

*LETTRE A L'EDITEUR*

## ■ L'HYPERTENSION : UN FLEAU POUR LE 21<sup>ème</sup> SIECLE ■ EN AFRIQUE SUB-SAHARIENNE Quelles sont les actions nécessaires ?

WALINJORN FT MUNA MD\*, PH D FACC\*\*

### INTRODUCTION

Bien que, dans les pays en développement, les maladies cardio-vasculaires (MCV) soient considérées comme faisant partie d'une « épidémie naissante », des données récentes tendraient à les considérer d'ores et déjà comme la cause principale de décès (1). Parmi les MCV, l'hypertension représente de loin l'affection la plus courante et elle est actuellement jugée comme étant un grave problème de santé publique à l'échelle mondiale. Depuis les rapports précoces d'auteurs tels que DONNISON en 1929 indiquant une faible incidence de l'hypertension dans les régions rurales d'Afrique, des études récentes ont indiqué que l'hypertension constituait de plus en plus un sérieux problème de santé publique, à la fois en Afrique rurale et urbaine (3, 4). En effet, la prévalence de l'hypertension varie entre 5 et 20 % dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne (ASS). Des études comparatives ont également confirmé le fait que les taux s'élèvent rapidement quand on passe d'une population rurale à une population urbaine au sein d'un même pays ou population ethnique. De même, de nombreux éléments viennent à l'appui de l'observation selon laquelle les taux d'hypertension s'élèvent graduellement à mesure que l'on passe des classes socio-économiques telles que les pauvres des zones urbaines, à la population active et à l'élite. Dans une étude collaborative croisée régionale récente, il a été démontré que les taux d'hypertension augmentaient de 16 % chez les Noirs d'Afrique occidentale, de 26 % parmi les populations noires caribéennes et de 33 % dans un groupe de population noire des Etats-Unis (4). Partant de l'hypothèse que ces populations partagent des ancêtres communs, «l'occidentalisation et l'adoption accrue d'un mode de vie à l'occidentale » pourraient être (soit partiellement soit totalement) tenues pour responsables de l'augmentation

des taux d'hypertension. Il a été démontré que les facteurs environnementaux souvent liés à des indices de prospérité socio-économique (obésité, alimentation riche en sodium et en potassium, sédentarité, etc.) étaient hautement corrélés aux taux de morbidité dans de nombreux groupes de populations de par le monde (5). L'hypertension peut être considérée comme un facteur de risque majeur de maladie spécifiquement cardio-vasculaire ou autres. A l'échelle mondiale, l'hypertension constitue un facteur de risque de maladie coronarienne et d'accident vasculaire cérébral (AVC), lesquels réunis constituent plus des deux tiers du fardeau que représentent les maladies cardio-vasculaires dans le monde. Des données de plus en plus nombreuses indiquent que l'hypertension est un facteur de risque majeur d'insuffisance cardiaque, d'accident vasculaire cérébral et d'insuffisance rénale dans l'ASS (3).

### L'hypertension : un fléau

A l'approche de la fin du 20<sup>ème</sup> siècle, on estime à près de 500 millions de personnes la population représentée par les 47 pays de l'ASS. Bien que ces populations soient hétérogènes d'un point de vue socio-économique et culturel, plus de 75 % de celles-ci demeurent rurales. Les revenus par habitant sont très variables (80 dollars américains pour le Mozambique et plus de 2 500 dollars américains pour le Gabon et la République Sud-Africaine) et la plupart de ces pays comptent parmi les plus pauvres de la planète, le pouvoir socio-économique et politique étant aux mains d'une très faible minorité de privilégiés. En utilisant une limite très large de 160/95 et plus, pour définir la population hypertendue, on peut estimer à 5 % le taux de prévalence rural et à environ 10 à 20 % le taux urbain. Au moins 50 % de la population dans la plupart de ces pays est âgée

\* Chef de médecine et de cardiologie, Centre hospitalier universitaire de Yaoundé

\*\* Chef de service de cardiologie, Faculté de médecine et des sciences

biomédicales - Université de Yaoundé I

Coordinateur, the National Center for Hypertension and Diabetes, Yaoundé, Cameroun.

de moins de 25 ans. Si nous continuons d'accepter une estimation prudente des taux de prévalence de l'hypertension (nécessitant un traitement quel qu'il soit) de 5 à 10 % pour les 250 millions d'adultes de plus de 25 ans dans cette région, le nombre d'hypertendus pourrait se situer entre 10 et 20 millions.

### **Quelle est la part de responsabilité ou les effets de l'hypertension et de ses séquelles sur la mortalité totale en ASS ?**

Actuellement, on ne dispose d'aucune donnée fiable traitant spécifiquement des taux de mortalité chez les Africains adultes. L'utilisation accrue d'outils tels que l'autopsie verbale fournira bientôt des estimations raisonnables. Bien qu'une quantification antérieure du « poids de la maladie » dans les populations humaines se soit principalement basée sur les données de la mortalité, les maladies non mortelles et l'incapacité constituent une composante importante de toute évaluation de la souffrance humaine (6). Les données dont on dispose indiquent que le taux de mortalité chez les adultes en ASS, toutes causes confondues, est d'environ 2 à 3 %. Plusieurs études portant sur des hôpitaux et des collectivités ont montré que les pourcentages relatifs à ces décès imputables à des MCV variaient entre 4 et 8 % (7, 8, 9). Il a été estimé que presque tous ces décès par MCV et environ 5% du total des décès en ASS pouvaient être dus à l'hypertension ou à ses complications. Ces décès sont principalement imputables à des complications telles qu'une insuffisance cardiaque œdémateuse, un accident vasculaire cérébral ou une pathologie rénale. Des données sur la mortalité et la morbidité dues à l'insuffisance cardiaque sont disponibles mais ne sont pas standardisées et par conséquent sont difficiles à interpréter. Un grand nombre de patients hypertendus peuvent présenter une insuffisance cardiaque infra clinique qui peut être difficile à diagnostiquer cliniquement. L'insuffisance cardiaque diastolique pose des problèmes de diagnostic pour des raisons qui tiennent à la technologie dont disposent les infrastructures en ASS. Dans une étude récente (10) sur l'hypertension dans les services d'urgence, il a été déterminé que celle-ci constituait une cause prépondérante de décès (12,9 %) comparativement à toutes les

autres causes réunies (7,2 %). Parmi les 300 patients hypertendus qui ont été inclus, 29 % souffraient d'insuffisance cardiaque, 21 % d'un AVC, 19 % d'encéphalopathie, et 16 % d'insuffisance rénale. L'AVC représente une cause dominante de décès et d'incapacité imputable à une hypertension qui, à son tour, constitue un facteur de risque majeur pour toutes les formes d'AVC. Ce dernier est de plus en plus fréquent en ASS (11, 12,13). Bien que l'insuffisance cardiaque soit la complication la plus fréquente de l'hypertension, plusieurs études (notamment celles portant sur des hôpitaux), indiquent que l'AVC est la cause principale de morbidité et de mortalité (13). Il semblerait que, bien que l'hypertension et l'hypercholestérolémie représentent des facteurs de risque majeurs d'AVC, l'hypercholestérolémie soit surtout importante dans l'AVC par thrombose athérosclérose. Il a également été remarqué qu'à mesure que les pays se développent, apparaît une augmentation de l'hypertension survenant préalablement à celle de l'hypercholestérolémie. On pense que ce phénomène explique en partie le passage de l'accident vasculaire cérébral hémorragique à l'accident vasculaire cérébral par thrombose athérosclérose, à mesure que progresse le développement économique (14). Dans un examen récent de l'AVC en ASS, la prévalence variait de 0,07 % dans les régions rurales du Nigeria à 25,8 % au Ghana (13).

### **QUELLES SONT LES ACTIONS NECESSAIRES ?**

#### **a) Y-a-t-il un bénéfice à tirer du traitement de l'hypertension ?**

D'après les données issues de plusieurs études de référence, les arguments en faveur du traitement apparaissent comme convaincants. Dans l'étude FRAMINGHAM, le traitement a abouti à une réduction de 30 % de la mortalité toutes causes confondues et de 60 % de la mortalité cardiovasculaire (15). Dans l'étude Vétérans Administration (VA) Coopérative study (16, 17), le taux des événements avec un risque absolu et une mortalité excessive dans le groupe placebo (non traité) était de 28 % par an. Dans la deuxième partie de la VA coopérative study (18), l'incidence des événements cardio-vasculaires dans le groupe

placebo était de 55 % par opposition aux 18 % observés dans le groupe des sujets traités et les taux de décès étaient trois fois plus élevés dans le groupe placebo. D'autres études contrôlées sur le traitement de l'hypertension ont montré des réductions plus modérées d'environ 10 à 30 % (19, 20). Ces essais cliniques, et d'autres, fournissent des données qui étayent la conclusion selon laquelle une réduction de 5-6 mm Hg de la pression diastolique peut réduire la mortalité par AVC de 35-40 % et les décès par maladies coronaires de 15-20 % (21).

Aucune étude similaire portant sur le traitement de l'hypertension avec des critères de jugement spécifiques n'a été réalisée chez les populations africaines du sub-Sahara. L'extrapolation des résultats des études FRAMINGHAM et VA aux Africains subsahariens peut-elle se justifier ? Il est certain que les baisses de la mortalité et de la morbidité observées dans les études susmentionnées sont liées à des réductions des taux de décès par maladie coronaire et autres complications de l'athérosclérose qui sont toutefois toutes deux relativement moins fréquentes, dans les populations d'ASS (3). Toutefois, il n'y a aucune raison de penser que les baisses de la morbidité et de la mortalité dues à une insuffisance cardiaque, à certaines formes d'AVC et à une maladie rénale ne pourraient pas s'appliquer aux populations d'ASS.

#### **b) L'hypertension en ASS doit-elle être traitée ?**

La réponse à cette question nécessite un consensus sur la nécessité de traiter l'hypertension dans toutes les populations du monde. La preuve scientifique, dont on dispose aujourd'hui, de l'existence de ce consensus est parfaitement irréfutable. Les questions et considérations d'ordre socio-économique portant sur d'autres priorités en matière de santé concernant certaines des populations les plus pauvres du monde (telles que celles d'ASS), a malheureusement éteint l'intérêt et l'importance accordée au traitement de l'hypertension en particulier, et des MCV en général. La preuve (citée plus haut) de l'existence et du poids grandissant de l'hypertension parmi les populations d'ASS est tout aussi imposante et non moins irréfutable.

#### **c) L'hypertension peut-elle être traitée en ASS ?**

Les contraintes d'ordre culturel, consistant par exemple à refuser tout traitement pour une maladie qui ne s'accompagne que de peu ou pas de symptômes et qui utilise des méthodes applicables à vie (par opposition au concept habituel de maladie en tant qu'état caractérisé par une symptomatologie aiguë et un traitement limité dans le temps), a été considéré comme un obstacle majeur dans la prise en charge des pathologies chroniques comme l'hypertension en ASS. Des contraintes d'ordre économique (eu égard à la croissance exponentielle de la population, au grand nombre de problèmes de santé qui rivalisent, à l'adoption et à l'institutionnalisation de systèmes de soins principalement socialisés, aux faibles compétences de gestion, et à des ressources limitées) sont également rendues responsables du fait que l'on considère le traitement de l'hypertension comme non rentable et presque impossible à mettre en œuvre. On a prétendu que les populations d'ASS n'avaient pas les moyens financiers de s'offrir un traitement médicamenteux de longue durée en raison du coût relativement prohibitif des médicaments (et de l'irrégularité de l'approvisionnement). Ceci a suggéré à de nombreux responsables des pouvoirs publics qu'aucun schéma thérapeutique de l'hypertension en ASS ne pouvait avoir de valeur mais ne pouvait au contraire qu'entraîner le gaspillage de ressources par ailleurs tellement nécessaires. L'expérience actuelle dans les régions rurales et urbaines d'ASS démontre que l'hypertension peut et doit être traitée. Il est certain que les contraintes d'ordre financier et socio-économique soulèveront toujours la question suivante : « quels sont les patients qui doivent être soumis au traitement anti-hypertenseur ? ».

#### **d) Qui doit être traité ?**

Une approche logique peut se fonder sur la recherche de la valeur optimale de la pression artérielle ou seuil au-delà duquel les avantages du traitement sont évidents et dominent toutes les autres considérations. Dans une publication récente basée sur les estimations de la prévalence, du poids de la maladie, du risque absolu et de la mortalité excessive,

il a été proposé un seuil de pression artérielle de 160/100 mm Hg (22). Il est sûr que certaines hypothèses utilisées dans ces estimations sont issues d'autres régions (qui peuvent ne pas s'appliquer à l'ASS) eu égard au nombre limité d'études prospectives réalisées en Afrique, capables de traiter cette question. Il est également évident que l'on sait à l'heure actuelle que la morbidité et la mortalité à ce niveau de pression artérielle sont importantes comme il a été mentionné ci-dessus (18). Toutefois, cette valeur de la pression artérielle fournit une référence relative pour que les pays pauvres d'ASS puissent mettre au point une stratégie thérapeutique dans le contexte de ressources limitées et de nombreuses autres préoccupations de santé publique. Cet exercice fournit également un point de départ qui peut servir de base à des études futures en Afrique de même qu'à des fins de comparaison avec l'expérience mondiale en matière de traitement de l'hypertension.

#### **e) En quoi doit consister le traitement et quel protocole doit être utilisé ?**

Plusieurs essais sur des médicaments ont été réalisés pour le traitement de l'hypertension en ASS (22). La plupart de ces essais étaient ouverts et le bénéfice a été exprimé en termes, soit de niveau de réduction de la pression artérielle, soit de l'ampleur de cette réduction. Sur le plan mondial et hors de l'ASS, il existe des preuves irréfutables du fait que l'utilisation de diurétiques et de bêta-bloquants pour traiter l'hypertension, aboutit à des réductions importantes de la morbidité et de la mortalité (20, 23). Des considérations de coûts constituent un argumentaire de poids en faveur de l'utilisation préférentielle de diurétiques et de bêta-bloquants en matière de traitement médicamenteux de l'hypertension en ASS. Bien que la prise en compte des coûts et des effets indésirables associés soit importante dans le contexte africain, des réductions démontrables de la morbidité et de la mortalité doivent représenter des critères tout aussi déterminants. Des essais cliniques concluants fournissant ces données dans le contexte de l'ASS sont donc nécessaires. Les données de ces essais pourraient constituer une base de référence pour le choix de l'agent ou de l'association d'agents idéaux.

#### **Quels médicaments devons-nous donc recommander pour le traitement de l'hypertension en Afrique ?**

Il est certain que d'après les analyses de rentabilité, les diurétiques et si possible les bêta-bloquants doivent faire partie du protocole de base et initial. La prise en compte du coût à lui seul continue d'être le fondement de la préconisation des classes plus anciennes de médicaments tels que les agents à action centrale et les agents de blocage ganglionnaire, continueront d'avoir une valeur limitée en raison des effets indésirables plus importants et de manière générale, de la moins bonne qualité de vie associée. A l'autre extrémité, les classes plus nouvelles d'agents anti-hypertenseurs tels que les inhibiteurs calciques et les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IEC) ont un inconvénient **relatif** lié à leur coût dans le contexte de l'ASS, mais l'avantage supplémentaire d'un meilleur profil métabolique, d'effets indésirables moindres et d'une meilleure qualité de vie associée. Toutefois, il n'est pas réaliste et peut-être naïf d'envisager une stratégie basée sur la population pour l'ASS imposant soit un agent unique soit une classe d'agents. Bien qu'étant classé comme pauvre, l'hétérogénéité socio-économique des patients en ASS est une réalité pour le clinicien et le professionnel de santé qui gèrent l'hypertension dans les zones rurales ou urbaines. Le professionnel de santé doit être éduqué et formé afin de conduire le traitement approprié chez des individus comme chez des groupes d'individus, même si les contraintes économiques constituent un critère fortement déterminant. L'utilisation ou l'ajout d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion reconnu tel que le captopril dans le traitement de l'hypertension en ASS peut être fondé sur une justification qui dépasse la considération simpliste des coûts relatifs et absolus liés uniquement aux effets d'abaissement de la pression artérielle. Par exemple, on a montré que le captopril (en plus de ses effets anti-hypertenseurs), avait un rôle déterminant dans le traitement de l'insuffisance cardiaque, complication la plus fréquente de l'hypertension en ASS. Ces gains (en termes de longévité, de qualité de vie, de baisse de la fréquence et de la durée des hospitalisations, etc.) obtenus grâce à l'utilisation de ces agents dans le cadre du traitement de l'hypertension peuvent amplement justifier leur utilisation ou leur recommandation

même pour les plus pauvres patients d'ASS. Aucun essai contrôlé portant sur des thérapies non pharmacologiques ou des mesures d'hygiène de vie n'a été entrepris dans le cadre de la prise en charge de l'hypertension en ASS. Il n'y a pas de raison de penser que l'expérience par le biais de ces méthodes sera moins probante en ASS que dans d'autres régions du monde. Les implications coût/bénéfice de l'utilisation de thérapies non pharmacologiques en tant que complément de traitement ou thérapie initiale pour traiter les formes légères et modérées d'hypertension en ASS sont évidentes. Il convient toutefois de mettre l'accent sur le fait que l'on ignore actuellement les effets de la thérapie non pharmacologique seule sur la morbidité et la mortalité dues à l'hypertension.

### CONCLUSIONS

Les études en cours indiquent que l'hypertension représente une cause importante de morbidité et de mortalité en ASS et son incidence a toutes les chances d'augmenter plus vite que prévu étant donné que les MCV et notamment l'hypertension continuent de ne susciter que peu ou pas d'intérêt de la part des autorités responsables de l'action publique et de la planification de la santé. L'hypertension constitue un problème de santé publique dans les zones rurales et urbaines de l'ASS, avec une prévalence qui peut dépasser respectivement 5 et 20 %. On estime actuellement qu'environ 5 % de tous les décès en ASS peuvent être dus à l'hypertension. Les complications les plus fréquentes sont l'insuffisance cardiaque, l'AVC et l'insuffisance rénale. Il est possible que l'AVC soit la principale cause de mortalité. La prise en charge de l'hypertension est onéreuse et peut nécessiter un traitement à vie et ceci représente un défi majeur pour les pays les plus pauvres des régions d'ASS. Bien que des études cliniques de référence doivent être encouragées et financées dans ces populations, les données disponibles peuvent fournir une base raisonnable pour entreprendre une stratégie de traitement. Les diurétiques et les bêta-bloquants représentent des classes de médi-

caments qui peuvent être, les plus indiqués dans ces populations économiquement défavorisées en raison de leur coût relativement bas. Toutefois, l'utilisation de nouveaux agents thérapeutiques tels que les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (considérés comme un peu plus coûteux, mais fournissant un meilleur profil métabolique et une meilleure qualité de vie, une longévité plus importante, un nombre inférieur d'hospitalisations etc.) peut en dernier ressort occasionner des gains économiques importants. Ces gains (que l'on se place au niveau d'une population et du système de soins, ou au niveau d'un individu) peuvent être difficilement visibles quand la notion de rentabilité initiale est fondée uniquement sur leurs effets d'abaissement de la pression artérielle. Une évaluation plus complète et globale de ces gains peut (finalement et) largement l'emporter sur les réserves qui ne s'appuient que sur les questions de coûts initiaux. Malheureusement, le meilleur traitement médical actuellement disponible continue de dépendre du pouvoir d'achat d'un individu (ou d'un système de soins) donné. Pour l'avenir, le défi consiste à offrir des soins efficaces aussi bien aux pauvres qu'aux riches. Il s'agit également du défi que constitue la prise en charge de l'hypertension en ASS au 21<sup>ème</sup> siècle, qui est de fournir les meilleurs soins indépendamment du statut socio-économique. Ceci nécessitera de l'innovation et une solidarité à l'échelle mondiale en matière de gestion et de réformes de santé. Dans l'attente, il faudra vaincre un obstacle encore plus fondamental, à savoir de persuader les responsables de la planification et de l'action publique en matière de santé en ASS du fait que l'hypertension est un problème important et potentiellement grave de santé publique. La prise en charge de l'hypertension (et des MCV en général) doit se situer parmi les priorités dans le calendrier des questions de santé des pays d'ASS. Ceci peut suffire à préparer ces populations à anticiper ce qui sera sans nul doute l'un des principaux défis du 21<sup>ème</sup> siècle en matière de santé. Ceci représente une gageure importante pour ces pays pauvres, et aussi, c'est indéniable, la principale action requise et la plus déterminante.