

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)

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-X	22 - 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 aiguë compliquant la prééclampsie au CHU de Yopougon : une étude rétrospective 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 à 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.*
Houkpatin 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

EFFICACITE ET TOLERANCE DU SULFATE DE MAGNESIUM PAR VOIE INTRA VEINEUSE LENTE VERSUS SERINGUE ELECTRIQUE DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA PRE-ECLAMPSIE SEVERE ET DE L'ECLAMPSIE.

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-X*

*Faculté des Sciences de la Santé, Université d'Abomey-Calavi, Cotonou (Bénin)

Auteur correspondant :

Dr OGOUDJOBI Ogourindé Mathieu

Assistant Chef de Clinique de gynécologie obstétrique/ Faculté des Sciences de la Santé, Université d'Abomey-Calavi, Cotonou (Bénin) / Tel : 00229 97563303 BP 188 Cotonou / Mail : mogoudjobi2014@gmail.com ou drogoumath@hotmail.fr

RESUME

Objectif : Apprécier l'efficacité et la tolérance du sulfate de magnésium selon deux modes d'administration dans la prise en charge de la pré-éclampsie sévère et de l'éclampsie. **Patientes et méthode** : Il s'est agi d'une étude prospective descriptive et analytique, réalisée dans deux maternités universitaires de Cotonou (Bénin) du 1^{er} mai 2013 au 30 avril 2015. Elle a concerné les gestantes admises pendant la période d'étude et ayant présenté une pré-éclampsie sévère et/ou une éclampsie. Le sulfate de magnésium (SO₄Mg) était administré soit à la seringue électrique « SE », soit en intraveineuse lente « IVL ».

Résultats : Nous avons enregistré 720 patientes dont 426 pour le groupe « SE » 294 pour le groupe « IVL ». L'amélioration de la conscience et de la pression artérielle et l'arrêt des convulsions étaient plus observés dans le groupe « SE » que dans le groupe « IVL ». La tolérance était meilleure avec moins d'effets secondaires dans le groupe « SE » que dans le groupe « IVL ». **Conclusion** : L'administration du sulfate de magnésium à la seringue électrique s'était révélée plus efficace et plus sécurisée.

Mots clés : pré-éclampsie sévère, éclampsie, sulfate de magnésium, efficacité, tolérance.

ABSTRACT

Objective: To appreciate the efficacy and tolerance of magnesium sulphate in two modes of administration in the management of severe preeclampsia and eclampsia. **Methods**: This was a prospective descriptive and analytical study carried out in two maternity clinics at Cotonou from May 1, 2013 to April 30, 2015. We have registered severe preeclampsia and/or eclampsia during the study period. Magnesium sulphate was administered either to the electric syringe "SE" or to the slow intravenous "IVL".

Results: The study involved 720 patients, 426 of whom were in the group "SE" 294 for the group "IVL". Improved consciousness and blood pressure and seizure cessation were more common in the "SE" group than in the "IVL" group. Tolerance was better with fewer side effects in the "SE" group than in the "IVL" group.

Conclusion: Administration of magnesium sulfate to the electrical syringe proved to be more effective and more secure.

Key words: severe preeclampsia, eclampsia, magnesium sulphate, efficacy, tolerance

d'une prise en charge rapide et adaptée (0 à 1,8%), ce n'est pas le cas des pays en développement où cette létalité varie entre 14 et 16% [18]. L'essai Magpie [5] et certaines études [10] ont permis de constater que le sulfate de magnésium constitue une arme intéressante pour limiter l'évolution de la pré-éclampsie sévère ou de l'éclampsie avec comme bénéfique la réduction de la mortalité maternelle. Mais de nombreuses autres études ont dénoncé cette vision trop optimiste d'un tel impact car la majorité des décès par éclampsie enregistrés dans les pays en développement sont souvent dus à des problèmes organisationnels.

Dans notre étude, le sulfate de magnésium a permis de limiter l'évolution de la pré-éclampsie sévère et de l'éclampsie avec une meilleure efficacité en administration à la seringue électrique versus intraveineuse lente : Amélioration de la conscience (85,9% vs 71,4%), amélioration des chiffres tensionnels (80% vs 61,2%) et arrêt des convulsions (84,5% vs 71,4%).

Tolérance du sulfate de magnésium

Bien que son efficacité soit démontrée dans la plupart des études, certains auteurs sont contre la prescription large du sulfate de magnésium surtout en prévention primaire à cause des risques potentiels pour le couple mère-enfant [19]. Toutefois, les doses thérapeutiques utilisées se situent entre 1,8 et 3mmol/l (4,38 et 7,30mg/dl) et les effets secondaires signalés sont habituellement mineurs (céphalées, flushs, sécheresse buccale, nausée). Plus rarement, sont signalés des troubles visuels, un nystagmus, une hypothermie, des retentions aiguës d'urine ou une constipation. Ces effets secondaires surviennent dans 2% des cas et sont réversibles [16]. En revanche, en cas de surdosage ou d'insuffisance rénale, des effets secondaires plus graves peuvent survenir [17, 19, 20] : Les réflexes ostéo-tendineux sont abolis entre 3,5 et 5mmol/l (8,52 et 12,16mg/dl), la dépression respiratoire apparaît entre 5 et 6,5mmol/l (12,16 et 15,81mg/dl), les troubles de la conduction cardiaque apparaissent au-delà de 7,5mmol/l (18,25mg/dl) et au-dessus de 12,5mmol/l (30,41mg/dl) l'arrêt cardiaque est attendu. L'antidote à administrer est le gluconate de calcium par voie intraveineuse à la posologie de 1g [11, 20]. Ces effets secondaires graves suggèrent un contrôle du débit d'administration par une seringue autopulsée avec une vitesse de perfusion bien définie et la disponibilité d'une ampoule d'1g de gluconate de calcium dans l'environnement immédiat des patientes.

Dans notre étude, les effets secondaires étaient plus

observés lorsque le sulfate de magnésium était utilisé en intraveineuse lente par rapport à une administration à la seringue électrique (26,2% vs 17,8%).

Les recommandations d'experts stipulent que les débits de perfusion du sulfate de magnésium doivent être contrôlés par une seringue autopulsée pour éviter ou limiter ses effets secondaires [20]. Ses effets secondaires sont surtout liés au fait que l'excrétion du sulfate de magnésium est urinaire et peut être modifiée par la présence d'une insuffisance rénale. Des cas de cardiotoxicité avec bloc cardiaque et hypotension ont été décrits [19].

CONCLUSION

L'utilisation du sulfate de magnésium dans la prise de la pré-éclampsie sévère est simple, efficace et les effets secondaires semblent exceptionnels sous réserve d'une utilisation rationnelle, parfaitement codifiée avec des débits de perfusion bien contrôlés. Son administration à la seringue électrique était plus efficace et plus sécurisée que la voie intraveineuse lente.

REFERENCES

- 1. Winer N, Caroit Y, Esbelin J, Philippe HJ.** Pré-éclampsie : Evaluation du pronostic maternel et fœtal, biologique, clinique, signes de gravité, indication des transferts. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2010 ; 39 : S1-S342
- 2. OMS.** Tendances de la mortalité maternelle, 1990-2015. Estimation de l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, le Groupe de la Banque Mondiale et la Division de la population des Nations Unies. Résumé d'orientation WHO/RHR/15.23. OMS 2015 : p2
- 3. Haddad B.** Prise en charge de la pré-éclampsie. Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). 2001, Tome XXV : p5-34
- 4. Ben Hamouda S, Khoudayer H, Ben Zina H, Masmoudi A.** La morbidité maternelle grave. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2007 ; 36 : p694-698.
- 5. Altman D, Carroli G, Duley I et al.** Do women with pre-eclampsia, and their babies, benefit from magnesium sulphate? The Magpie Trial: a randomized placebo-controlled trial. *Lancet* 2002; 359 (9321): 1877- 90.
- 6. OMS.** Recommandations de l'OMS pour la prévention et le traitement de la pré-éclampsie : Implications et actions. WHO/RHR/14.17. OMS 2013:p1-5
- 7. Laghzaoui M.** Epidémiologie, morbidité, mortalité de la pré-éclampsie et de l'éclampsie. Mise

à jour du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens France, Décembre 2010. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2010 ;30:S1-S342

8. Perrin RX, Lokossou A, Denakpo J. Prise en charge multidisciplinaire de la pré-éclampsie. Les propositions pour l'Afrique noire. Mise à jour en Gynécologie Obstétrique du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, Décembre 2010. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2010 ;39 :S1-S342

9. Dubar G, Rackelboom T, Tsatsaris V, Mignon A. Pré-éclampsie. Eclampsie. Encyclopédie Médico-Chirurgicale – Anesthésie Réanimation 2012 ; 9(2) ; 36-980-A-10

10. Collange O, Launoy A, Kopf-Pottecher A, Dietemann J-L, Pottecher T. Eclampsie : Recommandations formalisées d'experts. Annales Française d'Anesthésie et de Réanimation 2010 ; 29 : e75-e82

11. Azria E, Tsatsaris V, Goffinet F, Kayem G, Mignon A, Cabrol D. Le sulfate de magnésium en obstétrique : données actuelles. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2004 ; 33 ; 510-517

12. Bourret B, Compère V, Torre S et al. Evaluation de l'utilisation du sulfate de magnésium dans la prévention secondaire de l'éclampsie : Etude rétrospective sur 39 cas. Annales Française d'Anesthésie et de Réanimation 2012 ; vol 31, issue 12 : 933-936.

13. Girard B, Beucher G, Muris C, Simonet T, Dreyfus M. Sulfate de magnésium et pré-éclampsie sévère. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2005 ; 34 (cahier 1) : 17-22

14. Kayem G, Mandelbrot L, Haddad B. Utilisation du sulfate de magnésium en obstétrique. Gynecologie Obstétrique et fertilité. Octobre 2012 ; 40(10) : 605-613

15. Lecarpentier E, Haddad B, Goffinet F, Tsatsaris V. Moyens thérapeutiques de la prise en charge de la pré-éclampsie. La Presse Médicale July-August 2016 ; 45 (7-8), Part 1 : 638-645

16. Beucher G, Dreyfus M. Pour l'utilisation du sulfate de magnésium dans la prévention de la crise d'éclampsie en cas de pré-éclampsie. Gynécologie Obstétrique et Fertilité 2010 ; 38 : 155-158

17. Cortot F, Pottecher T. Indications et utilisation pratique du sulfate de magnésium en obstétrique. Mise à jour en gynécologie et obstétrique du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français 2006 ; Tome XXX : p39-54

18. Ducarme G, Herrnberger S, Pharisien I, Carbillon L, Uzan M. Eclampsie : étude rétrospective de 16 cas. Gynécologie Obstétrique et Fertilité. Masson 2009 ; 37: 11-17

19. Berkane N. Contre l'utilisation du sulfate de magnésium dans la prévention de la crise d'éclampsie en cas de pré-éclampsie. Gynécologie Obstétrique et fertilité ; Masson 2010 ; 38 : 159-161

20. Mezane S, Achnani M, Ziyadi M, Babahabib A, Hafidi R, Moussaoui D, Dehayni M. Intoxication au sulfate de magnésium dans le traitement de l'éclampsie. A propos de 3 cas et revue de la littérature. G. J. B. A. H. S. January – March 2014 ; Vol 3(1) : 309-313