



ELSEVIER
MASSON



Disponible en ligne sur

ScienceDirect

www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte

www.em-consulte.com

Annales de
cardiologie
et d'angéiologie

Annales de Cardiologie et d'Angéiologie 64 (2015) 164–168

Article original

Épidémiologie de la prééclampsie dans la région de Tizi-ouzou (Algérie)

Epidemiology of pre-eclampsia in Tizi-ouzou city (Algeria)

B. Kichou*, N. Henine, L. Kichou, M. Benbouabdellah

Service de cardiologie, CHU de Tizi-ouzou, 15000 Tizi-ouzou, Algérie

Reçu le 22 avril 2015 ; accepté le 28 avril 2015

Disponible sur Internet le 1 juin 2015

Résumé

Objectifs. – L'objectif principal était d'estimer la prévalence de la prééclampsie (PE) dans la région de Tizi-ouzou (Algérie). Les objectifs secondaires étaient d'estimer la fréquence des facteurs de risque de PE, et l'incidence des complications materno-fœtales.

Patients et méthodes. – Étude prospective observationnelle descriptive, incluant les femmes enceintes consultant pour un suivi de grossesse systématique, dans les 2 maternités de Tizi-ouzou, entre janvier 2012 et juin 2013. La PE était définie par l'apparition d'une HTA gestationnelle associée à une protéinurie > 300 mg/24 h, après 20 semaines d'aménorrhée.

Résultats. – Sur 3225 femmes enceintes examinées, 252 ont développé une PE, soit une prévalence de 7,8 % (IC 95 % : 6,9 %–8,7 %). Les facteurs de risque de PE les plus fréquents étaient : primigestité (56 %), âge > 40 ans (27 %), obésité (26 %) et antécédents personnels d'HTA gestationnelle (21 %). Au total, 28,7 % des patientes ont développé au moins une complication dont 5 décès. Les taux de prématurité, de retard de croissance intra-utérin et de mort fœtale étaient de 58,2 %, 49,7 % et 6,7 % respectivement.

Conclusion. – La prévalence de la PE chez les femmes enceintes à Tizi-ouzou est de l'ordre de 8 % et l'incidence des complications maternelles et fœtales demeure élevée. Seuls un diagnostic plus précoce et une surveillance plus étroite pourraient améliorer le pronostic de nos patientes, puisque le traitement de la PE demeure actuellement l'accouchement.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Prééclampsie ; HTA gestationnelle ; Tizi-ouzou ; Facteurs de risque ; Morbidité maternofoetale

Abstract

Objectives. – The main objective was to estimate the prevalence of pre-eclampsia (PE) in pregnant women in Tizi-ouzou (Algeria). Secondary objectives were to estimate the frequency of PE risk factors, and the incidence of maternal and fetal complications.

Methods. – Our study was observational, prospective and descriptive, including all pregnant women at the prenatal appointment in the 2 maternity units of Tizi-ouzou, between January 2012 and June 2013. PE was diagnosed if gestational hypertension was associated with proteinuria > 300 mg/24 h, after 20 weeks of gestation.

Results. – We had 252 cases of PE on 3225 pregnant women. The prevalence of PE was 7.8% (CI 95%: 6.9%–8.7%). The most frequent PE risk factors were nulliparity (56%), age > 40 years (27%), obesity (26%) and PE in any previous pregnancy (21%). The incidence of maternal adverse events was 28.7% (CI 95%: 23.1%–34.3%), including 5 deaths. The rates of prematurity, small for gestational age infant and fetal death were 58.2%, 49.7% and 6.7%, respectively.

Conclusion. – The prevalence of PE in pregnant women in Tizi-ouzou is around 8%. The incidence of maternal and fetal adverse outcomes remains high. Only earlier diagnosis and closer monitoring could improve the prognosis of our patients, since the treatment of PE remains currently childbirth.

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Pre-eclampsia; Gestational hypertension; Tizi-ouzou; Risk factors; Maternal and fetal morbidity

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : brahim.kichou@yahoo.fr (B. Kichou).

1. Introduction

La prééclampsie (PE) est un désordre hypertensif de la grossesse, caractérisé par une dysfonction placentaire et vasculaire maternelle. Elle compliquerait 2 à 8 % de l'ensemble des grossesses [1]. La PE constitue, avec les autres désordres hypertensifs de la grossesse, une cause majeure de morbidité materno-fœtale [2]. Sa physiopathologie est actuellement mieux comprise, du moins en ce qui concerne son versant maternel, faisant intervenir notamment la sécrétion par le placenta de quantités excessives de facteurs anti-angiogéniques solubles à l'origine d'une dysfonction endothéliale systémique maternelle [3]. Le diagnostic de PE repose sur des critères cliniques comme une pression artérielle (PA) élevée et la présence d'une protéinurie qui témoignent malheureusement d'une maladie déjà établie avec dysfonction d'organes. Le traitement demeure symptomatique et finalement seule l'interruption de la grossesse permet d'éviter l'évolution fatale des formes graves. La PE est aussi un indicateur précoce d'un risque cardiovasculaire et rénal élevé [4].

L'objectif principal de notre étude était d'estimer la prévalence de la PE chez des femmes enceintes consultant pour un suivi de grossesse systématique dans la région de Tizi-ouzou (Algérie). Les objectifs secondaires étaient d'estimer, d'une part, la fréquence des facteurs de risque reconnus de PE dans notre population, et d'autre part, l'incidence des complications maternelles et fœtales liées à la PE.

2. Patients et méthodes

2.1. Type d'étude

Étude prospective observationnelle de type descriptive.

2.2. Population d'étude

Femmes enceintes consultant pour un suivi de grossesse systématique, dans les 2 maternités de la ville de Tizi-ouzou, entre le 1^{er} janvier 2012 et le 30 juin 2013.

Les critères de non-inclusion sont :

- antécédents d'hypertension artérielle (HTA) chronique ;
- HTA découverte avant 20 SA ;
- antécédents de maladie rénale chronique (MRC).

2.3. Facteurs étudiés

2.3.1. Prééclampsie

Elle était définie dans notre étude par l'association d'une HTA gestationnelle à une protéinurie > 300 mg/24 heures. L'HTA gestationnelle était définie par la présence d'une pression artérielle systolique (PAS) \geq 140 mmHg et/ou d'une pression artérielle diastolique (PAD) \geq 90 mmHg, et apparaissant après 20 SA [5,6].

2.3.2. Facteurs de risque de prééclampsie

Les facteurs de risque de PE considérés étaient ceux rapportés dans des publications antérieures [7] : antécédents personnels d'HTA gestationnelle, de diabète sucré de type 1 ou 2, ou de maladie auto-immune ; primigestité ; âge > 40 ans ; indice de masse corporelle (IMC) > 35 kg/m² à la première consultation ; intervalle entre les grossesses > 10 ans ; histoire familiale d'HTA gestationnelle ; grossesse gémellaire ou multiple.

2.3.3. Complications maternelles et fœtales liées à la prééclampsie

Les complications considérées étaient les suivantes [8] : décès maternel, complications neurologiques (éclampsie, accident vasculaire cérébral « AVC », encéphalopathie hypertensive), cardio-respiratoires (œdème pulmonaire « OAP », détresse respiratoire aiguë « DRA » nécessitant une intubation, syndrome coronaire aigu), hématologiques (thrombopénie < 50,109/L, coagulation intravasculaire disséminée), rénales (créatininémie > 150 μ mol/L, dialyse), hépatiques (cytolysse avec ALAT > 70 UI/L, hématome sous-capsulaire, HELLP syndrome « hémolyse, thrombopénie, cytolysse hépatique »), obstétricales (hématome rétroplacentaire « HRP », hémorragie majeure du post-partum « collapsus, ou chute de l'hémoglobine > 3 points ou transfusion sanguine) et fœtales (mort in utero, prématurité spontanée ou iatrogène « accouchement avant 37 SA », retard de croissance intra-utérin [RCIU] « poids de naissance < au 10^e percentile pour l'âge gestationnel »).

2.4. Taille échantionnelle

En tenant compte de la prévalence de la PE rapportée dans la littérature, nous avons calculé qu'il fallait inclure au minimum 2800 femmes enceintes pour estimer la prévalence de la PE avec une précision de 1 % et 95 % de confiance.

2.5. Organisation pratique

Toutes les femmes enceintes se présentant aux 2 maternités de la ville de Tizi-ouzou pour une consultation prénatale systématique étaient dépistées puis recrutées si elles ne présentaient aucun des critères de non-inclusion et avaient donné leurs consentements écrits à participer à l'enquête. La PA était mesurée à l'aide d'un appareil électronique validé type « OMRON M7 », en position assise, après un repos de 5 minutes. Trois mesures à 2 min d'intervalle étaient effectuées et la valeur de PA retenue était la moyenne des 2 dernières mesures. Si la PA était \geq 140/90 mmHg, un dosage de la protéinurie des 24 h était réalisé. Nous n'avons pas réalisé de mesure ambulatoire de la PA (MAPA) ni recherché de protéinurie à la bandelette. Les patientes avec PE étaient orientées vers l'unité des grossesses à haut risque de la maternité. Les données étaient recueillies à l'aide d'un questionnaire préétabli. Après l'accouchement, les patientes étaient systématiquement revues 8 à 12 semaines plus tard, avec mesure de la PA, dosage de la créatininémie et de la protéinurie. Tous les investigateurs ont suivi une formation de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2868835>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2868835>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)