

Case series



Complications materno-fœtale de la pré-éclampsie: étude rétrospective (à propos de 136 cas)

Yassine Smiti, Hajar El Haddad, Anas El Bouti, Adnane Hniad, Aziz Slaoui, Aïcha Kharbach, Anas Saoud Tazi

Corresponding author: Yassine Smiti, Service de Réanimation de l'Hôpital Maternité Souissi, Rabat, Maroc.
yassin.smit@gmail.com

Received: 27 Oct 2020 - **Accepted:** 15 Nov 2020 - **Published:** 10 Dec 2021

Keywords: Complications materno-fœtales, éclampsie, grossesse

Copyright: Yassine Smiti et al. PAMJ Clinical Medicine (ISSN: 2707-2797). This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution International 4.0 License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Cite this article: Yassine Smiti et al. Complications materno-fœtale de la pré-éclampsie: étude rétrospective à propos de 136 cas. PAMJ Clinical Medicine. 2021;7(25). 10.11604/pamj-cm.2021.7.25.26712

Available online at: <https://www.clinical-medicine.panafrican-med-journal.com//content/article/7/25/full>

Complications materno-fœtale de la pré-éclampsie: étude rétrospective (à propos de 136 cas)

Maternal and fetal complications of pre-eclampsia: a retrospective study (about 136 cases)

Yassine Smiti^{1,&}, Hajar El Haddad¹, Anas El Bouti¹, Adnane Hniad¹, Aziz Slaoui², Aïcha Kharbach², Anas Saoud Tazi¹

¹Service de Réanimation de l'Hôpital Maternité Souissi, Rabat, Maroc, ²Service de Maternité de l'Hôpital Maternité Souissi de Rabat, Maroc

&Corresponding author

Yassine Smiti, Service de Réanimation de l'Hôpital Maternité Souissi, Rabat, Maroc

Résumé

La pré-éclampsie est l'association d'une protéinurie significative et d'une hypertension artérielle gravidique apparue au delà de la 20^e semaine d'aménorrhées. Il s'agit de l'une des principales causes de morbi-mortalité materno-fœtales. L'équipe obstétrico-anesthésique a pour tâche de diagnostiquer toute pré-éclampsie et d'assurer une prise en charge efficace et rapide, afin de permettre de réduire le risque d'apparition des complications. Nous avons rapporté à travers

ce travail, les résultats de notre expérience, regroupant 136 cas de parturientes pré-éclampsiques ayant présenté une ou plusieurs complications materno-fœtales, à l'origine d'un arrêt de la grossesse et une extraction fœtale. Ce travail nous a permis d'évaluer le taux de chacune de ces complications, d'évaluer la mortalité périnatale et de réaliser une comparaison par rapport à des études similaires retrouvées dans la littérature.

English abstract

Pre-eclampsia is a combination of significant proteinuria and gestational hypertension occurring after 20 weeks of amenorrhea. It is one of the main causes of maternal and fetal morbidity. Obstetric-anaesthetic team is responsible for the diagnosis of any form of preeclampsia and for ensuring effective and rapid management in order to reduce the risk of complications. This study shows the results of our experience. The study involved 136 parturients with preeclampsia having one or more maternal and fetal complications leading to termination of pregnancy and extraction of the body of the foetus. This study highlights the rate of each of these complications, evaluates perinatal mortality and compares the findings of this study with other similar studies.

Key words: *Maternal and fetal complications, eclampsia, pregnancy*

Introduction

La pré-éclampsie est l'association d'une protéinurie significative (supérieure à 0,3 g par 24 heures) et d'une hypertension artérielle gravidique (pression artérielle systolique supérieure ou égale à 140 mmHg et/ou pression artérielle diastolique supérieure à 90 mmHg) apparue au delà de la 20^e semaine d'aménorrhées. Il s'agit de l'une des principales causes de morbi-mortalité materno-fœtales [1]. L'équipe

obstétrico-anesthésique a pour tâche de diagnostiquer toute pré-éclampsie et d'assurer une prise en charge efficace et rapide, afin de permettre de réduire le risque d'apparition des complications. Nous rapportons les résultats de notre expérience, répertoriant 136 cas de parturientes pré-éclampsiques ayant présenté une ou plusieurs complications materno-fœtales nécessitant l'arrêt de la grossesse et l'extraction du fœtus que ce soit à terme ou de façon prématuré.

Méthodes

Notre étude est de nature rétrospective, étalée de la période allant du mois d'août 2019 au mois d'août 2020 ; portant sur 342 cas de dossiers de parturientes admise au niveau des services de l'Hôpital de Maternité Souissi de Rabat pour pré-éclampsie, dont on a répertorié 136 cas, ayant présenté des complications materno-fœtales. Ce travail nous permettra d'évaluer le taux de chacune de ces complications, d'évaluer la mortalité périnatale et de réaliser une comparaison par rapport à des études similaires retrouvées dans la littérature.

Résultats

La moyenne d'âge retrouvé dans notre étude était de 27,2 ans, avec des limites d'âge entre 18 et 41 ans. Concernant la parité, on a noté que 50% des parturientes présentant une complication en rapport avec la pré-éclampsie étaient primipares. Parmi les 50% des parturientes multipares, seulement 41% avaient une pré-éclampsie durant les grossesses antérieures. Seulement 34% de parturientes ont bénéficié d'un suivi durant leur grossesse, avec consultation chez un médecin gynécologue, réalisation de bilans sanguins et échographies durant les 3 trimestres de grossesse. Le pourcentage de complication materno-fœtales a permis de diviser nos parturientes en 3 groupes: 1) Le premier regroupe les patientes ayant présenté des complications maternelles isolées qui représente 32% des cas. 2) Les parturientes du

groupe 2 ont présenté des complications fœtales isolées, et représentent également 32%. 3) Le troisième groupe, était constitué des patientes ayant présenté des complications materno-fœtales en même temps et représente 36% de nos patientes.

En ce qui concerne les complications maternelles, elles étaient dominées par l'hématome rétroplacentaire (45%), suivie de la pré-éclampsie sévère, objectivée par une hypertension artérielle (HTA) rebelle au traitement anti-hypertenseurs et qui constituait 24% et puis l'éclampsie 13%, le HELLP syndrome 6% et enfin l'insuffisance rénale aiguë représentant 4%. En ce qui concerne les complications fœtales, elles étaient dominées par la souffrance fœtale aiguë (46%), la prématurité (32%), la mort fœtale in utero (15%) et enfin le retard de croissance in utero (6%). Il est à noter que le pourcentage de mortalité périnatale est atteint dans notre étude (36%).

Discussion

La pré-éclampsie correspond à l'association d'une protéinurie significative (supérieure à 0,3 g par 24 heures ou supérieure ou égale à deux croix) et d'une hypertension artérielle gravidique (pression artérielle systolique supérieure ou égale à 140 mmHg et/ou pression artérielle diastolique supérieure à 90 mmHg) apparue après 20 semaines d'aménorrhées et disparaissant avant la fin de la sixième semaine du post-partum. La pré-éclampsie et ses complications font partie des principales causes de mortalité maternelle [1]. Les pré-éclampsies sévères (PE) constituent 10% des pré-éclampsies. Elles sont définies par les recommandations formalisées d'experts publiées en 2009 comme une pré-éclampsie associée à l'un des critères suivants [2] : 1) Une hypertension artérielle sévère (pression artérielle systolique supérieure ou égale à 160 mmHg et/ou pression artérielle diastolique supérieure ou égale à 110 mmHg) ; 2) Une atteinte rénale avec une oligurie inférieure à 500 ml par 24 heures, ou une créatininémie supérieure à 135 mol/l, ou une

protéinurie supérieure à 5 g par 24 heures. 3) Un œdème aigu du poumon. 4) Une barre épigastrique persistante. 5) Un hemolysis, elevated liver enzymes and low platelets (HELLP) syndrome count. 6) Une éclampsie ou des troubles neurologiques rebelles (troubles visuels, réflexes ostéotendineux polycinétiques, céphalées). 7) Une thrombopénie inférieure à 100000 plaquettes mm^3 . 8) Un hématome rétroplacentaire. 9) Un retentissement fœtal : Souffrance Fœtale Aigue (SFA), Souffrance Fœtal Chronique (SFC), Retard de Croissance Intra Uterin (RCIU), Mort Fœtale In Utero (MFIU).

Les facteurs de risques sont multiples, on en cite une nulliparité, la procréation médicalement assistée, l'âge de plus de 40 ans, un indice de masse corporelle supérieur à 35. Le diabète insulino-dépendant préexistant à la grossesse, l'hypertension artérielle chronique, tout comme les maladies rénales [3-5]. Aucune théorie uniciste ne permet d'expliquer tous les aspects de la pré-éclampsie. Les difficultés dans la compréhension de sa physiopathologie de la pré-éclampsie sont en grande partie dues à l'absence de modèle expérimental puisqu'il n'existe pas de pré-éclampsie chez l'animal. En l'état actuel des connaissances, il semble que la physiopathologie de la pré-éclampsie fasse intervenir plusieurs étapes successives: 1) Un défaut de placentation ; 2) Une hypoxie placentaire et des phénomènes d'ischémie reperfusion ; 3) Un dysfonctionnement endothélial maternel [6].

On arrive à distinguer 2 catégories de complications, maternelles et fœtales. En ce qui concerne les complications maternelles, on retrouve:

Le HELLP syndrome a une définition purement biologique et repose sur l'association d'un taux de plaquettes inférieur à 100 000 éléments/ mm^3 , d'une cytolyse hépatique avec des Aspartate Aminotransferrase (ASAT) supérieures à 70 UI/l et d'une hémolyse diagnostiquée par une bilirubinémie totale supérieure à 12 mg/l ou par un taux de Lactate Deshydrogénase (LDH)

supérieur à 600 UI/l avec la présence de schizocytes. Il complique 5% à 20% des pré-éclampsies et peut être incomplet sous forme de thrombopénie isolée, cytolysé hépatique isolée, hémolyse et cytolysé hépatique ou cytolysé et thrombopénie [6]. Les résultats étaient similaires dans notre étude, avec 6% de complications retrouvées.

L'hématome sous-capsulaire du foie est une complication quasi spécifique du HELLP et résulte de la confluence des foyers de nécrose et des lésions hémorragiques. Son incidence au cours du HELLP est de 1% environ. Il se manifeste cliniquement par des douleurs violentes de l'hypocondre droit et la confirmation du diagnostic est obtenue par échographie, scanner (en post-partum) ou imagerie par résonance magnétique (IRM) [6].

La rupture de la capsule hépatique est la complication ultime de l'hématome sous-capsulaire, et se manifeste par un état de choc hémorragique en rapport avec l'hémopéritoine. L'infarctus hépatique est également une complication du HELLP, mais beaucoup plus rare [6].

L'insuffisance rénale aiguë est rare lors de la pré-éclampsie. Elle est alors en rapport avec des lésions tubulaires associées à l'endothéliose glomérulaire et aggrave le pronostic maternel. Elle est souvent associée aux autres complications de la maladie (hématome rétroplacentaire, HELLP, éclampsie, etc.) ou peut être la conséquence de l'aggravation d'une néphropathie préexistante [7,8].

Un œdème pulmonaire par augmentation de la perméabilité capillaire, causée par les lésions diffuses de l'endothélium vasculaire et la baisse de la pression oncotique favorisent un mouvement liquidien du secteur intravasculaire vers le secteur interstitiel [6]. L'augmentation de la perméabilité capillaire peut également être à l'origine d'un œdème pharyngolaryngé. Cet œdème des voies

respiratoires peut être une cause d'intubation difficile [6].

L'éclampsie est définie par des convulsions généralisées et/ou des troubles de la conscience survenant au cours d'une pré-éclampsie et ne pouvant pas être rapportées à une pathologie neurologique préexistante. Elle complique 1% à 2% des pré-éclampsies sévères. Une surveillance clinique régulière au cours de la grossesse et l'extraction fœtale en cas de pré-éclampsie sévère minorent ce risque. L'un des facteurs de risque majeur de l'éclampsie est le mauvais suivi de la grossesse [9,10]. Dans notre étude, l'éclampsie était retrouvée dans 12% des cas, ce qui constitue un pourcentage énorme, pouvant être expliqué par l'absence de suivi durant la grossesse de nos parturientes, surtout celles issues d'un niveau socio-économique bas.

L'hématome rétroplacentaire complique 4% des pré-éclampsies sévères. Il est défini comme le décollement prématuré d'un placenta normalement inséré. Sa présentation typique est celle d'une douleur abdominale aiguë d'apparition brutale associée à une hypertonie utérine « ventre de bois », des métorragies noirâtres, des anomalies sévères du rythme cardiaque fœtal ou une mort fœtale in utero, une coagulation intravasculaire disséminée (CIVD). L'échographie permet de poser le diagnostic dans les formes paucisymptomatiques ou atypiques et d'évaluer la viabilité fœtale [6].

Dans notre étude, l'hématome rétroplacentaire était la complication la plus retrouvée, compliquant près de 43% de nos patientes, ce qui peut être expliqué également par l'absence de suivi durant la grossesse de nos parturientes. On rappelle que 66% de nos parturientes n'étaient pas suivies durant leur grossesse et ne prenaient aucun traitement à visée anti-hypertension artérielle. Parmi les pré-éclampsies sévères, 25% à 50% vont développer un état d'activation pathologique de l'hémostase. Il est caractérisé par une thrombopénie isolée et une thrombine en excès. L'état d'activation pathologique de

l'hémostase peut ensuite décompenser sur le mode thrombotique lorsque les inhibiteurs physiologiques de la coagulation sont dépassés ou lorsqu'ils font défaut dans le cadre d'une thrombophilie. La symptomatologie clinique est alors celle de microthromboses placentaires et maternelles. On parle alors de CIVD [6].

Pour ce qui concerne les complications fœtales de la pré-éclampsie, il faut savoir que l'ischémie placentaire est à l'origine d'une hypoxie tissulaire chronique du fœtus, et qui sera elle-même à l'origine d'un retard de croissance intra-utérin, une souffrance fœtale chronique, une souffrance fœtale aiguë, voire une mort fœtale in utero. La pré-éclampsie est également fréquemment à l'origine d'une prématurité parfois sévère, entraînant des conséquences sur la morbidité et la mortalité néonatales [6].

Le seul traitement curatif de la pré-éclampsie est l'arrêt de la grossesse. La décision de poursuite ou non de la grossesse dépend de nombreux facteurs, dont les critères de gravité maternels ou fœtaux et l'âge gestationnel. Entre 24 et 34 semaines d'aménorrhées, en dehors des cas nécessitant une extraction fœtale immédiate, la patiente doit bénéficier de l'administration d'une corticothérapie pour maturation fœtale. L'accouchement est différé de 48 heures si possible, afin d'obtenir tout le bénéfice de la corticothérapie anténatale.

Ainsi, parmi l'ensemble des patients pré-éclamptiques, ce sont celles développant une forme sévère de la maladie que l'anesthésiste-réanimateur a plus particulièrement à prendre en charge. Ce dernier doit non seulement dépister et traiter les manifestations viscérales sévères susceptibles de survenir, mais il a aussi pour tâche de gérer l'analgésie ou l'anesthésie de l'accouchement de ces patientes à haut risque. Par ailleurs, le pronostic néonatal est souvent altéré, en particulier en raison de la prématurité induite dans les formes les plus sévères [6].

Conclusion

En conclusion, on rappelle que la pré-éclampsie et ses complications font partie des principales causes de morbi-mortalité maternelles et fœtales et que l'équipe obstétrico-anesthésique en charge de la patiente, a pour tâche de diagnostiquer toute pré-éclampsie afin d'assurer une prise en charge efficace et rapide pour permettre de réduire le risque d'apparition des complications les plus sévères de la maladie.

Etat des connaissances sur le sujet

- *Aucune théorie uniciste ne permet d'expliquer tous les aspects de la pré-éclampsie;*
- *Le seul traitement curatif de la pré-éclampsie est l'arrêt de la grossesse.*

Contribution de notre étude à la connaissance

- *Les complications maternelles dans notre étude étaient dominées par l'hématome rétroplacentaire 45%, et ceci pourrait être expliqué par le non suivi des grossesses par les parturientes.*

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs

Yassine Smiti: conception, rédaction, révision critique, approbation finale de la version à publier.
Hajar El Haddad: conception, rédaction, révision critique, approbation finale de la version à publier.
Anas El Bouti: conception, rédaction, révision critique, approbation finale de la version à publier.
Adnane Hniad: conception, rédaction, révision critique, approbation finale de la version à publier.
Aziz Slaoui: conception, rédaction, révision critique, approbation finale de la version à publier.
Aïcha Kharbach: révision critique, approbation finale de la version à publier, accepter d'être

responsable de tous les aspects du travail en s'assurant que les questions liées à l'exactitude ou l'intégrité de toute partie du travail est correctement étudiée et résolue. Anas Saoud Tazi: révision critique, approbation finale de la version à publier, accepter d'être responsable de tous les aspects du travail en s'assurant que les questions liées à l'exactitude ou l'intégrité de toute partie du travail est correctement étudiée et résolue. Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Références

1. Institut national de veille sanitaire. La mortalité maternelle en France: bilan 2001-2006. Bull Épidémiol Hebd 2010;(n° 2-3).
2. Pottecher T, Luton D, Zupan V, Collet M. Prise en charge multidisciplinaire des formes graves de prééclampsie. Recommandations formalisées d'experts. Ann Fr Anesth Reanim. 2009;28: 275-81.
3. Duckitt K, Harrington D. Risk factors for pre-eclampsia at antenatal booking: systematic review of controlled studies. Br Med J. 2005;330: 565. **Google Scholar**
4. Kyrou D, Kolibianakis EM, Devroey P, Fatemi HM. Is the use of donor sperm associated with a higher incidence of preeclampsia in women who achieve pregnancy after intrauterine insemination? Fertil Steril. 2010;93(4): 1124-7. **Google Scholar**
5. Innes KE, Marshall JA, Byers TE, Calonge N. A woman's own birth weight and gestational age predict her later risk of developing preeclampsia, a precursor of chronic disease. Epidemiology 1999;10(2): 153-60. **Google Scholar**
6. Dubar G, Rackelboom T, Tsatsaris V, Mignon A. Prééclampsie. Éclampsie ; EMC - Anesthésie-Réanimation 2012;9 (2): 1-18.
7. Sibai BM. The HELLP syndrome (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets): much ado about nothing? Am J Obstet Gynecol 1990;162: 311-6. **Google Scholar**
8. 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 Gynecol. 1993;169: 1000-6. **Google Scholar**
9. Collange O, Launoy A, Kopf-Pottecher A, Dietemann J-L, Pottecher T. Éclampsie. Ann Fr Anesth Reanim. 2010;29: e75-82.
10. Sibai BM. Preeclampsia as a cause of preterm and late preterm (near-term) births. Semin Perinatol. 2006;30(1): 16-9. **Google Scholar**