

HYPERTENSION ARTERIELLE ET GROSSESSE : MORTALITE MATERNELLE ET PERINATALE

BAH A.O*, DIALLO M.H**, CONDE A.M.** , KEITA N.**

RESUME

Cette étude prospective entreprise sur une période de 21 mois à la clinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique du CHU Donka nous a permis de colliger 12 décès maternels sur 226 cas d'hypertension artérielle. La moyenne d'âge était de 25 (9 ans. La tranche d'âge 15 - 19 ans a été la plus touchée, 5 décès sur 12. La plupart des patientes étaient non scolarisées: 9 cas sur 12. Parmi elles, 7 étaient des évacuées. La négligence des consultations prénatales a été le principal facteur favorisant. La TA à l'arrivée était de $190 \pm 20 / 120 \pm 10$ mm Hg. L'éclampsie isolée ou associée à d'autres complications a été la principale cause de décès. La mortalité périnatale a été de 28,88% dont 55 cas de mort fœtale in utero et 12 décès néonataux. L'uricémie et la protéinurie ont représenté des marqueurs de valeur dans la prédiction du risque fœtal.

Mots clés : Hypertension artérielle, grossesse, mortalité maternelle, mortalité fœtale, Conakry.

INTRODUCTION

L'hypertension artérielle (HTA) en Afrique noire représente le premier groupe nosologique de la pathologie cardiovasculaire. Elle constitue un facteur de risque majeur de mortalité au cours de la grossesse (1). De par les complications materno-fœtales qu'elle entraîne, elle constitue la troisième cause de mortalité maternelle et la première cause de mortalité périnatale (2).

Selon l'OMS, l'éclampsie provoque 50 000 décès maternels par an dans le monde. Dans les pays développés elle survient dans environ 1 accouchement sur 2000. Dans les pays en voie de développement elle est plus fréquente et dans certaines zones elle touche au moins une femme enceinte sur 100 (3).

En Guinée, elle est l'une des principales causes de mortalité maternelle avec en 1990, 20 % de décès (4). C'est pourquoi il faut mettre en place les bases d'une prévention par le dépistage précoce et une prise en charge adaptée et efficace.

Cette étude prospective a pour objectif de déterminer le taux de mortalité maternelle et périnatale dans l'association HTA et grossesse et d'en identifier les principales causes.

* Service de Néphrologie - Donka

** Clinique de Gynécologie et d'Obstétrique - Donka

MATERIEL ET METHODES

Notre étude est prospective et a été réalisée à la clinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique du CHU Donka. Elle s'est étendue sur une période de 21 mois allant du 1er octobre 1997 au 30 juin 1999.

Critères de sélection et définition : toutes les gestantes, parturientes et femmes en suites de couche répondant aux critères d'HTA définies par l'OMS ont été incluses (TA (140/90 mm Hg). Ont été exclues les patientes n'ayant pas été hospitalisées.

- Sur le plan épidémiologique, l'âge, la provenance, ainsi que le niveau d'instruction ont été recueillis.
- Sur le plan clinique, les motifs de consultation et les données de l'examen physique ont été déterminés.
- Sur le plan biologique, la fonction rénale a été évaluée par la créatininémie ; l'insuffisance rénale a été définie par une créatininémie supérieure à 90 μ mmol /litre Le dosage de l'uricémie et de la protéinurie ont été systématiques.

Toutes les patientes ont été traitées avec l'Alphaméthyl-dopa ou la clonidine

RESULTATS

Sur 226 cas d'HTA, 12 décès maternels ont été enregistrés, soit un taux de 5,3 % et 65 décès périnataux, soit 28.88%.

Hypertension artérielle...

Médecine d'Afrique Noire 2001 - 48 (11)

La plupart des patientes décédées étaient des évacuées: 7 cas sur 12 soit 58,33 %; 4 provenaient de leur domicile, et seulement 1 était référée. Neuf patientes sur 12 (75 %) étaient non scolarisées contre 2 du niveau primaire et seulement 1 du secondaire. La moyenne d'âge était de 25 (9 ans avec des extrêmes allant de 15 à 41 ans. Parmi elles, 3 avaient des antécédents connus d'hypertension et 1, une néphropathie glomérulaire. Les convulsions tonico-cloniques ont été le motif principal de l'admission. La moyenne de la pression artérielle à l'entrée était de 190 ± 20 mm Hg pour la systolique et 120 ± 10 mm Hg pour la diastolique.

La durée d'hospitalisation a été en moyenne de 3 ± 1 jour ; la plus longue étant de 6 jours et la plus courte de 1 jour.

La plupart des décès étaient survenus chez des jeunes patientes âgées de 15 -19 ans (41,66 %). La répartition des cas de décès maternels suivant l'âge est résumée au tableau I et la cause des décès maternels au tableau II. La mortalité périnatale a été de 28,88 %, essentiellement chez les primigestes. Les complications fœtales en fonction de l'uricémie et de la protéinurie sont résumées au tableau III et IV et les décès périnataux suivant l'âge de la mère au tableau V.

Tableau I : Répartition des cas de décès maternels selon l'âge

Age	Nb	Décédés	Vivantes
15-19 ans	90	5 (5,6%)	85 (94,4%)
20-24 ans	31	1 (3,2%)	30 (96,8%)
25-29 ans	30	2 (6,7%)	28 (93,3%)
30-34 ans	27	1 (3,7%)	26 (96,3%)
35-39 ans	27	2 (7,4%)	25 (92,6%)
40ans et +	21	1 (4,8%)	20 (95,2%)

Tableau II : Répartition selon les causes de décès maternels

Causes de décès	Nb	Décédés	Vivantes
Eclampsie	59	3 5,1%	56 94,9%
Eclampsie + IRA	5	2 40%	3 60%
Eclampsie + HELLP syndrome	3	2 66,7%	1 33,3%
HRP + IRA	21	2 9,5%	19 90,5%
IRA	22	2 9,1%	20 90,9%
OAP	3	1 33,3%	2 66,7%

IRA= Insuffisance Rénale Aiguë;
HRP= Hématome Rétro-placentaire
OAP= Œdème Aigu du Poumon.

Tableau III : Etat fœtal en fonction du taux de l'uricémie chez la mère

Uricémie/ Complic. fœtales	180 – 250 umol	251 – 321 umol	322 et +	Total
	Nouveau-nés N	50	36	
Hypotrophes	4	14	29	47
Prématurés	44	4	9	17
Préma-Hypotr	2	4	10	16
Mort in utero	4	6	45	55
Décès néonatal J0-J6	0	0	8	8
Décès néonatal J7-J28	0	1	3	4

Hypertension artérielle...

Médecine d'Afrique Noire 2001 - 48 (11)

Tableau IV : Etat fœtal en fonction de la protéinurie chez la mère

Protéinurie 24h / Complic. fœtales	0g	0,3 - 0,9g	1g et +	Total
NN normaux	48	24	14	86
Hypotrophes	5	10	32	47
Prématurés	0	4	13	17
Préma-Hypotr	0	4	12	16
Mort in utero	0	4	51	55
Décès néonat. J0 - J6	0	0	8	8
Décès néonat. J7 - J28	0	0	4	4

Tableau V : Décès périnataux suivant l'âge de la mère

Age	Décès périnataux	Décès néonataux
	Mort in utero	
15 - 19 ans	20	4
20 - 24 ans	10	1
25 - 29 ans	6	2
30 - 34 ans	4	1
35 - 39 ans	2	1
40 - 44 ans	13	3
Total	55	12

DISCUSSIONS

En Afrique subsaharienne où les ressources restent limitées, l'HTA reste une affection redoutable à cause des complications graves et invalidantes. Elle a été la pathologie vasculaire la plus fréquente. Elle a constitué un facteur de risque majeur au cours de la grossesse aussi bien pour la mère (mortalité) que pour le produit de conception (mortalité périnatale, hypotrophie, prématurité). Les patientes n'étant pas suivies avant la grossesse et avec l'absence de suivi dans le post-partum, il ne nous a pas été possible de distinguer les HTA gravidiques pures des HTA chroniques.

La mortalité maternelle dans notre série était élevée, 5,3 %. AKPADZA et coll. au Togo rapportent 2,82 % (5). TOURE et coll. au Niger rapportent 2,8 % (6).

Dans notre série, cette mortalité était essentiellement en rapport avec la sévérité des complications liées à l'éclampsie (58 %) qui sont l'état de mal convulsif et le coma profond et à l'insuffisance rénale (33,3 %). Elle était favorisée non seulement par le bas niveau d'instruction de ces femmes qui expliquerait l'absence ou la mauvaise qualité du suivi prénatal, mais aussi par le retard à l'évacuation obstétricale qui a été un facteur de mauvais pronostic (7 décès sur 12) et l'absence de prise en charge initiale. Il devient donc essentiel dans cet environnement sanitaire précaire de dépister tôt l'HTA des femmes enceintes pour entreprendre une surveillance prénatale et éventuellement organiser le transfert vers les centres spécialisés.

Les complications fœtales (hypotrophie, prématurité, mort in utero) étaient fortement corrélées avec l'élévation du taux d'uricémie et de la protéinurie. Chez plus de la moitié des nouveaux nés normaux (58,13 %), l'uricémie était normale, alors que chez 90 % des hypotrophes, 82 % des prématurés, 93 % de mort in utero et 100 % de mortalité néonatale, l'uricémie était supérieure à 250 mmol.

Quant à la protéinurie, seulement 5 cas (8 %) d'hypotrophie ont été notés avec une protéinurie nulle. Dans tous les autres cas, elle a été supérieure à 0,3g/24H.

La mortalité néonatale a été aggravée par l'inadéquation de la prise en charge de ces nouveaux nés fragiles due au manque de réanimation néonatale.

Le traitement anti-hypertenseur n'a pas protégé contre les complications maternelles et fœtales.

CONCLUSION

Dans cette redoutable association HTA et grossesse les complications maternelles et fœtales ont été fréquentes et graves entraînant une mortalité maternelle et périnatale élevée. Le bas niveau d'instruction, la mauvaise qualité du suivi prénatal, le dépistage tardif de l'HTA, l'absence de prise en charge adaptée et efficace ont été les facteurs favorisants de cette mortalité. L'uricémie, mais aussi la protéinurie ont représenté un marqueur de valeur dans la prédiction du risque de morbidité et de mortalité périnatales, ce risque augmentant proportionnellement à la valeur de ces deux paramètres.

Certains impératifs s'avèrent d'une absolue nécessité, entre autre le dépistage précoce et une prise en charge adaptée et efficace des femmes en grossesse hypertendues.

Hypertension artérielle...

Médecine d'Afrique Noire 2001 - 48 (11)

BIBLIOGRAPHIE

- | | |
|--|---|
| <p>1 - CISSE C.T., BA S.A., NDIAYE M.F., DIOUF B.
Hypertension artérielle de la femme enceinte en Afrique noire.
La Semaine des hôpitaux de Paris 1995 ; Vol. 71 ; N° 5-6 ; PP 167 - 177.</p> <p>2 - LANSAC J., BEGER C., MAGNIN G.
HTA et grossesse.
Obstétrique pour le praticien, 1990, PP 192- 197 .</p> <p>3 - OMS
Maternité sans risque N° 18, 1995, P 3.</p> <p>4 - DIALLO A.B., CAMARA A. Y., CAMARA M.D., DIENG A., DIALLO M.S.</p> | <p>Aspects cliniques de l' HTA et ses complications au cours de la gravido-puerpéralité à la maternité du CHU I. Deen de Conakry - Guinée.
Annales de la SOGGO N° 4, 1995, PP 86 - 92.</p> <p>5 - AKPADZA K., BEATA S., KOTOR K., HODONOU A. K. S.
L'éclampsie à la clinique de gynéco-obstétrique du CHU Tokoin-Lomé (Togo).
Médecine d'Afrique noire, 1996, vol 3, N° 43, PP 166-169 .</p> <p>6 - TOURE I. A., BRA H., PRUAL A.
HTA et grossesse au Niger. Etude cas témoins à propos de 70 cas.
Médecine d'Afrique Noire, Avril 1997, PP 205 -208.</p> |
|--|---|

Médecine d'Afrique Noire

Le Pharmacien d'Afrique

Odonto-Stomatologie Tropicale

Médecine du Maghreb

sont sur

www.santetropicale.com