

Attitude pratique du traitement anti hyper tenseur dans le HELLP syndrome à l'EHU Oran.

zelmat setti auoucha, Bouabida D, Benatta N, Batouche D, Bouchrit E, Mazour F

INTRODUCTION

En Afrique et en Asie, près d'un dixième des décès maternels sont associés à des troubles hypertensifs au cours de la grossesse. Parmi les troubles hypertensifs constituant des complications de la grossesse, le HS représente une cause importante de morbidité sévère d'incapacité à long terme. Le Le HS complique de 0,2 à 1% des grossesses [1,2].

L'incidence appliquée à la population générale est soumise à de grandes variations ; et c'est pourquoi il est plus fiable de la calculer par rapport au nombre de cas de pré-éclampsie. Elle varie entre 4 et 21 % selon les auteurs. [3, 4,5]. Cette pathologie peut se présenter en dehors de tout syndrome vasculo- rénal [6,7].

Le HS complique une pré-éclampsie et une éclampsie dans respectivement 4–12 % et 30–50 % des cas [8]. Le traitement demeure symptomatique et finalement seul l'interruption de la grossesse permet d'éviter l'évolution des formes graves, l'HTA est aussi un indicateur précoce d'un risque cardiovasculaire et rénal élevé

Notre objectif est d'évaluer l'attitude pratique du traitement anti hypertenseur dans le hellp syndrome.

PATIENTS/MATERIELS ET METHODES

TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude prospective, uni centrique incluant toute patiente présentant un hellp syndrome (HS) au niveau du service de gynéco obstétrique d'Oran, entre janvier 2013 et

décembre 2016. Notre protocole s'est basé sur les molécules anti hypertensive disponibles à l'établissement ; administrées soit par voie orale comme alfa méthyl dopa (l'aldomet), la nicardipine (le loxen) et un bêta bloquant type (sectral) et par voie intra veineuse ; les 02 molécules les plus utilisées le loxen (nicardipine) et le sulfate de magnésium en présence de prodrome d'éclampsies)

2. CRITERES D'ELIGIBILITE :

2.1. Critères d'inclusion :

Sont incluses et colligées dans cette étude :

- Toute parturiente admise au niveau du service de gynéco-obstétrique de l'EHU d'Oran, soit par évacuation d'un autre établissement, ou une consultation présentant un HS du pré ou post partum. .
- Les critères diagnostiques du HS retenus dans notre étude, sont ceux qui ont été énoncés par Sibai et al, selon la classification de TENESSEE.

2.2. Critères d'exclusion :

Seront exclues de cette étude, toutes les parturientes qui présentent :

- Un HS de classe III selon la classification de MISSISSIPI .
- Thrombopénie due à une autre cause (congénitale, purpura thrombopénique, Syndrome hémolytique urémique, stéatose hépatique).
- Une élévation des ASAT et LDH due à une autre cause.

3. ANALYSE DES DONNEES ET APPLICATION DES TESTS

STATISTIQUES :

L'analyse descriptive des données est basée sur la transformation des variables : par regroupement en utilisant soit le codage, soit des transformations conditionnelles pour la mise en tableau et l'analyse.

L'analyse descriptive des variables se fait par le calcul des fréquences, des caractéristiques de tendance centrale ou de dispersion : la moyenne (m), la médiane (me), la variance (σ^2), l'écart type (σ) ainsi que la détermination des intervalles de confiance (IC95%) autour de la moyenne, et la médiane (me) pour le risque $\alpha= 0,05$ pour les variables quantitatives.

La détermination des fréquences et des intervalles de confiance pour les variables qualitatives.

L'intervalle de confiance autour de la moyenne est présenté par l'Ecart Type autour de la moyenne (moyenne \pm ET).

RESULTATS

Cent soixante-cinq parturientes avec un HS sont admises avec un âge moyen de 32 ans \pm 6,33. La parité moyenne est de 2 ± 1 . Le terme moyen d'apparition du HS du pré partum est de 32 SA. Les signes cliniques à l'admission sont présentés essentiellement par la douleurs épigastriques au quadrant supérieur droit chez 112 patientes (68%), l'HTA sévère avec des tensions $\geq 16/11$ mmHg est retrouvée chez 116 patientes (70,3%), céphalées en casque invalidantes chez 83 patientes (50%), troubles visuels chez 27 (16,4%), troubles confusionnels, hyper réflexie ostéotendineuse chez 43 patiente (26,1%). Le sulfate de magnésium est utilisé chez 68 patientes. 96 patientes ont reçu la nicardipine seule par voie intraveineuse. L'association du sulfate de magnésium à la nicardipine a été réalisée 27 fois, sans effets délétères hémodynamiques ou respiratoires. Les complications maternelles retrouvées sont représentées essentiellement, par l'insuffisance rénale avec 37,75%, l'éclampsie : 23,03%, HRP avec 12,12%, la CIVD : 10,3%, l'OAP : 6,06%, l'HSCF : 6,66%, le décollement de rétine : 21% et l'encéphalopathie : 1,81%.

DISCUSSION

La survenue du HS et de ces complications est fortement liée à la sévérité de la PA. Dans l'étude tunisienne de Benletaifa[4], l'association du sulfate de magnésium à la nicardipine a été réalisée 12 fois. Dans nos résultats cette association est réalisée 27 fois sans effets délétères grâce à une bonne surveillance de notre protocole thérapeutique. Dans notre étude, la fréquence des patientes avec des PA $\geq 160/110$ mmHg est de 70,3%.

Mamouni [9] a trouvé l'association du HS avec l'HTA, de 85,2% et de 100% (entre HS complet et incomplet).

Hani Bilal [10] a trouvé que les pressions artérielles systoliques, et diastoliques étaient en moyenne à l'admission respectivement de 167,08 mmHg et de 97,08 mmHg.

Nos résultats concordent avec la littérature où est soulignée la survenue du HS qui est fortement liée à la sévérité de la pression artérielle.

CONCLUSION

L'équilibre de la tension artérielle se fait selon un protocole codifié accessible selon la disponibilité de la molécule dans chaque établissement maghrébin et nécessite l'implication du personnel de soin, grâce à l'organisation des médecins spécialistes et une bonne coordination entre les services concernés.

BIBLIOGRAPHIC REFERENCES

1. **Le Boterff C, Masson D** :Decouverte d'un Hellp syndrome asymptomatique chez une jeune femme drepanocytaire heterozygote A/S ;Revue Française des laboratoires. 2003 ;(354).
2. **Roopa S, Hegde H.V, BhatPai R, Yaliwal VG, RaghavendraRao P**:A case of atypical HELLP (hemolysis, elevated liver enzymes and low platelet count) syndrome presenting as bleeding from the epidural puncture site during; labour. Current Anaesthesia& Critical Care 2010; 21: 153-55.
- 3.**Medhioub K F, Chaari A ,Turki O, Rgaieg K , Baccouch N , Zekri M et al**:Actualités sur le syndrome HELLP (Hemolysis, Elevated Liver enzymes and Low Platelets);rev med interne201637(6):406-11.
- 4..**Ben Letaifa D, Ben Hamada S, Salem N, Ben Jazia K, SlamaA,Mansali L, et al**; Morbidité et mortalité materno-foetales associées auHellp syndrome :Ann Fr Anesth Réanim 2000 ; 19 : 712-8.
- 5..**Sibai BM, Ramadan MK, Chari RS, Friedman SA**: Pregnancies complicated by HELLP syndrome (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets) : subsequent pregnancy outcome and long term prognosis ;Am J Obstet Gynecol 1995;172:125-9.
- 6.Pourrat O, Pierre F, Magnin G : Le syndrome HELLP:les dix commandements ; Revue de médecine interne 2009; 30: 58–64.
7. **Martin JN, Rinehart BK, May WL, Magann EF, Terrone DA, Blake PG** :The spectrum of severe preclampsia : comparative analysis by HELLP (hemolysis, elevated liver enzyme levels, and low platelet count)syndrome classification;Am J Obstet Gynecol 1999;180:1373-84.
8. **Collinet P, Jourdain M** : Le HELLP syndrome. Réanimation 2007; 16 :386–392.
9. **Mamouni N, Bougern H, Derkaoui A, Bendahou K, Fakir S,Bouchikhi C, et al**. Le HELLP syndrome: à propos de 61 cas et revue de la littérature. Pan African Medical Journal 2012; 11: 30
10. **HANI Bilal M AS** : HELLP syndrome ; thèse 2016 Université Abderrahmane Mira Béjaia.