

# HYPERTENSION ARTÉRIELLE (HTA) ET GROSSESSE AU NIGER : ÉTUDES CAS/TÉMOINS À PROPOS DE 70 CAS

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

## RÉSUMÉ

Du 1er août 1990 au 25 octobre 1990, 70 cas d'H.T.A. au cours de la grossesse ont été enregistrés lors des consultations prénatales au Centre de Santé Maternelle et Infantile de Poudrière (sur 784 C.P.N.)

Parallèlement, 70 femmes enceintes normotendues ont été choisies comme «témoin», dans la même population obstétricale, et appariées sur l'âge, l'âge gestationnel, et la gestation.

Sur la base des critères cliniques et biologiques, notre échantillon se répartit comme suit :

- 39 cas d'H.T.A. gravidique           soit 55,7%
- 19 cas de toxémie gravidique       soit 27,1%
- 4 cas d'H.T.A. ou maladie rénale   soit 5,7%
- 7 cas d'H.T.A. non classée         soit 10%
- 1 cas d'H.T.A. pré-existante        soit 1,5%

Quel que soit le type d'H.T.A., nous avons noté qu'il se pose trois ordres de problèmes :

### 1 - Pronostic maternel :

Nous avons eu deux décès maternels parmi nos 70 cas soit 2,8%, dont un cas d'éclampsie, un cas de grossesse abdominale qui ont abouti au décès maternel et foetal. Nous avons eu un cas d'hématome rétro-placentaire avec mort foetale. Aucun décès maternel n'a été enregistré chez les témoins.

### 2 - Pronostic foetal :

La mort du foetus in-utéro a été observé dans sept (7) cas dont un seul évacué par césarienne, et une mort néonatale précoce. 65 enfants sont nés vivants par voie basse dont deux grossesses gemellaires. Nous avons enregistré deux décès foetaux dans le groupe témoin.

### 3 - Thérapeutique :

Le traitement n'a pas été systématique. Le repos a été préconisé à toutes nos parturientes de préférence en décubitus latéral gauche. le régime hyposodé a été prescrit de même que les diurétiques.

Nous avons traité nos patientes lorsque les chiffres tensionnels dépassent 160/100 mm de mercure.

## SUMMARY

The prevalence of the hypertensive disorders of pregnancy in Niamey was assessed through the systematic screening of all pregnant women consulting at Poudrière Maternal and Child health Clinic over a 3 month period.

Of the 784 pregnant women who were screened, 70 had an hypertension (8,9%). Biological, physical and clinical investigations were done at Lamordé Teaching Hospital. They were then treated, according to diagnosis, either by antihypertensive drugs (when blood pressure was above 160/100 mm) or rest. The 70 cases as well as 70 controls, matched on age, gestation and gestational age were followed up until delivery.

Hypertensive disorders of pregnancy were classified according to WHO recommendations. The 70 cases were classified as :

- 39 cases of gestational hypertension : 55.7%
- 19 cases of toxemia : 27,1%
- 4 cases of renal hypertension : 5.7%
- 7 cases of unclassified hypertension : 10%
- 1 case of preexistent hypertension : 1,5%

Pregnancy resulted in 2 maternal deaths in the hypertensive cases (2,8%) one case of eclampsia and one case of ectopic abdominal pregnancy, which resulted also in fetal death. No maternal death was observed in the control group.

Fetal prognosis was significantly associated with hypertension : 7 fetal deaths and one early neonatal death occurred in this group, whereas only 2 fetal deaths were observed in the control group (OR=4).

## I. INTRODUCTION

Les maladies hypertensives gravidiques forment un groupe hétérogènes d'états pathologiques dont le dénominateur commun est une augmentation de la pression artérielle pendant la grossesse. Les dangers maternels et foetaux de ces états ont été soulignés par plusieurs auteurs. Selon NORES

et COLL (9), l'HTA gravidique est un problème d'actualité dont l'importance épidémiologique va croissant au point où pour l'O.M.S. 8,10% de ces troubles tensionnels de la grossesse constituent un problème de santé capital d'ampleur mondiale».

Le Niger, pays en voie de développement, n'échappe pas à cette affection ; l'éclampsie représenterait 14,28% des causes de décès maternels, on noterait par ailleurs plusieurs autres complications : 31% de mortalité fœtale, 17% de prématuré, 26% d'hypotrophie fœtale, 53% de mortalité périnatale dues aux seules éclampsies et toxémies gravidiques (5). Enfin l'HTA et la toxémie gravidique représentent le 3<sup>e</sup> motif de référence des femmes en grossesse aux centres spécialisés.

C'est pour toutes ces raisons que nous avons mené une étude prospective cas-témoins en milieu URBAIN à Niamey dans le plus grand des centres de santé maternelle et infantile (CSMI), celle de la Poudrière.

Tout en respectant les normes tensionnelles et la classification de l'HTA de la grossesse telles que définies par l'O.M.S. (8, 10) nous nous sommes fixés 3 grands objectifs.

1. Déterminer la prévalence de l'HTA gravidique et des différents types au Niger à partir d'un échantillon représentatif de ce C.S.M.I.
2. Étudier les conséquences de l'HTA gravidique chez la mère et le fœtus.
3. Faire quelques recommandations à partir de ces constats pour la prise en charge de l'HTA gravidique dans nos centres de santé afin de réduire la mortalité et la morbidité maternelle et infantile dans nos régions.

## II. MALADES ET MÉTHODES

### a) Malades et critères d'inclusion

Du 1<sup>er</sup> Août 1993 au 25 Octobre 1993, nous avons examiné 784 femmes enceintes au CSMI Poudrière, parmi lesquelles nous avons diagnostiqué 70 hypertendues (TA < 140/90 à 3 reprises espacées de 15 mm, en position couchée et assise, à l'aide d'un sphygmomanomètre à Mercure normes OMS).

En même temps que la femme hypertendue, une femme en grossesse «témoin» normotendue appariée sur l'âge gestationnel et la gestation du cas est choisie. Toutes nos femmes sont âgées de 15 à 38 ans, âge moyen 26 ans.

### b) Méthodes

Une fiche d'enquête a été établie et sur un carton rose

agrafé au carnet de santé maternelle sont portés les chiffres tensionnels et le résultat des examens complémentaires et un autocollant est placé sur le carnet de santé, précisant que cette femme est hypertendue, qu'elle est traitée et suivie.

Pour les témoins un carton jaune est agrafé au carnet de santé précisant que la femme sert de témoin.

Nous avons ainsi enregistré nos patientes du lundi au jeudi et chaque vendredi matin à 7 heures, elles étaient convoquées pour les prélèvements de sang et d'urine, et le bilan suivant a été ainsi réalisé pour chacune d'elle : protéinurie, dosage de l'hémoglobine, créatininémie, uricémie, glycémie, fond d'oeil, et une échographie pelvienne ainsi qu'un électrocardiogramme.

Les cartons de couleur rose et jaune nous étaient retransmis après l'accouchement, ce qui nous a permis d'avoir des renseignements sur les modalités d'accouchement et sur les nouveau-nés. Ainsi chaque patiente a été vue une fois par mois jusqu'à l'accouchement.

En ce qui concerne la protéinurie nous avons retenu la définition de l'OMS (10) «présence de 300 mg de protéine ou plus par litre dans un échantillon d'urines de 24 heures».

## RÉSULTAT

Nous avons donc enregistré 70 femmes hypertendues sur 784 parturientes examinées soit une prévalence de 8,9%. Nous les avons réparties en 3 tranches d'âge ; le tableau 1 nous donne la répartition de nos sujets en fonction de ces tranches d'âge.

**Tableau 1 : Répartition de ces sujets selon les tranches d'âge**

Tranche d'âge	16 ans	17 à 34 ans	35 ans	Total
Hypertendues «cas»	4 (5,71%)	55 (78,57%)	11 (15,72%)	7 (100%)
Normotendues «témoins»	4 (5,71%)	53 (75,71%)	13 (18,58%)	70 (100%)

On ne note pas de différence statistiquement significative entre les 2 groupes, quel que soit le groupe étudié la tranche d'âge la plus concernée est celle de 17 à 34 ans avec plus de 75% des cas, en plus ces femmes sont ménagères dans 88% des cas au moins.

**Tableau 2 : Répartition des sujets selon la parité**

Parité	Nombre des cas	
	Hypertendues	Normotendues
Primipare	16 (22,8) %	16 (22,8) %
Parité 2-5	41 (58,6) %	38 (22,8) %
Parité 6	13 (18,6) %	16 (22,8) %
Total	70 (100) %	70 (100) %

On ne note pas de différence statistiquement significative entre les 2 groupes.

Quel que soit le groupe on note près de 55% de femmes ayant une parité 2 à 5.

Le tableau 3 donne la répartition des sujets hypertendus selon le type d'HTA (classification de l'OMS) et le trimestre au cours duquel l'HTA a été diagnostiquée.

**Tableau 3 : Répartition des sujets hypertendus par type d'HTA et par période du diagnostic en cours de la grossesse**

Type	HTA gravidique	Toxémie	HTA ou maladie rénale	HTA non classée	HTA prépondérante	Total
Nombre	39 (55,7)%	19 (27,16)%	4 (5,7)%	7 (10)%	1 (1,5)%	70 (100)%
1er Trimestre			3			3
2è Trimestre	16	5		1		22 (32,4)
3è Trimestre	23	14	1	6	1	45 (64,3)

L'HTA gravidique proprement dite représente plus de 55% des cas suivie de la toxémie gravidique 27,1% ; le diagnostic est fait tardivement au 3è trimestre (64,3)% et au 2è trimestre (32,4)% contre seulement 4,3% au 1er trimestre, de même, selon la parité, ces 2 entités nosologiques se retrouvent surtout chez les multipares avec respectivement 42,85% 70 (17,14%) contre 12,85% et 10% pour les primipares.

Sur le plan biologique chez les femmes hypertendues, 19 soit 30,15% présentent une protéinurie, 3 soit 5,08% une hyperuricémie (mais le taux moyen d'uricémie semble plus élevé dans le groupe des hypertendues que dans le groupe témoin) ; un seul cas d'hypercréatininémie a été noté, par contre la glycémie a été trouvée normale dans tous les cas.

En ce qui concerne les complications nous avons noté 2 décès maternels et 8 décès fœtaux dans le groupe des hypertendues contre aucun décès maternel et 2 décès fœtaux dans le groupe témoin. Ainsi le risque relatif de mortalité est de 4 et celui des complications maternelles et fœtales de 5.

Au total 10 (14,28%) complications ont été notées dans le groupe des hypertendues dont 2 cas d'hématome rétroplacentaire, 6 mort-nés dans le groupe témoin (<p0,002).

**IV - DISCUSSIONS COMMENTAIRES**

L'OMS (8,10) classe les troubles tensionnels de la grossesse en 8 types :

- 1°) Hypertension artérielle gravidique : HTA sur protéinurie importante < 0,3 g/l,
- 2°) Protéinurie de la grossesse : apparition d'une importante protéinurie > 0,3 g/l,

- 3°) Toxémie gravidique ou pré-éclampsie : apparition d'une HTA gravidique et d'une protéinurie importante,
- 4°) Eclampsie ante, per et post-partum,
- 5°) Hypertension ou maladie rénale sous-jacente (cas des femmes hypertendues uniquement pendant les grossesses, normotendues entre celles-ci, mais chez lesquelles reparait par la suite une HTA permanente),
- 6°) Hypertension d'origine rénale pré-existante et < ou protéinurie pendant la grossesse,
- 7°) Hypertension artérielle non classée,
- 8°) Hypertension préexistante à laquelle se surajoute une toxémie gravidique ou une éclampsie,
- 9°) Néphropathie préexistante à laquelle se surajoute une toxémie gravidique ou une éclampsie.

Il est logique après ce travail ayant eu comme référence cette classification, de procéder à une confrontation avec les données de la littérature.

En ce qui concerne la prévalence, elle est diversement appréciée. Dans notre lot nous avons noté 8,9% de troubles tensionnels de la grossesse dont 27,1% de toxémie gravidique. BERTHE (1) à Dakar note dans son étude à propos de 889 cas 2,8% dont 1,19% de toxémie gravidique et DIARRA et coll (3) à Abidjan notent 0,51% de toxémie gravidique sur 45.000 accouchements et 2,07% sur 11.200 consultations prénatales, TCHOBROUSKY et Coll (13) à Paris, relatent 8,8% tensionnels de la grossesse sur 6033 parturientes.

En Afrique du Sud, SCHOON et Coll (11) notent une prévalence de 41% d'HTA gravidique, MARTIKAINEEN et Coll (7) en Finlande notent 18% le plus souvent ces troubles chez les femmes jeunes âgées environ entre 15 à

40 ans en pleine activité génitale et économique.

En ce qui concerne la parité, la toxémie gravidique et l'éclampsie, apanage de la primipare dans les données de la littérature, représente 38,9% chez ces parturientes dans notre série contre plus de 50% chez les multipares, peut-être à cause de leur plus grand nombre dans notre série.

En ce qui concerne le pronostic tous les auteurs soulignent sa gravité tant chez la mère que chez le fœtus et le nouveau-né. Ainsi dans notre série nous avons déploré 2 décès maternels et 8 décès fœtaux dans le groupe des hypertendues contre 2 décès fœtaux dans le groupe témoin avec une mortalité maternelle nulle.

SUMULU et Coll (12) en Turquie notent 4% de mortalité maternelle. TCHOBROUSKRY et Coll (13) par contre ne notent aucun décès maternel. Ainsi l'OMS (10) estime que 150.000 femmes gestantes succombent chaque année dans le monde aux complications d'une hypertension artérielle gravidique la plupart du temps à la suite d'une crise d'éclampsie. Cependant si dans les pays développés, le haut niveau des infrastructures sanitaires a permis de résoudre ce pronostic maternel, il en est autrement dans nos régions. Quant à la mortalité fœtale globale qui est de 11,4% dans le groupe des hypertendues contre 2,8% dans le groupe témoin dans notre série, elle est de 31% pour COULIBALY (2), 25,63% pour DIARRA et Coll (3), 60% pour SUMULU et Coll (12), en cas d'éclampsie, 14,4% pour TCHOBROUSKY et Coll (13).

Ainsi les troubles tensionnels de la grossesse demeurent encore une cause majeure de mortalité maternelle et périnatale dans plusieurs régions du globe, surtout en Afrique où le diagnostic est souvent tardif ; les conditions de prise en charge tant de la mère que de l'enfant rescapé sont très médiocres quant bien même parfois le traitement médical

ne met pas toujours les malades à l'abri de ces accidents même dans les pays développés.

Ainsi il apparaît indispensable qu'une surveillance accrue des consultations prénatales chez les femmes gestantes soit entreprise de même qu'une éducation de ces parturientes afin qu'elle prennent conscience des risques encourus par leurs fœtus et par elles-mêmes ; un matériel minimal nécessaire pour la mesure de la tension artérielle et la recherche de la protéinurie, ainsi qu'un stock de médicaments essentiels doivent être disponibles au niveau de tous les centres de santé maternelle et Infantile et des maternités permettant ainsi un dépistage précoce et une prise en charge rapide et efficace de la mère et de l'enfant.

Le personnel de santé, infirmiers, sages-femmes, médecins généralistes, obstétriciens, néphrologues et cardiologues, éducateurs sociaux, ainsi que les assistances sociales, les matrones et les secouristes dans nos villages et dispensaires ruraux ainsi que dans nos villes doivent constituer une équipe soudée pluridisciplinaire de soins à ces braves femmes gestantes, véritables pilier de soutien familial et non pas un drame à chaque fois qu'une femme éprouve, l'un de ses premiers et légitimes désirs, celui de procréer, par le seul fait du traumatisme moral, psychique, affectif et du risque vital réel qui peut en découler.

## REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier la Mission de Coopération Française pour son soutien, ainsi que les personnels des CSMI Poudrière et du CHU Lamordé, de même que toutes nos braves parturientes ayant participé à l'étude pour leur bonne collaboration en espérant que cette étude contribuera un tant soit peu à améliorer leur état de santé.

## BIBLIOGRAPHIE

1. M.A. BERTHE.  
1982. Contribution à l'étude des accidents paroxystiques des syndromes vasculo-rénaux au cours de la gravido-puerpéralité à Dakar. (A propos de 103 cas). Thèse Méd. n°14 Dakar - Sénégal.
2. A. COULIBALY.  
1984. Évaluation des moyens chimiques et biologiques d'appréciation du pronostic fœtal dans la toxémie gravidique (à propos de 39 cas). Thèse Méd. n°14 Dakar - Sénégal.
3. S. DIARRA, COULIBALY, R. GNEIBI, D.R. KADI, A; AWASSI, J.L. MEYER et R.D. ZINSOU.  
1980. Toxémie gravidique à propos de 232 cas observés à la maternité de TREICHEVILLE (Côte d'Ivoire). Méd. d'Afr. Noire, 27, (11).
4. M. EL HADJI HAMIDINE.  
1989. Contribution à l'étude de la qualité de la consultation prénatale et du système de référence des grossesses à risque en milieu urbain. Thèse Méd. n°17, NIAMEY. (NIGER).
5. F. HASSIMI.  
1987. Mortalité peri natale, étude prospective à propos de 1.000 naissances observées à la maternité centrale de NIAMEY. Thèse Méd. n°19 Niamey (Niger).
6. J. LAUSSAC, C. BERGER, MAGNING.  
1982. L'hypertension et grossesse - obstétrique pour le praticien p 116-124 - E.D. Germain 7006.
7. A.M. MARTINIKAIMEN, K.M. HEINONEN, S.U. SAARIKOSHI.  
1989. The effect of hypertension in pregnancy on fetal and neonatal condition - Finland Int. J. Gynecolog. Obstet. 1,30 : 213-220.
8. MATERNITÉ SANS RISQUE.  
1991. Les troubles tensionnels de la grossesse. Revue n°6 Juillet - Octobre Probl. division de la santé de la famille, O.M.S. 1211, Geneve 27, Suisse.
9. J.M. NORES, G. LIONIERES, P.A. TCHERDAKOFF.  
1988. Hypertension de la femme enceinte et Beta bloquantes, suivi de 31 grossesses. R.P. Gynecology obstet. 83, 10 : 641-645.
10. O.M.S. 1987. Les troubles tensionnels de la grossesse. Série de rapports technique n°758 GENEVE.
11. M.G; SCHOON, T.W. VANDER WAL, A. FOURIE JAND KRUGER.  
1990. Blood pressure profits and perinatal outcome in pregnant black women in pelonomi Hospital, Blemfontein, South-Africa J. Gynecolog. Obstet. 33 : 111. 114.
12. M. SUMULU, N. ILDENTZ AND OZEL.  
1989. The incidence of pregnancy induced hypertension in Southeds Turkey. Int. J. Gynecolog. Obstet. 211. 215.
13. TCHOBROUTSKY, DUMEZ, LIRZING, H. HORNICH, AMIEL-TISONC.  
1982. Hypertension artériel au cours de la grossesse à propos de 531 cas suivi à la maternité de Port-Royal. Nouvelle presse Méd. 26 Juin 11, 4e3.