

COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS
Président : Professeur F. Puech

EXTRAIT
des
Mises à jour
en Gynécologie
et Obstétrique

Publié le 10 décembre 2010

Nota. Le « texte long » des recommandations pour la pratique clinique incluant les communications des experts et les références bibliographiques est publié dans un numéro spécial du Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction (Vol. 39 / suppl. 2 au n°8) sous la référence : J Gynecol Obstet Biol Reprod 2010;39:S1-S342



—

TRENTE-QUATRIÈMES JOURNÉES NATIONALES
Paris, 8-11 décembre 2010

Traitement des formes graves de la prééclampsie à Libreville

J.F. MEYÉ *
(Libreville, Gabon)

Résumé

Les formes graves de la prééclampsie sont des complications redoutées. L'objectif de notre travail a été de présenter les particularités du traitement des formes graves de la prééclampsie à Libreville (Gabon) en indiquant les pratiques dans les autres pays africains.

Les formes graves de la prééclampsie se présentent sous plusieurs tableaux cliniques. Les tableaux les plus fréquents sont : la prééclampsie grave avec des signes neurologiques mineurs, l'éclampsie, l'hématome rétroplacentaire et le HELLP syndrome. Le diagnostic est souvent tardif et plusieurs tableaux cliniques sont souvent associés.

Le traitement est réalisé en situation d'urgence. Il est multidisciplinaire, mais les équipes sont rarement complètes dans notre environnement du fait de l'insuffisance du personnel qualifié. Ce traitement fait appel : aux mesures d'urgence, au traitement médicamenteux, particulièrement les antihypertenseurs et les anticonvulsivants, et au

* Faculté de médecine de Libreville - Département de gynécologie-obstétrique -
Maternité Joséphine Bongo - BP 13699 - Libreville - Gabon

E-mail : meye.jf@voila.fr

traitement obstétrical. L'antihypertenseur d'utilisation courante dans notre pratique est la nicardipine et l'anticonvulsivant est le diazépam.

Le contexte associant absence d'assurance maladie généralisée et structures sanitaires précaires alourdit le pronostic. L'amélioration du pronostic impose la mise en place urgente d'une meilleure organisation du suivi prénatal pour le diagnostic précoce de la prééclampsie et la prévention des formes graves, et des conditions d'accouchement sécurisé.

Mots clés : prééclampsie grave, traitement, pronostic, Libreville

Déclaration publique d'intérêt

Je soussigné, Jean-François Meyé, déclare ne pas avoir d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou industriel ou commercial en relation avec le sujet présenté

INTRODUCTION

La prééclampsie en Afrique subsaharienne constitue un problème majeur dans les services de gynécologie-obstétrique. Sa prévalence est entre 1,4 % et 11,61 % selon les auteurs [1-4]. Au Gabon, bien qu'aucune étude nationale n'ait jamais été réalisée jusqu'à ce jour, les statistiques hospitalières font état d'une augmentation régulière de sa prévalence. Mounanga à la maternité Joséphine Bongo à Libreville en 1978 l'estimait à 0,66 % [5]. En 2000, dans le même service elle était à 2,5 % [6]. La dernière étude réalisée au centre hospitalier de Libreville (CHL) en 2008 trouve une prévalence de 11,61 % [7].

La gravité de la prééclampsie s'exprime par des symptômes traduisant des lésions viscérales (neurologique, cardiaque, rénale, hépatique) et/ou la présence d'anomalies hématologiques [8-10].

La plupart des auteurs estiment que les formes graves représentent 10 % à 15 % des cas de prééclampsie [11]. Dans la littérature africaine et au Gabon en particulier, ces formes représentent plus de 50 % des cas [6, 7, 12]. Dans notre contexte caractérisé par des structures

sanitaires précaires et l'absence d'assurance maladie généralisée, le pronostic est souvent redoutable. La prééclampsie représente la deuxième ou la troisième cause de mortalité maternelle en Afrique [13, 14].

L'objectif de ce travail est de présenter les particularités de la prise en charge des formes graves de la prééclampsie à Libreville en indiquant les pratiques dans les autres pays africains.

BASES DIAGNOSTIQUES

Les formes graves de la prééclampsie ont été définies par plusieurs auteurs [8-11]. Elles se présentent sous plusieurs tableaux cliniques.

Le tableau 1 représente les principaux tableaux cliniques de la prééclampsie prise en charge au CHL en 2008.

Tableau 1 - Formes graves de prééclampsie prises en charge au CHL en 2008

Formes graves de prééclampsie	Effectif	Pourcentage
Prééclampsie graves avec troubles neurologiques mineurs	288	87,54
Éclampsie	24	7,30
Hématome rétroplacentaire	9	2,73
HELLP syndrome	4	1,21
Œdème aigu du poumon	2	0,61
Insuffisance rénale aiguë	2	0,61
Hématome sous-capsulaire du foie	0	0
Total	329	100

La prééclampsie grave avec des troubles neurologiques mineurs

Elle associe :

- une hypertension artérielle aiguë (pression artérielle systolique supérieure ou égale à 160 mm Hg et/ou pression artérielle diastolique supérieure ou égale à 110 mm Hg),

- une protéinurie supérieure ou égale à 5 g/24 h ou 3+ à la bandelette,
- des céphalées persistantes,
- des troubles visuels (amaurose transitoire, phosphènes, sensation de mouches volantes, photophobie),
- des acouphènes,
- une hyper-réflexivité ostéotendineuse,
- la prééclampsie grave avec troubles neurologiques majeurs ou éclampsie,
- l'hématome rétroplacentaire,
- le HELLP syndrome,
- les troubles de la coagulation,
- l'insuffisance rénale aiguë,
- l'œdème aigu du poumon,
- l'hématome sous-capsulaire du foie.

Dans notre pratique, le diagnostic est fait pendant la grossesse dans seulement 30 % des cas. Dans la majorité des cas, il est fait pendant le travail d'accouchement [6, 7]. Ceci est lié à l'organisation des consultations prénatales (CPN) dont le calendrier inspiré des recommandations de l'OMS impose quatre CPN, une à chaque trimestre de la grossesse et une dernière au neuvième mois de grossesse, au lieu d'accouchement. Cette dernière n'est presque jamais réalisée. En pratique, la troisième consultation est souvent réalisée au tout début du troisième trimestre. Par la suite, la gestante est abandonnée à elle-même jusqu'au début du travail d'accouchement. Elle reste ainsi plusieurs semaines sans être vue par un agent de santé. C'est dans cette période que se développe la prééclampsie, puis son évolution vers une forme grave [15]. Parmi les 24 cas d'éclampsie pris en charge au centre hospitalier de Libreville en 2008, l'accident a eu lieu à domicile chez 20 gestantes. Le plus souvent plusieurs tableaux cliniques sont associés [12] (Tableau 2).

TRAITEMENT

Comme dans toute prééclampsie, le traitement étiologique est l'interruption de la grossesse. La prise en charge devrait être assurée par une équipe multidisciplinaire : obstétricien, anesthésiste-réanimateur et pédiatre. Il est parfois difficile de réunir cette équipe dans notre environnement de travail. Nous aborderons ici les principales formes

Tableau 2 - Formes graves de prééclampsie prises en charge au service de réanimation de la maternité Joséphine Bongo de Libreville entre 2004 et 2006

Formes graves de prééclampsie	Effectif	Pourcentage
Prééclampsie graves avec troubles neurologiques mineurs	49	80,32
Éclampsie	1	1,64
Éclampsie - hématome rétroplacentaire	1	1,64
Éclampsie - HELLP syndrome – hématome sous-capsulaire du foie	1	1,64
Hématome rétroplacentaire	2	3,28
Hématome rétroplacentaire - CIVD	1	1,64
HELLP syndrome	6	9,84
Total	61	100

graves de la prééclampsie que nous rencontrons dans notre pratique. Pour chaque forme, nous parlerons :

- des gestes d'urgence,
- du traitement médicamenteux,
- du traitement obstétrical.

1. La prééclampsie grave avec troubles neurologiques mineurs

1.a. Les gestes d'urgence

Ils consistent à :

- mettre deux voies veineuses de gros calibre,
- mettre en place une sonde urinaire à demeure pour apprécier la diurèse horaire,
- ouvrir une fiche de surveillance des paramètres vitaux (pression artérielle, pouls, état de conscience, diurèse), de l'évolution des signes et du traitement.

1.b. Le traitement médicamenteux

Il fait appel aux antihypertenseurs et aux anticonvulsivants.

Le traitement antihypertenseur

Le but du traitement antihypertenseur est d'abaisser la pression artérielle progressivement de 20 à 30 % de la valeur initiale [16]. Le niveau qui permet une perfusion utéroplacentaire optimale correspondrait à une pression artérielle diastolique comprise entre 90 et 105 mm Hg [9]. Selon Aya, l'antihypertenseur utilisable au cours des urgences hypertensives devrait être un vasodilatateur artériel, doté d'une efficacité constante, rapide, titrable, d'un index thérapeutique élevé et dénué d'effets toxiques pour la mère et pour l'enfant [9].

La nicardipine (Loxen[®]) est le produit que nous utilisons depuis plusieurs années déjà à Libreville. Il est recommandé par plusieurs auteurs [9, 17, 18]. Dans notre contexte, nous utilisons deux modalités d'administration. Lorsqu'il est utilisé en salle d'accouchement ou en hospitalisation où nous ne disposons pas de seringues électriques, l'administration se fait en goutte-à-goutte à partir d'un mélange constitué par 20 mg (20 ml) de nicardipine et 500 cc de glucosé à 5 %. La posologie à administrer est de 4 ml/h en traitement d'attaque et d'1 à 2 mg en traitement d'entretien. Cette posologie est obtenue à partir d'une règle de trois comme suit :

- 4 mg/h correspondent à 104 ml de mélange/h ou 2 080 gouttes/h, soit 34 gouttes/min,
- 2 mg/h correspondent à 52 ml de mélange/h ou 1 040 gouttes/h, soit 17 gouttes/min,
- 1 mg/h correspond à 26 ml de mélange/h ou 520 gouttes/h, soit 8 à 9 gouttes/min.

Au bloc opératoire et dans le service de réanimation, l'administration se fait à l'aide de seringues électriques. Le protocole utilisé comporte une dose de charge d'1 microgramme/kg/min. La solution est un mélange de 20 mg de nicardipine et 20 ml de sérum pour préparation injectable, soit 0,5 mg de nicardipine par ml. La posologie d'entretien est recherchée en faisant varier la dose par paliers de 0,5 mg en fonction de la réponse thérapeutique [16]. Au bout d'une heure d'administration, la nicardipine entraîne une diminution significative des pressions artérielles systolique et diastolique [7, 16].

D'autres antihypertenseurs sont également utilisés tels que le labétalol (Trandate[®]). Son utilisation n'est pas courante dans notre pratique.

Le traitement antihypertenseur sera le même pour les autres tableaux cliniques avec une pression artérielle très élevée.

L'anticonvulsivant : le sulfate de magnésium (MgSO₄)

L'utilisation d'anticonvulsivant sous cette forme a pour but de prévenir l'apparition d'une crise d'éclampsie. Le produit recommandé est le sulfate de magnésie [9, 19]. Nous avons très peu d'expérience sur son utilisation. Il est recommandé de faire en prévention par voie veineuse une dose de charge de 4 à 6 g en 20 minutes, puis une dose d'entretien de 2 mg par heure [9].

1.c. Le traitement obstétrical

Le traitement obstétrical consiste à interrompre la grossesse. Cela est conditionné par l'état clinique de la mère et du fœtus, le début ou non du travail d'accouchement et l'âge gestationnel.

Lorsque le travail a débuté (situation la plus fréquente dans notre contexte), il convient de procéder à l'accouchement : soit par voie basse lorsque les conditions obstétricales le permettent, soit par césarienne.

Lorsque le travail n'a pas débuté :

- si l'âge gestationnel est supérieur ou égal à 35 SA, soit nous procédons au déclenchement du travail, soit nous réalisons une césarienne selon les conditions obstétricales ;
- si l'âge gestationnel est inférieur à 35 SA et si les conditions maternelles et fœtales le permettent, nous différons l'accouchement et nous débutons immédiatement la corticothérapie (bétaméthasone) pour la maturation pulmonaire fœtale, quelle que soit la durée de latence avant l'accouchement à la posologie de 12 mg par jour administrée par voie intramusculaire et renouvelable 24 heures plus tard.

La césarienne est d'indication large. Dans notre série, 65 cas sur 288 présentant une prééclampsie grave avec signes neurologiques mineurs ont eu une césarienne, soit 22,57 % des cas. Les indications ont été l'absence d'amélioration clinique (10 cas) ; l'éclampsie du *perpartum* (2 cas), la souffrance fœtale aiguë (13 cas) et les autres causes obstétricales (40 cas).

Le pronostic est relativement bon, mais nous avons enregistré 4 cas d'éclampsie (2 en *perpartum* et 2 en post-partum) ; 3 cas de mort fœtale *in utero* et 4 cas de décès néonatal lié à la prématurité.

2. L'hématome rétroplacentaire

Pour améliorer le pronostic de l'hématome rétroplacentaire dans nos conditions de travail, notre attitude est de procéder à l'accouchement dans un délai très bref. La difficulté de disposer des produits sanguins dicte cette attitude.

2.a. *Les gestes d'urgence*

Ils consistent à conditionner la patiente :

- prendre une ou deux voies veineuses de gros calibre,
- mettre en place une sonde urinaire à demeure,
- assurer le remplissage vasculaire en fonction de l'état hémodynamique de la patiente par du Ringer-lactate, les concentrés de globules rouges,
- établir une fiche de surveillance,
- lutter contre les troubles de la coagulation par l'administration de plasma frais, du fibrinogène et concentrés plaquettaires.

2.b. *Le traitement obstétrical*

Lorsque le fœtus est vivant, l'évacuation utérine est réalisée immédiatement par césarienne.

Lorsque le fœtus est décédé :

- si le travail a débuté, est d'évolution rapide et si l'état maternel est satisfaisant, nous procédons à l'accouchement par voie basse ;
- si le travail n'a pas débuté et si l'état maternel est satisfaisant, nous rompons les membranes. Le travail débute souvent immédiatement et est d'évolution rapide [15] ;
- si le travail ne se déclenche ou n'évolue pas et/ou si l'état maternel se dégrade, il nous faut réaliser rapidement une césarienne.

Le pronostic maternel est fonction de la rapidité et de la qualité de la prise en charge. La CIVD et l'insuffisance rénale compliquent souvent le tableau [16, 20].

3. Le HELLP syndrome

Le traitement du HELLP syndrome associe la réanimation et la prise en charge obstétricale. Les gestes d'urgence sont identiques aux autres tableaux cliniques.

3.a. Les mesures de réanimation

Ils associent :

- le maintien de la volémie par des cristalloïdes type Ringer-lactate,
- la correction de l'anémie par la transfusion des concentrés de globules rouges,
- la correction des troubles de l'hémostase par la perfusion du plasma frais et de concentrés plaquettaires.

La prise en charge de l'hypertension obéit au protocole déjà évoqué plus haut.

3.b. La prise en charge obstétricale

Lorsque l'âge gestationnel est supérieur ou égal à 34 SA et/ou l'état maternel est précaire, la grossesse doit être interrompue.

Lorsque l'âge gestationnel est inférieur à 34 SA, on instaure une corticothérapie pour la maturation pulmonaire fœtale. La date d'accouchement sera dictée par l'évolution du tableau clinique et les circonstances obstétricales. L'accouchement peut s'effectuer par voie basse si les conditions obstétricales sont favorables, soit par un travail spontané, soit par le déclenchement. La césarienne est d'indication large : 60 % des cas pour Nicolosso [10], 4 cas sur 9 dans notre série à la maternité Joséphine Bongo de Libreville [16]. Dans cette série le pronostic a été marqué par l'apparition d'autres complications : insuffisance rénale, CIVD, hématome sous-capsulaire du foie à l'origine d'un décès, RCIU, souffrance fœtale aiguë.

4. Les autres formes de prééclampsie grave

L'œdème aigu du poumon, l'insuffisance rénale aiguë, l'hématome sous-capsulaire du foie sont des formes rarement prises en charge dans notre exercice. Cette prise en charge se fait en réanimation, en chirurgie viscérale et/ou en néphrologie. L'interruption de la grossesse doit se faire immédiatement, souvent par césarienne.

CONCLUSION

Les formes graves de prééclampsie sont fréquentes à Libreville à l'instar des autres pays africains. Cette fréquence élevée est liée à la qualité du suivi prénatal car le diagnostic de la prééclampsie est souvent tardif. Plusieurs tableaux cliniques sont souvent associés. Le traitement est multidisciplinaire. L'amélioration du pronostic nécessite une meilleure organisation de la prise en charge de la grossesse par des consultations prénatales de qualité et des d'accouchements sécurisés.

Bibliographie

- [1] Cissé CT, Thiam M, Diagne PM, Moreau JC. Prééclampsie en milieu africain. Épidémiologie et pronostic en CHU de Dakar. *Lettre du gynécologue* 2005;301:8-13.
- [2] Bah AO, Diallo MH, Diallo AAS, Kéita N, Diallo MS. Hypertension artérielle et grossesse : aspects épidémiologiques et exacts de risques. *Médecin d'Afrique noire* 2000;47:422-5.
- [3] Thiam M, Gombola M, Gning SB *et al.* Pronostic maternité et fœtal dans l'association hypertension et grossesse en Afrique subsaharienne. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2003; 23:35-8.
- [4] Hyjazi Y, Diallo MC, Barry MH, Kéita N. La Toxémie gravidique : aspects épidémiologiques, cliniques et pronostiques en service de gynécologie-obstétrique du CHU Donka. *Burkina Médical* 1999;3(1-2):90-7.
- [5] Mounanga M, Kombila P, Bouguikouma JB, Zinsou RD. Complications maternelles et fœtales de l'HTA au cours de la grossesse. À propos d'une étude rétrospective de 78 cas. *Médecin d'Afrique noire* 1989;36:576-81.
- [6] Meyé JF, Sima Zue A, Ecké JE *et al.* L'hypertension artérielle et grossesse : Aspect épidémiologique et pronostique à la Maternité Universitaire Joséphine Bongo. Libreville GABON. *Bull Méd Owendo* 2003;21:20-3.
- [7] Sanon A. La prééclampsie : aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostiques. Thèse de Médecine, Université des Sciences de la Santé. Libreville 1993;620:110P.
- [8] Cunningham FG, Lindherimer MD. Hypertension in pregnancy. *N Engl J Med* 1992;326:927-32.
- [9] Aya AGM, Mangin R, Lalourcey L, Eledjan J-J. Pré-éclampsie sévère: principales modalités de la prise en charge avant transfert. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1996;25:196-205.
- [10] Nicoloso E, D'Ercole C, Cassel N *et al.* Formes graves de l'hypertension artérielle gravidique. Réan soins intensifs MED URG 1994;10(4):213-27.
- [11] Conférences d'experts épidémiologiques de la prééclampsie. In : Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR). Réanimation des formes graves de prééclampsie, Paris Elsevier, 2000:25-34.
- [12] Sima Zue A, Bang-Ntamack JA, Toung Mvé M *et al.* Les formes graves de la prééclampsie en milieu africain : analyse des dossiers des patientes admises en réanimation obstétricale. *Bull Med Owendo* 2008;12(32):48-57.
- [13] Mayi-Tsonga S, Meyé JF. Analyse situationnelle de la mortalité maternelle au CHL (2001 à 2006). Journée Nationale de Lutte contre la mortalité maternelle et néonatale, Libreville, Septembre 2006.
- [14] Prual A. La réduction de la mortalité maternelle dans les pays en voie de développement (PVD) : théorie et pratique. *Médecine Tropicale* 2004;64:569-75.
- [15] Meyé JF, Mayi-Tsonga S, Ngou-Mvé-Ngou JP *et al.* Analyse de la consultation prénatale à Libreville. *Bull Med Owendo* 2008;12:9-13.
- [16] Sima Zue AA, Gahouma D, Bang-Ntamack JA, Meyé JF *et al.* Évaluation d'un protocole d'administration de la nicardipine pour le traitement urgent de la prééclampsie sévère en milieu africain. *Cah Anesthésiol* 2006;54(1):1-4.
- [17] Carbonne D, Jannet D, Touboul C, Khelifati Y, Millez J. Nicardipine treatment of hypertension during pregnancy. *Obstet Gynecol* 1993;81:908-914.
- [18] Winer N, Tsaris V. États des connaissances : prise en charge de la prééclampsie. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2008;37:5-15.
- [19] Deruelle P, Subtil D. Prééclampsie quoi de neuf ? Réalités en gynécologie-obstétrique 2010;146:43-5.
- [20] Thiéba B, Lankoandé J, Akotiongna M *et al.* Hématome rétroplacentaire : aspects épidémiologiques et pronostiques à propos d'une série de 177 cas. *Gynecol Obstet Fertil* 2003;31:429-33.