

Article original

Facteurs pronostiques et prise en charge de l'éclampsie en réanimation au CHU de Bouaké**Prognostic factors and intensive care management of eclampsia at Bouaké University Hospital.**

Kouadio Konan Stéphanie¹, Ogondon Bernard¹, N'da Koffi Cinthia¹, Ablé Ayemou Edmond¹, Ede Kotchi Fabrice¹, Kohi Narcisse¹, Pete Yaïch¹, Irié Bi Gohi Serge², Kouamé Konan Edmond¹

1 : UFR des Sciences Médicales, Service de Réanimation, Centre Hospitalier Universitaire de Bouaké, CI

2 : UFR des Sciences Médicales, Service de Réanimation, Centre Hospitalier Régional de Bouaké, CI

Auteur correspondant . KOUADIO Konan Stéphanie : kouadiostephanie69@gmail.com

Résumé

Soumis le 10/10/25

Accepté le 15/11/25

Mots clés :

Prééclampsie

Eclampsie

HTA gravidique

Réanimation

Objectif : Analyser les modalités de prise en charge des patientes admises au service de réanimation pour éclampsie et identifier les facteurs de mauvais pronostic.

Matériels et méthode : Étude rétrospective, descriptive et analytique des patientes reçues et suivies dans le service de réanimation polyvalente du CHU de Bouaké (Côte d'Ivoire) sur la période allant de janvier 2021 à décembre 2023. Étaient incluses dans l'étude toutes les patientes admises dans le service de réanimation pour une éclampsie. Les variables étudiées étaient : épidémiologiques (âge, antécédents, profession), cliniques (suivi de la grossesse, provenance, délai d'admission, période de survenue, état clinique), paracliniques, thérapeutiques (intubation, ventilation mécanique, médicaments utilisés) et évolutives (complications, durée de séjour, durée des traitements, issue de l'hospitalisation, pronostic). L'analyse statistique a été effectuée avec le test de Khi2, un intervalle de confiance à 95% ; une valeur de p inférieure à 0,05 était considérée comme significative.

Résultats : Nous avons recensé 100 cas d'éclampsie parmi 2156 admissions en réanimation (prévalence : 4,64 %). Les primipares et primigestes représentaient 61 % des patientes. La majorité avait un âge gestationnel de 34 à 37 SA (66 %) et un suivi prénatal insuffisant (88 %). Une prééclampsie était retrouvée chez 68 % des patientes. Les crises survenaient principalement en post-partum (47 %). La césarienne a été réalisée chez toutes les patientes avec crise en anté-et per-partum, avec une mortalité néonatale précoce de 11 %. À l'admission en réanimation, 50 % avaient un score de Glasgow entre 9 et 12. Les principales complications étaient le HELLP syndrome (29 %), l'insuffisance rénale (11 %) et les AVC (8 %). Une ventilation mécanique a été nécessaire chez 53 % des patientes. Le sulfate de magnésium a été administré systématiquement à toutes les patientes. La nicardipine était l'antihypertenseur le plus utilisé. La mortalité maternelle était de 12 %. La durée moyenne de séjour en réanimation était de 3 jours. Les facteurs associés au décès étaient un score de Glasgow ≤ 8 , l'anémie, le recours à la ventilation mécanique, le HELLP syndrome, l'insuffisance rénale aiguë et l'AVC.

Conclusion : L'éclampsie reste fréquente et demeure associée à une mortalité maternelle élevée. Dans notre étude, la présence d'un coma profond, le recours à la ventilation mécanique et le HELLP syndrome sont associés à un mauvais pronostic.

Abstract

Objective: To analyze the management of patients admitted to the intensive care unit for eclampsia and to identify factors associated with poor prognosis.

Materials and methods: Retrospective, descriptive, and analytical study of patients admitted to and monitored in the general intensive care unit at Bouaké University Hospital (Ivory Coast) between January 2021 and December 2023. All patients admitted to the intensive care unit for eclampsia were included in the study. The variables studied were: epidemiological (age, medical

Submitted on 10/10/2025

Accepted on 15/11/2025

Keywords:

Pre-eclampsia

Eclampsia

Gestational hypertension

Intensive care

history, occupation), clinical (pregnancy monitoring, referral source, time to admission, timing of onset, clinical status), paraclinical, therapeutic (intubation, mechanical ventilation, medications used), and outcome-related (complications, length of stay, duration of treatment, hospitalization outcome, prognosis). Statistical analysis was performed using the Chi-square test with a 95% confidence interval; a p-value < 0.05 was considered significant.

Results: We identified 100 cases of eclampsia among 2,156 intensive care admissions (prevalence: 4.64%). Primiparous and primigravid women accounted for 61% of patients. The majority had a gestational age of 34 to 37 weeks (66%) and inadequate antenatal care (88%). Preeclampsia was documented in 68% of patients. Seizures occurred predominantly in the postpartum period (47%). Cesarean delivery was performed in all patients with antepartum and intrapartum seizures, with an early neonatal mortality rate of 11%. On admission to intensive care, 50% had a Glasgow Coma Scale score of 9–12. The main complications were HELLP syndrome (29%), acute kidney injury (11%), and stroke (8%). Mechanical ventilation was required in 53% of patients. Magnesium sulfate was administered to all patients. Nicardipine was the most commonly used antihypertensive agent. Maternal mortality was 12%. The mean length of intensive care stay was 3 days. Factors associated with death were a Glasgow Coma Scale score ≤ 8 , anemia, need for mechanical ventilation, HELLP syndrome, acute kidney injury, and stroke.

Conclusion: Eclampsia remains frequent and continues to be associated with high maternal mortality. In our study, deep coma, need for mechanical ventilation, and HELLP syndrome were associated with poor prognosis.

Introduction

L'éclampsie constitue la forme évolutive terminale et la plus sévère de la maladie hypertensive gravidique [1]. Elle se définit par la survenue dans le péri-partum de crises convulsives et/ou d'un trouble de la conscience ne pouvant être rapportés à un problème neurologique préexistant [2,3]. Parmi les troubles hypertensifs constituant des complications de la grossesse, la prééclampsie et l'éclampsie représentent des causes majeures de morbidité et de mortalité maternelles et périnatales [4]. Plus de 50 000 décès sont recensés chaque année à l'échelle mondiale [4,5]. Si son incidence a drastiquement diminué dans les pays développés grâce aux avancées en matière de prévention et de prise en charge, elle reste encore un réel problème de santé publique dans les pays en voie de développement, en particulier ceux au sud du Sahara, où l'accès à un suivi prénatal de qualité demeure insuffisant [6]. Selon l'OMS, environ 99 % des cas surviennent dans les pays à faible revenu [4] où on note une mortalité d'environ 15 % contre un taux estimé à moins de 2 % dans les pays développés [5]. En Côte d'Ivoire, jusqu'au début des années 2000, la mortalité se chiffrait entre 17 et 23 % [7–9]. Dans une étude menée en 2021 à Abidjan, Côte d'Ivoire, il a été enregistré une prévalence d'environ 5,43 % avec un taux de décès maternel de 12,5 % [7]. Au CHU de Bouaké, en 2019, dans le service de réanimation, la mortalité des patientes éclamptiques était encore estimée à 5 % [10]. La majorité des décès liés à ces complications pourraient être évités grâce à une prise en charge précoce des femmes atteintes de prééclampsie.

L'amélioration des systèmes de soins dédiés à la prévention et au traitement des troubles hypertensifs constitue une étape nécessaire à la réalisation des objectifs de développement durable. La prise en charge de l'éclampsie repose sur une approche multimodale associant antihypertenseurs, anticonvulsivants et mesures de suppléance des grandes fonctions vitales. Le sulfate de magnésium constitue le traitement de référence pour la prévention primaire et secondaire des convulsions. C'est un agent tocolytique et vasodilatateur. En plus de son action inhibitrice sur l'hémostase et la coagulation, il représente un intérêt supplémentaire en cas de microangiopathies à type de coagulation intravasculaire. Bien que des avancées significatives aient été observées, certains facteurs continuent d'influencer négativement l'évolution et le devenir des patientes atteintes d'éclampsie. Il est primordial de les identifier afin d'améliorer la prévention, la prise en charge et de réduire la mortalité maternelle. L'objectif de notre étude était d'analyser les modalités de prise en charge des patientes admises au service de réanimation pour éclampsie et d'identifier les facteurs de mauvais pronostic.

Matériel et méthodes

Il s'agissait d'une étude observationnelle analytique de type rétrospectif portant sur les dossiers médicaux des patientes reçues et suivies dans le service de réanimation polyvalente du CHU de Bouaké (Côte d'Ivoire) sur une période de 3 ans, allant de janvier 2021 à décembre 2023. Étaient incluses dans l'étude toutes les patientes admises dans le service de réanimation

pour une éclampsie. Les patientes admises pour toute autre cause de convulsions et celles ayant un dossier médical incomplet n'ont pas été intégrées à l'étude. Les variables étudiées étaient : épidémiologiques (âge, antécédents, profession), cliniques (suivi de la grossesse, provenance, délai d'admission, période de survenue, état clinique), paracliniques, thérapeutiques (intubation, ventilation mécanique, médicaments utilisés) et évolutives (complications, durée de séjour, durée des traitements, issue de l'hospitalisation, pronostic). L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel Epi Info version 2007. Le traitement de texte et la réalisation des tableaux ont été effectués à l'aide des logiciels Word 2013 et Excel 2013. Les variables qualitatives ont été décrites par leurs effectifs et pourcentages, tandis que les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne. L'analyse bivariée a permis d'étudier la relation entre les facteurs pronostiques et la mortalité. Les comparaisons ont été effectuées avec le test du Khi-deux (χ^2). Les résultats ont été présentés avec un intervalle de confiance à 95 %. Une valeur de p inférieure à 0,05 était considérée comme significative.

Résultats

Durant la période d'étude, 100 cas d'éclampsie sur 2 156 patients de réanimation ont été recensés, soit une prévalence de 4,64 %. Le nombre de patientes admises pour éclampsie était quasiment le même sur les 3 années, soit 36 cas en 2021, 33 cas en 2022 et 31 cas en 2023. L'âge moyen était de 19,5 ans avec des extrêmes de 14 et 43 ans. Nous avons enregistré une majorité d'élèves, étudiantes et ménagères. Les primigestes et primipares constituaient 61 % de l'effectif. La majorité des patientes (66 %) avait un âge gestationnel compris entre 34 et 37 semaines d'aménorrhée. Pour la plupart des patientes (88 %), les grossesses étaient mal suivies (moins de 3 consultations prénatales). L'étude des antécédents a relevé que 4 patientes étaient déjà connues hypertendues et 10 patientes avaient développé une hypertension durant la grossesse.

Une prééclampsie a été identifiée dans 68 % des cas. Le Tableau clinique à l'admission a été résumé dans le tableau I. Soixante-neuf pour cent ont présenté un état de mal éclamptique. Les crises post-partum étaient apparues dans un délai moyen de 4,5 heures (extrêmes 30 min et 18 jours). Les accouchements se sont déroulés en dehors du CHU de Bouaké dans 73 % des cas dont 2 % à domicile.

La césarienne a été pratiquée pour toutes les patientes ayant présenté des crises en anté- et per-partum dont le fœtus était encore vivant. L'expulsion a été réalisée pour 8 patientes chez qui la mort in utero avait été confirmée à l'échographie. Les césariennes ont quasiment toutes été conduites sous anesthésie générale au propofol ou au thiopental. Le vécuronium était le

seul relaxant musculaire administré. Toutes les patientes ont bénéficié d'une intubation orotrachéale.

Tableau I : caractéristiques cliniques

	Variables	Effectif	%
Moment des crises	Ante partum	16	16
	Per partum	34	34
	Post partum	47	47
Nombre de crises	Unique	9	9
	2 - 4	41	41
	Plus de 4	50	50
Etat de conscience post critique (Score de Glasgow)	≤ 8	29	29
	[9 – 12]	50	50
	≥ 13	21	21
Signes cliniques	Détresse respiratoire	48	48
	Oligo anurie	11	11
	Signes de focalisation	8	8

Après intubation, toutes les patientes ont été mises sous ventilation mécanique. Le fentanyl était le seul analgésique morphinique utilisé après le clampage du cordon. L'isoflurane était utilisé pour l'entretien de l'anesthésie générale dans toutes les situations. Les complications rapportées étaient : les difficultés d'intubation avec désaturation chez 5 patientes et l'hypotension artérielle. À l'issue de la césarienne, 11 % des nouveau-nés sont décédés dans les heures suivantes. La totalité des patientes opérées en dehors du CHU étaient évacuées par des ambulances non médicalisées. Le délai d'admission en réanimation était en moyenne de 16 heures avec des extrêmes de 2 heures et 720 heures. En réanimation, l'examen clinique objectivait : une HTA moyenne de 169 mmHg de systolique et 105 mmHg de diastolique, un score de Glasgow entre 9 et 12 chez 50 %, des crises convulsives en cours d'examen (18 %), des signes de focalisation (8 %), une dyspnée (48 %) et une oligo-anurie (20 %). Les complications associées à l'éclampsie étaient : HELLP syndrome (29 %), l'AVC (8 %), l'insuffisance rénale (11 %). L'exploration biologique a objectivé une anémie chez 57 % des patientes parmi lesquelles 38,6 % était sévère (≤ 7 g/dl) ($n=57$). Le taux d'hémoglobine moyen était de 10 g/dl avec des extrêmes de 4,2 à 16,7 g/dl. Le taux de prothrombine moyen était de 79 % avec des extrêmes de 30 et 89 %. Neuf pour cent des patientes présentaient une thrombopénie sévère. Le taux moyen des plaquettes était de 145 000/ μ l avec des extrêmes de 28 000 à 608 000/ μ l. Une cytolysé hépatique était observée chez 62,6 % des patientes avec des transaminases supérieures à quatre fois la normale. Un scanner a été réalisé uniquement chez les patientes présentant des signes neurologiques en dehors des crises convulsives, en raison de la prise en charge financière des examens par les familles. Ainsi, 10 patientes présentant un syndrome pyramidal avaient bénéficié de cet examen. Les anomalies scanographiques observées étaient réparties comme suit : hémorragie cérébroméningée (5 patientes), ischémie cérébrale (3 patientes), un œdème cérébral (2 patientes). À la radiographie pulmonaire, nous avons

retrouvé chez 6 patientes, une pneumopathie d'inhalation. L'intubation trachéale et la ventilation mécanique ont été réalisées chez les patientes comateuses et/ou qui présentaient une détresse respiratoire avec des encombrements bronchiques, soit 53 %. On comptait parmi celles-ci, 29 % qui ont été intubées et mises sous ventilation mécanique d'emblée, et 24 % qui ont été intubées après une dégradation de l'état neurologique ou respiratoire durant l'hospitalisation. Le protocole de sédation associé à l'intubation était constitué du fentanyl et du midazolam à des doses moyennes respectives de 1 050 µg et de 25,5 mg. Dans la totalité des cas, le sulfate de magnésium a été administré selon le protocole de Zuspan. Il reposait sur l'administration d'une dose de charge de 4 grammes de sulfate de magnésium diluée dans 50 ml de sérum physiologique par voie intraveineuse lente, sur une durée de 10 minutes. Cette dose était suivie immédiatement d'une perfusion intraveineuse continue d'entretien à la posologie d'un gramme par heure et poursuivie pendant 24 à 48 heures après la dernière crise convulsive. L'antihypertenseur le plus utilisé était la nicardipine (85,54 %) (n=83). Son protocole d'administration était le suivant : elle était administrée par voie intraveineuse à l'aide d'une seringue électrique après une dilution de 1 mg pour 1 ml. Le traitement était généralement débuté à une dose de 2 mg/heure, puis titré progressivement par palier de 1 mg en fonction des chiffres tensionnels. L'objectif tensionnel était d'obtenir une pression artérielle systolique inférieure à 140 mmHg et une pression diastolique inférieure à 90 mmHg, sans induire de baisse brutale. Après stabilisation tensionnelle, la nicardipine intraveineuse était progressivement arrêtée et relayée par un antihypertenseur d'action centrale par voie orale. Nous avons eu recours aux produits sanguins chez 29 % des patientes ; il s'agissait de transfusion de culots globulaires. La quantité moyenne de produit sanguin utilisé était de 517 ml avec des extrêmes de 300 et de 757 ml. Les patientes chez qui était suspectée une pneumopathie d'inhalation avaient reçu une antibiothérapie à base d'amoxicilline et d'acide clavulanique à la posologie moyenne de 3 g/jour. L'évolution a été émaillée d'une mortalité maternelle de 12 %. Cinquante-cinq patientes avaient présenté des complications durant leur séjour. La durée moyenne de séjour en réanimation était de 3 jours avec des extrêmes de 1 et 15 jours. La durée moyenne de la ventilation mécanique était de 36 heures avec des extrêmes allant de 24 heures à 240 heures. Il a été réalisé en moyenne 24 heures de neurosédation et 48 heures de sulfate de magnésium. L'état neurologique s'est normalisé chez la majorité des patientes (86 %) (N= 50) dans les 24 heures suivant l'arrêt de la neurosédation. Après l'administration de nicardipine sur une durée moyenne de 36 heures, la tension artérielle s'est normalisée. La

dose maximale était de 10 mg/h. L'alpha-méthyl dopa a été utilisée en relais. La moitié des patientes a présenté une autre complication de la prééclampsie (Tableau II)

Tableau II : Complications associées

	Effectif	Décès	Taux de Mortalité
HELLP syndrome	29	8	27,6
HRP	5	2	40,0
AVC	8	3	37,5
IRA	11	6	54,5

Certaines patientes présentaient plusieurs complications. La survenue de décès était corrélée à : l'âge maternel ≥ 19 ans ($p=0,004$), score de Glasgow ≤ 8 ($p= 0,00001$), l'anémie ($p=0,0001$), la ventilation mécanique ($p= 0,0002$), le HELLP syndrome ($p=0,0007$), l'insuffisance rénale ($p=0,00003$) et l'AVC ($p= 0,007$) (Tableau III).

Paramètres	Létalité (%)	RR	IC	p
Age ≥ 19 ans	20	1,225	1,060 - 1,414	0,004
EMC	63,64	0,915	0,793 - 1,057	0,215
Césarienne	15,25	0,895	0,800 - 1,001	0,117
GCS ≤ 8	39,28	0,615	0,456 - 0,830	0,000
HTA	70	0,883	0,764 - 1,022	0,070
Durée VM ≥ 2 jours	35	0,722	0,512 - 1,017	0,032
Anémie sévère	64,29	0,669	0,487 - 0,917	0,0001
HELLP SD	27,58	0,756	0,600 - 0,951	0,0007
IRA	54,54	0,577	0,336 - 0,993	0,0000
AVC	37,5	0,676	0,394 - 1,160	0,007
HRP	40	0,827	0,468 - 1,462	0,309
DMS ≥ 3	12	1,023	0,879 - 1,190	0,767

SD : syndrome ; DMS : durée moyenne de séjour ; GCS : Glasgow coma score ; EMC : état de mal convulsif

La prise en charge des patientes présentant une insuffisance rénale reposait sur un remplissage prudent et l'administration de diurétiques. Une épuration extrarénale a été indiquée chez 5 patientes. Ces patientes sont décédées en cours d'hospitalisation. Parmi les patientes ayant présenté un AVC, aucune n'a bénéficié d'un geste chirurgical, ni d'une anticoagulation ou thrombolyse. La prise en charge était basée sur une neurosédation, une ventilation mécanique et le contrôle des agressions secondaires d'origine systémique. L'évolution a été marquée par le décès de 3 patientes.

Discussion

L'éclampsie constitue la cause la plus fréquente des convulsions gravidopuerpérales [11]. Cette étude rétrospective souligne, comme d'autres, la gravité de cette pathologie tant pour la mère que pour le fœtus avec respectivement 12 % de décès maternels et 11 % de décès néonataux. Elle met également en évidence la

multiplicité des facteurs qui restent à prendre en compte pour améliorer le devenir des patientes. Par ailleurs, l'analyse des données épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives révèle que tous n'ont pas la même valeur pronostique.

Durant la période d'étude, nous avons comptabilisé 100 cas d'éclampsie, soit une prévalence de 4,64 %. Ce taux est comparable à celui de Touré (5,46 %) et Coulibaly (3,8 %) à Abidjan (Côte d'Ivoire) [5,7]. La prévalence que nous rapportons dans notre étude est nettement inférieure à celle qui était observée il y a de cela 10 ans et qui atteignait jusqu'à 20 %. Cette diminution pourrait être attribuée aux efforts réalisés en matière de prévention et d'accès aux soins, notamment la mise en place de la gratuité des césariennes.

Comme le rapporte la majorité des auteurs [12], l'éclampsie prédomine chez les jeunes femmes primipares et primigestes avec un âge moyen compris entre 16 et 25 ans, et 61 % avaient un faible revenu. Dans notre effectif, 47 % des patientes avaient présenté des crises post-partum survenant en moyenne 4,5 heures après l'accouchement et jusqu'à 18 jours dans certains cas. Nos résultats contrastent avec la plupart des études où les crises étaient principalement pré-partum [9,12–14]. Ces résultats reflètent possiblement un défaut de surveillance. En effet, 68 % de patientes avaient présenté une prééclampsie ; il s'agit d'une population à haut risque d'éclampsie nécessitant une surveillance accrue. C'est pour ces raisons qu'il est primordial d'assurer un suivi post-partum systématique et d'informer les parturientes sur la signification des prodromes qu'elles aient ou non présenté des signes de prééclampsie [13]. Le délai moyen d'admission en réanimation était de 16 heures. Des délais comparables avaient été rapportés depuis plus de 10 ans, notamment dans les études de Brouh en 2008 (17 heures), Beye en 1999 (18,5 heures) et Soro en 2000 (12,5 heures) [12,15]. Ce retard d'admission persistant depuis plusieurs décennies souligne les difficultés liées à l'accès aux soins, aux conditions socio-économiques, à la chaîne de référence et aux infrastructures d'accueil.

Concernant la prise en charge, toutes les patientes ont reçu du sulfate de magnésium conformément aux recommandations [13]. Son administration a été facilitée par son faible coût et sa disponibilité. Malgré l'administration du sulfate de magnésium, le taux de récurrence était de 4 %, taux inférieur aux enquêtes européennes, où les récurrences pouvaient atteindre jusqu'à 10 % [17,18]. Les défaillances respiratoires et neurologiques nécessitant une intubation avec ventilation mécanique et une neurosédation ont été nécessaires chez 50 % des patientes, soit la moitié de l'effectif. Ces chiffres sont comparables à ceux de Touré (38,89 %) et Coulibaly (42,5 %) [5,13]. La sédation a été assurée par une perfusion continue de fentanyl et de midazolam. La tendance actuelle est plutôt à l'utilisation en perfusion continue de propofol

et de sufentanil en raison de leur élimination rapide permettant un réveil rapide. Dans cette étude, 85 % des patientes ont présenté une hypertension artérielle. La normalisation des chiffres tensionnels a été obtenue sous perfusion de nicardipine en moyenne après 36 heures avec un relais par voie orale avec l'alpha-méthylidopa (Aldomet). Dans la majorité des études récentes, la nicardipine était l'antihypertenseur de choix contrairement aux enquêtes plus anciennes où la clonidine prédominait [1,15,20]. Le retour rapide à la normale témoigne de l'efficacité du traitement antihypertenseur. L'utilisation conjointe de la nicardipine (inhibiteur calcique) et du sulfate de magnésium n'a entraîné aucun effet indésirable. Concernant le remplissage vasculaire, notre étude a montré que la pratique du remplissage vasculaire massif courante il y a quelques années a été délaissée au profit d'un apport liquidien plus modéré. Les récentes recommandations soulignent l'absence de bénéfice d'un remplissage systématique et elles mettent même en garde contre un effet délétère dans le cadre de la prééclampsie [21]. Chez les patientes présentant une altération de la fonction rénale, la surveillance des quantités administrées était réalisée par l'échographie thoracique répétée. Cette surveillance s'est avérée efficace puisqu'aucun cas supplémentaire d'œdème aigu du poumon n'avait été identifié. Pour toutes les autres patientes, le remplissage était fait sous contrôle des constantes hémodynamiques. La proportion de décès maternels s'élevait à 12 %. Elle était proche de celle rapportée par Touré et al. (12,5 %) [7] et Békoïn Abhé et al. (15,3 %) [8]. Comme dans d'autres pays africains, la mortalité liée à l'éclampsie tend à diminuer; cependant elle reste encore trop élevée comparativement aux pays développés, où les crises d'éclampsie sont devenues quasi inexistantes. Cette mortalité pourrait s'expliquer par les retards de transfert, les délais dans le démarrage du traitement souvent causés par des contraintes financières des parents et par l'association aux autres complications de la prééclampsie. L'issue fœtale était semblable à l'issue maternelle avec 11 % de décès. Dans notre étude, sept facteurs épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques ont été associés à un risque accru de mortalité : l'âge maternel, le coma profond, l'anémie, l'insuffisance rénale, l'AVC, le HELLP syndrome et le recours à la ventilation mécanique. L'impact de la ventilation mécanique sur la mortalité pourrait s'expliquer par la gravité initiale des patientes, celles-ci présentant le plus souvent un coma profond ou une détresse respiratoire. Par ailleurs, la mortalité était liée à l'association à d'autres complications telles que le HELLP syndrome, l'insuffisance rénale aiguë et l'accident vasculaire cérébral (AVC). La surmortalité observée chez ces patientes présentant ces complications est en grande partie liée aux difficultés matérielles de prise en charge, notamment l'indisponibilité fréquente des produits

sanguins (plasma frais congelé, plaquettes, culots globulaires) et l'absence d'un suivi biologique régulier en raison des limitations financières dans le cas du HELLP syndrome, ainsi que le coût élevé des dialyses et l'insuffisance des centres de dialyse. Paulino avait rapporté dans son étude un risque de décès multiplié par dix chez les patientes atteintes de HELLP syndrome associé à une coagulation intravasculaire disséminée [8,22]. De même, Randrianambinina et al. avaient également mis en évidence l'impact significatif de l'insuffisance rénale, qu'elle soit sévère ou modérée, sur la mortalité au cours de l'éclampsie [23]. En revanche, l'état de mal convulsif n'a pas été identifié comme un facteur de mauvais pronostic dans notre étude. Dans notre série, les principales complications, notamment l'insuffisance rénale, le HELLP syndrome et les accidents vasculaires cérébraux ont été diagnostiqués dans les 48 premières heures. Comme le rapportent Sibai et al., la majorité des complications se manifestent pendant la phase aiguë. Un retard dans le diagnostic et la prise en charge des complications est corrélé à une aggravation du pronostic. Dans notre contexte, les difficultés diagnostiques sont liées aux contraintes financières des familles, soulignant ainsi l'importance d'une subvention des soins hospitaliers en Côte d'Ivoire pour le pronostic maternel.

Conclusion

L'éclampsie demeure une pathologie fréquente dans nos régions et elle est encore associée à une mortalité maternelle et périnatale élevée. La présence de certains facteurs tels que le coma profond, la ventilation mécanique, le HELLP syndrome est négativement associée à son pronostic. Si l'introduction du sulfate de magnésium a constitué une avancée majeure dans sa prise en charge, l'amélioration du pronostic passe par la prévention, l'amélioration de l'accès aux soins avec un suivi précoce et régulier des gestantes, le traitement adéquat de l'hypertension gravidique ainsi qu'une prise en charge précoce de la prééclampsie et de l'éclampsie avant l'installation des signes de gravité.

Déclaration de conflit d'intérêt

Nous signalons qu'il n'y a aucun conflit d'intérêt sur la source de financement ou sur l'affiliation de l'auteur.

Contribution des auteurs

Kouadio K. Stephanie : conception du protocole de recherche, lecture critique et approbation de la version finale.

Ogondon B. N'da KC, Ablé AE : recueil et analyse de données, recherche bibliographique et rédaction:

Ede Fabrice, Kohi N, Pete Yaïch, Irié Bi Gohi S, Kouamé KE Lecture critique et approbation de la version finale

Références

1. **Diouf AA, Diallo M, Mbaye M, Sarr SD, Faye-Diémé ME, Moreau JC, et al.** Profil épidémiologique et prise en charge de l'éclampsie au Sénégal: à propos de 62 cas. *Pan Afr Med J.* 2013;16:83-8.
2. **Brouh Y, Tétchi Y, Pete Yaïch OA, Abhé Chiaké CK.** Enquête multicentrique sur la pratique de l'analgésie post opératoire dans les hôpitaux d'Abidjan (République de Côte d'Ivoire). *RAMUR.* 2012;2:5.
3. **Bouvier-Colle MH, Varnoux N, Costes PH, Hatton F.** Mortalité maternelle en France: fréquence et raisons de sa sous-estimation dans la statistique des causes médicales de décès. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction.* 1991;20(7):885-91.
4. **Roberts JM, August PA, Bakris G, Barton JR, Bernstein IM, Druzin M et al.** Hypertension in pregnancy: Executive summary. *Obstetrics and gynecology.* 2013 ; 122(5): 1122-31. doi: 10.1097/01.AOG.0000437382.03963.8
5. **Alkema L.** Global, Regional, and National Levels and Trends in Maternal Mortality between 1990 and 2015, with Scenario Based Projections to 2030: A Systematic Analysis by The UN Maternal Mortality Estimation Inter Agency Group. *Global, Regional, and National Levels and Trends in Maternal Mortality between 1990 and 2015, with Scenario Based Projections to 2030: A Systematic Analysis by The UN Maternal Mortality Estimation Inter Agency Group.* 2015;6736:13.
6. **Aya AGM, Vialles N, Ripart J.** Anesthésie et prééclampsie. *Ann Fr Anesth Réa,* 2010;29(5):e141-7.
7. **Touré WC, Soro L, Bouh KJ, Koffi I, Konan KJ, N'guessan Yapi F.** Éclampsie en réanimation polyvalente: facteurs déterminants du décès. *Rev int sci méd(Abidj).* 2023;143-8.
8. **Békoin Abhé C, Kohou Koné L, Goulai Bi You, Mobio MP, Coulibaly KLT.** Caractéristiques épidémiocliniques, thérapeutiques et évolutives de l'éclampsie grave en réanimation au CHU de Cocody (Abidjan, Cocody). *Mali médical.* 2021;36(3):16-9.
9. **Coulibaly KT, Abhé CM, Ouattara A, Yapi N, Assa N, Dadié B, et al.** Les complications de la prééclampsie en réanimation polyvalente du CHU de Cocody (Abidjan-RCI). *Rev Afr Anesth Med Urg.* 2014;19(1):19-23.
10. **Kouadio K, Irié Bi GS, Ogondon B, Pete Y, Koffi Nguessan R, N'da-Koffi C, et al.** Anesthésie pour césarienne d'urgence au cours de l'éclampsie au Centre Hospitalier Universitaire de Bouaké. *Rev int sc méd Abj* 2019. 21(1):23-7.
11. **Diallo B, Keita M, Dicko H, Toure MK, Beye SA, Kone J, et al.** Hématome rétro-péritonéal consécutif à

- une envenimation vipérine: à propos d'un cas. *Pan Afr Med J* 2019;32. Disponible sur: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/32/70/full/>
12. **Beye MD, Diouf E, Kane O, Ndoeye MD, Seydi A, Ndiaye PI, et al.** Prise en charge de l'éclampsie grave en réanimation en milieu tropical africain. À propos de 28 cas. *Ann Fr Anesth Réanim.* janv 2003;22(1):25-9.
 13. **Ducarme G, Herrnberger S, Pharisien I, Carbillon L, Uzan M.** Éclampsie : étude rétrospective de 16 cas. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité.* 2009;37(1):11-7.
 14. **Elombila M, Outsouta GN, Monkessa CMME, Kibinda RV, Mawandza PDGL, Ngala MAN, et al.** La Pré-éclampsie Sévère en Réanimation Polyvalente du Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville. *Health Sciences and Disease*, 2022 ; 23(6). Disponible sur: <http://hsdfinsb.org/index.php/hsd/article/view/3679>
 15. **Brouh Y, Ndjeundo PG, Tetchi YD, Amonkou AA, Pete Y, Yapobi Y.** Les éclampsies en centre hospitalier universitaire en Côte d'Ivoire: prise en charge, évolution et facteurs pronostics. *Can J Anesth/J Can Anesth.* juill 2008;55(7):423-8.
 16. **Guimbi KCM, Ngatse EO, Soussa RG.** Utilisation du sulfate de magnésium dans la prise en charge de l'éclampsie : à propos de 122 observations. *Médecine Intensive Réanimation.* 11 janv 2014;23(2):237-40.
 17. **Bourret B, Compère V, Torre S, Azhouagh K, Provost D, Rachet B, et al.** Magnesium sulfate in the prophylaxis of eclampsia: a retrospective study. *Ann Fr Anesth et de Rea.* 2012 ; 31(2) : 933-6.
 18. **Sibai BM.** Diagnosis, prevention, and management of eclampsia. *Obstetrics & Gynecology.* 2005;105(2):402-10.
 19. **Coulibaly KT, Abhé C, Ouattara A.** Les complications de la pré-éclampsie en réanimation polyvalentes du CHU de Cocody (Abidjan-RCI). Réduire la mortalité liée aux complications obstétricales en Afrique: Un défi pour l'anesthésiste-réanimateur? 2014;19.
 20. **Bekoin-Abhe CMJ, Mobio MP, Coulibaly KT, Olama EMC, Coulibaly M, Tetchi YD.** Caractéristiques des pathologies de l'état puerpéral en réanimation au Centre Hospitalier Universitaire de Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire. 2022; *Rev Afr Anesth Med Urg* 14(1) : 19-22.
 21. **Bonnet MP, Zlotnik D, Saucedo M, Chassard D, Bouvier-Colle MH, Deneux-Tharaux C.** Maternal death due to amniotic fluid embolism: a national study in France. *Anesthesia & Analgesia.* 2018;126(1):175-82.
 22. **Vigil-De Gracia P.** Maternal deaths due to eclampsia and HELLP syndrome. *International Journal of Gynecology & Obstetrics.* 2009;104(2):90-4.
 23. **Randrianambinina TP, Razafindrabekoto LDE, Rakotomavo FA, Randrainarivo BS, Andrianampanalinarivo RH, Raveloson NE.** Les facteurs associés aux morbi-mortalités maternelles de l'éclampsie à la maternité de Befelatanana. *Rev Anesth Réanim Med Urg Toxicol.* 2023;15(1):79-83.