

■ DU TRAITEMENT DE L'HYPERTENSION ARTERIELLE ■ AU CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE FADA N'GOURMA A PROPOS DE 110 CAS.

Y.J. DRABO* ; A. DEMBELE* ; B.J. OUANDAOOGO** ; D. SERME**.

RESUME

Les auteurs rapportent leur expérience dans le traitement de l'HTA dans un CHR du Burkina Faso. Il s'agit de 110 patients (49 femmes et 61 hommes) dont les âges extrêmes varient de 26 à 72 ans.

Sur le plan étiologique, l'HTA est essentielle dans 107 cas.

Sur le plan thérapeutique, 80 % de patients ont été équilibrés par le régime hyposodé associé à un antihypertenseur. Chez 2 patients l'HTA a résisté à toutes les associations médicamenteuses. Il semble selon cette étude que les diurétiques et les antihypertenseurs centraux offrent le meilleur rapport efficacité/coût dans le traitement de l'HTA essentielle en milieu rural.

MOTS CLES : HTA ; régime hyposodé - diurétiques antihypertenseurs.

INTRODUCTION

Autrefois considérée comme une maladie des pays riches et industrialisés, l'hypertension artérielle (HTA) constitue de plus en plus en Afrique un motif courant de consultation en Médecine Générale.

La découverte d'une HTA pose au médecin exerçant en milieu rural des difficultés d'importance variable mais dont les plus ardues sont :

- la recherche d'une étiologie,
- l'évaluation du retentissement de l'affection sur les organes cibles,
- la mise en route d'un traitement médical efficace et peu onéreux pour le patient.

Le but du présent travail est de rapporter notre expérience dans le traitement de l'HTA en zone rurale.

* Service de Médecine Interne. CHR de Fada N'Gourma Burkina Faso.

** Service de Cardiologie - CHN-YO de Ouagadougou Burkina Faso

MATERIEL ET METHODE

- 110 patients adultes reconnus hypertendus ont été suivis en consultation de médecine générale au Centre Hospitalier Régional (CHR) de Fada N'Gourma au Burkina Faso.

La période d'étude va de Janvier 1989 à Décembre 1989. Les critères de définition de l'HTA sont ceux de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) à savoir :

- TA systolique supérieure ou égale à 160 mm Hg
- et/ou TA diastolique supérieure ou égale à 95 mm Hg.

Pour chaque patient est établie une fiche d'observation où sont consignés :

- les renseignements concernant la maladie (date de découverte, circonstances de découverte, signes fonctionnels, chiffres tensionnels, données de l'examen clinique)
- les renseignements fournis par les examens complémentaires réalisables ici : fond d'oeil (FO), dosage de l'urée sanguine, glycémie, radiographie de face des poumons, ECG et urographie intraveineuse (UIV),
- les modalités évolutives de l'affection (nombre de consultations, nombre d'hospitalisation, complications évolutives, etc),
- l'adhésion au traitement a été jugée bonne lorsque le traitement a été observé sans interruption, moyenne lorsque le traitement a été provisoirement interrompu, et mauvaise en cas d'abandon définitif du traitement,

- le protocole thérapeutique utilisé est le suivant :

. 1° stade : prescription d'un régime désodé pendant au moins un mois,

. 2° stade : en cas d'échec du régime désodé, institution d'une monothérapie comportant soit de préférence un diurétique, soit un autre antihypertenseur seul (antihypertenseur central, bêta-bloqueur, inhibiteur calcique),

. 3° stade : en cas d'échec, association médicamenteuses comprenant un diurétique ou non.

Cette fiche est tenue régulièrement à jour, ce qui nous permet d'en faire une synthèse au cours de cette étude.

RESULTATS

1. Prévalence de l'HTA au CHR de Fada N'Gourma :

Au cours de la période d'étude nous avons enregistré 2763 patients en consultation de médecine générale parmi lesquels 110 ont été reconnus hypertendus selon les critères fixés par l'OMS. Ces 110 patients représentaient donc 3 % de l'ensemble des consultants.

2. Répartition des patients selon le sexe :

Il y avait 61 patients de sexe masculin et 49 de sexe féminin (soit 55 % d'hommes contre 45 % de femmes).

3. Circonstances de découverte de l'affection :

Tableau I : Circonstances de découverte de l'HTA

| Circonstances de découverte | Nombre | Pourcentage |
|-----------------------------|--------|-------------|
| Signes fonctionnels | 80 | 72 % |
| Complications | 5 | 4 % |
| Découverte systématique | 25 | 23 % |

Ce tableau montre que dans un peu plus de 75 % des cas, l'HTA est découverte devant les signes fonctionnels du brightisme (céphalées, vertiges, palpitation, etc) ou au cours de complications évolutives à type d'accident vasculaire cérébral avec hémiplégie (2 cas) ou d'insuffisance cardiaque (3 cas).

Dans un peu moins d'un quart des cas, l'affection est découverte de façon systématique.

4. Facteurs de risque :

Tableau II : Facteurs de risque

| Antécédents | Nombre | Pourcentage |
|---------------------------------------|--------|-------------|
| Alcool | 90 | 80 % |
| Tabac | 5 | 4 % |
| Prise médicamenteuse favorisant l'HTA | 0 | 0 % |
| Pas de facteur de risque | 13 | 15 % |
| HTA dans la famille | 2 | 1 % |

Il ressort de l'analyse de ce tableau que le facteur de risque hypertensif le plus fréquent est l'alcool. Il s'agit surtout ici de consommation de bière de mil. Dans tous les cas, il a été difficile d'apprécier efficacement la quantité d'alcool consommée par jour.

La recherche d'antécédents d'HTA familiale n'a pas été possible à mener de façon fiable car les parents de la génération de nos patients sont très peu suivis médicalement. Dans près de 80 % des cas, nos patients sont des paysans.

5. Pathologie associée :

Il s'agissait surtout de :

- valvulopathie : 3 cas
- goutte : 1 cas
- obésité : 3 cas
- dystonie neuro végétative : 1 cas.

6. Répartition selon l'étiologie :

Nos 110 cas d'HTA se répartissaient comme suit :

- HTA essentielles : 107 cas soit 97 % de l'ensemble des HTA observées ;
- HTA secondaires : 3 cas soit 2 % de l'ensemble de nos patients. Il s'agissait ici :
 - . d'HTA par insuffisance rénale chronique dans 1 cas,
 - . d'HTA gravique : 1 cas,
 - . et de suspicion d'HTA rénovasculaire dans un cas.

7. Répartition des médicaments prescrits et résultats thérapeutiques

Tableau III : Répartition des médicaments prescrits au cours du traitement des patients

| Traitements prescrit | Nombre | Pourcentage |
|----------------------------------|--------|-------------|
| Régime sans sel | 110 | 100 % |
| Alpla méthyl dopa | 35 | 32 % |
| Diurétiques | 39 | 35 % |
| Bêta bloquant | 2 | 3 % |
| Inhibiteurs calciques | 2 | 3 % |
| Associations d'antihypertenseurs | 25 | 23 % |
| Divers * * | 5 | 4 % |

* Diurétiques prescrits : essentiellement furosémide

* Guanfacine, clonidine, prazosine.

Ce tableau montre qu'outre le régime sans sel prescrit dans tous les cas, diurétiques et antihypertenseurs centraux (Alpha méthyl dopa surtout) ont été proposés en mono-thérapie chez 67 % des malades. La monothérapie (tous les antihypertenseurs prescrits compris) a permis d'équilibrer près de 80 % des malades.

Nous avons eu recours à des associations médicamenteuses chez 20 % de nos malades. Les malades ont été vus en consultation au minimum tous les mois.

L'évolution ultérieure des malades traités a été jugée favorable avec maintien de la normalisation des chiffres tensionnels sous traitement - 2 échecs thérapeutiques ont été notés malgré les associations médicamenteuses.

8. L'adhésion au traitement :

Tableau IV : Répartition des malades selon leur adhésion au traitement

| Adhésion au traitement | Bonne | | Moyenne | | Mauvaise | |
|--|-----------|-----|-----------|----|-----------|-----|
| | Nb de cas | % | Nb de cas | % | Nb de cas | % |
| Régime sans sel | 10 | 9 | 80 | 72 | 20 | 19 |
| Diurétiques | 36 | 93 | 0 | 0 | 3 | 7 |
| Inhibiteurs de l'enzyme de conversion et inhibiteurs calciques | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 100 |
| Antihypertenseurs centraux | 35 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Comme l'indique le tableau IV, l'adhésion a été jugée bonne pour les diurétiques et l'alphanaméthyldopa. Le régime sans sel est souvent mal supporté et mal accepté et les malades n'y adhèrent qu'après de longues périodes d'explications.

L'interruption des traitements par les inhibiteurs de l'enzyme de conversion ou les inhibiteurs calciques semble s'expliquer par le coût très élevé de ces médicaments.

Il faut signaler que les malades acceptent difficilement les notions de maladie chronique et d'un traitement à vie. Aussi interrompent-ils fréquemment leur traitement lorsque les signes fonctionnels disparaissent.

DISCUSSION

L'HTA apparaît comme une maladie fréquente ; c'est peut être l'affection la plus commune de l'adulte africain (7). Sa

prévalence dans la population est estimée, selon les auteurs, entre 10 et 15 % (3, 7, 12 et 13).

Notre travail montre que l'HTA constitue 3 à 4 % des motifs de consultation en médecine générale. Bien que l'enquête étiologique soit plus difficile à réaliser en milieu rural, la plupart des HTA que nous avons observées sont d'origine essentielle, fait qui confirment les différents auteurs.

Dans ces conditions, traiter une HTA en zone rurale revient à instituer un traitement à vie, ce qui impose au médecin et aux patients eux-mêmes d'énormes problèmes : disponibilité des médicaments, coût du traitement, et adhésion à ce traitement à vie.

En zone rurale la plupart des antihypertenseurs ne sont pas disponibles ce qui nous oblige à choisir de façon arbitraire certaines spécialités médicamenteuses.

D'autre part le coût de la prise en charge d'un malade hypertendu est considérable aussi bien pour le malade que pour la société (3, 4, 5, 7, 14). Le médecin a donc le devoir de réduire la charge financière que constitue ce traitement en choisissant pour le malade un antihypertenseur efficace et peu onéreux.

Nous avons eu recours d'emblée au régime sans sel pour contrôler la tension artérielle et diminuer les doses d'antihypertenseurs prescrits. Selon BEARD cité par BERTRAND (4) il permettrait à lui seul d'équilibrer certains hypertendus dans des proportions de l'ordre de 30 %. Son inconvénient majeur est qu'il est rarement bien suivi ; seulement 9 % de nos patients avouent l'avoir observé correctement.

C'est pourquoi un traitement médical s'est avéré toujours nécessaire. De toutes les spécialités médicamenteuses utilisées, les diurétiques ont offert le meilleur avantage efficacité/prix. On estime avec JC TUAL (14) que la prescription d'un bêta bloqueur multiple le coût de traitement par 1,3 à 2 si on le compare au traitement diurétique pur ; ce coefficient passe à 2 pour un diurétique mixte, puis à 4,2 pour un inhibiteur de l'enzyme de conversion et enfin à 6,5 et 7,5 pour un inhibiteur calcique. Il est donc intéressant de commencer à traiter l'hypertendu en milieu rural par les diurétiques.

Un autre avantage de commencer le traitement de l'hyper-

tendu noir africain par les diurétiques comme le recommande FREIS (6) réside dans le fait que beaucoup d'auteurs observent que les Noirs (Américains et africains) sont plus sensibles aux diurétiques (6, 7, 15). Ce fait serait en relation selon eux avec l'existence d'une inflation du volume plasmatique et une tendance exagérée à la rétention sodée.

Contrairement aux diurétiques, l'efficacité des bêta-bloquants dans le traitement de l'HTA des Noirs fait l'objet de nombreuses controverses (2, 11, 15).

Enfin, l'adhésion au traitement est fonction du coût du tra-

tement antihypertenseur. Il s'agit là d'une donnée fondamentale à ne pas perdre de vue quand on sait qu'il s'agit d'un traitement à vie.

CONCLUSION

L'HTA est en passe de devenir en Afrique un problème de santé publique. Toute HTA dépistée doit être traitée efficacement. Le médecin dispose aujourd'hui de nombreux médicaments antihypertenseurs dont le choix doit tenir compte des critères de coût, de tolérance et d'efficacité sur les chiffres tensionnels. Ce travail confirme que diurétiques et antihypertenseurs centraux répondent mieux à ces critères.

BIBLIOGRAPHIE

1. ALMÉDIA T.R.
Le furosémide à libération lente dans le traitement de l'HTA essentielle : étude en double aveugle par rapport à l'hydro-chlorothiazide associé à l'amiloride.
F. Med (BR) 1982, (3), 693-698.
2. BERTRAND ED. DIÉNOT B, RAVINET
Etude du traitement de l'HTA par oxprenolol (comparé à un placebo) et par chlortalidone.
Med. Afri. Noire 1982, 29, (4) 271-275.
3. BERTRAND ED. RAVINET L - ODI ASSAMOI M.
L'HTA envisagée comme un problème de santé publique en Côte d'Ivoire.
Cardiol. Trop. 1983, 1, (28) 155-160.
4. BERTRAND ED. ET ODI ASSAMOI M.
L'HTA problème grave de santé publique en Afrique Noire.
Sem Hop Paris 1985, 61, 1061.
5. BROU AN. ODI ASSAMOI BERTRAND ED.
Le lasilix retard dans le traitement de l'HTA légère à modérée de l'Africain.
Médecine Digest/Le quotidien du Médecin
Volume XV n° 12 Déc. 1989 (supplément) 14-21.
6. FREIS ED.
Choice of initial treatment
J Cardio-vasc pharmaco 1985 (suppl) 112-116.
7. GOURNAY F. - Y. BENACIN - R. GRYMAN - C. MORGANT - P. ASSAYAG - P.E. VALERE
L'HTA du sujet noir.
Ann cardiol Angio, 1987, 36, (1) 31-35.
8. GRUNFELD J.P.
- Diurétiques, potassium et HTA
Rev Prat, 1986, 36, (55), 3237-3243.
9. HALL D. - SOUNDERS - SHULMANN N.B.
Hypertension in blacks
Epidemiology, pathology and treatment
1985 Year Book, Medical Publisher (Chicago).
10. IMBS JC
Pharmacologie des diurétiques
Rev Prat, 1986, 36, (55), 3223-3236.
11. KOATE P. - DIOUF S.
Contribution à l'étude de l'utilisation de l'acebutolol dans l'HTA. A propos de 31 dossiers chez le sénégalais
Dakar Medical, 1983, (28), 229-319.
12. M. BEAUFILS - GABRIEL RICHET
L'hypertension artérielle - Néphrologie Ellipses. AUPELF 1988, p 265-286.
13. T. HARRISON
Principes de médecine interne
Flammarion - Medsi 1980, p 1246-1259.
14. TUAL JC.
Coût de l'HTA : un traitement au long cours
Tribune médicale 1988, (245), 8-10.
15. VETERANS ADMINISTRATION COOPERATIVE STUDY GROUP ON ANTIHYPERTENSIVE AGENTS COMPARISON OF PROPANOLOL AND HYDRO-CHLOROTHIAZIDE FOR THE INITIAL TREATMENT OF HYPERTENSION.
Result of long treatment.
JAMA 1982, 248 : 2004-2011.