

Pre éclampsie expérience du service de gynéco obstétrique de l'EHU d'ORAN

Auteur

Zelmat setti aouicha ,Bouabida

INTRODUCTION

La Préclampsie (PE) est un désordre hypertensif de la grossesse, défini par l'association d'une (hyper tension artériel gravidique) HTAG sévère : PAS >160 mm Hg et / ou PAD >110 mmHg, d'une protéinurie > 3,5g / 24h. Elle est caractérisé par dysfonctionnement placentaire et vasculaire, elle complique 2-8% des grossesses, sa physiopathologie est mieux comprise faisant intervenir notamment la sécrétion du placenta, de quantité excessive de facteurs anti_angiogéniques soluble à l'origine du dysfonctionnement endothéliale systémique maternelle.

Les signes de gravité de la PE sont représentés par une diastolique supérieure ou égale à 110 mmHg, un syndrome néphrotique, une insuffisance rénale aiguë, des acouphènes, des troubles visuels pouvant aller jusqu'à la cécité, ou une complication brutale comme un hématome rétro placentaire HRP, une éclampsie, un œdème aigu du poumon, une coagulopathie de consommation ou enfin un Hellp syndrome [1-7] .

L'objectif principal de notre étude est d'estimer la prévalence de PE chez des femmes enceinte hospitalisé dans le service de gynéco obstétrique de l'Etablissement Hospitalier Universitaire d'Oran (EHUO).

MATERIEL ET METHODE

2.1. Type d'étude : Il s'agit d'une étude descriptive mono centrique observationnelle, menée au niveau du service de gynéco-obstétrique, de l'Etablissement Hospitalier Universitaire (EHU) d'Oran, entre janvier et décembre 2016.

2.2. Population d'étude

Toutes parturientes admises pour pre éclampsie ont été incluses dans l'étude,

Les critères de non inclusion sont

- Antécédent d'hypertension artérielle (HTA) chronique
- HTA découverte avant 20 sa
- Antécédents de maladie rénale chronique



2.3. Facteurs étudiés.

2.3.1. Prééclampsie :

La pré-éclampsie était définie dans notre étude, selon la conférence d'experts de la SFAR comme l'association : d'une PAS >140mmHg et /ou PAD > 90mmHg survenant après 20 SA d'une protéinurie >à 300mg/24h ou plus 2 croix à la bandelette.

2.3.2. Facteurs de risque de la prééclampsie

Les facteurs de risque de la PE considérés étaient ceux rapportés dans la littérature [8] ; antécédent personnel d'HTA gestationnelle, antécédent de diabète sucré de type 1 ou 2, ou de maladie auto immune ; primigestité ; âge > de 40 ans ; IMC indice de masse corporel > 35 /m² a la première consultation ; intervalle entre la grossesse > 10 ans ; histoire familiale d'HTA gestationnel ; grossesse gémellaire ou multiple.

2.3.3. Complications maternelles et fœtale liées à la Prééclampsie

Les complications étudiées était ; le décès maternel, l'insuffisance rénale aigue, hématome rétro placentaire (HRP), l'hématome sous capsulaire du foie(HSCF), l'éclampsie, l'œdème aigu du poumon(OAP), la coagulation intra vasculaire disséminée (CIVD) et le Hellp Syndrome (HS) [1,7] . Et les complications fœtales telles que le retard de croissance intra utérin mort fœtal, prématurité spontanée ou iartrogene .

2.4. Organisation pratique

Toutes les femmes enceintes admise au service de gynéco-obstétrique de l'EHU d'Oran, en unité de grossesse à haut risque et si elle ne présentait aucun des critères de non inclusion, sur une durée d'une année allant du mois de janvier 2016 à décembre 2016.

2.5. Analyse statistique

Les variables qualitatives sont exprimées sous forme de nombre de cas (%) et les variables quantitatives sont sous forme de médianes et d'intervalles de confiance. La prévalence de la PE, la fréquence des facteurs de risque et l'incidence des complications sont exprimées sous forme de %. L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel SPSS version 19

RESULTAT

Prévalence de la prééclampsie

Au total 4601 femmes enceintes d'âge médian de 30,2 ans entre 24,2 et 35,6 ont été admises entre janvier et décembre 2016, **360** patientes pré-éclamptiques admises durant cette période, soit une prévalence de 7,8 %. L'âge moyen du diagnostic était de 31,4 SA, la médiane de PAS et de PAD était de 155, 94 mmHg respectivement la protéinurie médiane était de 3,1g / 24 heures, une HAS sévère > 16/11 était notée chez 40% des patientes. Les médicaments anti-hypertenseurs étaient prescrits chez toutes les patientes ; la monothérapie chez 68,2% des patientes ; la bithérapie chez 58,7% des patientes et la trithérapie chez 35,6% des patientes.

Les médicaments utilisés sont les médicaments disponibles dans le service. La nicardipine 91%, l'alfa-méthyl dopa 80,5% et les bêta-bloquants 5,3%, dans les situations d'urgence. Dans les situations d'urgence l'anti-hypertenseur utilisé par voie parentérale était la nicardipine 57,7% et le sulfate de Mg 27,7%.

Facteurs de risque

La fréquence des facteurs de risque de la prééclampsie était la primigeste 194 patientes (54%), âge > 40 ans 97 patientes (27%), IMC $35 > \text{kg/m}^2$ 90 patientes (25%), ATCD personnel d'HTA gestationnel ou de PE 76 patientes (21,11%), ATCD de diabète 14 patientes (4%), intervalle entre les grossesses plus de 10 ans 10 patientes (2,8%), ATCD de maladie auto-immune 7 patientes (2%). Parmi les primigestes la moitié étaient âgées de plus de 40 ans.

Les signes fonctionnels

Sept patientes n'ont pas présenté les signes fonctionnels, qui étaient présents chez 353 patientes (98,2%).

Les signes cliniques sont représentés par les douleurs épigastriques qui étaient présentes chez 40 patientes (11,11%) des cas, les vomissements dans 61 patientes (17%) des cas suivis par les céphalées dans 180 patientes (50%) des cas, trouble visuels (216) 6% des cas, l'œdèmes des membres Inférieurs chez 262 patientes (72,7%) des patientes,

Incidences des complications maternelles

Plus de un quart (94 patientes) des patientes ont développé, au moins une complication liée à la prééclampsie, l'incidence des complications était estimée à 28,7%. Celle-ci incluait les décès (n = 6); les cause du décès était un HELLP syndrome dans 3 cas, une éclampsie dans 2 cas, rupture d'un hématome sous capsulaire du foie dans 1 cas.

La fréquence des complications; l'insuffisance rénale (IR) (n=15), l'hématome retro placentaire HRP (n=15), l'éclampsie (n=14), (OAP)(n=11), hémorragie majeur du post partum (n=13), (le hellp n=10), l'œdème aigue du poumon (OAP)(n=11), l'accident vasculaire cérébrale AVC (n=1).

Ces complication était plus fréquente en cas de PE avant 34 SA 96% des formes compliquées

Incidences des complications fœtales

Le taux de prématurité souvent iatrogènes de Retard de Croissance Intra Utérin et de mort fœtal intra utérine sont respectivement 58,2%, 59,7%, 16,7% le nombre de décès néonatale était de 30.

Modalités d'accouchement

les modalités d'accouchement se déclinait comme les césariennes 66% (dont 45% sous Anesthésie loco régionale)

DISCUSSION

La prévalence de la PE dans notre population était de 7,8% rejoint la littérature entre 2 et 8% [8] . En France elle est plus basse puisqu'elle est estimée entre 1 et 2% .

Parmi les facteurs de risque de la prééclampsie arrivent en tête : la primiparité , l'âge > 40 ans l'obésité et les ATCD d'HTA et de prééclampsie cette étude concorde avec les résultats de l'étude de B Kichou [9] et all en 2015 ce qui impose la sensibilisation sur la lutte contre l'obésité en consultation prénatale. [10-11]

Dans notre étude l'incidence des complications étaient élevée chez nos patientes puisque plus de 25% d'entre elles ont développé au moins une complication dont 6 décès, les désordres hypertensifs constituaient la 2ème cause de mortalité maternelle dans le monde après les hémorragies.

Chhabra et Kakani [12] ont précisé les 3 grandes causes de décès maternels en cas de désordres hypertensifs , le HELLP syndrome, l'OAP et l'éclampsie .

Le traitement antihypertenseur était prescrit chez la majorité des patientes la nécessité du traitement serait incertain pour des chiffres tensionnels plus bas que 16/11 selon le collègue

L'incidence des complications fœtales était élevée dans notre population puisque dans la littérature les valeurs de plus élevées des complications fœtales sont retrouvées dans les pays en voie de développement et ou dans les formes précoces de la maladie .

CONCLUSION

La prévalence de la prééclampsie à l'EHU D'Oran est de l'ordre de 8%, et les facteurs de risque sont ; la primigeste , l'âge de plus de 40 ans , l'obésité , les ATCD personnelle d'HTA ou de prééclampsie , les complications sont élevées ce qui constitue un appel à améliorer la prise en charge par une opportunité au dépistage précoce avec un bon suivi .

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUE

- 1 **Pottecher T, Luton D, Zupan V, Collet M** :Prise en charge multidisciplinaire des formes graves de prééclampsie ;27 janvier 2009 Recommandations formalisées d'experts communes SFAR/CNGOF/SFMP/SFNN.
- 2 **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.
- 3 **Weinstein L**. Syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count: a severe consequence of hypertension;Am J Obstet Gynecol 1982;142: 159-67.
- 4 **Pourrat O, Pierre F, Magnin G** : Le syndrome HELLP:les dix commandements ; Revue de médecine interne 2009; 30: 58–64.
- 5 **Beucher G, Simonet T, Dreyfus M** :Prise en charge du HELLP syndrome ;Gynecol Obstet Fertil 2008; 36 : 1175–90.
- 6 **Bacq Y** :Acute fatty liver in pregnancy;Gastroenterol Clin Biol 1997;21(2):109–15
- 7 **Sibai BM, Ramadan MK, Usta I, Salama M, Mercer BM, Friedman SA**; Maternal morbidity and mortality in 442 pregnancies with hemolysis elevated liver enzymes and low platelets (HELLP syndrome); Am J Obstet Gynecol1993;169:1000–6.
- 8 **Goffinet f ,Aboulker D ,Paris liadoj, Bucourt M, Papiernik E ,et all** .Screening with a uterine Doppler in low risk pregnant women followed by low dose aspirine in women with abnormal results a multicenter randomized control trial.BJOG2003;110:475-84
- [9] **B Kichou ,N Henine,L Kichou,M Benbouabdelah**. epidemiologie de la preeclampsie dans la region de Tizi ouzouanales de cardiologie et d'angiologie64 (2015)2015 164_168
- [10] **Stegers EAP , Von Dadelszen P,Duvekot JJ ,Pijnenborg R** ,Preeclampsia Lancet 2010 ;376 :631-44
- 11.**Duckitt k,HarringtonD**,Risque factors for preeclampsia at antenatal booking :systematic reviewof controlled studies .BMJ 2005.330:565-7
- [12] **Chhabra et kakakani** , maternal mortality due to eclappmpsie and non eclamptiic hypertensive disorders : achallenge .j Obstetri gynaecol 2007 ;27 : 25-9

© GSJ