

MedPeer Publisher

Abbreviated Key Title: MedPeer

ISSN : 3066-2737

homepage: <https://www.medpeerpublishers.com>

L'INTÉRÊT DU SULFATE DE MAGNÉSIUM DANS LA PRÉVENTION DES CRISES CONVULSIVES ET DANS LE CHOIX DE LA TECHNIQUE ANESTHÉSIQUE POUR LA CÉSARIENNE LORS DE L'ÉCLAMPSIE

DOI: [10.70780/medpeer.000QGOK](https://doi.org/10.70780/medpeer.000QGOK)

AUTEUR ET AFFILIATION

Hafid El Alaoui Amine ¹, Benani Mohamed ¹, Benali Saad ², Chouikh Chakib ¹, Mustapha Bensghir ¹, Hicham Balkhi ¹

¹ Service de réanimation des brûlés, département d'anesthésie et de réanimation, hôpital Militaire d'Instruction MOHAMMED V, faculté de médecine et de pharmacie de Rabat, MAROC

² service de gynécologie obstétrique, hôpital Militaire d'Instruction MOHAMMED V, faculté de médecine et de pharmacie de Rabat, MAROC

Corresponding author: HAFID EL ALAOUI AMINE.

RÉSUMÉ

Cette étude prospective menée à l'hôpital Maternité Souissi de Rabat sur 49 patientes éclampsiques (octobre 2018 - mars 2019) évalue l'efficacité du sulfate de magnésium dans la prévention des crises convulsives et le choix de la technique anesthésique pour césarienne. L'éclampsie touche principalement les femmes jeunes (57,3% ont ≤ 25 ans) et primipares (55,1%), avec un défaut de suivi prénatal chez 61,2% des cas. L'étude démontre l'efficacité remarquable du sulfate de magnésium : les patientes non traitées avant admission présentent 56% de crises multiples contre seulement 18% chez celles prétraitées. Le taux de césarienne atteint 59,2%, avec une préférence pour la rachianesthésie (65,5%) facilitée par la stabilisation préalable au sulfate de magnésium. Malgré le traitement, la mortalité reste élevée avec 4% de décès maternels et 16,3% de mortalité périnatale. Cette étude confirme que le sulfate de magnésium est le traitement de référence pour prévenir les récurrences convulsives et souligne l'importance cruciale d'améliorer le suivi prénatal pour réduire la morbi-mortalité materno-fœtale de cette complication obstétricale grave.

MOTS-CLÉS

Éclampsie, Sulfate de magnésium, Crises convulsives, Hypertension gravidique, Pré-éclampsie, Rachianesthésie, Anesthésie générale, Césarienne, Mortalité maternelle, Mortalité périnatale, Consultation prénatale, Primipares

ARTICLE PRINCIPAL

Introduction :

L'éclampsie est une complication très grave de la grossesse, sa survenue est responsable d'une morbi-mortalité materno-fœtale. Le but de cette étude est de préciser l'intérêt du Sulfate de Magnésium dans la prévention des crises convulsives et dans le choix de la technique anesthésique pour la césarienne lors de l'éclampsie.

Matériels et méthodes :

Etude prospective descriptive, analytique et comparative sur une durée de 5 mois (du 15 Octobre 2018 au 15 Mars 2019), concernant une série de 49 parturientes admises au service d'anesthésie-réanimation de l'hôpital Maternité Souissi de Rabat, ayant présenté une éclampsie. Le diagnostic d'éclampsie a été retenu devant la survenue de crise(s) convulsive(s) liées à l'hypertension gravidique.

Résultats :

L'éclampsie touche surtout les femmes jeunes (âge inférieur ou égal à 25 ans) avec un pourcentage de 57,3%. Les patientes étaient majoritairement des primipares (55,1%). Cette affection se manifeste le plus souvent au dernier trimestre de la grossesse (42,9%), surtout en pré-partum (67,4% des cas). 61,2% des patientes n'ont pas bénéficié d'une consultation prénatale. Le traitement de choix dans notre étude était le sulfate de magnésium (100%). 51% de patientes n'avaient pas reçu le sulfate de magnésium avant leur admission à notre hôpital et 56% d'entre elles avaient refait plus d'une crise convulsive. 49% de patientes avaient par contre reçu le sulfate de magnésium et seulement 18% d'entre elles avaient refait la crise. Le premier antihypertenseur utilisé chez toutes nos patientes était la Nifédipine, suivi de la Nicardipine (55,1%). Notre attitude obstétricale était basée sur l'accouchement immédiat avec un taux de césarienne de 59,2%. 10 césariennes ont été faites sous anesthésie générale, soit 34,5% contre 19 sous rachianesthésie soit 65,5%. Le taux de morbidité maternelle était de 38,8%, avec 5 cas ayant présenté des complications neurologiques (10,2%), 3 cas de HELLP syndrome (6,1%) et 11 cas d'HRP (22,5%). Chez le fœtus, cette morbidité a été représentée surtout par la prématurité (30,6%) et la souffrance néonatale (28,5%). Le pronostic de l'éclampsie reste sombre dans notre étude tant pour la mère avec un taux de mortalité maternelle de 4%, que pour le fœtus avec un taux de mortalité périnatale de 16,3%.

Discussion :

Cette étude prospective sur 49 patientes éclampsiques apporte des données importantes sur la prise en charge de cette complication obstétricale grave. L'analyse des résultats révèle plusieurs points d'intérêt clinique et épidémiologique qui méritent d'être discutés.

Le profil épidémiologique observé confirme les données classiques de la littérature. La prédominance chez les femmes jeunes (57,3% ont ≤ 25 ans) et les primipares (55,1%) est cohérente avec les observations internationales qui identifient l'âge maternel extrême et la primiparité comme facteurs de risque majeurs de l'éclampsie (1). Cette distribution suggère un défaut d'adaptation vasculaire placentaire, particulièrement fréquent lors de la première grossesse. La survenue préférentielle au troisième trimestre (42,9%) et en période pré-partum (67,4%) reflète la physiopathologie de l'éclampsie, liée à l'aggravation progressive des anomalies vasculaires placentaires, bien que cette complication puisse survenir à tout moment, y compris en post-partum (2).

L'absence de consultation prénatale chez 61,2% des patientes constitue un élément particulièrement préoccupant. Cette donnée souligne l'importance cruciale du dépistage précoce de la pré-éclampsie et de la surveillance des grossesses à risque. Les recommandations internationales insistent sur l'importance du suivi prénatal régulier pour identifier les signes précurseurs et prévenir les complications graves (3). Cette carence en suivi prénatal peut expliquer en partie la gravité des cas observés et suggère la nécessité d'améliorer l'accessibilité et la qualité des soins prénataux, particulièrement en milieu rural. L'efficacité du sulfate de magnésium dans la prévention des crises convulsives récurrentes est clairement démontrée dans cette étude. La différence observée entre les patientes non traitées avant admission (56% ont présenté des crises multiples) et celles prétraitées (seulement 18% ont récidivé) est statistiquement et cliniquement significative. Ces données concordent parfaitement avec l'essai contrôlé randomisé MAGPIE qui a démontré une réduction de 58% du risque de récurrence des crises convulsives avec le sulfate de magnésium comparé au placebo (4). Le mécanisme d'action du sulfate de magnésium implique probablement une action neuroprotectrice par blocage des canaux calciques et modulation de la vasoconstriction cérébrale (5).

La stratégie anesthésique adoptée dans cette série privilégie la rachianesthésie (65,5%) par rapport à l'anesthésie générale (34,5%) pour les césariennes. Ce choix se justifie par plusieurs avantages théoriques : réduction du risque d'hypertension lors de l'intubation, meilleur contrôle hémodynamique et évitement des complications liées à l'intubation difficile, fréquente chez ces patientes en raison de l'œdème laryngé. Cependant, l'anesthésie générale

reste indiquée en cas de coagulopathie, d'instabilité hémodynamique sévère ou de coma (6). Le fait que l'administration préalable de sulfate de magnésium ait facilité le choix de l'anesthésie locorégionale souligne l'importance de la stabilisation neurologique préopératoire.

Les taux de morbidité maternelle (38,8%) et de mortalité (4%) observés reflètent la gravité de cette pathologie. La mortalité périnatale de 16,3% est particulièrement préoccupante et souligne l'impact fœtal majeur de l'éclampsie. Ces chiffres, bien que cohérents avec d'autres études menées dans des contextes similaires, restent élevés comparés aux standards des pays développés où la mortalité maternelle par éclampsie est généralement inférieure à 1% (7). La survenue du syndrome HELLP (6,1%) et de l'hématome rétroplacentaire (22,5%) illustre la nature multi-systémique de cette pathologie et la nécessité d'une prise en charge spécialisée. L'utilisation de la Nifédipine comme antihypertenseur de première intention, suivie de la Nicardipine (55,1%), est conforme aux recommandations actuelles qui privilégient les inhibiteurs calciques pour le traitement de l'hypertension sévère en contexte obstétrical (8). Ces molécules présentent l'avantage d'une efficacité rapide avec un profil de sécurité acceptable pour la mère et le fœtus.

Le taux élevé de césariennes (59,2%) traduit l'attitude obstétricale d'extraction rapide, justifiée par la gravité de la situation et la nécessité d'interrompre rapidement la grossesse pour limiter les complications maternelles et fœtales. Cette approche est soutenue par les recommandations internationales qui préconisent l'accouchement immédiat en cas d'éclampsie (9).

Cette étude présente néanmoins certaines limitations méthodologiques : l'effectif relativement faible (49 patientes), l'absence de groupe contrôle pour certaines comparaisons et le design descriptif qui limite les conclusions causales. Malgré ces limitations, les résultats apportent des données utiles sur la prise en charge de l'éclampsie en contexte africain.

En conclusion, cette étude confirme l'efficacité du sulfate de magnésium dans la prévention des crises convulsives récurrentes et souligne l'importance cruciale du suivi prénatal. Elle plaide pour une approche de santé publique globale associant amélioration de l'accessibilité aux soins prénataux, formation des professionnels et standardisation des protocoles de prise en charge. Les résultats suggèrent également que l'administration précoce de sulfate de magnésium peut faciliter le choix d'une technique anesthésique locorégionale, potentiellement moins risquée que l'anesthésie générale chez ces patientes critiques.

Conclusion :

L'éclampsie demeure une pathologie très grave encore fréquente dans notre pratique hospitalière, avec une morbi-mortalité importante aussi bien maternelle que fœtale, d'autant plus si l'éclampsie est précoce.

Ces données loin d'être satisfaisantes, peuvent être liées au caractère évolutif rapide et imprévisible de l'éclampsie, l'absence de sensibilisation de la population, surtout en milieu rural et la qualité de la consultation prénatale qui fait défaut dans notre contexte.

Le dépistage précoce, la surveillance des grossesses principalement celles à haut risque et la prise en charge médico-obstétricale immédiate et adéquate améliorent le pronostic materno-fœtal. Le sulfate de magnésium, le traitement de référence occupe une place importante dans la prévention de l'éclampsie. L'administration de ce dernier avait permis chez la plupart de nos patientes l'arrêt de la crise avec reprise de conscience, ce qui nous a facilité le choix de l'anesthésie locorégionale (rachianesthésie) par rapport à l'anesthésie générale comme technique pour éventuelle extraction.

DÉCLARATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts en lien avec cette publication. Aucun intérêt financier, personnel ou professionnel n'a influencé, de manière directe ou indirecte, la conduite, l'analyse ou la présentation des résultats de ce travail.

REFERENCES

1. Duley L. The global impact of pre-eclampsia and eclampsia. *Seminars in Perinatology*. 2009;33(3):130-137.
<https://doi.org/10.1053/j.semperi.2009.02.010>
2. Sibai BM. Diagnosis, prevention, and management of eclampsia. *Obstetrics & Gynecology*. 2005;105(2):402-410.
<https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000152351.13671.99>
3. American College of Obstetricians and Gynecologists. Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin, Number 222. *Obstetrics & Gynecology*. 2020;135(6):e237-e260.
<https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003891>
4. Altman D, Carroli G, Duley L, et al. Do women with pre-eclampsia, and their babies, benefit from magnesium sulphate? The Magpie Trial: a randomised placebo-controlled trial. *The Lancet*. 2002;359(9321):1877-1890.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08778-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08778-0)

5. Euser AG, Cipolla MJ. Magnesium sulfate for the treatment of eclampsia: a brief review. *Stroke*. 2009;40(4):1169-1175.
<https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.108.527788>
6. Moodley J. Maternal deaths due to hypertensive disorders in pregnancy: Saving mothers report 2005-2007. *Cardiovascular Journal of Africa*. 2010;21(6):322-326.
7. Knight M, Callaghan WM, Berg C, et al. Trends in postpartum hemorrhage in high resource countries: a review and recommendations from the International Postpartum Hemorrhage Collaborative Group. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2009;9:55.
<https://doi.org/10.1186/1471-2393-9-55>
8. Magee LA, Pels A, Helewa M, et al. Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy: executive summary. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 2014;36(5):416-441.
[https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(15\)30588-0](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(15)30588-0)
9. Brown MA, Magee LA, Kenny LC, et al. Hypertensive disorders of pregnancy: ISSHP classification, diagnosis, and management recommendations for international practice. *Hypertension*. 2018;72(1):24-43.
<https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.117.10803>