

HYPERTENSION ARTÉRIELLE DE NOVO COMPLIQUÉE DE L'ADULTE EN MILIEU HOSPITALIER NOIR AFRICAIN

ARTERIAL HYPERTENSION OF NOVO COMPLICATED WITH THE ADULT IN BLACK AFRICAN HOSPITAL ENVIRONMENT

YAO KH, SANOGO S, BINAN AYO, HUE LOU A, DIALLO AD.

Correspondance : Service de néphrologie-Médecine interne CHU de Treichville-Côte d'Ivoire ;
Tél :0022504460779 ;
Email : yaohubert@yahoo.fr

RESUME

L'hypertension artérielle (HTA) peut être révélée par des complications. Nous avons réalisé cette étude dans le but de décrire le profil épidémiologique de l'HTA de novo compliquée. *Patients et méthode* : Il s'agit d'une étude longitudinale prospective de 18 mois ayant inclus tout patient non hypertendu connu présentant une HTA à l'examen clinique. *Résultats* : sur 119 patients admis pour HTA compliquée, 31 n'étaient pas hypertendus connus, soit une fréquence d'HTA de novo de 26%. L'âge moyen était de 44ans avec des extrêmes de 18ans et 82 ans. Une prédominance masculine a été observée avec un sex-ratio de 2,44. Les patients avaient pour antécédents des œdèmes des membres inférieurs (19,3%), l'HTA familiale (9,6%) et étaient admis pour perte de connaissance (35,4%), dyspnée (29%), déficit de l'hémicorps (12,9%) et vomissements (9,6%). Les signes cliniques étaient l'anémie (48,3%), l'œdème aigu du poumon (38,7%), le syndrome pyramidal (38,7%). Les complications étaient respectivement rénales (58%), neurologiques (38,7%) et cardiaques. La mortalité de 25,8% était liée aux complications cérébro-vasculaires et/ou rénales. *Conclusion* : Un patient sur quatre admis pour HTA compliquée ne se savait pas hypertendu. Un patient sur trois était hypertendu du fait d'une glomérulopathie chronique.

Mots-clés : Hypertension artérielle ; Insuffisance rénale chronique ; Accident vasculaire cérébral

SUMMARY

Arterial hypertension can be revealed by complications. We realized this study with the aim of describing the epidemiological profile of the arterial hypertension of novo complicated. Patients and method: it is about a forward-looking longitudinal study of 18 months having included every not hypertense known patient presenting arterial hypertension to the clinical examination. Results: on 119 patients admitted for arterial hypertension complicated, 31 were not hypertense known, which is a frequency of arterial hypertension of novo of 26%. The average age was of 44ans with extremes of 18ans and 82 years. A male ascendancy was observed with a sex-ratio of 2,44. The patients had for histories of the edemas of lower limbs (19,3%), the family hypertension (9,6%) and were allowed for loss of consciousness (35,4%), dyspnoea (29%), neurological troubles (12,9%) and vomits (9,6%). The clinical signs were the anemia (48,3%), acute pulmonary edema, the pyramidal syndrome (38,7%). The complications were respectively renal (58%), neurological (38,7%) and heart patients. The 25,8% mortality was bound (connected) to the cerebrovascular and/or renal complications. Conclusion: one patient on four successful candidates for complicated arterial hypertension did not come out hypertension. One patient on three was hypertense because of a chronic glomerulopathy.

Key-words: arterial hypertension; Chronic renal insufficiency; Cerebrovascular Accident

INTRODUCTION

L'hypertension artérielle est devenue un problème majeur de santé publique au cours de ces dernières décennies. Sa prévalence varie d'une région à une autre. En France, on estime qu'un adulte sur cinq est hypertendu¹. En termes de soins, 13,4% des consultations de Médecine générale en France sont effectuées chez des patients souffrant d'HTA¹.

La prévalence de l'HTA est élevée en Afrique au sud du Sahara. Elle est de 32,5% à Brazzaville toutes couches sociales confondues². Dans le district d'Abidjan la prévalence de l'HTA est de 21,7% dans la population générale³ et représente 61,8% des motifs de consultation à l'Institut de Cardiologie d'Abidjan⁴.

L'HTA est bien souvent découverte au stade de complications. A notre connaissance, nous n'avons pas de données sur le profil de patients non hypertendus connus, admis pour HTA compliquée en milieu hospitalier ivoirien.

Nous avons entrepris ce travail pour décrire le profil épidémiologique et le retentissement de l'HTA de novo dans le service de Médecine interne du CHU de Treichville.

I- PATIENTS ET METHODE

I.1- PATIENTS

Il s'agit d'une étude longitudinale prospective de patients admis pour hypertension artérielle dans le service de Médecine Interne du CHU de Treichville, sur une période allant de janvier 2009 à Juin 2010.

Ont été inclus, tous les patients âgés de plus de 15ans, non hypertendus connus, chez qui une HTA a été découverte à l'examen clinique.

I.2- METHODOLOGIE

L'hypertension artérielle (HTA) est définie par le constat de chiffres tensionnels supérieur à 140mmHg pour la systolique et /ou supérieur à 90mmHg pour la diastolique. La pression artérielle a été repartie en trois grades : grade 1 ou HTA légère entre 140 et 159 mmHg pour la systolique et entre 90 et 99 mmHg pour la diastolique ; grade 2 ou HTA moyenne entre 160 et 179 mmHg pour la systolique et entre 100 et 109 mmHg pour la diastolique ; grade 3 ou HTA sévère pour des chiffres tensionnels supérieurs ou égal à 180 mm Hg pour la systolique et supérieurs ou égal à 110 mm Hg pour la diastolique.

La fonction rénale a été évaluée grâce à la formule de MDRD⁵. L'insuffisance rénale est définie par un débit de filtration glomérulaire (DFG) inférieur à 60ml/min pour 1,73m². Le caractère chronique est défini par l'ancienneté de l'insuffisance rénale (plus de 3mois) et/ ou une anémie normochrome normocytaire arégénérative (hémoglobine inférieure à 12g/dl) et/ou une hypocalcémie associée. La néphropathie glomérulaire chronique est évoquée devant la présence d'une protéinurie supérieure à 2g/j ou d'une protéinurie associée à une hématurie microscopique ou macroscopique. La néphropathie vasculaire chronique est retenue devant l'existence d'une HTA, d'une protéinurie de faible débit (<1g/j), d'une insuffisance rénale associée à des signes de rétinopathie hypertensive au fond d'œil.

Le retentissement cardiaque est défini par la présence d'une hypertrophie ventriculaire gauche à l'ECG et/ou à l'échocardiographie.

L'atteinte oculaire de l'HTA et sa gravité sont appréciées par l'examen du fond d'œil.

Le retentissement neurologique est évalué par la recherche de signes de souffrance cérébrale (troubles de la conscience, crises convulsives) et d'un déficit de l'hémicorps. Une tomodensitométrie est réalisée en cas de syndrome pyramidal.

Pour chaque patient inclus, les données suivantes ont été collectées à l'aide d'une fiche d'enquête standardisée : données épidémiologiques (âge ; sexe); données anamnestiques (notion d'œdèmes, de diabète, de cardiopathie, de maladie rénale chronique, d'obésité, de tabac, de maladie familiale ; données cliniques (motif d'admission, pression artérielle à l'admission, la pression pulsée (différence entre pression artérielle systolique et pression artérielle diastolique), existence d'œdèmes des membres inférieurs, œdème aigu du poumon, anémie clinique et examen du fond d'œil) ; données biologiques : taux de créatinine sérique, de calcémie, de glycémie, de protéinurie des 24heures, hématurie microscopique, taux d'hémoglobine, volume globulaire moyen et taux de réticulocytes); données de l'imagerie : télécoeur, électrocardiogramme, échographie rénale et échocardiographie).

L'analyse des données a été réalisée grâce au logiciel Epi Info version 2007.

II- RESULTATS

Sur 119 patients admis pour HTA compliquée pendant la période d'étude, 31 n'étaient pas hypertendus connus, soit une fréquence d'HTA de novo compliquée estimée à 26%.

L'âge moyen était de 44 ans±19 avec des extrêmes de 18 ans et 82 ans. Nous avons observé une prédominance du sexe masculin avec un sex-ratio de 2,44.

Les antécédents retrouvés étaient les œdèmes des membres inférieurs (OMI) chez six patients (19,3%) et l'HTA familiale dans trois cas (9,6%). Les patients étaient admis pour une perte de connaissance (35,4%), une dyspnée (29%), un déficit de l'hémicorps (12,9%) et des vomissements (9,6%). (Tableau).

Tableau : Répartition selon le motif d'admission, les signes cliniques et les complications

		Paramètres	Nombre de cas	(%)
Motif d'admission		Perte de connaissance	11	35,4
		Dyspnée	9	29
		Déficit de l'hémicorps	4	12,9
		Vomissements	3	9,6
		Œdèmes	2	6,4
Grade de l'HTA		Grade 1	7	22,5
		Grade 2	11	35,4
		Grade 3	18	58
Examen clinique		Anémie clinique	15	48,3
		Œdème aigu du poumon	12	38,7
		Syndrome pyramidal	12	38,7
		Œdèmes isolés	3	9,6
Complications	Rénales (n=18)	IRC	13	41,8
		IRA	5	16,1
	Cardiaques	HVG	9 sur 14	64,2
		Neurologiques (n=12)	AVC ischémique	8
AVC hémorragique	4		12,9	

La pression artérielle systolique (PAS) moyenne était de 194±31 mmHg et la pression artérielle diastolique (PAD) moyenne de 114 ±22mmHg avec une pression pulsée moyenne de 80 mmHg. Selon la sévérité de l'HTA, 18 patients (58%) avaient une HTA de grade 3 et 11 patients (35,4%) au grade 2. L'examen clinique a mis en évidence un syndrome anémique clinique dans 48,3% des cas, un œdème aigu du poumon dans 38,7% des cas, un syndrome pyramidal (38,7%) et un syndrome œdémateux isolé chez 3 patients (9,6%).

L'examen du fond d'œil réalisé chez 12 patients a mis en évidence une rétinopathie hypertensive stade III ou IV chez 9 patients (75%).

Le retentissement rénal a été observé chez 18 patients (58%) dont une insuffisance rénale chronique (IRC) dans 13 cas et une insuffisance rénale aiguë dans 5 cas. Selon la classification K/DOQI, l'insuffisance rénale était au stade terminal chez 15 patients (48,4%). Sur les 13 patients IRC, on a observé 10 cas de glomérulonéphrite chronique et 3 cas de néphropathie vasculaire chronique. Enfin, six patients (19,3%) présentaient un double retentissement cardio-rénal.

L'électrocardiogramme réalisé chez 14 patients montrait une hypertrophie ventriculaire gauche dans 9 cas (64,2%) et une arythmie par fibrillation auriculaire chez un patient (7,1%).

L'accident vasculaire cérébral (AVC) observé chez 12 patients (38,7%) était ischémique dans 8 cas et hémorragique dans 4 cas.

L'évolution sous traitement était favorable chez 14 patients (45,1%). Neuf patients (29%) sont sortis contre avis médical. Huit patients (25,8%) sont décédés par accident vasculaire cérébral (cinq cas) ou par IRC terminale (trois cas).

DISCUSSION

L'incidence de l'hypertension artérielle de novo était de 26% dans notre population d'étude. Elle était inférieure à celle observée (47,5%) dans l'état de Benin City au Nigéria⁶. Nos patients étaient en majorité jeunes. La prédominance masculine est observée dans la littérature sous-régionale⁷. Au Brésil, l'âge moyen des patients hypertendus était de 39,4 ans avec une prédominance féminine⁸. Plus de la moitié des patients présentaient une HTA de grade 3 avec une pression pulsée moyenne à 80 mmHg. Une pression pulsée est un indice prédictif indépendant de mortalité cardiovasculaire⁹ et de risque d'AVC¹⁰. Les différents syndromes cliniques observés (anémie, œdème aigu du poumon, syndrome pyramidal) sont l'expression clinique des retentissements cardiaque, rénal et neurologique de l'HTA.

Dans notre travail, les différentes complications étaient respectivement rénales, neurologiques et cardiaques. Au Nigéria⁶, les principales complications de l'HTA étaient par ordre de fréquence les accidents vasculaires cérébraux, l'insuffisance cardiaque congestive et l'insuffisance rénale chronique. Dans certaines séries africaines, les complications rénales occupaient le deuxième rang après les complications cardiovasculaires¹¹.

Près de la moitié de nos patients ont présenté une insuffisance rénale au stade terminal. Il

s'agit en fait d'une HTA secondaire à une maladie glomérulaire dans la plupart des cas, et d'une HTA cause d'une IRC vraisemblablement par néphro-angiosclérose. L'insuffisance rénale aigüe a été observée dans un contexte d'HTA maligne et d'évolution marquée par une reprise totale de la fonction rénale après normalisation des chiffres tensionnels.

L'accident vasculaire cérébral était ischémique dans la majorité des cas. L'hypertension artérielle expose davantage à un risque d'AVC ischémique qu'hémorragique¹². Dans 12% des cas, l'AVC représente la circonstance de découverte de l'HTA en milieu neurologique ivoirien¹³.

Enfin, 25,8% des patients sont décédés par accident vasculaire cérébral et/ou par IRC terminale. UKOH a observé une mortalité de 22,1% liée à l'HTA compliquée⁶. L'accident cérébro-vasculaire, l'insuffisance cardiaque congestive et l'insuffisance rénale chronique [14] étaient les principales causes de mortalité liées à l'HTA compliquée aux USA. En France, la survie chez l'hypertendu avec atteinte rénale à 5ans est estimée à 20% contre 90% dans le groupe indemne d'atteinte rénale¹⁵.

L'accident vasculaire cérébral est donc sans doute la principale cause de mortalité liée à l'HTA. La mortalité liée à l'insuffisance rénale chronique dans notre étude est sous estimée eu égard à la fréquence élevée des sorties contre avis médical. Le traitement de l'IRC terminale par épuration extra rénale étant à la charge des patients, le niveau socio-économique bas de nos populations rendent difficile la prise en charge de nos malades.

CONCLUSION

Un patient sur quatre admis pour HTA compliquée ne se sait pas hypertendu connu. Un patient sur 3 était hypertendu du fait d'une glomérulopathie chronique. Près de la moitié des patients ont présenté une insuffisance rénale au stade terminal. Les complications étaient par ordre de fréquence rénale, cérébro-vasculaire et cardiaque. La mortalité de 25,8% était liée aux complications cérébro-vasculaires et rénales.

Un dépistage précoce de l'albuminurie par la bandelette réactive et de l'hypertension artérielle pourrait permettre une prise en charge précoce afin de ralentir la progression de la maladie.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1-Legezd L et coll . hypertension artérielle et facteurs de risque associé : évolution du traitement entre 2000 et 2006 ; EMC Elsevier Masson SAS 2007 ; 11-301-B. P1.
- 2-Kimbally-Kaky G. hypertension artérielle et les autres facteurs de risque cardiovasculaires à Brazzaville : rapport d'enquête, Brazzaville OMS, Bureau régional de l'Afrique, 2004.
- 3-Côte d'Ivoire. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. Programme STEPS. Rapport de l'atelier de diffusion des résultats de l'enquête de prévalence des facteurs de risque des maladies non transmissibles dans les régions sanitaires des Lagunes 1 et 2. Année 2004.
- 4-N'Guetta R, adoh A, Ekou A et al. Etude épidémiologique et clinique de l'hypertension artérielle en consultation de cardiologie à Abidjan. *Afrique Biomédicale* 2007 ; 12 : 4 - 10.
- 5-National Kidney Foundation. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. *Am J Kidney* 2002; 39:S1-266.
- 6-Ukoh VA. Admission of hypertensive patients at the University of Benin Teaching Hospital, Nigeria. *East Afr Med J*. 2007 Jul;84(7):329-35.
- 7-Ike SO. Prevalence of hypertension and its complications among medical admissions at the University of Nigeria Teaching Hospital, Enugu (Study 2). *Niger J Med*. 2009 Jan-Mar;18 (1):68-72.
- 8-Lessa I, Magalhães L, Araújo MJ, de Almeida Filho N, Aquino E, Oliveira MM : Arterial hypertension in the adult population of Salvador. *Arq Bras Cardiol*. 2006 Dec; 87(6):747-56.
- 9-Darne, Bernadette; Girerd, Xavier; Safar, Michel; Cambien, Francois; Guize, Louis. Pulsatile Versus Steady Component of Blood Pressure: A Cross-sectional Analysis and a Prospective Analysis on Cardiovascular Mortality. *Hypertension* 1989; 13:392-400.
- 10-Mazza A, Pessina AC, Gianluca P, Tikhonoff V, Pavei A, Casiglia E. Pulse pressure: an independent predictor of coronary and stroke mortality in elderly females from the general population. *Blood Pressure* 2001: 205-211.
- 11-Lengani A, Samadoulougou A, Cissé M. Caractéristiques de l'atteinte rénale dans la morbidité hypertensive de l'adulte au Burkina Faso. *Arch Mal du cœur et des Vaisc* 2000, 93 : 1053-1057.
- 12-J. Bogousslavsky; Veronica Castillo; Emre Kumral; Isabel Henriques; Guy Van Melle Stroke Subtypes and Hypertension: Primary Hemorrhage vs Infarction, Large- vs Small-Artery Disease *Arch Neurol*. 1996;53(3):265-269.
- 13-P Cowppli-Bony, T Sonan-Douayoua, F Akani , C Ahogo, N'guessan K , Beugré K. Epidémiologie des accidents vasculaires cérébraux au service de neurologie de Bouaké. *Méd Afr Noire* 2007,54(4) : 199-202.
- 14-Hall WD, Ferrario CM, Moore MA, Hall JE, Flack JM, Cooper W, Simmons JD, Egan BM, Lackland DT, Perry M Jr, Roccella EJ. Hypertension-related morbidity and mortality in the southeastern United States. *Am J Med Sci*. 1997 Apr;313(4):195-209.
- 15-Hannedouche T, Bouiller M, Caillard S. Risque cardiovasculaire absolu chez les malades en néphrologie. *Néphrologie* 1998(19) ; 4 : 197-201.