

PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE DE L'HTA EN MILIEU HOSPITALIER A BAMAKO

DIALLO B.A.*

RESUME

L'auteur rapporte les résultats d'une étude prospective sur l'épidémiologie de l'HTA observée en milieu hospitalier.

La prévalence de l'HTA parmi les motifs de consultation externe est de 20,83 % avec une nette prédominance féminine (65 %).

L'HTA est familiale chez 45 % des patients.

Le tabac et l'obésité en sont les facteurs de risque dominants avec respectivement 42,37 % et 30,5 % de fréquence.

Mots-clés : HTA - Epidémiologie - Mali.

INTRODUCTION

L'HTA est répandue dans le monde.

Aux Etats-Unis sa prévalence est estimée à 15,2 % (NHS) et à 20 % (RICHARD) en France.

En Afrique également, elle constitue un problème de santé publique avec une fréquence hospitalière à 41 % à Libreville et Ibadan, 32,5 % à Dakar et 21,5 % à Abidjan (3).

Au Mali, MAIGA et coll. (8) évaluent dans un travail en zone sahélienne la prévalence de l'HTA à 23,7 %.

Ce travail propose une évaluation épidémiologique en milieu hospitalier à Bamako.

MATERIEL ET METHODE

L'étude est prospective et transversale et elle s'est déroulée dans le service de Cardiologie de l'Hôpital du Point G de novembre 1992 à janvier 1993.

Elle a porté sur les malades vus durant cette période aux consultations externes.

Toutes les mesures de pression artérielle ont été faites selon

* Service de Cardiologie, Hôpital du Point G (Bamako) (Mali).

les recommandations de l'OMS pour éviter les risques d'erreur : sujet au repos pendant au moins 15 mn, allongé, la prise se faisant avec un sphygmomanomètre classique qui doit avoir une largeur de 12,5 cm chez l'adulte et une longueur suffisante pour entourer les 2/3 de la circonférence brachiale.

La méthode de mesure est la méthode auscultatoire.

La pression systolique correspond à la phase I de KOROTKOV (début de l'auscultation des premiers bruits) et la pression diastolique à la phase V (disparition complète des bruits).

La prise de la TA a toujours été contrôlée par un 2ème examinateur.

Nous avons retenu comme critère de l'HTA celui de l'OMS : systolique 160 mm Hg et/ou un diastolique 95 mm Hg chez l'adulte.

L'échantillon est de 100 malades.

Tout hypertendu ainsi dépisté est inclus dans notre protocole ou il est interrogé pour :

- préciser l'âge, le sexe, les facteurs de risque associés et l'ancienneté de l'HTA,
- rechercher la notion d'une HTA familiale,
- étudier les habitudes alimentaires.

Etaient exclues de l'échantillon les fausses HTA au cours de l'insuffisance aortique et du bloc de conduction atrio-ventriculaire.

RESULTATS

1- Prévalence hospitalière de l'HTA

Durant 3 mois, 480 malades ont été vus en consultation cardiologique ; 100 présentaient une HTA.

Pour cet effectif, la prévalence hospitalière de l'HTA est de 20,83 %.

2 - Caractéristiques de l'âge et du sexe

Sexe Age	Féminin	Masculin	Total
19 - 29	4 (0,061 %)	1 (0,02 %)	5 (0,05 %)
30 - 39	11 (0,17 %)	4 (0,11 %)	15 (0,15 %)
40 - 49	19 (0,29 %)	10 (0,2 %)	29 (0,29 %)
50 - 59	15 (0,23 %)	9 (0,26 %)	24 (0,24 %)
60 - 69	13 (0,2 %)	8 (0,22 %)	21 (0,21 %)
70 - 79	3 (0,42 %)	3 (0,08 %)	6 (0,06 %)
Total	65 %	35 %	100 %

L'HTA frappe plus souvent la femme (65 %) que l'homme (35 %) avec une répartition inégale selon les tranches d'âge.

Chez les femmes l'HTA s'observe dans toutes les tranches d'âge mais plus de la moitié se rencontre au-delà de 40 ans. La distribution par âge de l'HTA chez les hommes montre que le 1/3 des malades avait plus de 40 ans.

3 - Ethnie

La distribution ethnique n'offre aucune particularité.

4 - HTA familiale

Elle est retrouvée chez les 45 % des patients.

5 - Selon les habitudes alimentaires

La majorité de nos patients (72 %) a un régime moyennement salé et seulement 19 % consomme de la réglisse.

6 - Facteurs de risque

	Effectif	%
Tabac	25	14,75
Obésité	18	10,62
Diabète	7	4,13
Sédentarité	9	5,31
Dyslipidémie	0	0
Sans facteurs de risque	41	65,19
Total		100

Nous n'observons pas de facteurs de risque chez 41 malades (41 %) alors que chez 59 (59 %) il en existe.

Le facteur courant est le tabac (42,37 %) suivi de l'obésité (30,5 %).

Le diabète et la sédentarité représentent respectivement 11,85 % et 15,25 %.

Nous n'avons pas recruté de dyslipémique.

7 - Ancienneté de l'HTA

33 % ont une HTA récente (moins d'un an d'évolution), 55 % ont une HTA ancienne (comme depuis 2 à 10 ans) et 12 % une HTA dont la durée est supérieure à 11 ans.

COMMENTAIRE

Notre étude ne traite que de cas hospitaliers observés en cardiologie.

L'HTA représente environ 20,83 % de nos motifs de consultation pour une période d'environ 3 mois ; taux voisin de celui de l'équipe d'Abidjan (3) mais inférieur aux 41 % de Libreville (3) et Ibadan (3) et aux 32,5 % de Dakar (3).

La prédominance féminine a été observée dans notre série. Le plus jeune malade a 21 ans.

La fréquence d'apparition de l'HTA croît avec l'âge jusqu'à 50 ans et ceci dans les 2 sexes comme l'ont rapporté d'autres auteurs (1, 3, 5, 8).

Nous observons un pourcentage élevé d'HTA familiale (45 %) de même que chez d'autres auteurs (1, 3) qui en font par ailleurs un mauvais indice pronostique.

L'évaluation de la consommation de sel dans l'enquête est subjective et ne fait pas apparaître de corrélation entre le risque hypertensif et l'apport alimentaire de sel.

Toutefois pour une meilleure approche de ce facteur de risque le dosage du NAACL urinaire serait d'un meilleur reflet. 41 malades (41 %) sont sans facteur de risque classique et pourrait-on parler chez eux de l'influence de facteurs génétique ou environnementaux ?

L'obésité est courante dans la série étudiée (30,5 %). ce résultat a été retrouvé dans le reste de la littérature (3).

Nous observons également beaucoup de fumeurs et la place prépondérante du tabagisme dans les cardiopathies ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux au Mali a déjà été décrite (3,8).

CONCLUSION

La place réelle de l'HTA dans notre pays reste à préciser par des études sur des échantillons représentatifs de population.

L'HTA apparaît comme un réel problème de santé publique dont le contrôle nécessite :

- une information des praticiens sur sa prévalence hospitalière et les risques évolutifs,
- un équipement des centres de santé en appareils à tension et stéthoscope,
- enfin et surtout l'intensification des campagnes d'éducation sanitaire en faveur des populations cibles pour faire mieux connaître les facteurs de risque et la nécessité de consultations précoces.

BIBLIOGRAPHIE

1 - Ed. BERTRAND et coll.

Etude de la prévalence et certains aspects épidémiologiques de l'HTA en Côte d'Ivoire.

Bull. OMS, 1976, 54, 449-454.

2 - Ed. BERTRAND, L. RAVINET, M. ODI ASSAMOI

Caractéristiques de l'hypertension artérielle envisagée comme seul problème de santé publique en Côte d'Ivoire.

HTA en Afrique aujourd'hui.

SIDEM Editeur, Paris, 1979, 113-123.

3 - FEGHOUL

Epidémiologie de l'HTA en Afrique.

HTA en Afrique aujourd'hui.

SIDEM Editeur, Paris, 1979, 59-73.

4 - L. FOFANA

Etude prospective des accidents vasculaires cérébraux à l'hôpital du Point G.

Thèse Méd., Bamako, 1990, 72 p.,

5 - P. KOATE

L'hypertension artérielle en Afrique Noire.

Bull. OMS, 56, (6), 841-848.

6 - G. LAGRUE et M. KARANDJIAN

Hypertension artérielle et hygiène de vie.

Tensiologie (n° spécial hors série), 1986, 51-54.

7 - C. LAVORELLE

Epidémiologie de l'hypertension artérielle en Afrique Noire.

Thèse Méd., Marseille, 1981.

8 - M.A. MAIGA et coll.

Epidémiologie de l'hypertension artérielle en zone sahélienne dans le cercle de NARA (Mali).

Médecine d'Afrique Noire, 1989, 36 (3), 234-237.

9 - A.THERA

Les cardiopathies ischémiques, aspects cliniques thérapeutiques et évolutifs.

Thèse Méd., 1990, 32 p.