

HTA ET GROSSESSE A BAMAKO: ÉPIDÉMIOLOGIE ET CLINIQUE

BA, H O, CAMARA Y, SANGARE I, MENTA I, SIDIBE N, SANOGO K.

Tirés à part : Dr. Bâ, Hamidou Oumar Cardiologie CHU Gabriel Touré BP: 267 Tél. : 222-27-12/671-95-11 e-mail. : bhamiba@yahoo.fr

RESUME

But : Etudier les aspects épidémiologiques de l'HTA de la femme enceinte (FE) à Bamako.

Matériel et méthodes : Étude prospective de janvier à décembre 2006 sur 250 FE hypertendues sans autre pathologie cardiovasculaire connue, réalisée au CHU Gabriel Touré et aux CSRef I et V de Bamako avec collecte et analyse des données sous SPSS v.11.

Résultats : La prévalence de l'HTA a été de 6,5%, la classe d'âge la plus représentée celle des 20-29 ans (38%). Les primigestes représentaient 36,8% , les paucigestes 32,4%. 85,6% étaient mariées, 74% des ménagères. 57,6% des patientes étaient non-scolarisées 28% avaient atteint le niveau du primaire. 16,4% étaient sous oestro-progestatifs et 6% obèses. 57,2% des patientes n'avaient pas le nombre minimum requis de trois CPN et 76,8% étaient vues au 3ème trimestre. L'HTA a été de grade 1 dans 40% et grade 2 dans 42,4%. La pré-éclampsie et l'HTA chronique représentaient 50,4% et 22% des cas.

Conclusion : l'HTA de la FE se caractérise par une survenue plus tardive, chez les ménagères avec prédominance de l'HTA grade 1 et 2. Le suivi prénatal est caractérisé par la difficulté de réalisation des examens complémentaires et le nombre insuffisant de consultations prénatales.

Mots clés : HTA, grossesse, épidémiologie, clinique

SUMMARY

Aim : To study epidemiological aspects of the high blood pressure in pregnancy in Bamako.

Material and methods : The study was prospective from January to December 2006 about 250 pregnant with arterial hypertension and without any other cardiovascular disorder. The study was performed in CHU Gabriel Touré and CSRef I and V in Bamako using SPSS v. 11 for collecting and analyzing data.

Results : Arterial hypertension prevalence was 6,5%, with 38% between 20-29 years. 36,8% of them were primigravida 32,4% and 32,4% had 1-3 gestations. 85,6% were married, 74% housewives. 57,6% of the pregnant were not send to school and 28% had primary school instruction 16,4% took contraceptives and 6% were obese. 57,2% didn't have the required minimal number of 3 prenatal consultations and 76,8% were seen in the third trimenon. High blood pressure stage 1 was seen in 40% and stage 2 in 42,4%. Pre-eclampsia and chronic Hypertension made resp. 50,4% and 22%.

Conclusion : High blood pressure in pregnancy is characterized by an later occur, by housewives with predominance of stage 1 and 3. Prenatal care is characterized by difficulties in realizing investigations and consultations in quantitative insufficient prenatal consultations.

Key words : arterial hypertension, pregnancy, epidemiology, clinical findings

INTRODUCTION

L'hypertension de la grossesse (HG) se retrouve chez 5 à 10% des femmes enceintes (1, 2, 3, 4).

Son importance comme facteur de risque lors de la grossesse a été largement soulignée dans la sous-région (5, 6, 7, 8) et dans le reste du monde (1, 9, 10, 11, 12)

Au Mali, il y a eu peu de publications sur le sujet, d'où le motif du présent travail avec comme objectifs de déterminer la prévalence et définir les aspects épidémiologiques et cliniques de l'HTA au cours de la grossesse.

MATERIEL ET METHODES

Nous avons mené une étude prospective de janvier à décembre 2006 au CHU Gabriel Touré et aux CSRef I et V du district de Bamako.

Avaient été incluses toutes les FE hypertendues sans autre pathologie cardiovasculaire et ayant accepté de participer à l'étude.

Exclus de l'étude avaient été les FE présentant autre pathologie cardiovasculaire, ou celles n'ayant pas donné leur accord. Les variables socio-démographiques, celles en rapport avec les Facteurs de Risque Cardio-Vasculaire, les antécédents et l'examen clinique et paraclinique avaient été récoltées. La classification utilisée pour l'HTA est celle du Joint National Comitee 7th (13)

RESULTATS

Epidémiologie : Sur 3845 femmes enceintes enregistrées pendant la période, 250 (6,5%) présentaient une HTA.

La classe d'âge 20-29 ans était la plus représentée avec 38% des cas (Tableau 1) Les 36,8% de nos patientes étaient des primigestes, 32,4% des paucigestes, 20,4% des multigestes et 10,4% des grandes multigestes (Tableau 2)

Les autres caractéristiques de l'échantillon étaient :

- le statut matrimonial de mariées : 85,6%,

- la profession de ménagères : 74%,
- la non-scolarisation et le niveau d'études primaires respectivement 57,6 et 28%,
- la prise d'oestro-progestatifs dans 16,4% des cas
- et l'obésité dans 6% des cas

les 24% des patientes n'avaient effectué aucune CPN. 33,2% avaient réalisé 1-2 CPN, 19,7% 3 CPN et 23,2% avaient au moins 4 CPN (Tableau 3)

Clinique : Sur les 250 patientes recrutées, 87 (34,8%) s'étaient présentées spontanément dans les formations sanitaires, contre 142 références (56,8%) et 21 évacuation (8,4%). La crise hypertensive et les contractions utérines douloureuses étaient les motifs de consultation les plus fréquents avec respectivement 32 et 27,2% .

Selon les critères de la 7th JNC, 17,6% présentaient une pré-HTA, 40% une HTA de grade 1 et 42% une HTA de grade 2. La grande majorité des patientes 192 (76,8%) était vue au troisième trimestre de la grossesse (Graphique 1).

Selon le type d'HTA, la pré-éclampsie représentait 50,4%, suivie de l'HTA chronique avec 22%. 14,8% et 11,2% représentaient respectivement des toxémies surajoutées et l'HTA gestationnelle (graphique 2)

Les signes fonctionnels retrouvés étaient les céphalées dans 60,4% des cas, les vertiges dans 48,4% des cas, les troubles visuels et les acouphènes dans respectivement 47,6 et 46,8% des cas. À noter que 28,4% des patientes ne présentaient pas de signes fonctionnels.

A l'admission, 7,2% des patientes présentaient une altération de la conscience ou de l'état général.

Les signes physiques retrouvés étaient les oedèmes des membres inférieurs dans 34,8% des cas, oedème des membres inférieurs et de la face dans 12,4% des cas. 52,8% ne présentaient pas du tout d'oedème.

L'auscultation cardiaque était normale dans 185 cas (74%), la tachycardie régulière étant la seule particularité retrouvée dans 19,6% des cas.

Traitement : Les patientes suivies avaient une monothérapie dans 42,8% des cas et une bithérapie dans 30,8% des cas, les médicaments les plus prescrits étaient les Inhibiteurs Calciques dans 33,49%, suivis de l'association Anti-hypertenseur Central + β -Bloquant dans 29,67% et les Anti-hypertenseurs Centraux seuls dans 25,84%.

DISCUSSION

Notre fréquence de 6,5% est en accord avec certaines données de la littérature (1, 9, 14), inférieure à celles d'autres auteurs (2,),

probablement du fait, que seules les femmes enceintes ayant donné leur accord avaient participé à l'étude et aussi du fait que toutes les FE référées, ne sont pas effectivement vues en consultation dans les services spécialisés. Par ailleurs les centres d'étude étant des structures de référence, une grande partie des patientes échappe au recrutement.

Le jeune âge des patientes et la primigestité ont été soulignés dans plusieurs études (1, 6, 15), en accord partiel avec nos données, car nous avons eu 36,8% de primigestes et seulement 23,2% de ces femmes avaient moins de 19 ans, ce qui fait supposer la survenue tardive des premières grossesses. Vega et al. (14) ont retrouvé l'âge avancé de la mère comme facteur de risque en accord avec nos données. Il ressort que même si la primigestité est un facteur, elle ne l'est pas en rapport avec le jeune âge.

La caractéristique courbe en double bosse de la tranche d'âge autrefois décrite n'a pas été retrouvée dans notre étude.

Les autres caractéristiques de notre échantillon, notamment la prédominance de mariées, de ménagères et le faible niveau d'instruction sont conformes à la structure socio-démographique du pays et en accord avec d'autres auteurs (5, 7). Ceci est en désaccord partiel avec certaines études qui ont retrouvé une fréquence plus basse chez les femmes avec une activité physique ou intellectuelle importante et/ou une couverture sociale médiocre (1).

Les 57,2% de nos patientes n'avaient pas effectué le nombre minimum de 3 CPN et parmi elles 24% n'avaient effectué aucune CPN, ce qui rejoint en partie les données de la structure démographique de notre échantillon et pourrait être l'expression d'un déficit de dépistage, probablement par insuffisance de sensibilisation.

34,5% de nos patientes s'étaient présentées d'elles mêmes dans les structures sanitaires, 56,8% avaient été référées et 8,4% évacuées, cet état de fait pouvant s'expliquer par la consultation tardive, pratiquement au stade des complications.

Le motif d'admission le plus fréquent a été la poussée hypertensive, très probablement par absence de visites préventives (CPN).

Les classiques signes d'HTA :céphalées, vertiges et acouphènes avaient été sans surprise retrouvés avec les céphalées comme signe le plus fréquent.

Dans notre échantillon 17,6% présentaient une pré-HTA, 40% une HTA grade 1 et 42,4% une HTA grade 2 selon la classification du JNC 7 (13). Nous n'avons pas trouvé d'études ayant utilisé cette classification, rendant difficile la comparaison avec d'autres auteurs.

Comme dans d'autres études (2), la pré-éclampsie était de loin la plus représentée. Le traitement instauré n'avait pas pu être apprécié à long terme, le délai de suivi ne dépassant pas six mois.

CONCLUSION

l'HTA chez la femme enceinte, longtemps considérée comme exclusive de la jeune primipare, n'est pas une pathologie rare, caractérisée qu'elle est dans notre milieu par la prédominance des grades 1 et 2 et de la pré-éclampsie.

Le suivi des patientes est caractérisé par la difficulté de réalisation des examens complémentaires et le nombre insuffisant de consultations prénatales réalisées par femme.

REFERENCES

1. **BEAUFILS M.** Hypertension artérielle gravidique. Encyclopédie médico-chirurgicale. Cardiologie, 11-302-K-10, 2001, 15.
2. **WALI A, SURESH MS.** Maternal morbidity, mortality, and risk assessment. *Anesthesiol Clin.*, 2008 Mar; 26(1):197-230, ix
3. **ONYIRIUKA AN, OKOLO AA.** Neonatal morbidity pattern in infants born in Benin City to Nigerian mothers with hypertensive disorders in pregnancy. *Niger J Clin Pract*, 2007 Dec; 10(4):294-9
4. **COULIBALY BABY.** Hypertension artérielle de la femme enceinte dans le District de Bamako – A propos de 250 cas. Thèse de Médecine 2008 Bamako
5. **OUEDRAOGO C, TESTA J, SONDO B, KONE B.** Analyse des facteurs de risque de morbidité maternelle sévère à Ouagadougou, Burkina-Faso - Application à la fiche de consultation prénatale *Médecine d'Afrique Noire*, 2001: 48 (10)
6. **BAH A.O., DIALLO M.H., DIALLO A.A.S., KEITA N., DIALLO M.S.** Hypertension artérielle et Grossesse: aspects épidémiologiques et facteurs de risques. *Médecine d'Afrique Noire* : 2000; 47 (10)
7. **I.A. TOURE, F. BRAH, A. PRUAL.** Hypertension artérielle (HTA) et Grossesse au Niger: études cas/témoins: à propos de 70 cas. *Médecine d'Afrique Noire* : 1997; 44 (4)
8. **LIU CM, CHENG PJ, CHANG SD.** Maternal complications and perinatal outcomes associated with gestational hypertension and severe preeclampsia in Taiwanese women. *J Formos Med Assoc.*, 2008 Feb; 107(2):129-38.
9. **SAVARD, PATRICE.** Prédilection génétique à l'hypertension de grossesse : polymorphismes de gènes de la détoxication. Mémoire Université Laval du Québec 2005
10. **CISSE C.-T., FAYE DIEME M.-E., NGABO D., MBAYE M., DIAGNE P.-M., MOREAU J.-C.** Indications thérapeutiques et pronostic de l'éclampsie au CHU de Dakar. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la*

Reproduction, 2003 Mai ; Vol 32 - N° 3-C1 : 239 - 245

11. **ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.** Maternité sans risque. OMS, 1995 ; (18) : 3

12. **CATON AR, BELL EM, DRUSCHEL CM.** National Birth Defects Prevention Study. Maternal hypertension, antihypertensive medication use, and the risk of severe hypospadias. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol.*; 2008 Jan; 82(1):34-40

13. **NATIOINAL INSTITUT OF HEALTH.** The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. NIH Publication No. 04-5230. August 2004

14. **VEGA CE, KAHHALE S, ZUGAIA M.** Maternal mortality due to arterial hypertension in São Paulo City (1995-1999). *Clinics* 2007 Dec; 62(6):679-84

15. **BAH A.O., DIALLO M.H., CONDE A. M., KEITA N.** Hypertension artérielle et Grossesse: mortalité maternelle et périnatale. *Médecine d'Afrique Noire*, 2001 ; 48 (11)

Tableau 1 : Répartition des FE en fonction de la tranche d'âge

Age	Nombre de cas	Pourcentage
≤ 19	58	23,2
20-29	95	38
30-39	81	32,4
≥ 40	16	6,4

Tableau 2 : Répartition des FE en fonction de la gestité

Gestité	Nombre de cas	Pourcentage
Primigeste	92	36,8
Paucigeste	81	32,4
Multigeste	51	20,4
Grande multigeste	26	10,4

Graphique 1: Répartition des FE selon la période de découverte de l'HTA

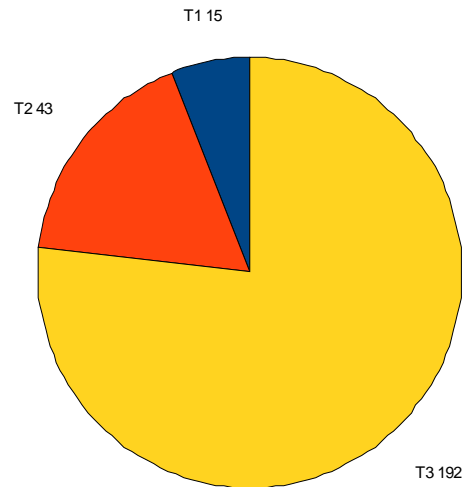


Tableau 3 : Répartition des FE en fonction du nombre de CPN réalisées :

Nombre de CPN	Nombre de cas	Pourcentage
0	60	24
1-2	83	33,2
3	49	19,7
≥ 4	58	23,2

Graphique 2: Répartition selon le type d'HTA

