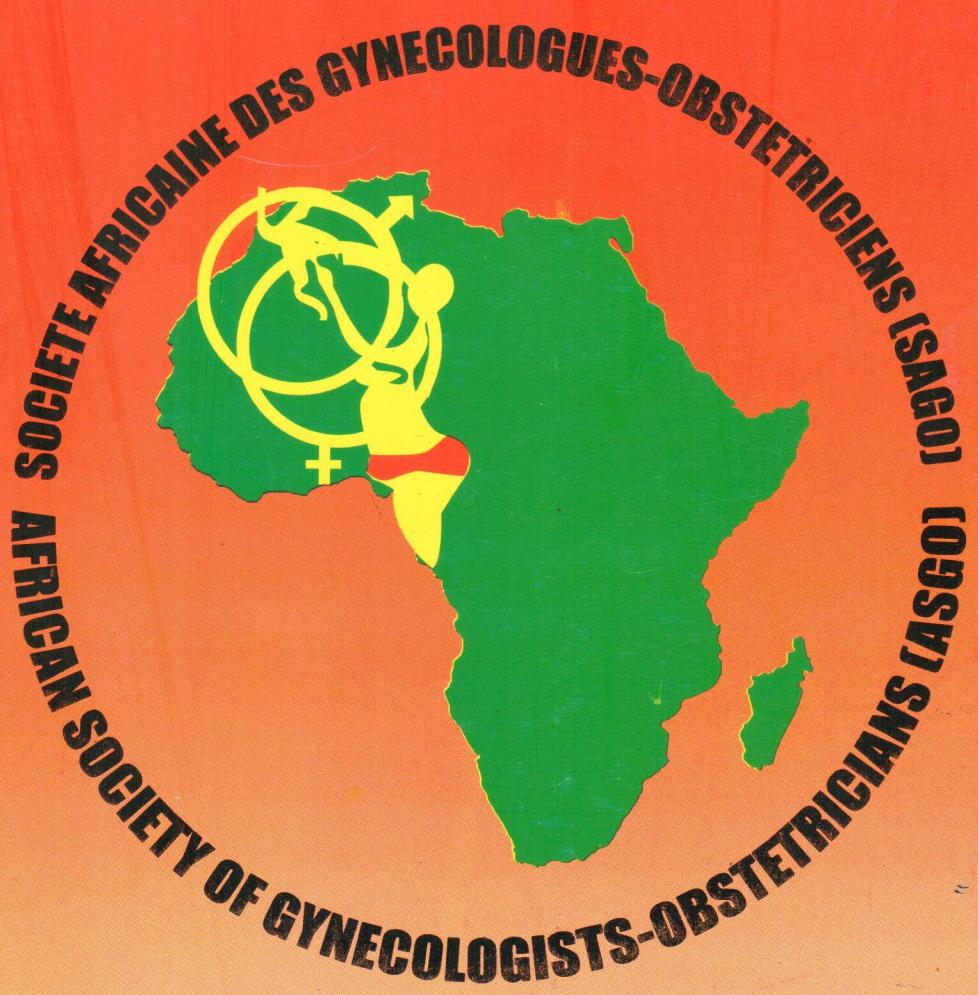


JOURNAL DE LA SAGO

(GYNÉCOLOGIE - OBSTÉTRIQUE ET SANTÉ DE LA REPRODUCTION)



REVUE SEMESTRIELLE

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

- Délégation de compétences en échographie obstétricale aux sages-femmes : expérience du Sénégal
M.E. Faye Diémé, P.M. Moreira, M. Mbaye, S.M.K. Guèye, M.L. Cissé, B. Bâ Mbodji, A. Diouf, J.C. Moreau 1
- Aspects cliniques et pronostiques du syndrome HELLP au Centre Hospitalier National de Pikine dans la banlieue de Dakar au Sénégal
A.A. Diouf, M. Guèye, N.K. Aïdara, B. Camara, A.S. Coulbary, J.C. Moreau, A. Diouf 8
- Pronostic materno-fœtal de la prééclampsie sévère à Libreville (Gabon) après l'introduction du sulfate de magnésium
S. Mayi-Tsonga, M. Mimbila-Mayi, J.M. Mandji, M. Megne Mbo, O. Makoyo, D. Manli, S. Pither 14
- Place de la coeliochirurgie dans les urgences gynécologiques à l'Hôpital d'Instruction des Armées Omar Bongo Ondimba (HIAOBO) à Libreville au Gabon
S. Pither, T.D.D. Tchantchou, J.M. Mandji Lawson, L.S. Bayonne Manou, N.Ogowet Igumu, R. Tchoua 19
- Soins après avortement: bilan de 11 ans de pratique au CHU Yalgado de Ouagadougou au Burkina Faso
A. Ouattara, A.D. Somé, S. Ouattara, A. Ouédraogo, C.M. Ouédraogo, F.D. Millogo Traoré, B. Thiéba Bonané, J. Lankoandé 24
- Maladie veineuse thrombo-embolique et gravido-puerpéralité : analyse de huit cas et revue de la littérature
P.M. Ngom, M. Mbaye, S.M.K. Guèye, M. Guèye, A. Ndiaye, M. Diao, D. Diallo, J.C. Moreau 30
- Épisiotomie : évaluation de la technique de suture «un fil, un nœud» au Service de Gynécologie-Obstétrique de l'Hôpital National Donka à Conakry
B.S. Diallo, M.S. Kéita, B. A. Diallo, E.M. Bah, M.K. Camara, D.W. Léno, A. Diallo, Y. Diallo, T. Sy, Y. Hyjazi, N. Kéita 35

CAS CLINIQUES

- Une urgence gynécologique rarissime : l'inversion utérine non puerpérale
K. P. E. Bohoussou, P. Guié, M. Oyéladé, J.A. Tegnan, S. Anongba, K. Touré Coulibaly 40
- Récidive ipsilatérale de grossesse extra-utérine après salpingectomie partielle
M.D. Ndiaye Guèye, M. Guèye, M.L. Cissé, S.M. Kane Guèye, A. Gaye, J.C. Moreau 43

COMITE DE PARRAINAGE

E. Alihonou (Cotonou), M.K. Bohoussou (Abidjan), K.T. Coulibaly (Abidjan), F. Diadhiou (Dakar), A.S. Doh (Douala), A. Dolo (Bamako), P. Drouin (Canada), A.K.S. Hodonou (Lomé), B. Koné (Ouagadougou), N. Koné (Abidjan), R. Léké (Yaoundé), A.N. Monganza (Kinshasa), B.T. Nasah (Yaoundé), R. Perrin (Cotonou), E. Samba (OMS), C. Welffens-Ekra (Abidjan), F. Zhioua (Tunis).

COMITE DE LECTURE

K. Akpadza (Lomé), S. Anongba (Abidjan), S. Baéta (Lomé), D. Baldé (Conakry), P. Bessette (Canada), S. Boni (Abidjan), J. De Souza (Cotonou), A. Diouf (Dakar), J. Ekoundzola (Brazzaville), H. Iloki (Brazzaville), J.M. Kassia (Yaoundé), G. Magnin (France), K. Moyo (Yaoundé), N. Kéita (Conakry), M. Koné (Abidjan), J. Lankoandé (Ouagadougou), J.M. Moutquin (Canada), I.H. Réziga (Tunis), I. Takpara (Cotonou).

Rédacteur en Chef : Eusèbe Alihonou

Rédacteur en Chef Adjoint : Jean Charles Moreau

TABLE OF CONTENTS

ORIGINAL PAPERS

- Task shifting for midwives-based obstetrical ultrasound in emergency obstetric and neonatal care a senegalese experience
M.E. Faye Diémé, P.M. Moreira, M. Mbaye, S.M.K. Guèye, M.L. Cissé, B. Bâ Mbodji, A. Diouf, J.C. Moreau 1
- Clinical features and prognosis of HELLP syndrom at the national hospital of Pikine in Dakar suburbs in Senegal
A.A. Diouf, M. Gueye, N.K. Aïdara, B. Camara, A.S. Coulbary, J.C. Moreau, A. Diouf 8
- Maternal fetal prognosis of severe preeclampsia in Libreville (Gabon) after introduction of magnesium sulfate
S. Mayi-Tsonga, M. Mimbila-Mayi, J.M. Mandji, M. Megne Mbo, O. Makoyo, D. Manli, S. Pither 14
- Place of surgical laparoscopy in gynecological emergencies at Omar Bongo Ondimba Military Hospital in Libreville, Gabon
S. Pither, T.D.D. Tchantchou, J.M. Mandji Lawson, L.S. Bayonne Manou, N.Ogowet Igumu, R. Tchoua 19
- Care after abortion: review of 11 years of practice at CHU Yalgado in Ouagadougou Burkina Faso
A. Ouattara, A.D. Somé, S. Ouattara, A. Ouédraogo, C.M. Ouédraogo, F.D. Millogo Traoré, B. Thiéba Bonané, J. Lankoandé 24
- Deep venous thrombosis during pregnancy and postpartum: About eight cases and review of the literature
P.M. Ngom, M Mbaye, S.M.K. Guèye, M. Guèye, A. Ndiaye, M. Dia, D. Diallo, J.C. Moreau 30
- Episiotomy: evaluation of the technical sewing "a wire, a node" in the Service of Obstetrics Gynecology in Donka National Hospital of Conakry
B.S. Diallo, M.S. Keita, B. A. Diallo, E.M. Bah, M.K. Camara, D.W. Léno, A. Diallo, Y. Diallo, T. Sy, Y. Hyjazi, N. Keita 35

CLINICAL FACTS

- A rare gynecologic emergency: non-puerperal uterine inversion
K. P. E. Bohoussou, P. Guié, M. Oyéladé, J.A. Tegnan, S. Anongba, K. Touré Coulibaly 40
- Recurrent ipsilateral ectopic pregnancy after partial salpingectomy.
M.D. Ndiaye Guèye, M. Guèye, M.L. Cissé, S.M. Kane Guèye, A. Gaye, J.C. Moreau 43

SPONSORSHIP COMMITTEE

E. Alihonou (Cotonou), M.K. Bohoussou (Abidjan), K.T. Coulibaly (Abidjan), F. Diadhiou (Dakar), A.S. Doh (Douala), A. Dolo (Bamako), P. Drouin (Canada), A.K.S. Hodonou (Lomé), B. Koné (Ouagadougou), N. Koné (Abidjan), R. Léké (Yaoundé), A.N. Monganza (Kinshasa), B.T. Nasah (Yaoundé), R. Perrin (Cotonou), E. Samba (OMS), C. Welfens-Ekra (Abidjan), F. Zhioua (Tunis).

READER'S COMMITTEE

K. Akpadza (Lomé), S. Anongba (Abidjan), S. Baéta (Lomé), D. Baldé (Conakry), P. Bessette (Canada), S. Boni (Abidjan), J. De Souza (Cotonou), A. Diouf (Dakar), J. Ekoundzola (Brazzaville), H. Ilambi (Brazzaville), J.M. Kassia (Yaoundé), G. Magnin (France), K. Moyo (Yaoundé), N. Kéita (Conakry), M. Koné (Abidjan), J. Lankoandé (Ouagadougou), J.M. Moutquin (Canada), I.H. Réziga (Tunis), I. Takpara (Cotonou).

Editor: Eusèbe Alihonou

Adjunct Editor: Jean Charles Moreau

ASPECTS CLINIQUES ET PRONOSTIQUES DU SYNDROME HELLP AU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL DE PIKINE DANS LA BANLIEUE DE DAKAR AU SENEGAL

A.A. DIOUF, M. GUEYE, N.K. AIDARA, B. CAMARA, A.S. COULBARY, J.C. MOREAU, A. DIOUF

RÉSUMÉ

Objectifs : Déterminer les aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques du syndrome HELLP.

Patientes et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective menée au Centre Hospitalier National de Pikine du 1er janvier 2009 au 30 juin 2011 incluant tous les cas de syndrome HELLP. Ont été analysés les données socio-démographiques, le suivi de la grossesse, les modalités diagnostiques et thérapeutiques, le pronostic. Les données étaient saisies et analysées à l'aide du logiciel Microsoft Office Excel 2007 et du logiciel SPSS version 17.0.

Résultats : La fréquence du syndrome HELLP était de 4‰ accouchements. Sa fréquence de survenue par rapport à la prééclampsie sévère était de 9%. L'âge moyen était de 28 ans (extrêmes : 18 et 40 ans). La gestité et la parité moyennes étaient de 3 avec une nette prédominance des primipares. L'âge gestationnel moyen de survenue était de 34 semaines d'aménorrhée. Le diagnostic était fait dans 64% des cas dans le post-partum. La césarienne était pratiquée dans 68% des cas. La corticothérapie maternelle à base d'hydrocortisone était administrée pendant 48 heures après l'accouchement. La létalité spécifique se chiffrait à 4%. La prématurité était de 56%, le retard de croissance intra-utérin de 24%. Le taux de guérison était de 80% avec un délai moyen de retour des paramètres biologiques à la normale de 6,7 jours. Les naissances vivantes enregistrées étaient de 72%, la mortalité de 28‰.

Conclusion : Le syndrome HELLP est une pathologie grave de la grossesse. L'amélioration du pronostic materno-foetal dans cette affection passe par la précocité du diagnostic et de la prise en charge.

Mots clés : Syndrome HELLP, Grossesse, Prééclampsie, Pronostic.

INTRODUCTION

L'hypertension artérielle complique 5 à 10% des grossesses dans le monde. En Afrique, elle est la cause de 16% des décès maternels et de 30% des décès périnatals [3]. Elle n'est souvent découverte qu'au stade d'hématome rétroplacentaire, d'éclampsie ou de syndrome HELLP (Hemolysis Elevated Liver Enzyme Low Platelets count).

Tirés à part : Dr. Mamour GUEYE, 776517272, mamourmb@yahoo.fr

SUMMARY

Clinical features and prognosis of HELLP syndrom at the National Hospital of Pikine in Dakar suburbs in Senegal

Objectives: To determine the epidemiological aspects, diagnosis and therapeutic modalities and the prognosis of HELLP syndrom.

Patients and methods: It is a retrospective study at Pikine National Hospital in Dakar suburbs from January 2009 to June 2011 including all cases of HELLP syndrome. Data analyzed were sociodemographic, pregnancy monitoring, diagnosis and therapeutic modalities and prognosis. The data were entered and analyzed using Microsoft Office Excel 2007 and SPSS 17.0.

Results: The frequency of HELLP syndrome was 4‰ deliveries. Its frequency of occurrence in relation to severe preeclampsia was 9%. The average age was 28 years (extreme: 18 and 40 years old). The mean gravidity and parity were 3, with a predominance of primiparae. The mean gestational age of onset was 34 weeks of gestation. The diagnosis was made in 64% of cases in the postpartum period. Caesarean section was performed in 68%. Maternal corticosteroid (hydrocortisone) was administered for 48 hours after delivery. Specific lethality was 4%. Prematurity occurred in 56%, and low birth weight in 24%.

The cure rate was 80% with an average time of return to normal biological parameters of 6.7 days. Registered live births were 72%, infant mortality was 28‰.

Conclusion: The HELLP syndrom is a serious disease of pregnancy. To improve maternal and fetal prognosis, early diagnosis must be made.

Key words: HELLP syndrome, Pregnancy, Preeclampsia, Prognosis.

Ce syndrome associe une hémolyse, une cytolys hépatique et une thrombopénie [16]. Il est grave par ses conséquences ; il survient deux fois sur trois entre 29 et 40 semaines d'aménorrhée, et une fois sur trois dans le post-partum [14,20]. Ce syndrome est considéré comme une forme clinique particulière de la prééclampsie et complique environ 0,5% des grossesses [14].

DIOUF A.A., GUEYE M., AIDARA N.K., CAMARA B., COULBARY A.S., MOREAU J.C., DIOUF A.
 Aspects cliniques et pronostiques du syndrome HELLP au Centre Hospitalier National de Pikine dans la banlieue de Dakar au Sénégal. Journal de la SAGO, 2011, vol. 12, n°2, p.8-13

Cependant, il peut survenir de manière isolée en l'absence de signes de prééclampsie, et ce, dans 15% des cas [17]. Sa fréquence de survenue, lorsqu'il existe une prééclampsie, est élevée (9,7%) [15]. Son diagnostic clinique est difficile car aucun symptôme n'est pathognomonique [5]. Sur le plan thérapeutique, le syndrome HELLP fait aussi l'objet de quelques controverses L'évolution dans le post-partum se fait vers la guérison complète qui est possible en quelques jours. Dans les pays faiblement médicalisés, la mortalité materno-fœtale est élevée [5].

Malgré l'existence de nombreuses publications dans la littérature, les données africaines sont rares. Pour ces raisons, nous avons voulu mener une étude au Centre Hospitalier National de Pikine. Les objectifs de cette étude étaient de déterminer les aspects épidémio-cliniques, paracliniques et pronostiques du syndrome HELLP et d'en évaluer la prise en charge.

I. PATIENTES ET METHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive concernant des patientes hospitalisées dans le service de Gynécologie-Obstétrique ou de Réanimation du Centre Hospitalier National (CHN) de Pikine du 1^{er} janvier 2009 au 30 juin 2011, soit une période de 30 mois. Etaient incluses dans l'étude toutes les patientes dont le terme de la grossesse était supérieur ou égal à 20 semaines d'aménorrhée (SA) qui, au cours de leur grossesse ou dans les 72 heures du post-partum, avaient présenté les trois critères biologiques suivants :

- une thrombopénie avec un taux de plaquettes inférieur à 150.000/mm³ ;
- une cytolysé : ASAT (aspartate amino-transférases) supérieures ou égales à 2 fois la normale (70UI/l) et ALAT (alanine amino-transférases) supérieures à 40UI/l ;
- une hémolyse : taux d'hémoglobine inférieur à 11g/dl et/ou hématocrite inférieur à 35%. Les sources de données étaient constituées par le carnet de santé, le dossier d'accouchement et/ou d'hospitalisation et le dossier de réanimation. L'appel téléphonique nous a permis de compléter les données manquantes. Pour chaque patiente, nous avions étudié les caractéristiques socio-démographiques, les antécédents, l'histoire de la grossesse, les circonstances diagnostiques, les modalités thérapeutiques de la prise en charge

médicale et obstétricale, et le pronostic materno-fœtal. Les données étaient saisies et analysées à l'aide du logiciel Microsoft Office Excel 2010 et du logiciel SPSS (Statistical Package for Social Sciences) version 17.0.

II. RESULTATS

1. Caractéristiques épidémiologiques

Durant la période d'étude, 25 cas de syndrome HELLP étaient colligés sur un total de 6.049 admissions obstétricales, soit une fréquence de 0,4%. Sa fréquence de survenue par rapport à la prééclampsie était de 9%. L'âge moyen était de 28 ans avec des extrêmes de 18 et 40 ans. Notre population d'étude était constituée majoritairement de femmes âgées de 26 à 30 ans (40%). La gestité moyenne était de 3 avec des extrêmes de 1 et 10, avec 44% de primigestes. La parité moyenne était de 3 avec des extrêmes de 1 et 9 ; 48% étaient primipares. Une proportion de 24% avait des antécédents d'hypertension artérielle associée à la grossesse.

2. Caractéristiques de la grossesse

L'âge gestationnel moyen était de 34 SA avec des extrêmes de 23 et 40 SA. Seules 16% des femmes avaient une grossesse de moins de 34 SA et 28, 4% des grossesses étaient arrivées à terme. Le nombre moyen de consultations prénatales (CPN) était de 3 avec des extrêmes de 0 et 5. Près de deux patientes sur trois (64%) n'avaient pas fait le nombre minimal de CPN requis. Plus de la moitié des patientes (60%) avaient eu des CPN de mauvaise qualité. Les patientes étaient suivies le plus souvent dans des postes de santé (52%) ou dans des centres de santé (36%). Plus de deux tiers des patientes (72%) avaient présenté une prééclampsie.

3. Diagnostic

Le délai moyen entre la symptomatologie et l'admission était de 90 minutes avec des extrêmes de 30 et 180 minutes. Soixante douze pour cent des patientes venaient d'une autre structure ; celles-ci étaient transportées dans 64% par ambulance et dans 8% dans un taxi ; 28% venaient directement de leur domicile. Les motifs d'évacuation dans notre structure étaient essentiellement liés à des syndromes vasculo-rénaux ou à leurs complications (88%). Le tableau clinique le plus fréquemment rencontré

était celui d'une prééclampsie sévère ou de ses complications. En effet, 60% des patientes étaient admises dans un contexte d'éclampsie du pré ou du post-partum, 28% avaient une prééclampsie sévère et 12% un hématome rétroplacentaire. Les céphalées représentaient la symptomatologie fonctionnelle dominante (80%). Une sensation de barre épigastrique était présente chez 8 patientes (32%). Toutes nos patientes présentaient une hypertension artérielle à leur admission (pression systolique supérieure ou égale 140 mmHg et/ou pression diastolique supérieure ou égale 90 mmHg). Elle était sévère dans 40% des cas. Une anémie clinique était retrouvée dans 24% des cas, un ictere était présent dans 8%. Une protéinurie était présente chez toutes nos patientes. Le taux d'hémoglobine variait entre 5,4 et 10,4 g/dl avec une moyenne de 8,8 g/dl. Le taux d'hématocrite était abaissé chez 68% des patientes avec des extrêmes de 16,1% et 38,8%. Soixante quatre pour cent des patientes avaient une thrombopénie légère, 28% une thrombopénie modérée et 8% une thrombopénie sévère. La valeur moyenne des ASAT était supérieure à plus de 11 fois la normale (395 UI/l) avec des extrêmes de 2 et 170 fois la normale (70 et 5.920 UI/l). Quarante quatre pour cent des patientes avaient des ASAT supérieures à 3 fois la normale (moyenne : 256 UI/l, extrêmes : 51 et 2.419 UI/l). Les paramètres biologiques sont résumés dans le tableau I. Pour les patientes dont le taux d'enzymes hépatiques était extrêmement élevé, la recherche d'antigènes du virus de l'hépatite B était demandée et était revenue négative. Les autres paramètres de l'hémolyse tels que la bilirubinémie totale, le taux d'haptoglobine, la LDH (lactico-déshydrogénase) ainsi que le frottis sanguin n'avaient pas été réalisés chez nos patientes, car non disponibles. La fonction rénale, évaluée à partir de la créatininémie, avait retrouvé 32% de perturbation de celle-ci, alors que l'urée sanguine n'était augmentée que chez 8% des patientes. L'uricémie était élevée dans 52% des cas. La goutte épaisse, réalisée en cas de crises convulsives, était positive dans un tiers des cas (36%). Le syndrome HELLP était diagnostiqué pour l'essentiel dans le post-partum (64%). Le diagnostic était fait en anténatal chez 7 patientes (28%).

4. Prise en charge

Cinquante deux pour cent des patientes avaient bénéficié d'une transfusion de sang total et 72% d'une transfusion de plasma frais congelé. Une

corticothérapie à visée maternelle était effectuée chez la plupart de nos patientes (82%) à raison de 200 mg d'hydrocortisone toutes les 8 heures pendant au plus 48 heures. Elles avaient toutes bénéficié d'une antibioprophylaxie par l'association amoxicilline-acide clavulanique. Un traitement antihypertenseur par les inhibiteurs calciques était administré à toutes les patientes dans le post-partum à l'exception de celles qui présentaient un état de choc à l'arrivée. Un traitement préventif et curatif de la crise d'éclampsie par le sulfate de magnésium était administré dans la totalité des cas. La prise en charge obstétricale avait consisté à l'extraction fœtale par césarienne dans 68% des cas ; les accouchements par voie basse représentaient 32% dont la plupart (28%) de manière spontanée.

5. Evolution

Quarante huit heures après le début de la prise en charge, le taux d'hémoglobine était revenu à la normale pour la plupart des patientes (60%) avec un taux moyen de 10,3 g/dl. Le taux d'hématocrite était encore bas chez 68% des patientes. Le taux de plaquettes était revenu à la normale dans 28% des cas et 52% des patientes avaient un taux de plaquettes entre 100.000 et 150.000/mm³. Une seule patiente avait un taux inférieur à 50.000/mm³. Les troubles de la coagulation s'étaient amendés chez presque toutes les patientes sauf pour un cas d'hémorragie massive avec tableau clinique de coagulation intravasculaire disséminée (CIVD). Les transaminases hépatiques restaient élevées 48 heures après l'accouchement chez plus de la moitié des patientes avec respectivement 68% et 52% pour les ASAT et les ALAT. L'évolution des paramètres biologiques est résumée dans le tableau I :

Tableau I: Evolution des paramètres biologiques

Paramètres	A l'admission		A 48 heures		Avant exeat (J ₂ -J ₁₃)	
	Nombre (N = 25)	Pourcentage (%)	Nombre (N = 25)	Pourcentage (%)	Nombre (N = 25)	Pourcentage (%)
Hb < 10,5g/dl	25	100	10	40	2	8
Ht < 35%	17	68	8	32	1	4
Taux de plaquettes						
≤ 50.000/mm ³	2	8	1	8	-	-
50 – 100.000/mm ³	7	28	4	8	-	-
100 – 150.000/mm ³	16	64	20	20	25	100
Taux de prothrombine						
< 70%	13	52	2	8	-	-
>70%	12	48	23	92	24	96
Créatininémie						
6 -13mg/l	17	68	19	76	20	80
≥ 14 mg/l	8	32	6	24	4	16
Transaminases						
ASAT ≥ 70UI/l	25	100	16	64	1	4
ALAT > 51UI/l	25	100	12	48	1	4

6. Pronostic materno-foetal

Le taux de guérison était de 80% chez nos patientes avec un retour des paramètres biologiques à la normale. Ce délai était de 6,7 jours en moyenne. Une insuffisance rénale oligo-anurique persistante était notée dans 16% des cas et une CIVD chez une patiente (4%). Une cytolysé était persistante chez une patiente; son contrôle après un mois était revenu à la normale. La létalité spécifique était de 4% avec 1 cas de décès par CIVD associée à une détresse respiratoire aiguë. La durée moyenne d'hospitalisation se chiffrait à 6,7 jours avec des extrêmes de 1 et 13 jours. Les naissances vivantes enregistrées étaient de 72%. La mortalité périnatale était de 280‰, la mortalité périnatale de 389‰. Plus de la moitié des nouveau-nés (52%) avaient un faible poids de naissance. Les prématurés représentaient 56%. Un retard de croissance intra-utérin était retrouvé dans 24% des cas.

III. DISCUSSION

1. Epidémiologie

La fréquence du syndrome HELLP est estimée entre 0,4 et 0,6% par Sibai et Trabalya [14,17]. Cette fréquence est proche de la nôtre confirmant ainsi la rareté et les difficultés diagnostiques liées à ce syndrome [10]. Des chiffres plus élevés ont été rapportés dans des études africaines. En effet, Ndao [12] au Sénégal trouve une fréquence de 1,27% sur un total de 787 accouchements ; pour Randriambololona [13] au Madagascar, elle est de 2,7% sur 2.508 accouchements. Dans notre étude, la fréquence de survenue du syndrome HELLP en présence de la prééclampsie sévère est de 9%. Ces résultats sont comparables à ceux de Sibai qui, dans une étude portant sur 30.000 accouchements, trouve une fréquence de 9,7% en présence d'une prééclampsie [15]. Dans l'étude de Ndao [12], l'incidence est de 27,7% par rapport à la prééclampsie. Cette discordance pourrait s'expliquer par le fait d'un diagnostic précoce qui n'est pas souvent posé en raison du polymorphisme clinique du syndrome HELLP. En effet, l'une de ses caractéristiques principales est qu'il associe souvent des symptômes non spécifiques, raison pour laquelle il est appelé le «grand imitateur». Les patientes peuvent ainsi présenter des symptômes non spécifiques ou des signes subtils de la prééclampsie [10]. En outre, on n'y pense pas souvent du fait de sa rareté et du fait

que les moyens d'investigations sont souvent limités.

2. Profil des patientes

Le syndrome HELLP survient en général entre 25 et 30 ans [6]. Sibai avait dans sa série un âge moyen inférieur au nôtre (25 ans) [16]. Dans la série de Bèye, l'âge moyen de survenue du syndrome HELLP était de 26 ans [4]. Plusieurs travaux ont conclu que la prévalence du syndrome HELLP était relativement plus élevée chez les primipares [6]. L'essentiel de nos patientes était des primipares (48%). La survenue d'une prééclampsie, terrain de prédisposition de ce syndrome, est plus fréquente chez les femmes qui avaient présenté une hypertension artérielle gravidique lors des grossesses antérieures [6].

3. Suivi de la grossesse

Le syndrome HELLP survient deux fois sur trois au troisième trimestre [14,20]. Le HELLP syndrome survenant dans 15% en dehors de tout état de prééclampsie, il faudra y penser devant l'apparition de signes digestifs inhabituels au troisième trimestre [17]. Nos patientes étaient pour l'essentiel irrégulièrement suivies (64%). Ce mauvais suivi prénatal peut expliquer la morbi-mortalité maternelle et fœtale relativement importante que nous avons enregistrée.

4. Diagnostic

L'âge gestationnel moyen au moment de l'admission était de 34 SA. Dans la série de Bèye [4], l'âge gestationnel moyen était de 32,5 SA avec une prématurité de 77%. Dans notre étude, cette prématurité était provoquée dans 85,7%. Les signes physiques étaient dominés par ceux de la prééclampsie. Il s'agissait de l'hypertension artérielle, présente chez toutes nos patientes, et modérée dans la majorité des cas (60%). Des taux moins élevés sont rapportés par plusieurs auteurs [14], de l'ordre de 15% à 50% d'hypertension artérielle modérée.

Dans notre série, 64% des syndromes HELLP n'étaient diagnostiqués que dans le post-partum. Dans la littérature, ce constat est fréquent. En effet, 30 à 40 % des syndromes HELLP ne sont dépistés que dans le post-partum [4, 14,16]. La gravité du syndrome HELLP réside dans son retard ou même l'absence de diagnostic, et par conséquent de sa prise en charge précoce. Ses complications étant au premier plan, le retard est en général dû à l'attention particulière qui leur

est accordée (éclampsie, HTA, insuffisance rénale, CIVD...) [16,17].

5. Prise en charge et devenir materno-fœtal

Le traitement conservateur, en l'absence de signes de gravité, est fondé sur une surveillance étroite en Unité de Soins Intensifs comprenant une expansion volémique, des vasodilatateurs, une corticothérapie à visée maternelle et une surveillance rapprochée de la biologie [19]. Il y a un consensus d'avis sur la césarienne dans les plus brefs délais, indiquée si le syndrome s'est développé au-delà de 34 SA, ou plus tôt s'il y a défaillance multiviscérale [6,14]. Cependant, il y a de grandes controverses sur le traitement des femmes souffrant du syndrome HELLP avant 34 SA lorsque la condition de la mère est stable, sauf pour les formes légères à modérées des anomalies biologiques et un état fœtal rassurant. Chez ces patientes, certains auteurs recommandent l'administration de corticoïdes pour accélérer la maturation pulmonaire fœtale suivie par la césarienne 24 heures plus tard, alors que d'autres [16] recommandent de prolonger la grossesse jusqu'à l'achèvement de la maturité pulmonaire fœtale à 34 SA, ceci en l'absence de complications maternelles graves [19]. La corticothérapie à visée maternelle est sujette à controverses. En effet, des études ont confirmé que la dexaméthasone améliorait significativement les paramètres biologiques de la maladie, notamment par un ralentissement du processus de destruction périphérique des plaquettes et a également un impact positif sur la diurèse maternelle et le délai entre l'inclusion et la naissance [7]. Pour d'autres, il n'y avait aucune amélioration de la morbidité maternelle et périnatale [11]. Par rapport à la bétaméthasone, la dexaméthasone permet une meilleure correction des paramètres biologiques et une amélioration de la diurèse et de la pression artérielle moyenne [18]. En 2008, une autre étude randomisée incluant 105 patientes ne retrouvait aucun bénéfice à l'utilisation de la dexaméthasone dans le post-partum après un syndrome HELLP [9].

6. Evolution-Pronostic

La CIVD était mise en évidence respectivement dans 38% et 8 % des cas dans les travaux de Haddad et de Sibai [6,14]. La survenue d'un hématome rétroplacentaire au cours du syndrome HELLP (20%) augmente significativement les risques de CIVD (15%), de recours à la transfusion sanguine, d'œdème

pulmonaire et d'insuffisance rénale aiguë [6,14]. La mortalité maternelle est estimée entre 1,1 et 24% [14,20]. Elle était de 4% dans notre étude. Le risque de mort maternelle est surtout lié au retard diagnostique et au délai de prise en charge qui est souvent long [8]. Parmi les autres complications maternelles, figurait en bonne place l'éclampsie (60%). Cette fréquence est plus élevée par rapport à celles retrouvées dans d'autres études qui l'estiment entre 2% et 13,4% [6,14]. Le retard de croissance intra-utérin qui était retrouvé dans 16% des cas dans notre série est estimé entre 20% et 30% dans d'autres études [1,19]. Pour ce qui est de la létalité fœtale, elle était de 28%. Dans d'autres séries, elle varie entre 7% et 70% [4, 14, 20]. Cette forte mortalité dans notre série s'expliquerait par les complications associées comme l'HRP, la rétention d'œuf mort ou l'éclampsie.

CONCLUSION

Le syndrome HELLP est une pathologie gravidique grave de par son retentissement materno-fœtal. Une prise en charge adéquate de la grossesse permettrait de diagnostiquer précocement les cas de prééclampsie, de les référer à temps dans les structures hospitalières afin de rechercher des signes de gravité et d'adopter une prise en charge adéquate. Par ailleurs, dès que le diagnostic est posé, une extraction fœtale doit être décidée, le nouveau-né sera confié au pédiatre. Chez toutes les patientes à risque vasculaire, une salicylothérapie doit être instaurée en début de grossesse, et ceci en l'absence de contre-indications.

REFERENCES

1. Barton JR, O'brien JM, Berganer MK, Jaques DL, Sibaï BM. Mild gestational hypertensive remote from term: progression and outcome. Am J Obstet Gynecol, 2001;184:979-83.
2. Baxter JK, Weinstein L. HELLP syndrome: The state of the art. Obstet Gynecol Surv, 2004; 59:838-45.
3. Beaufils M. Hypertension gravidique. Encycl Med Chir Gynécologie Obstétrique 2001; 5-036-A-10 :15.
4. Bèye MD, Diouf E, Bah MD, Ndoye-Diop M, Kane O, Sall-Ka B. Prise en charge du HELLP syndrome en Réanimation à Dakar. Ann Fr Anesth Réanim., 2006;25:291-95.

5. Collinet P, Delemer-Lefebvre M, Dharancy S, Lucot J-P, Subtil D, Puech F. Le HELLP syndrome: diagnostic et prise en charge thérapeutique. Gynecol Obstet Fertil, 2006; 34: 94-100.
6. Haddad B, Barton JR, Livingston JC, Chahine R, Sibai BM. Risk factors for adverse maternal outcomes among women with HELLP (hemolysis, elevated liver enzymes and low platelet count) syndrome. Am. J. Obstet. Gynecol., 2000;183: 444-48.
7. Isler CM, Barrilleaux PS, Magann EF, Bass JD, Martin Jr. JN. A prospective randomized trial comparing the efficacy of dexamethasone and betamethasone for the treatment of antepartum HELLP (hemolysis, elevated liver enzymes and low platelet count) syndrome. Am. J. Obstet. Gynecol., 2001;184:1332-37.
8. Isler CM, Rinehart BK, Terrone DA, Martin RW, Magann EF, Martin Jr JN. Maternal mortality associated with HELLP (hemolysis, elevated liver enzymes and low platelets) syndrome. Am J Obstet Gynecol, 1999;181:924-28.
9. Katz L, De Amorim MMR, Figueiroa JN, Pinto E, Silva JL. Postpartum dexamethasone for women with hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets (HELLP) syndrome: a double-blind, placebo-controlled randomized clinical trial. Am J Obstet Gynecol, 2008;198(283):e1-8.
10. Martin Jr JN, Stedman CM. Imitators of preeclampsia and HELLP syndrome. Obstet Gynecol Clin North Am, 1991;18:165-79.
11. Matchaba P, Moodley J. Corticosteroids for HELLP syndrome in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2007, Issue 4, CD002076.
12. Ndao B. Le HELLP syndrome à propos de 10 cas recueillis à l'hôpital Principal de Dakar. Thèse Méd, Dakar; 2000, N° 81 : 88 p.
13. Randriambololona DMA, Botolahy ZA, Randrianantoanina FE, Randriamahavony R, Hery Rakotovao A. Hypertension artérielle et grossesse: pronostic materno-fœtal. Revue Tropicale de Chirurgie, 2009;3:32-34.
14. 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.
15. Sibai BM, Taslimi MM, El-Nazer A, Amon E, Mabie BC, Ryan GM. Maternal perinatal outcome associated with the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes and low platelets in severe preeclampsia-eclampsia. Am J Obstet Gynecol, 1986;155: 501-9.
16. Sibai BM. The HELLP syndrome (hemolysis, elevated liver enzymes and low platelets): much ado about nothing? Am J Obstet Gynecol, 1990;162:311.
17. Trabilya C, Rudigoza RC, Dubernard G, Huissouda C. Les troubles biologiques au cours des états prééclamptiques : aspects physiopathologiques et cliniques. Rev. Franç. des Laboratoires, 2010;421:43-50.
18. Vigil-De Gracia P, Garcia-Caceres E. Dexamethasone in the post-partum treatment of HELLP syndrome. Int J Gynaecol Obstet, 1997;59:217-21.
19. Visser W, Wallenburg HCS. Temporising management of severe preeclampsia with and without the HELLP syndrome. Br J Obstet Gynaecol, 1995;102(2):111-17.
20. Weinstein L. Syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes and low platelet count: a severe consequence of hypertension in pregnancy. Am J Obstet Gynecol, 1982;15:159-67.