



Impact du terme gestationnel sur le pronostic materno-fœtal après intoxication aiguë au paraquat

Une analyse poolée systématique- 85 cas

DIARRA Boubacar · KEZZA Crépin · LICAJ Idlir

Service de Médecine d'Urgence & Épidémiologie — CHU Guyane, Saint-Laurent-du-Maroni

9e JTS des Soignant·e·s de Guyane | 22–23 avril 2026

22 & 23
AVRIL
2026

1 — INTRODUCTION

- **Herbicide hautement toxique** → mortalité élevée par défaillance multiviscérale (stress oxydatif). Usage agricole répandu en Guyane.
- **Chez la femme enceinte** : double enjeu maternel et fœtal, mécanismes distincts selon le terme.
- **2 cas motivants** : 2023 (20 SA) → double survie ; 2025 (10 SA) → décès fœtal.

Objectif : Analyser l'impact du terme gestationnel sur la survie materno-fœtale (analyse poolée, n=85).

Design : Analyse poolée systématique (PubMed, Scopus, Web of Science), jusqu'en 2024

Population : 85 femmes enceintes intoxiquées au paraquat

Statistiques : Kaplan-Meier · Cox multivarié · Régression logistique (seuil p<0,05)

Critère principal : décès maternel et/ou fœtal

3 — RÉSULTATS

n=85 | Âge moyen : 25,9 ans | Terme moyen : 25,8 SA | Traitement <4h : 55,3%

Répartition par trimestre & survie

Trimestre	Maternelle	Fœtale
Globale	73,1% IC95% [62,7–81,2%]	72,9%
T1 (n=22, 25,9%)	Survie ↓ (log-rank p=0,038)	68,2%
T2 (n=31, 36,5%)	Survie ↑	74,2%
T3 (n=32, 37,6%)	Survie ↑↑	75,0%

Période critique : 69,2% des décès avant J4, pic J3, aucun décès après J20.

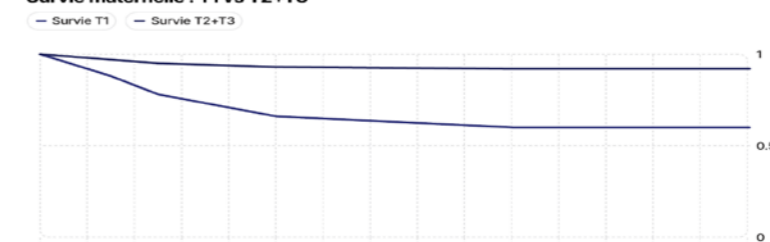
Facteurs pronostiques

Facteur	Survivantes n=62	Décédées n=23	P
Dose PQ (mg)	1245 ± 1856	8 642 ± 6 328	<0,
Traitement <4h	68,5%	15,4%	<0,
Âge maternel	25,8 ans	26,3 ans	0,6
Terme (SA)	26,4	24,8	--

Cox : dose ingérée (HR=4,2 ; p<0,001) et délai de PEC (HR=0,31 ; p<0,001) = seuls prédicteurs indépendants.

3b — COURBE DE SURVIE (Kaplan-Meier)

Survie maternelle : T1 vs T2+T3



Log-rank p = 0,038 — Survie maternelle significativement plus faible au T1

HR fœtal = 1,31 / semaine (p=0,012) — Risque fœtal croissant après 20–24 SA

Aucun décès maternel après J20 — Fenêtre critique : J0 à J4

4 — ANALYSE ET DISCUSSION

Les œstrogènes et la progestérone confèrent une protection pulmonaire croissante à la mère, expliquant la meilleure survie maternelle au T3.

Le fœtus devient un second patient vulnérable après 20–24 SA, avec un risque croissant lié à la différenciation des pneumocytes de type II.

La survie maternelle (73,1%) dépasse celle de la population générale (48,0% ; OR=2,92 ; p<0,001) mais reste inférieure aux femmes non enceintes (83,2%).

5 — CONCLUSION

1. Double dynamique : protection maternelle ↑ et vulnérabilité fœtale ↑ avec le terme.
2. Facteurs clés : dose (×7 chez décédées) et traitement <4h (×4 chez survivantes).
3. Survie favorable : 73,1% vs 48,0% en population générale (OR=2,92 ; p<0,001).
4. Perspectives : confirmer le rôle hormonal, évaluer des thérapeutiques adjuvantes.

Le terme gestationnel doit être évalué en urgence et intégré dans la prise en charge.

SA : semaines d'aménorrhée · PQ : paraquat · HR : hazard ratio · OR : odds ratio · T1/T2/T3 : trimestres — CHU Guyane | 9e JTS des Soignant·e·s de Guyane | 22–23 avril 2026