

SOCIETE GUINEENNE DE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

Semestriel ■ Volume 12 ■ N° 28 (2017)



(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), CT Cissé (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)622217086;(224)664233730

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 SAGO 2002; 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

- Les fistules uretéro-génitales au centre national hospitalier universitaire de Cotonou: aspects clinique et thérapeutique à propos de 11 cas**
Sewa EV, Avakoudjo DJ, Tengue KK, Kpatcha MT, Yevi IDM, Koumou-Moritoua RD, Jacquet D, Hounnasso PP.....1 - 5
- Aspects épidémiologiques, thérapeutiques et pronostiques de l'hématome rétroplacentaire (HRP) à l'hôpital de la mère et de l'enfant de N'djamena.**
Foumsou L, Gabkika BM, Damthéou S, Hissein A, Nzapayaké A.....6 - 11
- Comparaison rachianesthésie et anesthésie générale pour césarienne au service d'anesthésie réanimation de l'hôpital national Ignace Deen**
Donamou J, Sy T, Touré A, Bah IK, Diallo TS.....12 - 15
- Problématique des évacuations obstétricales des patientes provenant des maternités non couvertes par le CHU de Treichville (Abidjan - Côte d'Ivoire).**
JM Dia, E Bohoussou, E Nguessan, C Saki, M Oyelade, P Guié, S Anongba.16 - 21
- Efficacité et tolérance du sulfate de Magnésium par voie intraveineuse lente versus seringue électrique dans la prise en charge de la pré-eclampsie sévère et de l'eclampsie.**
Hounkpatin B, Ogoudjobi OM, Tognifode V, Lokossou MSHS, Denakpo JL, Dansou CA, Perrin R-X22 - 27
- Profil hormonal des patientes aux ovaires micropolykystiques de diagnostic échographique**
Fomba M, Toure Ecra A F, Fanny M, Koffi K A, Aka K E, Konan M P, Konan S, Horo GA, Kone M.28 - 31
- L'insuffisance rénale aigue compliquant la preeclampsie au CHU de Yopougon : une étude retrospective de 48 cas**
Tia WM, Coulibaly PA, Guei MC, Kalemback HP, Lagou DA, Ackoundoun NC, Gnionsahe DA.32 - 37

CAS CLINIQUE

- Tumeur de la granulosa adulte de l'ovaire propos d'un cas/**
J.I Kambire, R. Sib Sie, S Ouedraogo, S Ouedraogo, I Ouedraogo, S Traore, SS Traore.....38 - 40

CONTENTS

ORIGINAL PAPERS

- Uretero-genital fistulas at national teaching hospital of Cotonou: clinical and therapeutical aspects about 11 cases*
Sewa EV, Avakoudjo DJ, Tengue KK, Kpatcha MT, Yevi IDM, Koumou-Moritoua RD, Jacquet D, Hounnasso PP.....1 - 5
- Epidemiological, therapeutic aspects and prognosis of abruption placentae at N'djamena mother and child hospital.*
Foumsou L, Gabkika BM, Damthéou S, Hissein A, Nzapayaké A.....6 - 11
- Comparison of spinal anesthesia and general anesthesia for caesarean section in the service of anesthesia-resuscitation of the national Ignace Deen hospital*
Donamou J, Sy T, Touré A, Bah IK, Diallo TS.....12 - 15
- Problem of obstetrical evacuations of patients coming from maternities outside the zone of treichville university hospital center (abidjan- côte d'ivoire).*
JM Dia, E Bohoussou, E Nguessan, C Saki, M Oyelade, P Guié, S Anongba.16 - 21
- Efficacy and tolerance of magnesium sulphate intravenous slow versus electrical syringe in the treatment of severe pre-eclampsia and eclampsia.*
Hounkpatin B, Ogoudjobi OM, Tognifode V, Lokossou MSHS, Denakpo JL, Dansou CA, Perrin R-X22 - 27
- Hormonal profile of patients having micropolykystic ovary with echographic diagnostics*
Fomba M, Toure Ecra A F, Fanny M, Koffi K A, Aka K E, Konan M P, Konan S, Horo GA, Kone M.28 - 31
- Pre-eclampsia-related acute kidney failure at the teaching hospital of Yopougon: a review of 48 cases*
Tia WM, Coulibaly PA, Guei MC, Kalemback HP, Lagou DA, Ackoundoun NC, Gnionsahe DA.32 - 37

CASE REPORT

- Adult granulosa's tumor of ovary case report.*
J.I Kambire, R. Sib Sie, S Ouedraogo, S Ouedraogo, I Ouedraogo, S Traore, SS Traore.....38 - 40

L'INSUFFISANCE RENALE AIGUE COMPLIQUANT LA PREECLAMPSIE AU CHU DE YOPOUGON : UNE ETUDE RETROSPECTIVE DE 48 CAS

PRE-ECLAMPSIA-RELATED ACUTE KIDNEY FAILURE AT THE TEACHING HOSPITAL OF YOPOUGON: A REVIEW OF 48 CASES

TIA WM, COULIBALY PA, GUEI MC, KALEMBACK HP, LAGOU DA, ACKOUNDOUN NC, GNIONSAHE DA

Service de Néphrologie-hémodialyse-transplantation rénale, CHU de Yopougon, Abidjan, Côte d'Ivoire
Adresse : 21 BP 632 Abidjan 21

Correspondances: TIA Weu Mélanie, Adresse : 21 BP 632 Abidjan 21

Téléphone : 00225 77 59 66 98 Mail : weutia2015@gmail.com

Melanie_tia2002@yahoo.fr

RESUME

Introduction : L'insuffisance rénale aiguë est une complication grave de la prééclampsie, mettant en jeu le pronostic fonctionnel rénal à long terme. Peu d'études en Afrique se sont penchées sur les complications rénales de la prééclampsie. L'objectif de notre étude était de décrire les caractéristiques épidémiologique, clinique et évolutive de l'insuffisance rénale aiguë (IRA) compliquant une prééclampsie.

Méthodes : étude descriptive rétrospective sur 12 ans dans un service de Néphrologie d'Abidjan. Le critère d'inclusion était une IRA découverte en période gravidopuerpérale dans un contexte de prééclampsie.

Résultats : 48 cas de prééclampsie compliqués d'IRA ont été recensés de 2004 à 2016. L'âge moyen était de 30,96 ans. Les principaux signes cliniques étaient les crises convulsives chez 54,4%, l'oligurie chez 70,9% et une croix de protéinurie à la bandelette urinaire chez 50%. Les autres complications de la prééclampsie étaient : le HELLP syndrome dans 31 cas et l'éclampsie dans 24 cas. L'hémodialyse a été réalisée chez dans 7 cas sur 23. Le pronostic rénal était marqué par 43,8% de récupération totale des fonctions rénales, 25% de récupération partielle et 31,3% de persistance de l'insuffisance rénale à la sortie du milieu hospitalier. Nous avons enregistré 10,4% de décès maternel et la mortalité périnatale était de 54,2%.

Conclusion : l'IRA au cours de la prééclampsie constitue une cause majeure de mortalité maternelle et périnatale. La prévention de cette complication de la prééclampsie passe par un meilleur suivi de la grossesse.

Mots-clés : Prééclampsie insuffisance rénale aiguë- épidémiologie- Côte d'Ivoire

ABSTRACT

Introduction: Acute renal failure is a serious complication of pre-eclampsia, involving long-term renal functional prognosis. Few studies in Africa have examined the renal complications of pre-eclampsia. The objective of our study was to describe the epidemiological, clinical and outcomes of acute kidney failure (AKI) complicating preeclampsia.

Methods: A 12-year retrospective descriptive study in a department of nephrology in Abidjan. Inclusion criterion was an AKI associated to preeclampsia.

Results: 48 cases of AKI with preeclampsia were recorded from 2004 to 2016. The mean age was 30.96 years. The main clinical signs were seizures in 54.4%, oliguria in 70.9% and a proteinuria on dipstick in 50%. Other complications of pre-eclampsia were: HELLP syndrome in 31 cases and eclampsia in 24 cases. Hemodialysis was performed in 7 out of 23 cases. Renal outcome was marked by 43.8% of total renal function recovery, 25% partial recovery, and 31.3% persistence of renal failure at discharge. We noticed 10.4% maternal death and perinatal mortality was 54.2%.

Conclusion: AKI during pre-eclampsia is a major cause of maternal and perinatal mortality. The prevention of this complication of pre-eclampsia is a better follow-up of pregnancy.

Keywords: pre-eclampsia acute renal failure-epidemiology-Côte d'Ivoire

INTRODUCTION

La prééclampsie est un épisode hypertensif associé à une protéinurie, survenant dans la deuxième moitié de la grossesse ou dans le post-partum. Sa fréquence est de 4 à 6% des grossesses (1). Elle est responsable d'une grave morbidité et d'une mortalité pour la mère et l'enfant. La cause sous-jacente est supposée être une ischémie placentaire ayant pour conséquence la libération de protéines anti-angiogéniques circulantes responsable d'une dysfonction endothéliale localisée ou généralisée et d'un vasospasme (2). Le tableau clinique est celui d'un trouble hypertensif léger pouvant évoluer vers des complications imprévisibles et potentiellement mortelles, expression de la dysfonction endothéliale au niveau des organes touchés : le rein (protéinurie, hypertension artérielle et insuffisance rénale), le cerveau (éclampsie), le foie (HELLP syndrome) (3). Aucun traitement efficace n'existe actuellement pour cette maladie qui peut provoquer la prématurité ou la mort de la mère et du fœtus. La mortalité est de 10 à 15% de la mortalité maternelle directe dans le monde dont plus de 99% surviennent dans les pays en voie de développement principalement en Asie du sud et en Afrique subsaharienne (4). La prééclampsie n'est pas seulement une maladie limitée à la grossesse, elle a des implications à long terme chez la mère avec un risque d'hypertension artérielle, d'accident vasculaire cérébral, de cardiopathie ischémique et d'insuffisance rénale chronique (5). En Côte d'Ivoire, des études ont été consacrées aux manifestations systémiques cérébrales (6) et hépatiques (7), toutefois la situation épidémiologique exacte de l'insuffisance rénale aiguë au cours de la prééclampsie reste encore mal connue. A travers cette étude, nous nous proposons d'identifier les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostiques de la prééclampsie compliquée d'une insuffisance rénale aiguë dans le service de Néphrologie-Hémodialyse du Centre hospitalier universitaire de Yopougon à Abidjan afin de contribuer à améliorer le pronostic rénal maternel.

MATERIEL ET METHODES

Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive sur une période de 12 ans allant de Janvier 2005 à Décembre 2016. Notre étude s'est déroulée dans le service de Néphrologie du Centre Hospitalier et Universitaire de Yopougon à Abidjan. La population d'étude était constituée des femmes référées dans ledit service pour une prééclampsie diagnostiquée avant leur admission. Ont été

incluses celles ayant souffert de prééclampsie et d'une insuffisance rénale aiguë découverte au moment du diagnostic de la prééclampsie. Les critères de non-inclusion étaient les femmes souffrant d'autre pathologie gynécologiques et ou obstétricales associées, d'insuffisance rénale chronique diagnostiquée trois mois avant l'hospitalisation en néphrologie. Nous avons effectué un échantillonnage aléatoire simple. Les données ont été collectées à partir du registre d'accueil et le dossier médical. Nous avons établi une fiche d'enquête standardisée pour la collecte des données de chaque patiente. Nous avons relevé les variables en rapport avec les données sociodémographiques, le déroulement de la grossesse, les antécédents, les données de l'examen clinique, les examens paracliniques, le traitement institué, l'évolution de la fonction rénale sous traitement et les modalités de sortie. Les données ont été saisies et analysées par le logiciel SPSS dans sa version 20. Nous avons adopté les définitions opérationnelles suivantes : **l'insuffisance rénale aiguë** : augmentation récente de la créatinine au delà de 20 mg/l; **l'oligurie** : diurèse quotidienne inférieure à 500 ml, **l'anurie** : diurèse quotidienne inférieure à 200 ml ; **récupération totale des fonctions rénales** : un retour de la créatinémie à la valeur normale (inférieure à 14 mg/l) au dernier contrôle avant la sortie ; **la récupération partielle** : une diminution des valeurs de la créatinine sérique sans le retour aux valeurs normales, **l'absence de récupération des fonctions rénales** : une persistance de l'insuffisance rénale malgré les traitements. Les tableaux et graphiques ont été réalisés à l'aide du logiciel EXCEL 2007. Pour les variables qualitatives, nous avons utilisé les fréquences relatives. Le test de Chi² de Pearson a été utilisé pour la comparaison des proportions. Le seuil de signification pour tous les tests statistiques a été fixé à 5%.

RESULTATS

Au cours de la période d'étude allant de Janvier 2005 à Décembre 2016, 48 cas de prééclampsie diagnostiqués ont été enregistrés dans le service de néphrologie du CHU de Yopougon. La population hospitalisée durant cette période était de 9363 personnes, soit une fréquence de 5,1 prééclampsies pour 1000 et une proportion de 46,6% des insuffisances rénales associées à la grossesse.

Caractéristiques sociodémographiques et antécédents

La moyenne d'âge des 48 patientes était de 30,96 ans, avec des extrêmes de 18 et 48 ans. Les tranches d'âge les plus représentées étaient celles de 30 à 34 ans avec

11 cas soit 22,9% et celle de 35 ans et plus avec 18 cas soit 37,5% (**tableau I**). Dans notre série, une patiente sur trois n'était pas scolarisée et 45,8% (n = 22) avaient le niveau primaire. Les femmes mariées représentaient 16,7% (n = 8) des cas. Elles avaient été transférées dans la majorité des cas (87,5%) de la salle d'accouchement de notre hôpital. Les antécédents médicaux et gynéco-obstétricaux sont récapitulés dans le **tableau I**. Sur le plan obstétrical, les primigestes et les nullipares étaient faiblement représentées respectivement dans 18,8% (n=9) et dans 14,5% (n=7) dans notre échantillon. Les antécédents de prééclampsie surajoutée ont retrouvé dans 13 cas soit 27,1% dont 10 cas se manifestaient par un antécédent d'hypertension artérielle chronique isolée et 3 cas d'hypertension artérielle chronique associée à des œdèmes des membres inférieurs. Dans notre population d'étude, nous avons noté 2,1% de patientes infectées par le virus de l'immunodéficience humaine.

Tableau I : Caractéristiques démographiques et anamnestiques des 48 patientes admises dans le service de Néphrologie du CHU de Yopougon pour Prééclampsie sévère de 200 à 2016

Paramètres démographiques et anamnestiques	N	%
Tranche d'âge		
< 20 ans	3	6,3
20-24 ans	8	16,7
25- 29 ans	8	16,7
30 34 ans	11	22,9
> 35 ans	18	37,5
Antécédents obstétricaux		
Gestité (moyenne, extrêmes)	3 (1-7)	
Parité (moyenne, extrêmes)	3 (0-6)	
Nombre d'enfants vivants (moyenne)	1 (1-6)	
Antécédents médicaux		
Hypertension artérielle	10	20,8
Hypertension artérielle et œdèmes des membres inférieurs	3	6,3
Œdèmes des membres inférieurs	9	18,8
Infection par le Virus de l'immunodéficience acquis (HIV)	1	2,1

Déroulement de la grossesse et accouchement

Les parturientes avaient effectué des consultations prénatales (CPN) dans 66,7% 5(n= 32 cas) dont seulement 16,7% entre 4 et 6 fois. Le nombre moyen de CPN était de 2, avec des extrêmes de 1 (33,3%) et 6 (4,3%). La totalité des nos patientes étaient arrivées dans le service après l'accouchement. L'âge gestationnel variait entre 32 et 36 semaine d'aménorrhée (SA) pour la plupart soit 79,2% (n = 38). Seulement 8,3% (n = 4) avaient accouché après 36 SA. Cet accouchement a été majoritairement par voie basse dans 64,6% (n = 31) et a donné naissance à un fœtus vivant dans 45,8% (n=22). La mortalité périnatale était de 542%.

Données cliniques et biologiques

Les patientes avaient toutes été transférées dans le service pour une altération des fonctions rénales. Les autres complications associées à la prééclampsie sont présentées sur la **figure 1**. Les signes fonctionnels à l'admission étaient principalement les convulsions (54,4%). Par ailleurs, elles signalaient dans 27,1% des œdèmes des membres inférieurs et une dyspnée d'effort dans 10,4%. Le profil clinique et biologique était celui d'une patiente dont la pression artérielle moyenne était de 165 mmHg pour la systolique et de 99 pour la diastoliques, ayant une oligurie (70,9%) et une protéinurie à une croix (50%) à la bandelette urinaire(**tableau II**).A la biologie, les principaux examens demandés étaient les suivants : la numération formule sanguine, l'exploration des fonctions rénales et hépatiques et le dosage de l'uricémie. Les moyennes des ces paramètres biologiques sont présentées dans le **tableau III**. L'échographie abdominale objectivait des reins de taille augmentée dans 66,7% et de taille normale dans 33,3% ; une hépatomégalie dans 20,8% et une ascite de moyenne abondance dans 12,5%

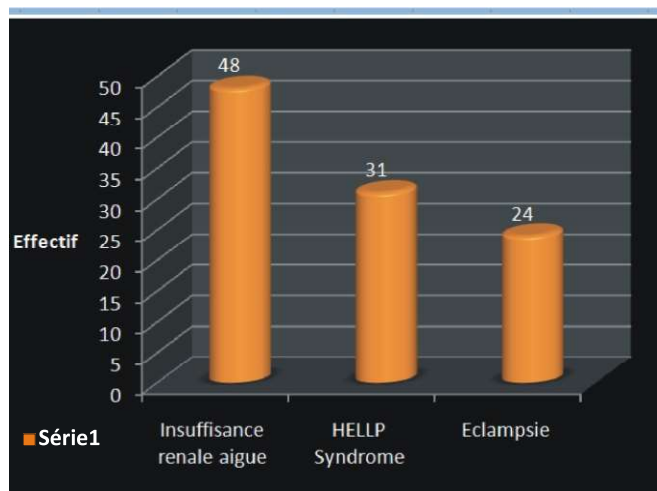


Figure 1 : les complications associées à la prééclampsie chez les 48 patientes admises dans le service de Néphrologie du CHU de Yopougon de 2005 à 2016

Tableau II : Caractéristiques cliniques des 48 patientes admises dans le service de Néphrologie du CHU de Yopougon pour Pré-éclampsie sévère de 2000 à 2014

Signes physiques	N	%
TAS mmHg (moyenne)	165±2,8	
TAD mmHg (moyenne)	99±1,9	8,4
Diurèse		70,9
Normale (?700 cc)	4	20,8
Oligurie (?500 cc)	34	
Anurie (? 200 cc)	10	
Bandelette urinaire		
Non fait	5	10,4
Une croix	24	50
Deux croix	8	16,7
Trois croix	10	20,8
Quatre croix	1	2,1

Tableau IV : Caractéristiques thérapeutiques des 48 patientes admises dans le service de Néphrologie du CHU de Yopougon pour Prééclampsie sévère de 200 à 2016

Données thérapeutiques	n	%
Traitement antihypertenseur		
Monothérapie	24	50
Bithérapie	20	41,7
Trithérapie	4	8,3
Traitement par diurétiques	35	72,9
Transfusion sanguine		
Culot globulaire	20	47,1
Culot plaquettaire	13	27,1
Hémodialyse		
Indication	23	47,9
Réalisation	7	14,6

Tableau III : Paramètres biologiques des 48 patientes admises dans le service de Néphrologie du CHU de Yopougon pour Prééclampsie sévère de 2005 à 2016

Données biologiques	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum
Hémoglobine (g/dl)	7,744	1,7947	5,0	11,0
Plaquettes	164.230	98,462	25.000	472.000
Globules blancs	7.210	11,451920	3.000	21.000
Créatinine sérique (mg/l)	78,48	50,416	20	243
Urée sérique (g/l)	1,7111	,94441	0,54	4,00
Acide urique (mg/l)	73,941	39,3787	22,0	149,0
glycémie entrée (mg/l)	73,3529	34,56867	69	122
ALAT (UI/l)	228,094	339,1310	10	1420
ASAT (UI/l)	235,344	346,9845	9	1689

L'évolution et pronostic rénal

La durée moyenne de l'hospitalisation en néphrologie était de 11 jours. L'évolution a été favorable avec la sortie de 70,8% (n = 34) des patientes. Cependant, nous avons enregistré 18,7% de sortie contre-avis médicale et 10,4% de décès maternel. Le pronostic rénal était marqué par la récupération totale des fonctions rénale avec normalisation de la créatinine sérique dans 43,8% (n=21), la récupération partielle dans 25% et 31,3% avaient encore une persistance de l'insuffisance rénale à la sortie du milieu hospitalier.

DISCUSSION

Epidémiologie

La fréquence élevée de l'IRA compliquant la prééclampsie dans notre série (46,6%) est

également retrouvée dans d'autres pays sous-développés tel que l'Inde (35,2%), au Maroc (55,6%) et en Tunisie (66,5%) alors que dans les pays développés, c'est une complication rare : 1% en France (8-11). Ces taux élevés dans les pays sous-développés sont liés à plusieurs facteurs qui ont pour dénominateur commun : le bas niveau socio-économique des populations et la mauvaise prise en charge des états hypertensifs. Nous n'avons pas observé dans notre série la fréquence habituelle élevée chez les femmes jeunes âgées de moins de 20 ans comme l'attestent les données antérieures sur les complications cérébrales et hépatiques de la prééclampsie en Côte d'Ivoire (6,7). Nous constatons plutôt une distribution plus importante après l'âge de 30 ans (60% de notre échantillon). La moyenne d'âge de nos patientes était de 30,9 ans. Nos résultats sont

comparables à ceux d'Arrayhani au Maroc (9) et de Chaari en Tunisie (10) qui trouvaient dans leurs travaux respectivement 29 ans et 31 ans. Le rôle accordé à la perte de la réserve fonctionnelle rénale avec l'âge expliquerait que ce soit plutôt l'âge avancé (supérieur à 30 ans) qui soit un facteur favorisant l'IRA au cours de la prééclampsie (12).

Aspects cliniques

L'oligurie est un signe de gravité de la prééclampsie qui traduit la souffrance rénale. Dans notre série, 64% présentaient ce symptôme tandis que la quasi-totalité des patientes de la série tunisienne de Gorsane (13). La surveillance de la diurèse au cours de la prééclampsie est indispensable afin de détecter précocement une éventuelle insuffisance rénale. En effet la baisse du débit urinaire à moins de 0,5 ml/kg/heure sur 6 heures est suffisante pour suspecter une lésion rénale aiguë (14). Les complications de la prééclampsie associées à l'IRA étaient dominées par le HELLP syndrome (64%). Nos résultats sont similaires à ceux de la littérature qui rapporte une association variant entre 40 et 60% (15). Cette association est due à la production excessive par le placenta des facteurs antiangiogéniques directement responsables des anomalies microvasculaires dans le rein et le foie (16).

Aspects thérapeutiques

L'objectif du traitement au cours de l'IRA compliquant la prééclampsie est de maintenir un état d'euvolémie, obtenir une normotension, maintenir un débit urinaire supérieur à 0,5 ml/kg/heure et la correction des perturbations électrolytiques et acido-basiques. Les moyens du traitement sont l'utilisation des antihypertenseurs, le remplissage vasculaire ou l'utilisation de diurétiques en fonction de l'état d'hydratation et l'épuration extrarénale. Toutes nos patientes recevaient des antihypertenseurs en monothérapie, voir bithérapie parfois une trithérapie. Les diurétiques ont été administrés à 70% de nos patientes pour corriger la surcharge hydrosodée et non pour traiter l'urémie afin de relancer la diurèse. Le traitement par hémodialyse était nécessaire chez 47,9% des patientes mais face au coût exorbitant du traitement, seulement 14% en ont bénéficié. Des résultats proches ont été observés en Inde où dans la série de Prakash, 54,6% des patientes avaient besoin des méthodes de suppléance des fonctions rénales (8).

Aspects évolutifs et pronostic rénal maternel

Malgré les progrès accomplis dans les techniques d'épuration extrarénale, l'accès limité à l'hémodialyse dans les pays à ressources limitées

est responsable d'une morbidité importante en cas d'IRA. La mortalité demeure élevée dans ces pays : 10,8% de nos patientes, 10,8 chez Chaari en Tunisie (10), 10% chez Gopalakrishnan en Inde (17). Cependant l'évolution a été favorable avec la récupération des fonctions rénales dans 43% de nos cas. Kumar en Inde a observé 51% de récupération des fonctions rénales (18). La dysfonction endothéliale, responsable des complications organiques explique le risque de maladies chroniques u compris le diabète, les maladies cardio-vasculaires et les maladies rénales chroniques (4). Nous avons noté chez 31% une persistance de l'IRA. Dans la série de Gopalakrishnan (17), 35% ont évolué vers une insuffisance rénale chronique.

CONCLUSION

Notre étude révèle que l'IRA est une complication fréquente observée chez 46,6% de nos patientes et grave car responsable de 20% de décès maternels. La prise en charge de cette IRA nécessite parfois le recours à l'hémodialyse dans 47,9% des cas. L'IRA peut évoluer vers une insuffisance rénale chronique dans 31%. La prévention de l'IRA passe par l'identification des sujets à haut risque, la surveillance de la diurèse en cas de poussée tensionnelle et le maintien d'un état d'euvolémie.

REFERENCES

1. Abalos E, Cuesta C, Grosso AL, et al. Global and regional estimates of preeclampsia and eclampsia: a systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2013; 170:1
2. Noori M, Donald AE, Angelakopoulou A, Hingorani AD, Williams DJ. Prospective study of placental angiogenic factors and maternal vascular function before and after preeclampsia and gestational hypertension. *Circulation*. 2010;122(5):478-487.
3. Karumanchi SA, Maynard SE, Stillman IE, Epstein FH, Sukhatme VP. Preeclampsia: a renal perspective. *Kidney Int*. 2005;67(6):2101-2113.
4. Duley L. The global impact of pre-eclampsia and eclampsia. *Semin Perinatol* 2009; 33:130-9
5. Wu P, Hathothuwa R, Kwok CS, et al. Preeclampsia and Future Cardiovascular Health. A Systematic Review and Meta-Analysis. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2017; 10-20
6. Doumbia Y, Kouakou KP, Djanhan LE, Menin MM, Nanguy PV, Djanhan Y. Prise en charge et évolutive de l'éclampsie en milieu obstétrical : étude rétrospective de 91 cas au CHU de Bouaké (Côte

- d'Ivoire). *Annales de la SOGGO*. 2015 ;25 : 70-5
7. Konan Blé R, Séni K, Akaffou E, Adjoussou S, Fanny M, Koné M. Pronostic maternel et perinatal de l'HELLP syndrome au CHU de Yopougon. *Annales de SOGC*. 2009;9 : 90-4
8. Jai Prakash, ShashidharShreeNiwas, AashishParekh, Laxmi Kant Pandey, LoukrakpamSharatchandra et al. Acute kidney injury in late pregnancy in developing countries. *Ren Fail*. 2010; 32: 309-12
9. Mohamed Arrayhani, Randa El Youbi and TarikSqualli. Pregnancy-related acute kidney injury: experience of the nephrology unit at the university hospital of Fez, Morocco. *ISRN Neph*. 2013;109034: 10-5
10. MounirBouaziz, Anis Chaari, OlfaTurki, HssanDammak, HediChelly, Rania Ammar et al. Acute renal failure and pregnancy: a seventeen-year experience of a Tunisian intensive care unit. *Renal Fail*. 2013; 35(9): 1210-5
11. Fournier F. Pathologie obstétricale en reanimation. Des généralités aux principes. *Réanimation* 2007 ; 16 : 366-72
12. Ronco C, Brendolan A, Bragantini L, et al. Renal fuctional reserve in pregnancy. *Nephrol Dial Transplant* 1988; 3: 157-161
13. Imen Gorsane, MadihaMahfoudhi, Mounira El Euch, Taieb Ben Abdallah. Acute kidney injury in Pregnancy: a single-center study in Tunisia. *Intern Journ of Clin Med*. 2015; 6, 729-33
14. Mehta RL, Kellum JA, Shah SV, Molitoris BA, Ronco C, Warnock DG, et al. Acute kidney injury network: report of an initiative to improve outcomes in acture kidney injury. *Crit Care*. 2007; 11: R 13
15. Selçuk NY, Odabas AR, Cetinkaya R, Tonbul HZ and San A. Outcome of pregnancies with HELLP syndrome complicated by acute renal failure (1989-1999). *Ren Fail* 2000; 22: 319-27
16. Venkatesha S, Toporsian M, Lam C, Hanai J, Mammoto T, Kim YM, et al. Soluble endoglin contributes to the pathogenesis of preeclampsia. *Nat Med*. 2006 Jun;12(6):6429.
17. NatarajanGopalakrishnan, JeyachandranDhanapriya, PeriyasamyMuthukumar, R a m a n a t h a n S a k t h i r a j a n , ThanigachalamDineshkumar et al. Acute kidney injury in pregnancy-a single center experience. *Ren Fail* 2015 ; 37 : 1476-80
18. Kumar SK, Krishna CR, Kumar VS. Pregnancy related acute renal failure. *J ObstetGynecol India*. 2006; 56: 308-10