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

www.jaccrafrica.com ISSN 1859-5138 Open access

Article original

Profil épidémiologique de la pré éclampsie dans les centres de santé communautaire de la région de Sikasso au Mali

Epidemiological profile of preeclampsia in community health centers in the Sikasso region of Mali

AB Sidibé*[1], M Berthé[2], D Coulibaly[3], S Traoré[4], SA Traore[5], MI Ben[1], A Cissé[1], A Delamou[6], D Traoré[1], I Tegueté[7], B Konaté[1]

Résumé

La prééclampsie et l'éclampsie sont des complications courantes de la grossesse dans le monde entier, particulièrement dans les pays d'Afrique subsaharienne. En 2022, les prééclampsies/éclampsies représentaient 33,8 % des causes de décès au Mali les hémorragies constituaient soit 42 % la première cause de décès maternel.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude transversale sur les données rétrospectives des femmes enceintes ou accouchées admises dans les maternités des centres de santé communautaire de la région de Sikasso du 1er janvier 2021 au 31 décembre 2023. L'échantillonnage était exhaustif à partir des données des fiches de suivi des grossesses et partogrammes. La saisie et l'analyse des données ont été faites avec le logiciel STATA version. 17.

Résultats : Sur 1188 fiches de suivi grossesse et partogrammes exploités et 230 cas de prééclampsie ont été recensés soit une fréquence de 19,36 %. L'âge moyen des cas de prééclampsie était de 27,10 ans et la tranche d'âge 30-39 ans étaient majoritaires (35,65 %). Les primigestes et les nullipares étaient majoritaires respectivement 30 % et 27,83 %. Le recours aux services de CPN était de 92,17 % dont 88,18 % des cas ont été enregistrés au 3e trimestre de la grossesse. Dans 65,65 % des cas de prééclampsie, la tension artérielle était ≥ 140/90 et ≤ 159/109 au moment du diagnostic et la protéinurie était à 01 croix dans 62,18 % des cas. Le traitement pré transfert a concerné 45, 83 % des cas prééclampsie sévère, 72,73 % des cas d'éclampsie et 30,97 % des cas de prééclampsie modérée. La voie d'administration du sulfate de magnésium a été intra musculaire dans 100 % des cas et le respect du protocole de traitement pré transfert a été observé dans 95 %. Environ 52 % des cas ont été référés/évacués vers un établissement de santé de niveau supérieur.

Conclusion : la majorité des femmes font recours aux services de soins prénatals à leur troisième de grossesse rendant le dépistage de la prééclampsie tardive conformément aux normes recommandées par l'OMS.

Mots-clés : Épidémiologie, prééclampsie, Mali.

Abstract

Preeclampsia and eclampsia are common complications of pregnancy worldwide, particularly in sub-Saharan African countries. In 2022, preeclampsia/eclampsia accounted for 33.8% of deaths in Mali, while hemorrhage was the leading cause of maternal death (42%).

Methodology: This was a cross-sectional study based on retrospective data on pregnant women or women in childbirth admitted to the maternity wards of community health centers in the Sikasso region from January 1, 2021 to December 31, 2023. Sampling was exhaustive, based on data from pregnancy follow-up forms and partograms. Data entry and analysis were performed using STATA software version. 17.

Results: 230 cases of preeclampsia were identified out of a total of 1188 pregnancy and partogram follow-up forms, i.e. a frequency of 19.36%. The average age of preeclampsia cases was 27.10 years, with the 30-39 age group in the majority (35.65%). Primigravida and nulliparia accounted for 30% and 27.83% respectively. The use of ANC services was 92.17%, with 88.18% of cases recorded in the 3rd trimester of pregnancy. In 65.65% of preeclampsia cases, blood pressure was ≥ 140/90 and ≤ 159/109 at diagnosis, and proteinuria was 01 cross in 62.18% of cases. Pre-transfer treatment was used in 45.83% of severe preeclampsia cases, 72.73% of eclampsia cases and 30.97% of moderate preeclampsia cases. The route of administration of magnesium sulfate was intra-muscular in 100% of cases, and compliance with the pre-transfer treatment protocol was observed in 95%. Some 52% of cases were referred/evacuated to a higher-level healthcare facility.

Conclusion: the majority of women seek antenatal care services at their third trimester of pregnancy, making screening for preeclampsia late in accordance with WHO-recommended standards.

Keywords: Epidemiology, preeclampsia, Mali.

Introduction

La prééclampsie et l'éclampsie sont des complications courantes de la grossesse dans le monde entier, y compris dans les pays d'Afrique subsaharienne. La prééclampsie est définie comme une (HTA) avec protéinurie (>300 mg/24 h ou RAC >30 mg/mmol [265 mg/g]) (1), (2). L'incidence de la prééclampsie et de l'éclampsie varie d'un pays à l'autre et est estimée entre 02 et 10 % des grossesses chaque année(3). Une étude systématique portant sur 40 pays et près de 39 millions de femmes a estimé que 4,6 % et 1,4 % de tous les accouchements étaient compliqués par une prééclampsie et une éclampsie, respectivement, avec une grande variation entre les régions(4). Selon les estimations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'incidence de la prééclampsie dans les pays en développement (2,8 % des naissances vivantes) est sept fois plus élevée que dans les pays développés (0,4 % des naissances vivantes)(5).

Au Mali, selon les études publiées, la prévalence de la prééclampsie/éclampsie était estimée 2,60 % au Centre de Santé de Référence de Koutiala en 2018(6) et 12,32 % au CSRéf de Nioro en 2023(7).

En 2022, les prééclampsies/éclampsies représentaient 33,8 % des causes de décès au Mali les hémorragies constituaient soit 42 % la première cause de décès maternel suivies, selon le Système National d'Information Sanitaire et Social (SNIS) (8). La majorité des décès liée à la prééclampsie/éclampsie sont évitables si les femmes qui en sont atteintes reçoivent en temps utile des soins efficaces (3). Un quart des mortinaissances et des décès néonatals dans les pays en développement sont associés à la prééclampsie et à l'éclampsie (9).

Trois principaux retards entraînent une augmentation de l'incidence de la mortalité maternelle due à la prééclampsie : les retards dans le triage, le transport et le traitement. Ces retards se produisent respectivement au niveau de la communauté, du centre de santé primaire et de l'établissement hospitalier. Plusieurs facteurs sont à l'origine de ces retards : le manque de diagnostics financièrement réalisables et précis au point de service, des moyens et/ou des itinéraires de

transport inadéquats et l'indisponibilité de traitements appropriés en raison du coût financier ou du manque de soutien pharmaceutique(10).

De nombreuses femmes peuvent mourir ou être affectées de manière irréversible par la prééclampsie avant d'arriver à l'établissement hospitalier. De plus, les agents de santé au niveau communautaire sont les premiers à recevoir les patients, pour le diagnostic et la mise en œuvre d'un traitement rapide des cas de prééclampsie. C´est pour améliorer ce pronostic que nous avons initié cette étude de type analyse situationnelle au niveau des centres de santé communautaire (CSCom) de la région de Sikasso pour déterminer le profil épidémiologique de la prééclampsie et d'apprécier le traitement pré transfert de la prééclampsie sévère et l'éclampsie par le sulfate de magnésium.

Méthodologie

Notre étude s'est déroulée dans la région de Sikasso au sud du Mali. Il s'agissait d'une étude transversale descriptive qui s'est déroulée du 1er janvier 2021 au 31décembre 2023, soit une période de 03 ans.

Était incluse dans notre étude les cas de prééclampsie avec des fiches de suivi de grossesse et partogramme renseignés complément. Était exclus les cas de prééclampsie avec fiches de suivi de grossesses des femmes enceintes et partogramme incomplètement renseignés.

Les données ont été saisies sur Kobocollet et l'analysée avec le logiciel STATA version 17 (STATA Corporation, College Station, TX, États-Unis).

Résultats

Nous avons colligé 1188 fiches de suivi grossesse et partogramme ont été exploités, 230 cas de prééclampsie ont été recensés. La fréquence de prééclampsie était 19,36 % des femmes enceintes et accouchées.

L'âge moyen des cas de prééclampsie était de 27,10 ans avec un minimum de 15 ans et un maximum de 46 ans et l'écart type à 7,6.

Les cas de prééclampsie étaient plus fréquents chez la tranche d'âge 30-39 ans avec 35,65 % suivi des 20-29 avec 34,35 %, les moins de 20 ans ont constitué 23,91 % (tableau I).

Les primigestes étaient majoritaires avec 30 % des cas suivi des paucigeste avec 26, 90 % (tableau I). La gestité moyenne était de 3,66 avec des extrêmes de 01 et 13. Quant à la parité, la moyenne était de 2,5 avec un minimum de 0 et un maximum de 11. Les nullipares étaient les plus représentées des cas de prééclampsie avec 27,83% suivi des paucipares 25,22 % et les multipares avec respectivement 19,13 % (tableau I).

Seulement 4,35 % des cas de prééclampsie ont été enregistrés dans le post partum et 95,65 % lors des CPN et du travail d'accouchement.

Sur 230 cas, (92,17 %) ont fait recours aux services de CPN, 33 avaient bénéficié de plus quatre (04) consultations prénatales (CPN) (14,35 %) et 7,83 % n'avaient pas fait de CPN (tableau II).

Le nombre moyen de consultation prénatale était de 2,18 avec des extrêmes de 0 et 5.

La semaine d'aménorrhée moyenne était de 34,66 avec un minimum de 16 et un maximum de 42. Aucun cas de prééclampsie n'a pas été notifié au premier trimestre de la grossesse et 88,18%, des cas ont été enregistré au troisième trimestre due au fait que la majorité des femmes qui ont fait recours au service de CPN étaient vues au 3e trimestre de la grossesse.

Dans notre étude, l'ensemble des cas ayant fait recours au centre de santé sont venues d'elles- même.

Chez la majorité des cas de prééclampsie (65,65 %) avaient la tension artérielle entre ≥ 140/90 et ≤ 159/109 au moment du diagnostic (tableau I).

Concernant la recherche des signes de dangers, la majorité des cas de prééclampsie présentaient au moins un signe de dangers (86,09 %). Les principaux signes de dangers étaient la céphalée (33,04 %), les troubles visuels (24,35 %), convulsions/coma (11,30 %) et autres (7,39 %).

Tous les cas de prééclampsie de notre échantillon avaient réalisé la protéinurie à la bandelette urinaire (230) soit 100 %. Les résultats de la protéinurie désignaient que plus de la moitié des cas de

prééclampsie (143) avaient une protéinurie positive à 01 croix (62,18 %) suivi de 02 croix (21,30 %), les traces (27) représentaient 11,74 % et les protéinuries positives à 03 croix (11) constituaient 4,78 % (tableau II).

Cent-treize cas étaient classés prééclampsie modérée (49,13 %), prééclampsie sévère 95 cas (41,30) et l'éclampsie 22 cas (9,57) (tableau II).

Dans le cadre du traitement indiqué au niveau des centres de santé, 44 cas de prééclampsie sévère et 16 cas d'éclampsie ont reçu le traitement pré transfert au sulfate de magnésium avec respectivement 45, 83 % et 72,73 %. En revanche, 30,97 % des cas de prééclampsie modéré (35) ont reçu le sulfate de magnésium alors que ce traitement n'est pas indiqué dans ces cas.

La voie intra musculaire a été le plus préférée pour l'administration du MgSO4 (100 %).

Pour le respect du protocole de traitement pré transfert, 95 % des prestataires ont adhéré. La surveillance post administration du MgSO4 pour la recherche d'une intoxication était effective dans 97 % des cas et les principaux signes ont été la recherche du reflexe ostéotendineux et la diurèse (73,12 %), la fréquence respiratoire (15 %).

Cent-vingt (120) cas de prééclampsie (52,17 %) ont été référés/évacués vers un établissement de santé de référence I ou II, 101 cas soit 43,91 % ont été pris en charge au niveau du CSCom et 06 cas non déterminés (2,61 %).

La référence/évacuation a été couramment faite chez les femmes atteintes de prééclampsie sévère avec 73,63 %, pour l'éclampsie elle était de 40,91 % et la prééclampsie modérée 39,63 %.

Dans notre étude, il a été enregistré 09 cas de décès maternel sur les 120 pris en charge au niveau du CSCom soit une létalité de 7,5 %.

Par rapport à l'issue de la grossesse, 09 morts nés (9 %), 89 nés vivants (89 %) dont 11 réanimés (12,35 %) et un nouveau-né référé (1,12 %).

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques des cas de prééclampsie dans les CSCom de la région de Sikasso au Mali

Variable	Effectif : n=230	Pourcentage
Districts		
Kadiolo	71	30,87
Sikasso	90	39,13
Bougouni	51	22,17
Koutiala	18	7,83
Tranche d'âge		
< 20 ans	55	23,91
20-29 ans	79	34,35
30-39 ans	82	35,65
40-49 ans	14	6,09
≥ 50 ans	0	0
Gestité		
Primigeste	69	30
Paucigeste	60	26,09
Multigeste	45	19,57
Grand multigeste	56	24,35
Parité		
Nullipare	64	27,83
Primipare	35	15,22
Paucipare	58	25,22
Multipare	44	19,13
Grand multipare	29	12,61

Tableau II : Prévalence de la prééclampsie et caractéristiques cliniques des cas de prééclampsie dans les CSCom de la région de Sikasso au Mali

Variable	Effectif : n=230	Pourcentage
Consultation prénatale		
Pas de CPN	18	7,83
CPN 1 -CPN3	179	77,83
CPN4 et plus	33	14,35
Age de la grossesse		
Trimestre 1	0	0
Trimestre 2	26	11,82
Trimestre 3	194	88,18
Valeur de la TA au moment du diagnostic		
TA non précisé	2	0,87
≥ 140/90, et ≤ 159/109	151	65,65
≥ 160/110	77	33,48
Recherche de signes de dangers		
Pas de signe de danger	13	5,65
Présence de signes de dangers	198	86,09
Non précisé	19	8,26
Protéinurie		
Trace	27	11,74
P=+	143	62,17
P=+ +	49	21,3
P=+ ++	11	4,78

Discussion

La prévalence est très élevée dans les pays en voie de développement avec des taux de prévalence variable, selon les auteurs. Dans notre étude, sur 1188 fiches de suivi grossesse et partogrammes exploités, la fréquence retrouvée était de 19,46 % qui est très élevé par rapport à celle du monde (4,6 %) avec une grande variation entre les régions(4). En Afrique, les prévalences retrouvées sont des statistiques hospitalières avec des taux variant

de (12,32 %) au Mali (7), 12,4 % en Ethiopie(12), 10,5 % au Benin (13), 7 % au Maroc (14) 1,74 % au Nigéria (15) et 4,85 % au Bangladesh(16).

L'âge moyen retrouvé dans notre étude était de 27,10 ans avec des extrêmes de 15 et 46 ans. La catégorisation de l'âge varie d'une étude à l'autre, la plupart des études ont catégorisé le jeune âge comme étant inférieur à 20 ans. La prééclampsie était plus fréquemment rencontrée dans la tranche d'âge 30-39 ans, avec 35,65 % pour notre étude. Certains auteurs avaient obtenu des résultats similaires. Dans l'étude de Benjelloun, 46 % des femmes avaient l'âge entre 30-39 ans, l'âge moyen des patientes à 29,9 % ans avec des extrêmes de 16 et 46 ans(14). Contrairement à d'autres études, la tranche d'âge la plus représentée était celle des 14-19 ans (40,1 %), 20-29 ans (74 %), 25-29 ans (36,4 %), 20-24 ans (44,7 %) (67,1 %) 20-34 ans, (17), (16) (18),(19), (20).

Du point de vue de la gestité, les primigestes étaient les plus touchées (30 %), ce qui est similaire à la littérature consultée avec respectivement (37,7 %, 60 %, 57 %), (7),(20), (14). Cette prédominance des primigestes sont conforme aux données de la littérature qui considèrent ce facteur de risque comme l'un des plus importants.

Les nullipares représentaient la majorité des cas de prééclampsie avec 27,83 % de notre étude, ce qui se rapproche de celui de l'auteur Sidiki avec 47,7 %(17). Selon une revue systématique et méta-analyse, la nulliparité présente la plus grande fraction attribuable dans la population pour la prééclampsie avec 32,3 %(21).

Contrairement à notre étude les primipares étaient les plus fréquemment représentées avec 37,7% selon différentes études (7) 57 % (14) 64,7 % (19) et multipares (48,1 %)(22).

Notre étude a enregistré 92,17% de recours aux services de CPN, ceci consolide les données de la littérature 98 % dans les pays à ressources élevées, mais un peu loin de ceux des pays a revenu faible ou intermédiaire 68 % (23).

La mesure de la pression artérielle au moment du diagnostic, (65,65 %) avait la tension artérielle entre ≥ 140/90 et ≤ 159/109. D'autres auteurs avaient retrouvé 12,4 % pour la même catégorisation de la tension artérielle (12). En revanche les chiffres tensionnels étaient très élevés dans d'autres études (81,8 %) des cas avec une PAS comprise entre 160 et 250 mmHg et (97,4 %) une PAD comprise entre 90 et 109 mmHg (13) (7) (17).

Les signes de dangers étaient dominés par les céphalées dans notre étude ce qui en phase avec les auteurs comme Benjelloun et al (14). D'autres auteurs comme Sena a retrouvé la douleur abdominale plus fréquente (26,5 %) (13).

Le dosage de la protéinurie de la bandelette urinaire était de 100 % dans notre étude ce qui n'était pas le cas chez certains comme les auteurs Williams et Firoz (23) (16). Pour le résultat de la protéinurie réalisée à la bandelette nous avons enregistré la fréquence à une croix de 62,17 % contrairement à d'autres auteurs qui avaient enregistré trois croix dans 70 % des cas(7) et 6 %(14).

La prééclampsie était diagnostiquée dans 88,18 % des cas au troisième trimestre de la grossesse avec des extrêmes de 16 et 42, ce qui concorde avec les résultats des auteurs comme Benjelloun (14), (13). Alors que l'Institut national de la santé et de l'excellence clinique de Londres en 2008 recommande une évaluation de la prééclampsie aux semaines 16, 28, 34, 36, 38, 40 et 41 pour les femmes en bonne santé ayant un seul fœtus (24).

La prédominance des formes modérées dans notre étude (41,30 %) concorde avec les données de la littérature, selon laquelle la tension artérielle dans la prééclampsie est habituellement modérée(14), (25). Cette prédominante est différente de celle retrouvée chez Williams et al en 2019 ou plus de la moitié (81,62 %) était des cas de prééclampsies sévères et éclampsies(16).

Au Mali la prise en charge de la prééclampsie dans les CSCom consistent à administrer le traitement pré transfert et référer/ évacuer la femme, selon la politique et normes et procédures en santé de la reproduction (26). Dans notre étude nous nous sommes basés sur le traitement pré transfert au sulfate de MgSO4 pour

les cas de prééclampsie sévère et d'éclampsie. Les cas prééclampsie ayant reçu ce traitement dans 41% de l'ensemble, avec 45, 83 % pour la prééclampsie sévère et 72,73 % pour l'éclampsie. Dans la littérature le MgSO4 a été fréquemment utilisé dans les cas d'éclampsie par rapport à la prééclampsie sévère au niveau des centres de santé primaires alors que l'OMS recommande le MgSO4) pour les femmes atteintes de prééclampsie sévère et d'éclampsie (27). Ceci montre une sous-utilisation de ce médicament où il doit être utilisé, mais aussi une utilisation abusive par rapport aux cas de prééclampsie modérée avec 30,97 %.

La voie d'administration prédominante pour le niveau primaire est la voie IM tel qu'indiqué dans notre étude (100 %) et dans la littérature(16), (27).

La référence/évacuation a concerné plus les cas de prééclampsie sévère 73,63 %, l'éclampsie 40,91 %, et 39,63 % prééclampsie modérée. Contrairement à la littérature ou presque tous les cas d'éclampsie ont été référés (94 %) et la prééclampsie sévère (60 %)(16).

Conclusion

Les centres de santé communautaire constituent le premier contact des femmes pour le suivi de leur grossesse et le lieu de prise en charge d'éventuelles complications liées à cette grossesse, à l'accouchement et au post partum. Notre étude a montré que la majorité des femmes font recours aux services de soins prénatals à leur troisième de grossesse rendant le dépistage de la prééclampsie tardive conformément aux normes recommandées par l'OMS. De plus, la prise en charge de la prééclampsie à ce niveau par rapport au traitement pré transfert par le MgSO4 et la référence/évacuation vers l'échelon de référence n'est pas mise en œuvre, selon les directives nationales. Cependant, il est nécessaire de former les agents de santé communautaire aux concepts liés à la prévention et à la prise en charge de la prééclampsie et de l'éclampsie en particulier.

Limites

Peu de données spécifiques sur les CSCom, combinée à des biais liés au niveau de soin, au suivi prénatal insuffisant et au remplissage des dossiers, rend difficile une estimation précise du profil épidémiologique de la prééclampsie dans ces centres.

***Correspondance**

Assitan Baya Sidibé

assitanbsidibe@yahoo.fr

Disponible en ligne : 29 Décembre 2025

1 : Office National de la Santé de la Reproduction (ONASR)
2 : Institut National de la Santé Publique
3 : Centre de Santé de Référence de la Commune II de Bamako
4 : Centre de Santé de Référence de Koutiala
5 : Hospital de Sikasso
6 : Université Gamal Abdel Nasser de Conakry
7 : Faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS)

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2025

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

[1] Unger T, Borghi C, Charchar F, Khan NA, Poulter NR, Prabhakaran D, et al. 2020 International Society of Hypertension global hypertension practice guidelines. Hypertension. 2020;75(6):1334-1357.

[2] Ramos JGL, Sass N, Costa SHM. Preeclampsia. Rev Bras Ginecol Obstet. 2017;39(9):496-512.

[3] Duley L. The global impact of pre-eclampsia and eclampsia. Semin Perinatol. 2009;33(3):130-137.

[4] Abalos E, Cuesta C, Grosso AL, Chou D, Say L. Global and regional estimates of preeclampsia and eclampsia: a systematic review. Eur J Obstet

Gynecol Reprod Biol. 2013;170(1):1-7.

[5] Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. Lancet Glob Health. 2014;2(6):e323-e333.

[6] Djigande PMN. [Thèse]. Présentée et soutenue publiquement le 30 octobre 2020 devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie de Bamako; 2020.

[7] Telly N. Prise en charge de la prééclampsie au Centre de Santé de Référence de Nioro du Sahel (Mali). [Mémoire]. 2023.

[8] Ministère de la Santé et du Développement Social. Statistique secteur santé développement. Annuaire 2022 du Système National d'Information Sanitaire et Social (SNISS) [Internet]. Bamako; 2023. p. 205. Disponible sur : http://www.sante.gov.ml/index.php/component/k2/item/7135-annuaire-2022-systeme-national-d-information-sanitaire-et-social-sniss

[9] Nguyen Ngoc NT, Merialdi M, Abdel-Aleem H, et al. Causes of stillbirths and early neonatal deaths: data from 7993 pregnancies in six developing countries. Bull World Health Organ. 2006;84(9):699-705.

[10] Firoz T, Sanghvi H, Merialdi M, von Dadelszen P. Pre-eclampsia in low- and middle-income countries. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2011;25(4):537-548.

[11] Ministère de la Santé et du Développement Social (Mali). Plan stratégique de la santé de la reproduction de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, des adolescents et de la nutrition (SRMNIA-NUT) 2020-2024 [Internet]. Disponible sur : https://files.aho.afro.who.int/afahobckpcontainer/production/files/Plan_SRMNIA-Nut_2020_2024.pdf

[12] Belay AS. Prévalence et facteurs associés de la prééclampsie chez les femmes enceintes fréquentant les soins prénatals à l'hôpital de référence de Mettu Karl, Éthiopie. [Mémoire]. 2019.

[13] Sena NZ. La prééclampsie : profil épidémio-clinique et pronostique dans les centres hospitaliers de Ziguinchor. [Mémoire]. 2020 août. Disponible sur : http://rivieresdusud.uasz.sn/xmlui/handle/123456789/1548

[14] Benjelloun AT, Benchrifi Y, Mahdaoui S, Samouh N. Épidémiologie de la prééclampsie dans la région du Grand Casablanca.

[15] Ajah LO. The feto-maternal outcome of preeclampsia with severe features and eclampsia in Abakaliki, South-East Nigeria. J Clin Diagn Res [Internet]. 2016 [cité le 17 mars 2025];10(9):QC18-QC21. Disponible sur : http://jcdr.net/article_fulltext.asp?id=8499

[16] Williams A, Khan MA, Moniruzzaman M, Rahaman ST, Mannan II. Prise en charge de la prééclampsie, de la prééclampsie sévère et de l'éclampsie dans les établissements de soins primaires au Bangladesh. 2019.

[17] Sidiki B. Évaluation de la prescription du sulfate de magnésium dans la prise en charge de la prééclampsie sévère et de l'éclampsie au CHU Gabriel Touré. [Mémoire]. 2020. Disponible sur : https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/3864

[18] Ma'ayeh M, Costantine MM. Prevention of preeclampsia. Semin Fetal Neonatal Med. 2020;25(5):101123.

[19] Das S, Das R, Bajracharya R, Baral G, Jabegu B, Odland JØ, et al. Incidence and risk factors of pre-eclampsia in Paropakar Maternity and Women's Hospital, Nepal. Int J Environ Res Public Health. 2019;16(19):3571.

[20] Grum T, Seifu A, Abay M, Angesom T. Determinants of preeclampsia/eclampsia among women attending delivery services in public hospitals of Addis Ababa, Ethiopia: a case-control study. 2017.

[21] Meazaw MW, Chojenta C, Muluneh MD, Loxton D. Factors associated with preeclampsia and eclampsia in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2020;15(8):e0237600.

[22] National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Antenatal care: routine

care for the healthy pregnant woman. Clinical guideline. London; 2008.

[23] Ministère de la Santé et du Développement Social. Politique, normes et procédures en santé de la reproduction. Volume 3 [Internet]. 2019. Disponible sur : http://www.sante.gov.ml/docs/PNP%20-%20VOLUME%203%20-%20Oct%2019_VF.pdf

[24] Organisation mondiale de la Santé. Recommandations de l'OMS pour la prévention et le traitement de la prééclampsie et de l'éclampsie [Internet]. Genève : OMS; 2014 [cité le 18 sept 2024]. 38 p. Disponible sur : https://iris.who.int/handle/10665/138406.

Pour citer cet article :

AB Sidibé, M Berthé, D Coulibaly, S Traoré, SA Traore, MI Ben et al. Profil épidémiologique de la pré éclampsie dans les centres de santé communautaire de la région de Sikasso au Mali. Jaccr Africa 2025; 9(4):362-370

https://doi.org/10.70065/2594.jaccrAfri.003L022912