

HYPERTENSION ARTERIELLE ET GROSSESSE

ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET FACTEURS DE RISQUES

BAH A.O., DIALLO M.H., DIALLO A.A.S., KEITA N., DIALLO M.S.

RESUME

En Guinée, l'Hypertension artérielle (HTA) au cours de la grossesse constitue de plus en plus une pathologie préoccupante en raison de sa forte prévalence 17,05 %. Nous rapportons une série de 226 patientes hypertendues ayant bénéficié d'une hospitalisation à travers une étude prospective étalée sur une période de 21 mois allant du 1er octobre 1997 au 30 juin 1999. Notre échantillon se répartit comme suit : pré-éclampsie : 150 cas, HTA chronique : 19 cas, pré-éclampsie surajoutée 14 cas, HTA transitoire : 43 cas. La durée moyenne d'hospitalisation a été de 13 ± 8 jours avec les extrêmes allant de 3 à 50 jours. 166 femmes étaient non scolarisées. La multiplicité des facteurs de risque a été un fait très remarquable car plus de la moitié de nos patientes avaient 3 ou 4 facteurs de risque (51,32 %). Les primigestes ont été touchées d'autant plus qu'elles sont jeunes avec une fréquence maximale de 49,11 % pour la tranche d'âge 15-24 ans, mais les facteurs de risque à cet âge ne sont pas négligeables notamment la primigeste (49,55 %) et l'HTA familiale (32,74 %). Les facteurs de risque jouent un rôle important dans la survenue de l'HTA et la gravité des complications.

Mots clés : Hypertension artérielle, grossesse, épidémiologie, facteurs de risque.

INTRODUCTION

C'est une pathologie préoccupante pour l'obstétricien en raison de sa forte prévalence 10-15 % des femmes enceintes (1). Selon NORES et Coll., l'HTA au cours de la grossesse est un problème d'actualité dont l'importance épidémiologique va croissant au point où, pour l'OMS, 8,10 % de ces troubles tensionnels de la grossesse constituent un problème de santé capital d'ampleur mondiale (2).

La Guinée, pays en voie de développement n'échappe pas à cette affection ; l'incidence de l'HTA a été évaluée dans

4 centres de santé de Conakry en 1993 à 17,38 % (3) ; elle serait aussi responsable de 20 % de décès à la maternité du CHU Ignace Deen (4). C'est pour toutes ces raisons que nous avons mené une étude prospective en milieu urbain dans le plus grand centre de référence.

Tout en respectant les normes tensionnelles, telles que définies par l'OMS, nous nous sommes fixés 2 grands objectifs :

- 1 - déterminer la prévalence de l'HTA au cours de la grossesse ;
- 2 - identifier les particularités épidémiologiques et les facteurs de risque.

CADRE, MALADES ET METHODES

Notre étude prospective et descriptive a été réalisée à la clinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique du CHU Donka. Cette clinique est un centre de référence pour les maternités des Hôpitaux régionaux et communaux, destiné à recevoir les femmes de tout âge gestantes ou non. Ce centre a une triple vocation : les soins, l'enseignement et la recherche.

Notre travail a concerné essentiellement les gestantes hospitalisées pour HTA.

Critères d'inclusion : toutes les gestantes, parturientes et femmes en suite de couches répondant aux critères d'HTA définis par l'OMS (PA $140/90$ mmHg).

Critères d'exclusion : nous avions exclu de cette étude les patientes hypertendues n'ayant pas été hospitalisées.

Les résultats ont été analysés suivant l'âge, la gestité, la durée d'hospitalisation, la provenance, le niveau d'instruction et les facteurs de risque ; ils ont été exprimés en pourcentage et en moyenne.

RESULTATS

Du 1er octobre 1997 au 30 juin 1999, nous avons enregistré 226 cas d'HTA sur un total de 1325 hospitalisations,

soit une fréquence de 17,05 %. La durée moyenne d'hospitalisation a été de 13 ± 8 jours, l'hospitalisation la plus longue était de 50 jours et la plus courte de 3 jours. L'âge de nos patientes variait entre 15 et 44 ans avec une moyenne de 25 ± 7 ans; la moyenne de la pression artérielle à l'entrée était de 190 ± 20 mmHg pour la systolique et 120 ± 10 mmHg pour la diastolique avec des maxima de 220 pour la systolique et de 160 mmHg pour la diastolique.

La plupart de nos patientes venaient de leur domicile : 157 soit 69,46 % ; 43 étaient évacuées soit 19,02 %, seulement 26 ont été référées soit 11,50 %.

La plupart n'avaient pas été scolarisées : 166, soit 73,47 % ; 11 avaient le niveau primaire, soit 4,86 %; 34 avaient le niveau secondaire soit 15,04 %; seulement 15 avaient le niveau supérieur soit 6,63 %.

64 avaient des antécédents d'HTA et 7 avaient des antécédents de maladies rénales.

Tableau I : Répartition selon l'âge

Age	Nombre	%
15-19 ans	66	29,2
20-24 ans	45	19,91
25-29 ans	41	18,14
30-34 ans	40	17,69
35-39 ans	26	11,5
40-44 ans	8	3,53
Total	226	100

La tranche d'âge la plus touchée est celle des 15-19 ans.

Tableau II : Répartition selon la gestité

Gestité	Nombre	%
I	112	49,55
II - III	39	17,25
IV - V	50	22,12
VI et plus	25	11,06
Total	226	100

Les primigestes ont été les plus touchées soit 49,55 %.

Tableau III : Facteurs de risque

Facteurs de risque	Nombre	%
Primigesté	112	49,55
HTA familiale	74	32,74
Obésité	27	11,94
Oestroprogestatifs	22	9,73
Hypercholestérolémie	19	8,4
Grossesse gémellaire	18	7,96
Néphropathie	7	3,09
Hydramnios	7	3,08
Môle hydatiforme	2	0,88

La primigesté et l'HTA familiale ont été les facteurs de risque les plus fréquents ; plus de la moitié de nos patientes avaient 3 ou 4 facteurs de risque (116 soit 51,32 %).

Tableau IV : Types d'HTA et période de diagnostic

Type	Pré-éclampsie	HTA chronique	Pré-éclampsie surajoutée	HTA transitoire
1er trim.		19	5	
2ème trim.			3	
3ème trim.	150		6	43
Total	150	19	14	43

Plus de la moitié de nos patientes (66,37 %) ont présenté une pré-éclampsie au cours du 3ème trimestre de leur grossesse.

DISCUSSIONS

La prévalence élevée dans cette série serait liée notamment à la multiplicité des facteurs de risque chez la même malade.

de en particulier la primigesté, l'HTA familiale, la surcharge pondérale, l'utilisation des œstro-progestatifs chez une femme antérieurement hypertendue comme l'ont souligné certains auteurs (1). Elle pourrait être également liée au fait que la maternité du CHU Donka constitue un grand centre de référence pour les maternités-satellites et les maisons d'accouchement de la ville de Conakry. Au Niger elle a été estimée à 8,9 % (2). En Asie, une enquête nationale chinoise rapporte un taux de 9,4 % (5). Dans les pays développés, ce taux varie de 9,3 % en France, 10,8 % au Royaume-Uni, 10-15 % aux U.S.A. (5).

L'HTA touche les primigestes d'autant plus qu'elles sont jeunes ; la fréquence est maximale entre 15-24 ans soit 49,11 %. Les facteurs de risque à cet âge ne sont pas négligeables, notamment la primigesté et HTA familiale. Nos résultats rejoignent la plupart de ceux des auteurs quant à la grande fréquence de l'HTA chez les primigestes (6). Par contre TOURE I.A. et Coll. ont rapporté dans une étude cas témoins un taux de 22,8 % chez les primigestes contre 77,2 % chez les femmes ayant une parité comprise entre 2 et 6 (2).

L'HTA gravidique est plus fréquente dans les milieux socio-économiques défavorisés et chez les femmes qui poursuivent pendant leur grossesse une activité pénible. Le diagnostic d'HTA chronique est facile lorsqu'elle est connue avant la grossesse, mais il est très difficile lorsqu'elle est constatée pendant la grossesse.

Chez les femmes ayant un antécédent familial d'HTA et/ou pré-éclampsie-éclampsie, le risque d'éclampsie est très élevé. Ce groupe à haut risque justifie une surveillance plus rapprochée. Les facteurs de risque jouent un rôle important dans la survenue de l'HTA et de la gravité des complications. Parmi les 74 malades ayant un antécédent familial d'HTA, 27 avaient les 2 parents hypertendus, 11 avaient seulement les pères hypertendus, 36 avaient leurs mères hypertendues dont 12 étaient issues de mères éclamptiques. Des études ont montré une fréquence de l'HTA de la grossesse de 28 % chez des femmes dont les filles souffraient de toxémie gravidique, alors qu'elle était de 13 % chez les femmes dont les filles avaient une grossesse normale (7).

L'obésité représente un facteur non négligeable dans notre étude, 27/226 soit 11,94 %. Ce chiffre est considérable quand on sait que l'obésité expose à GTA et au diabète. Les auteurs sont en général d'accord pour estimer que l'inci-

dence de l'HTA est plus élevée chez les femmes obèses (7).

La contraception œstro-progestative représente également un facteur assez important dans notre étude : 22/226 soit 9,73 % quand on sait que ce genre de pilules déclenche des poussées hypertensives chez les femmes antérieurement hypertendues (1). Six patientes étaient connues antérieurement hypertendues et sont tombées enceintes quelques mois après arrêt de la pilule. Ceci s'explique par l'auto-médication et la méconnaissance des indications et contre-indications des différents contraceptifs.

Nous avons rencontré au cours de notre enquête 19 cas d'hypercholestérolémie sur 226, soit 8,40 %. Elle serait due à la surcharge pondérale, à la consommation des graisses, à l'inactivité physique.

La gémellarité a concerné 18 patientes. Dans notre série, l'incidence de la toxémie gravidique est 2,5 fois plus élevée chez la primigeste dans les grossesses gémellaires. Il a été observé que l'incidence de la toxémie gravidique est chez la primigeste 5 fois plus élevée dans les grossesses gémellaires que dans les grossesses simples (7).

Au cours de notre enquête, 7 cas d'hydramnios ont été recensés, un cas était associé à des malformations fœtales (rétrécissement de l'œsophage, spina bifida). Le risque serait lié selon certains auteurs à la sur-distension utérine qu'il entraîne (1, 5).

Les antécédents de néphropathies glomérulaires exposent au risque d'HTA au cours de la grossesse (1). Elles se rencontrent essentiellement chez les multipares (6 cas sur 7). Elles évoluent vers l'insuffisance rénale. La néphropathie peut être une cause ou une conséquence de l'HTA.

2 cas de môle ont été notés, accompagnée de toxémie gravidique. C'est un fait bien connu qu'en présence d'une môle hydatiforme, l'incidence de l'HTA est plus élevée et le début plus précoce (8).

CONCLUSION

Les faits : prévalence élevée de HTA de la grossesse, le jeune âge, la multiparité rapprochée des patientes, la multiplicité des facteurs de risque, la gravité des complications, plaident pour les mesures préventives par la sensibilisation, l'éducation des populations et le dépistage précoce de l'HTA.

BIBLIOGRAPHIE

1 - LANSAC J., BEGER C., MAGNIN G

HTA et grossesse.

Obstétrique pour le praticien, 1990, 192-197.

2 - TOURE I. A., BRAH F., PRUAL A.

HTA et grossesse au Niger étude cas témoins à propos de 70 cas.

Médecine d'Afrique noire, avril 1997, 205-208.

3 - TALY M. L.

HTA en CPN dans 4 centres de santé de Conakry.

Thèse de Médecine, Université de Conakry, 1994.

4 - DIALLO A. B., CAMARA A. Y., CAMARA M. D., DIENG A., DIALLO M. S.

Aspects cliniques de l'HTA et ses complications au cours de la gravido-puerpéralité à la maternité du CHU Ignace Deen de Conakry.

Annales de SOGGO n°(41995) : 86-92.

5 - SIMON P.

Epidémiologie et physiopathologie de l' HTA de la grossesse. Résumés des communications de la réunion commune de la société de Néphrologie de l'Ouest, du syndicat des cardiologues de l'Ouest, de la fédération des cardiologues des pays de Loire, La Beauchée, Saint-Brieuc, 5 octobre 1996, p.1-2.

6 - DIADHOUI F., DIOUF S. M., BAO O., N'DIAYE F.

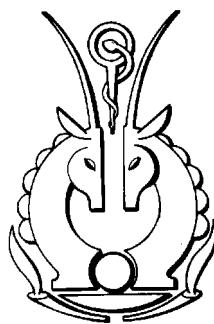
HTA et syndromes vasculo-rénaux chez la femme enceinte.

14ème journées Médicales et pharmaceutiques de Dakar, 17-21 janvier 1994, pages 38-39.

7 - OM S

Les troubles tensionnels (rapport d'un groupe d'étude de l'O.M.S).

Série de rapport technique, Genève, 1987.



Retrouvez
« Le Pharmacien d'Afrique »
 sur Internet
WWW.santetropicale.com

ainsi que

Médecine d'Afrique Noire, Médecine du Maghreb et
 Odonto-Stomatologie Tropicale