Journal of african clinical cases and reviews / Journal africain des cas cliniques et revues

www.jaccrafrica.com ISSN 2712-6412 Open access

Article original

Atteintes rénales au cours de la période gravido-puerpérale au Centre Hospitalier Universitaire de Bogodogo du 1er novembre 2022 au 30 Avril 2023

Kidney damage during the pregnancy and postpartum period at the Bogodogo University Hospital Center from November 1, 2022 to April 30, 2023

S Ouedraogo*[1], PF Kissou[2], KR Kpoda[1], AR Karambiri[1], C Ouedraogo[1], G Coulibaly[3]

Résumé

Introduction : Le syndrome vasculo-rénal et l'insuffisance rénale aigue (IRA) sont des complications graves de la grossesse au regard de leur implication dans la morbidité et la mortalité materno-foetale, dont elles seraient la troisième cause. Dans les pays en développement, ces pathologies demeurent un problème majeur de santé publique, avec une incidence allant de 4,2 à 15%.

Objectif : Décrire les aspects épidémiologiques, diagnostics, thérapeutiques, et pronostics des atteintes rénales au cours de la période gravido-puerpérale.

Méthodologie : Il s'est agi d'une étude prospective portant sur les patientes ayant présentées une atteinte rénale pendant la grossesse et dans le post-partum, colligés durant la période du 1er novembre 2022 au 31 Janvier 2023. Ces patientes ont été par la suite suivis dans le service de Néphrologie-Hémodialyse jusqu'au 30 Avril 2023. Les données ont été recueillies à partir du registre d'entrée, des dossiers cliniques des patientes et complétées par un entretien avec chaque patiente. La saisie a été faite sur un microordinateur et analyse a l'aide du logiciel Epi-info version 7.2.5.

Résultats : La prévalence de l'atteinte rénale était de 8,86%. L'âge moyen des patientes était de 27,95 ans. Les patientes ont été référées dans 86,56% et provenaient du milieu urbain dans 92,49 %. Le niveau socioéconomique était bas dans 60,16% des cas. La gestité moyenne était de 2,76 grossesses et la parité moyenne de 1,63 accouchement. La primiparité a été retrouvée dans 16,6% des cas et 14,22% n'avaient pas régulièrement suivi leur grossesse. Les signes fonctionnels à l'entrée étaient dominés par la douleur abdomino-pelvienne et les céphalées. La moyenne de

la pression artérielle était de 170,66 /101,91 mmHg. La diurèse était abaissée chez dans 4,35%. L'anémie était retrouvée dans 45,45%, la créatininémie moyenne de 82,05micromol/l et la protéinurie de 820,31mg/24h. Les pathologies rénales étaient dominées par la protéinurie dans 86,56% et l'IRA dans 11,46%. L'Alpha-méthyl-dopa, la clonidine et/ou les inhibiteurs calciques sont les molécules utilisées associées au sulfate de magnésium dans les cas de PES (77,08%). Une césarienne a été réalisée dans 48,954%. Le taux de mortalité maternelle était de 0,79% et fœtale de 16,21%.

Conclusion : Les maladies rénales liées à la grossesse demeurent fréquentes dans notre contexte. Des CPN de qualité associées à une prise en charge précoce et adaptée des maladies rénales pourrait permettre de réduire la fréquence de ces pathologies et d'améliorer le pronostic maternel et fœtal.

Mots-clés : insuffisance rénale, grossesse, prééclampsie.

Abstract

Introduction: Vasculorenal syndrome and acute renal failure (AKI) are serious complications of pregnancy given their involvement in maternal-fetal morbidity and mortality, of which they are the third cause. In developing countries, these pathologies remain a major public health problem, with an incidence ranging from 4.2 to 15%.

Objective: Describe the epidemiological, diagnostic, therapeutic and prognostic aspects of renal damage during the gravido-puerperium period.

Methodology: This was a prospective study involving patients who presented with kidney damage during pregnancy and postpartum, collected during the period from November 1, 2022 to January 31, 2023. These patients were subsequently followed up in the Nephrology-Hemodialysis department until April 30, 2023. Data were collected from the entry register, clinical files of the patients and supplemented by an interview with each patient. The entry was made on a microcomputer and analyzed using Epi-info version 7.2.5 software.

Results: The prevalence of renal damage was 8.86%. The average age of the patients was 27.95 years. Patients were referred in 86.56% and came from urban areas in 92.49%. The socioeconomic level was low in 60.16% of cases. The average fertility was 2.76 pregnancies and the average parity was 1.63 deliveries. Primiparity was found in 16.6% of cases and 14.22% had not regularly monitored their pregnancy. The functional signs at entry were dominated by abdominopelvic pain and headache. The average blood pressure was 170.66/101.91 mmHg. Diuresis was lowered in 4.35%. Anemia was found in 45.45%, mean serum creatinine of 82.05micromol/l and proteinuria of 820.31mg/24h. Renal pathologies were dominated by proteinuria in 86.56% and AKI in 11.46%. Alpha-methyl-dopa, clonidine and/or calcium channel blockers are the molecules used associated with magnesium sulfate in cases of PES (77.08%). Cesarean section was performed in 48.954%. The maternal mortality rate was 0.79% and fetal mortality 16.21%.

Conclusion: Pregnancy-related kidney diseases remain frequent in our context. Quality ANC combined with early and appropriate management of kidney diseases could reduce the frequency of these pathologies and improve maternal and fetal prognosis.

Keywords: renal failure, pregnancy, preeclampsia.

Introduction

Au cours de son évolution, la grossesse s'accompagne de changements physiologiques adaptatifs tant au niveau hémodynamique que rénal, mais aussi souvent de complications susceptibles de mettre en jeu le pronostic vital maternel et fœtal [1]. Le syndrome vasculo-rénal et l'insuffisance rénale aigue (IRA) sont des complications graves de la grossesse au regard de leur implication dans la morbidité et la mortalité materno-foetale, dont elles seraient la troisième cause [2]. En effet, la pré éclampsie et le HELLP syndrome représenteraient 40% des causes d'IRA gestationnelle [3].

A l'échelle mondiale, la pré éclampsie complique 2 à 9% des grossesses [4] et l'OMS estime que chaque année, environ 150000 femmes succombent dans le monde du fait des complications de l'HTA [5] et qu'en 2013 la pré éclampsie a été responsable de 12% de décès maternel dans le monde [6]. Au Burkina Faso, la fréquence hospitalière de la pré éclampsie était de 7% à Ouagadougou en 2002 et 7,4% en 2009 à Bobo Dioulasso [7,8]. Nous nous sommes proposés de mener cette étude dans le but de faire un état des lieux de ces pathologies au CHU de Bogodogo et d'améliorer la qualité de la prise en charge des patientes.

Méthodologie

Il s'est agi d'une étude transversale à visée descriptive et à collecte prospective des données durant la période allant du 1er novembre 2022 au 31 Janvier 2023. Nous avons inclus toute patiente ayant présenté une atteinte rénale au cours de la période gravido-puerpérale et dont la durée de séjour au CHU-B a permis d'établir son diagnostic. Pour recueillir ces informations nous avons utilisé le registre des entrées du tri, les dossiers cliniques des patientes pour y extraire les données sociodémographiques, les données de l'examen clinique et du traitement et complété par un entretien avec chaque patiente pour renseigner les fiches de collecte. Ensuite toutes les patientes recensées ont été orientées à leur sortie de la maternité au service de néphrologie pour un suivi. Les données sur le suivi ont été notifiées sur les fiches de collecte au fur et à mesure.

Les variables étudiées étaient les caractéristiques sociodémographiques, les antécédents des patientes, les arguments cliniques et paracliniques en faveur de l'atteinte rénale, les complications observées, les modalités thérapeutiques et évolutives. Les données ont été saisies sur microordinateur et analysées à l'aide du logiciel Epi-info version 7.2.5.

Résultats

Au cours de notre période de collecte, 2982 patientes ont été admises aux urgences du service de gynécologie-obstétrique et médecine de la reproduction dont 2856 en période gravido-puerpérale et 253 atteintes rénales soit une prévalence de 8,86%. L'âge moyen des patientes était de 27,95 ans avec des extrêmes de 16 et 43 ans. Les tranches d'âge de [20-24] ans et [30-34] ans étaient les plus représentées et 92,40% des patientes provenaient du milieu urbain.

Les différents centres de référence des patientes sont représentés par le tableau I.

La situation matrimoniale des patientes est représentée par le tableau II.

Les patientes étaient non scolarisées dans 43,48% et avaient un niveau socioéconomique bas et moyen respectivement dans 60,16% et 39,04% des cas. Les différentes professions sont répertoriées sur le tableau III.

Les patientes ont été référées pour la plupart (83,4%). La gestité moyenne était de 2,76 grossesses +/- 1,85 [1-10] grossesses avec respectivement 36,36% et 31,62% de primigestes et de paucigestes. Quant à la parité, elle était de 1,63 accouchements +/- 1,71 [0-9] accouchements et 36,36% étaient des nullipares et 33,60% des paucipares.

Les différentes méthodes contraceptives utilisées sont représentées par le tableau IV.

Au cours de la grossesse, 28,46% des patientes avaient présenté une HTA, 15,81% avaient des OMI, 6,72% avaient présenté une anémie, 20,16% avaient pratiqué une automédication traditionnelle.

Les signes fonctionnels ayant motivés les différentes consultations sont représentés par le tableau V.

La pression artérielle systolique moyenne était de 170,66mmHg [80-257] mmHg. La diastolique moyenne était de 101,91mmHg [40-152] mmHg. Le poids moyen des patientes était de 70,82 kg avec un écart type de 98,8 et des extrêmes de [52 et 136] kg.

A l'admission, 7,11% des patientes avaient déjà accouchée et les autres porteuses de grossesse parmi lesquelles, 7,66% étaient des grossesses gémellaires.

L'âge moyen de la grossesse était de 35,43 SA +/- 5,11 avec des extrêmes de 17 et 43 SA. Parmi ces patientes, 90,21% étaient à leur 3e trimestre (T3) de grossesse. La hauteur utérine (HU) moyenne était de 30,46 cm +/- 5,67, avec des extrêmes de 9 et 48 cm.

La quasi-totalité des patientes (98,81%) avaient un test positif à la bandelette urinaire

A l'hémogramme, 48,93% des patientes avait une anémie dont 13,91% d'anémie sévère. Une hyperleucocytose a été noté chez 38,74% et 13,83% présentaient une thrombopénie. A l'ionogramme sanguin, 41,11% présentaient des troubles ioniques, dont 70,87% d'acidose et 18,45% d'hypocalcémie. Les transaminases étaient élevées chez 11 patientes pour l'ASAT et chez 09 patientes pour l'ALAT.

Le tableau VI donne les différentes valeurs du bilan rénal.

L'ERCF avait été réalisé chez 160 patientes dont 8,55% étaient pathologiques. L'échographie n'a été réalisé que chez 37,61% des patientes et objectivait 13,63% de MFIU.

Les différentes pathologies obstétricales retenues sont représentées par le tableau VII.

Les différents types d'atteintes rénales identifiés sont présentés dans le tableau VIII.

Cent cinquante-six patientes soit 61,66% ont bénéficié de soluté physiologique de réhydratation, 26 ont bénéficié d'une transfusion sanguine, 236 patientes (93,28%) ont été traitées par des antihypertenseurs. Toutes les patientes accouchées ont bénéficié d'utérotoniques. Une seule patiente a bénéficié d'une épuration extrarénale a raison de trois séances d'hémodialyse qui ont permis une résolution de son IRA.

La grossesse s'est soldée par une césarienne chez 48,94% et par voie basse chez 45,11% comme le montre le tableau IX.

Dans 10,67% des cas, la grossesse s'est compliquée de HRP et d'une éclampsie dans 9,49%.

La durée moyenne du séjour était de 5,21 jours +/- 3,96, les extrêmes étaient de 1 et 28 jours.

Cent trois (103) patientes soit 40,71% ont pu être suivies au service de néphrologie après leur sortie de la maternité. Après les 3 mois de suivi, l'évolution a été jugée favorable chez 72 patientes soit 60,90%. Aux dernières nouvelles, 59,39% des patientes ont été perdues de vue depuis leur sortie de la maternité.

Tableau I : Répartition des patients en fonctions des centres de référence

Centre	Effectif	Pourcentage (%)
CSPS	195	77,07
Clinique	15	5,92
CMA	11	4,35
CHU	7	2,77
CHR	1	0,4
Auto-orientée	24	9,39
Total	253	100

Tableau II : Répartition des patientes selon leur situation matrimoniale

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage (%)
Mariées	186	73,52
Concubinage	29	11,46
Célibataires	38	15,02
Total	253	100

Tableau III : Répartition des patientes selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage (%)
Femme au foyer	112	44,80
Commerçante	50	20,00
Cultivateur	02	0,80
Fonctionnaire	22	8,8
Étudiante	13	5,2
Élève	11	4,4
Autres	40	16
Total	250	100

Tableau IV : Récapitulatif des différentes méthodes contraceptives

Contraception	Effectif (N)	Pourcentage (%)
DIU	8	12,12
Injectable	14	21,21
Implant	28	42,42
COP	16	24,24
Total	66	100

Tableau V : Répartition des patientes selon les signes fonctionnels présentés à l'admission

Signes	Effectif (N)	Pourcentage (%)
Céphalées	95	37,55
Vertiges	37	14,62
Vomissements	4	1,58
Dyspnée	4	1,58
PDC	11	4,35
Saignement	20	7,91
DAP	139	54,94

Tableau VI : Répartition des différentes valeurs du bilan rénal réalisé

Caractéristiques	Effectif	Moyenne	Écart-type	Minimum	Maximum
Créatinine	250	82,05	86,34	27	816
Urée	253	2,92	1,72	1	13,5
Protéinurie de 24H	252	820,31	986,25	89	7611

Tableau VII : Répartition des patientes en fonction des différentes pathologies obstétricales

Variables	Effectif (N)	Pourcentage (%)
Prééclampsie surajoutée	11	04,38
Prééclampsie	216	86,56
Anémie sur grossesse	3	0,40
HTA Post Partum	8	3,18
Avortement provoquée	1	0,4
Autres	14	5,58
Total	253	100

Tableau VIII : Répartition des patientes en fonction de l'atteinte rénale

Diagnostics	Effectif	Pourcentage
Protéinurie isolée	219	86,56
Insuffisance Rénale Aigue	29	11,46
Accusation de MRC	4	1,58
Néphropathie lupique	1	0,39
Total	253	100

Tableau IX : Répartition des patientes selon l'issue de leur grossesse

Issue de la grossesse	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Accouchement voie basse	106	45,11
Avortement spontané	02	0,85
Interruption thérapeutique	04	1,70
Non accouchée	08	3,40
Césarienne	115	48,94
Total	235	100

Discussion

La fréquence des atteintes rénales en période gravido-puerpérale et particulièrement la prééclampsie, demeure élevée dans les pays en développement avec une prévalence variant en fonction des zones. Dans notre étude, nous rapportons une prévalence de 8,86%. Cette prévalence concorde avec les données de l'OMS qui l'estime de 2 à 9% [5]. Elle est aussi proche de celle rapportée par Traoré [9] au Mali et de Konimba [7] à Bobo qui était respectivement de 8,6% et 7,4%. Cette prévalence élevée dans notre contexte reflète les insuffisances de nos structures de santé à l'instar des autres pays en développement.

L'âge moyen des patientes était de 27,95 ans [16 et 43] ans. Cette moyenne d'âge est similaire à la plupart des données sur le sujet, notamment celles rapportées par Gueye [10] au Sénégal avec 26,03 ans, Tchaou [11] au Bénin avec 26,14 ans et Traoré [9] au Mali avec 26,78 ans.

Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que cette tranche correspond à l'âge d'activité génitale active et aussi à l'âge prédominant dans la survenue de la maladie rénale dans le contexte africain. En effet, la

maladie rénale en Afrique survient majoritairement chez des patients d'âge jeune, inférieur à la cinquantaine avec la tranche de 30 à 45 étant la plus touchée [12]. Le jeune âge de nos patientes pourrait également s'expliquer par le non suivi ou le suivi irrégulier des grossesses lié au problème de moyens financiers des jeunes sans emploi.

La provenance urbaine majoritaire des patientes (92,49%) s'explique d'une part par la situation géographique du CHU-B qui est donc beaucoup plus accessible pour la population de sa ville d'implantation, et d'autre part, le CHU étant le dernier niveau de référence, les patientes référées ou évacuées du milieu rural ont dû être prises en charge à un niveau intermédiaire.

Dans notre série, 15,02% des patientes était célibataire comparable à ceux de Traoré B.N [13] et Sangaré A.G [14]. Ce résultat trouve son explication dans le fait que les célibataires ont théoriquement plus de difficultés à se faire suivre que les femmes mariées et donc exposées à des pathologies non dépistées ni prévenues et mal traitées comme les pathologies rénales.

Le niveau socioéconomique (NSE) était bas et moyen chez respectivement 60,16% et 39,04% des patientes. Ce résultat reflète la situation financière et les conditions de vie de notre population en général. En effet, le Burkina Faso a un faible indice de développement humain (IDH) de l'ordre de 0,343, le classant ainsi 183e sur 189 pays selon le rapport 2018 du Programme des Nations Unies pour le Développement [15].

L'HTA (4,35%) était l'antécédent médical le plus retrouvée. Gueye avait noté une fréquence d'antécédents d'HTA proche de la nôtre (3,5%) [10]. L'antécédent de césarienne a été retrouvé dans 11.7% et 8,3% des patientes avaient avorté au moins une fois, avec un nombre d'avortements allant jusqu'à 4 avortements pour certaines. Les études de Gueye [10] et de Yamoul [16] ont constaté 10,1% au Sénégal et 6,4% au Maroc. Dans notre série, 10,28% avaient déjà manifesté une prééclampsie au cours d'une grossesse précédente. Ce résultat est supérieur ceux rapporté par Gueye (1,8%) et Yamoul (2,6%). Dans les données de la littérature, l'antécédent de prééclampsie serait un facteur de risque de survenue de maladie rénale.

La gestité moyenne retrouvée dans notre étude est similaire à celle observée par de Gueye [10]. Il en est de même pour le nombre de primigestes (36,36%) comparé à ceux notés par Goita [17] et Koné [18] qui ont retrouvé respectivement 39% et 56% de primigestes dans leurs études. Des études ont en effet montré que la primigestité comme la primiparité représentaient un facteur de risque de maladie rénale au cours de la grossesse.

En outre, 14,22% des patientes n'ont pas reçu de suivi régulier au cours de leur grossesse. Ce résultat est nettement meilleur à ceux de Gueye [10] (57,1%), de Tchaou [11] (52,4%) et de Coulibaly [23] (56,3%). Cette nette amélioration dans notre étude pourrait résulter des efforts consentis par l'état burkinabè depuis 2016 rendant les consultations et le suivi des femmes enceintes gratuits.

A l'examen clinique, les signes fonctionnels étaient dominés par la douleur abdomino-pelvienne (54,94%) et les céphalées (37,55%). Le premier signe étant en rapport avec la première période du travail d'accouchement et le second lié à l'HTA, signe de la prééclampsie, atteinte prédominante dans notre étude. Les grossesses étaient gémellaires dans 7,66% ce qui est un facteur de risque de survenue de prééclampsie sévère de l'ordre de 3 à 5% par rapport aux grossesses monofoetales [19].

L'âge moyen de la grossesse dans notre étude était de 35,43 SA avec des extrêmes de 17 et 43 SA comme l'avait constaté aussi Gueye (35,23 SA) et 90,12 % des patientes étaient dans leur 3e trimestre de grossesse, ce qui corrobore les données de la littérature qui stipulent que les cas de pré éclampsie sont généralement répartis entre le 3e trimestre de grossesse et autour de la période d'accouchement.

Quant à l'examen paraclinique, il révélait que la quasi-totalité des patientes avaient une protéinurie positive à la bandelette urinaire. Cet examen est spécifique au diagnostic de l'atteinte rénale et son association à l'HTA définit la prééclampsie et permet

d'en apprécier la sévérité.

A l'hémogramme, près de la moitié des patientes (45,64%) avait une anémie dont 6,35% était sévère. L'anémie a été retrouvée dans la plupart des études [10 ;25 ;16]. L'anémie est due d'une part à l'hémolyse et à l'hémorragie compliquant le HEELP-syndrome et le HRP, et d'autre part, aux parasitoses telles que le paludisme qui sont fréquemment sources d'anémie dans notre pays, surtout dans un contexte d'apport et de supplémentation très souvent insuffisante en fer.

A l'ionogramme sanguin, 41,11% des patientes présentaient des troubles ioniques qui étaient essentiellement représentés par les cas d'acidose (70,87%) en rapport avec les modifications adaptatives qui s'opèrent au cours de la grossesse.

Au bilan rénal, la créatininémie moyenne était de 82,05 µmol/l avec des extrêmes de 27 et 816µmol/l. L'urée plasmatique était en moyenne de 2,92 mmol/l et la protéinurie moyenne de 820,31mg/24h. Ces résultats sont proches de ceux rapportés par Ouattara et al [20] qui ont noté une créatininémie moyenne de 78 µmol/l et une protéinurie moyenne de 1475 mg/24h.

Plus de la moitié des patientes enceintes (62,39%) n'avaient pas réalisé d'échographie obstétricale au cours de leur hospitalisation, la principale raison étant la non-disponibilité de cet examen en routine, mais aussi souvent la nécessité d'une délivrance urgente à l'entrée ne laissant pas de temps pour la réalisation d'une échographie.

Ces différents examens ont permis de conclure en fonction des cas à différentes pathologies rénales dont l'ensemble représentait 8,86% de la population de femmes en période gravido-puerpérale avec la prééclampsie à 7,67% de cette population et 90,44% de celles atteintes de pathologies rénales. Ce résultat corrobore les données de l'OMS qui rapportent une prévalence de 2 à 9% [4] et aussi similaire à ceux rapportés dans notre pays en 2002 à Ouagadougou et en 2009 à Bobo qui étaient respectivement de 7% et 7,4% [6].

Les cas d'IRA étaient de 1,01% de la population de femmes en période gravido-puerpérale. Ce résultat est inférieur à ceux rapporté par Beye et al au Mali [21] en 2017 et par Tondi et al au Niger [22] en 2015 qui ont noté respectivement 12,4% et 14,95%. Il est également inférieur à celui que Coulibaly [23] rapportait au CHU Yalgado Ouédraogo en 2012 qui était de 6,1%. Cette amélioration peut aussi être considérer comme liée à l'impact de la gratuité des soins au profit des femmes enceintes.

Sur le plan thérapeutique, 61,66% des patientes ont bénéficié d'une rééquilibration hydro électrolytique indispensable devant le bas débit placentaire et toutes les patientes présentant une HTA ont bénéficié au moins d'un traitement à base d'alpha méthyl dopa. Selon la sévérité des chiffres tensionnels et selon le protocole disponible dans le service, le traitement anti HTA, base indispensable à la prise en charge de la prééclampsie, était en mono-bi ou trithérapie.

Toutes les patientes présentant une prééclampsie sévère (77,08%) ont bénéficié du sulfate de magnésium en prophylaxie des crises convulsives, contrairement à l'étude de Gueye où il était administré après une crise convulsive ou en présence de prodromes. L'efficacité du sulfate de magnésium dans la prévention de l'éclampsie lors d'une prééclampsie sévère ou après une éclampsie ayant été prouvée [55], son administration systématique en cas de prééclampsie sévère devrait être encouragée dans tous les hôpitaux de référence.

Le recours à la corticothérapie a été nécessaire à la maturation pulmonaire chez 9,88% des femmes enceintes. Ce traitement est nécessaire surtout dans les cas de grande prématurité. Elle a été nécessaire chez 15% et 16,7% dans les études de Gueye [45] et Danmadji [25] respectivement.

Une patiente a bénéficié d'une épuration extrarénale. Dans les études de Kabbali [26] et de Beye SA et al [21], l'épuration extrarénale a été pratiquée respectivement dans 16,4% et 16,7% des cas. Dans celle de Tondi et Al [22] elle a été indiquée chez 8 patientes mais réalisée chez une seule. L'épuration extrarénale en effet n'est pas toujours accessible à nos patients, faute de moyen ou de disponibilité.

Une césarienne a été réalisée dans 58,94%. Il en était

de même dans la série de Tchaou [11] au Bénin où 41,7% avaient bénéficié une césarienne, et de Gueye [10] avec 57,9% de césarienne. Ce taux élevé de réalisation des césariennes dans ces pays était lié aux formes de prééclampsie sévère et les complications comme l'HRP qui représentaient une urgence médico-obstétricale. L'évacuation utérine urgente dans ce cas rentre dans un principe de sauvetage maternel et/ou foetal.

Dans notre étude, la létalité maternelle était de 0,79% contrairement à celle observée par Tondi et al au Niger [22] et Ouattara et al [20] au Burkina Faso qui rapportaient respectivement des taux de 9,4% et 6,4%. Dans les pays en développement, la plupart des décès et des complications maternelles sont dus au manque de soins prénataux, au manque de ressources humaines et d'équipements, au retard de diagnostic et à la prise en charge inappropriée des patientes. Ce taux de létalité reste élevé mais faible par rapport aux autres auteurs et pourrait tirer son explication de l'accès aux soins de qualité à moindre coût sinon gratuits décidé par l'état burkinabè depuis 2016. Cependant, la mortalité fœtale était élevée à hauteur de 16,21%. Les pertes fœtales en effet sont importantes dans les prééclampsies surtout lorsqu'elles se compliquent de prématurité, cette dernière étant observée chez 15,02% des patientes. Cette prématurité est la cause d'une morbidité et d'une mortalité néonatales non négligeables dans nos pays. De ce constat, un accent devrait être mis particulièrement sur les mesures de prévention des pathologies hypertensives gravidiques en général et sur la pré-éclampsie en particulier. C'est en cela que le recrutement massif des agents de santé à base communautaire lancé par l'État burkinabé trouve son caractère louable. En effet, une formation de qualité à ces agents, beaucoup plus proches des ménages devraient permettre d'impacter positivement la prévalence de ces pathologies.

Au regard de la susceptibilité d'évolution vers une aggravation, nous avons proposé un suivi en vue d'apprécier le pronostic à long terme. Ainsi, parmi les 103 patientes suivies au service de néphrologie, de façon globale, l'évolution a été défavorable chez 30,10%. En effet, une hypertension artérielle persistait chez 34 patientes soit 33%. Ce taux est supérieur à celui noté par Ahoui et al [27] au Bénin (19,4%) sur la même durée d'évolution. La créatinine s'était normalisée chez 95,19% meilleur que dans les études de Kabbali [26] qui avait noté au Maroc 65,9% de récupération sur un délai allant de 2 à 90 jours. La protéinurie persistait chez 46,60% (22,33% de microalbuminurie et 23,30% de macro-albuminurie).

Conclusion

Les atteintes rénales au cours de la grossesse demeurent un problème majeur de santé publique dans notre contexte au vu de leur fréquence et de leur pronostic. Elles sont beaucoup plus observées chez les patientes jeunes, multipares et responsables d'une importante morbi-mortalité materno-foetale, très souvent liée au suivi irrégulier de la grossesse et/ou à une prise en charge inadaptée. Dans les formes graves, ces maladies constituent une urgence médico-obstétricale nécessitant ainsi, une prise en charge multidisciplinaire, précoce et adaptée. Dans cette étude, la prise en charge a surtout consisté en un traitement symptomatique, la gestion de la tension artérielle et la délivrance obstétricale par césarienne ou par déclenchement d'un accouchement par voie basse.

L'évolution pour les cas d'IRA était globalement satisfaisante, néanmoins ont persisté de nombreux cas d'hypertension artérielle et/ou de protéinurie. Ces dernières nécessitent un suivi régulier afin d'éviter l'évolution vers une insuffisance rénale chronique. En effet, l'accent doit être mis sur la prévention par les dépistages précoces et la sensibilisation de la population en vue d'un meilleur suivi des grossesses.

***Correspondance :**

OUEDRAOGO Saïdou

oued.saidseb81@icloud.com

Disponible en ligne : 22 Mai 2026

1 : Service de Néphrologie-Hémodialyse du CHU de Bogodogo, Burkina Faso
2 : Service de Néphrologie-Hémodialyse du CHU de Tengandogo, Burkina Faso
3 : Service de Néphrologie-Hémodialyse du CHU Yalgado Ouédraogo, Burkina Faso

© Journal of african clinical cases and reviews 2026

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

[1] Jebali H, Laifi M, Hassen M, Kheder R, Ben Fatma L, Rais L, et al. Rein et grossesse. Nephrol Ther. 2016 Sep;12(5):368. Disponible sur: ScienceDirect

[2] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2005 Sep;34(5):513. Disponible sur: Elsevier

[3] Ganesan C, Maynard SE. Acute kidney injury in pregnancy: the thrombotic microangiopathies. J Nephrol. 2011;24(5):554-63. Disponible sur: Journal of Nephrology

[4] World Health Organization International Collaborative Study of Hypertensive Disorders of Pregnancy. Geographic variation in the incidence of hypertension in pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 1988 Jan;158(1):80-3.

[5] Petit P, Top M, Chantraine F, Brichant JF, Dewandre PY, Foidart JM. Traitement de la pré-éclampsie sévère. Rev Med Liege.

[6] Sibraogo K, Adama D, Adama O, Paul Ka D, Issa O, Alexis Sa Y, et al. Effets de l'audit clinique basé sur des critères sur la qualité de la prise en charge de la prééclampsie sévère dans le Département de Gynécologie Obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou (Burkina Faso). 2017;40:7.

[7] Koninba SY. Pronostic materno-fœtal de la prééclampsie avant 34 semaines d'aménorrhée au CHU-SS de Bobo Dioulasso [mémoire]. Ouagadougou: UFR/SDS Université de Ouagadougou; 2009. 81 p.

[8] Paima O. Contribution à l'étude des aspects cliniques, thérapeutiques, évolutifs et des facteurs de risque de l'éclampsie à la maternité du Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo [thèse de médecine]. Ouagadougou: Université de Ouagadougou; 2023.

[9] Traoré DF. L'hypertension artérielle et grossesse dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune VI [thèse de médecine]. Bamako: Université de Bamako; 2010.

[10] Manga MNM. Cheffe des Services Administratifs.

[11] Tchaou AB. Prise en charge de la prééclampsie sévère dans l'hôpital universitaire de Parakou (Bénin).

[12] Ramilitiana B, Ranivoharisoa EM, Dodo M, Razafimandimby E, Randriamarotia WF. Une étude rétrospective sur l'incidence de l'insuffisance rénale chronique dans le service de Médecine Interne et Néphrologie du Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo. Pan Afr Med J. 2016;23. Disponible sur: Pan African Medical Journal

[13] Traoré B. Contribution à l'étude de la toxémie gravidique dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré de novembre 1988 à octobre 1989 [thèse de médecine]. Bamako; 1989.

[14] Sangaré A. Hypertension artérielle gravidique et éclampsie à Bamako [thèse de médecine]. Bamako; 1985.

[15] Programme des Nations Unies pour le Développement. Rapport sur le développement humain 2021-2022 [Internet]. Disponible sur: PNUD HDR 2021-2022

[16] Yamoul S. Retentissement maternel et fœtal

de la prééclampsie à l'hôpital régional de Kenitra [thèse de médecine]. Maroc; 2016.

[17] Goita S. Aspects épidémio-cliniques et thérapeutiques de la pré-éclampsie au Centre de Santé de Référence de Nioro du Sahel de 2016-2020 [thèse de médecine]. Bamako; 2021.

[18] Kone P. Prééclampsie et éclampsie: impact sur la morbidité et mortalité des nouveau-nés au Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako [thèse de médecine]. Bamako: Université de Bamako; 2019.

[19] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. RPC gémellaire 2009 [Internet]. Disponible sur: CNGOF RPC Gemellaire 2009

[20] Ouattara A, Ouédraogo CMR, Ouédraogo A, Kain DP, Zamané H, Kiemtoré S, et al. L'éclampsie au CHU-Yalgado de Ouagadougou (Burkina Faso) du 1er avril 2013 au 31 mars 2014. Bull Soc Pathol Exot. 2015 Dec;108(5):316-23. Disponible sur: Springer

[21] Sa B. Insuffisance rénale obstétricale en milieu de réanimation polyvalente au Mali. 2021;22:4.

[22] Tondi ZMM, Nayama M, Kane Y, Garba M, Lemrabott AT, Moussa HD, et al. Insuffisance rénale aiguë obstétricale: expérience de la maternité Issaka Gazoby de Niamey (Niger). Eur Sci J. 2016 Nov 30;12(33):281. Disponible sur: European Scientific Journal

[23] Coulibaly G, Rima FC, Ouédraogo A, Lengani A, Thiéba B. Étiologies et évolution de l'insuffisance rénale aiguë gravidique dans un contexte de limitation des ressources: analyse des dossiers de 32 patientes à Ouagadougou (Burkina Faso). Disponible sur: Semantic Scholar

[24] Lokossou A, Takpara I, Sacca J, Sacca PC. Journal de la Société de Biologie Clinique. p. 46.

[25] Danmadji LN. La prééclampsie sévère au Centre Hospitalier National de Pikine à propos de 1248 cas [mémoire de médecine]. Sénégal; 2015.

[26] Kabbali N, Tachfouti N, Arrayhani M, Harandou M, Tagnaouti M, Bentata Y, et al. Insuffisance rénale aiguë et grossesse: résultats d'une étude prospective nationale au Maroc. Nephrol Ther. 2011 Sep 1;7:274.

[27] Ahoui S, Vodouhe MV, Ahouingnan FH, Talla C, Eteka EC, Salifou K. Issue défavorable de l'hypertension artérielle trois mois après l'accouchement au Centre hospitalier universitaire du Borgou, au Bénin. Ann Afr Med. 2022 Apr 30;15(2):e4550-60. Disponible sur: AJOL

Pour citer cet article

S Ouedraogo, PF Kissou, KR Kpoda, AR Karambiri, C Ouedraogo, G Coulibaly. Atteintes rénales au cours de la période gravido-puerpérale au Centre Hospitalier Universitaire de Bogodogo du 1er novembre 2022 au 30 Avril 2023. Jaccr Women's Health 2026; 1(2): 22-26

https://doi.org/10.70065/2612.jaccrWomenshealth.001L012205