



Article Original

Hypertension Artérielle Découverte à l'Admission au Centre Hospitalier Régional de Maradi

Arterial hypertension discovered on admission at the Regional Hospital of Maradi

Ahamadou Biraima¹, Tawayé Illiassou¹, Issaka Mamadou Fodi¹, Brah Souleymane², Daou Maman³, Habibou Harouna⁴, Ousmane Abdoulaye⁵, Amadou Oumarou⁶, Harouna Amadou M Laouali⁶, Adéhossi Eric²

RÉSUMÉ

1. Centre Hospitalier Régional de Maradi, Médecine B.
2. Hôpital Général de Référence de Niamey.
3. Hôpital National de Niamey, Médecine B
4. Hôpital National de Niamey, Pavillon A
5. Centre Hospitalier Régional de Maradi, Laboratoire.
6. Centre Hospitalier Régional de Maradi, Service contagieux

Auteur correspondant :
Dr Ahamadou Biraima,
Médecin interniste,
Enseignant chercheur à
l'Université Dandicko
Dan Koulodo de
Maradi.
Tél: 00227 97 21 95 03 /
00227 91 4770 91.
E-mail :
ahamadou.biraima@yahoo.fr
Mots-clés : Hypertension artérielle, Centre Hospitalier Régional de Maradi, Niger
Keywords: Hypertension, Maradi Regional Hospital, Niger

Objectif. L'hypertension artérielle (HTA) peut être découverte fortuitement lors d'une hospitalisation. Nous avons réalisé cette étude dans le but de décrire le profil épidémiologique, clinique et évolutif des patients hospitalisés avec une HTA, ignorant leur statut tensionnel avant l'admission. **Patients et méthodes.** Il s'agit d'une étude prospective d'une durée de trois mois ayant inclus tous les patients présentant une HTA à l'examen clinique à l'admission, le sujet ne se sachant pas hypertendu. **Résultats.** Sur 60 patients admis avec une HTA, 32 n'étaient pas hypertendus connus, soit une fréquence d'HTA découverte à l'admission de 53,33%. Leur âge moyen était de 64,78 ans avec des extrêmes de 21 ans et 110 ans. Une prédominance féminine a été observée avec un sex-ratio de 0,77. Il y avait des antécédents de drépanocytose dans 3,12% des cas et de pleurésie dans 3,12% des cas. Les patients pouvaient être admis pour des signes n'ayant aucun rapport avec HTA. Un retentissement rénal était présent chez 78,12% des cas. Le taux de mortalité était de 3,12% et la cause du décès était liée à une anémie sur terrain drépanocytaire. **Conclusion.** Trois patients sur quatre admis pour HTA ignorent leur statut tensionnel avant l'admission, et parmi eux, trois sur quatre ont une insuffisance rénale au stade terminal à l'admission. Ceci montre l'intérêt du contrôle systématique des chiffres tensionnels quel que soit le motif de la consultation. Une campagne de dépistage volontaire, avec sensibilisation des hypertendus dépistés, pourrait permettre de réduire à la fois le nombre des hypertendus ignorant leur statut tensionnel et des complications à l'admission.

ABSTRACT

Objective. High blood pressure (arterial hypertension) can be discovered incidentally on admission at the hospital. The aim of this study is to describe the clinical pattern and evolution of hospitalized patients with hypertension, unaware of their high blood pressure status prior to admission. **Patients and methods.** This was a prospective 3-month longitudinal study that included all hypertensive patients on clinical examination who were unaware of their blood pressure status before admission. **Results.** Among 60 patients admitted with arterial hypertension, 32 (53.33%) were not known to be hypertensive. Their average age was 64.78 years with extremes of 21 years and 110 years. A female predominance was observed with a sex ratio of 0.77. One patient had a history of sickle cell anemia (3.12%) and one patient a medical history of pleurisy (3.12%). Chronic kidney disease was present for 78.12% of patients. The mortality rate was 3.12% and this death was related to sickle cell anemia. **Conclusion.** A large proportion of hypertensive inpatients are unaware of their blood pressure status prior to admission, and up to three out of four of these patients have end-stage renal disease on admission. This shows the interest of the systematic control of blood pressure figures whatever the reason for consultation. Voluntary screening campaign with sensitization of patients detected, could reduce both the number of patients unaware of their blood pressure status and the rate of complications at admission.

INTRODUCTION

L'hypertension artérielle (HTA) est un facteur de risque cardiovasculaire majeur dans la survenue d'accidents vasculaires cérébraux, d'insuffisance cardiaque,

d'insuffisance rénale et des maladies coronaires qui représentent les principales causes de décès dans le monde [1].

La prévalence de l'HTA varie d'une région à une autre. Au niveau mondial, la prévalence de l'hypertension artérielle chez les adultes de 18 ans et plus était d'environ 22% en 2014 [2]. L'Afrique au sud du Sahara présente des prévalences élevées d'HTA parmi les adultes âgés de 18 ans et plus, variant entre 16 % et 40 %. Cette prévalence dépasse 60 % chez les personnes âgées de 65 ans et plus dans certaines études.

Au Niger, l'enquête sur les facteurs de risque des maladies non transmissibles a fourni une prévalence de 21,2 % chez les adultes [3]. On note des proportions élevées (> 70 %) de personnes avec des pressions artérielles élevées ignorant leur statut tensionnel [4]. Un patient sur quatre admis pour HTA compliquée ne se savait pas hypertendu [5]. Au Niger, nous n'avons pas, à notre connaissance, de données sur le profil des patients hospitalisés pour HTA, ignorant leur statut tensionnel avant l'admission. Nous avons entrepris ce travail dans le service de médecine B du Centre Hospitalier Régional (CHR) de Maradi pour décrire le profil épidémiologique, clinique et évolutif des patients hospitalisés pour HTA, ignorant leur statut tensionnel avant l'admission.

PATIENTS ET MÉTHODES

Patients

Il s'agissait d'une étude prospective des patients admis pour HTA dans le service de Médecine B du Centre Hospitalier Régional (CHR) de Maradi, sur la période allant de Mai à Juillet 2018.

Nous avons inclus, tous les patients ignorant leur statut tensionnel avant l'admission, hospitalisés dans le service, chez qui une hypertension artérielle (HTA) a été découverte à l'examen clinique.

Méthodologie

Chaque patient inclus a bénéficié d'un examen clinique complet. Des examens complémentaires étaient demandés pour confirmer certaines pathologies associées. Pour chaque patient, une fiche d'enquête était remplie. Cette fiche a servi à collecter les données suivantes : âge ; sexe; motif d'admission ; antécédents; données cliniques (pression artérielle à l'admission, existence d'œdèmes des membres inférieurs, d'anémie clinique, de signes de souffrance cérébrale, de déficit neurologique); résultats du fond d'œil; résultats biologiques (taux de créatinine sérique, numération formule sanguine, glycémie); résultats de l'imagerie (radiographie thoracique et échocardiographie); électrocardiogramme.

Selon les directives de 2003 de la Société Européenne d'Hypertension et de la Société Européenne de Cardiologie [6], l'HTA a été affirmée par le constat de chiffres tensionnels supérieur à 140 mm Hg pour la systolique et /ou supérieur à 90 mm Hg pour la diastolique. L'HTA était répartie en trois grades : grade 1 ou HTA légère entre 140 et 159 mm Hg pour la systolique et entre 90 et 99 mm Hg pour la diastolique ; grade 2 ou HTA moyenne entre 160 et 179 mm Hg pour la systolique et entre 100 et 109 mm Hg 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 était évaluée grâce à la formule de Cockcroft et Gault. L'insuffisance rénale a été définie par un débit de filtration glomérulaire (DFG) inférieur à 60 ml/min. Le caractère chronique était apprécié par la notion d'antécédent de maladie rénale, le caractère irréversible de la perturbation de la fonction rénale, les données de l'échographie rénale. L'agence nationale d'accréditation et d'évaluations en sante (ANASE) (B. Dussol) [7] a défini quatre stades de maladie rénale chronique en fonction de la présence de marqueurs d'atteinte rénale et de la clairance de Cockcroft. L'insuffisance rénale a été définie par une clairance de Cockcroft inférieure à 60 ml/min par 1,73m². L'insuffisance rénale était modérée entre 59 et 30 ml/min, sévère entre 29 et 15 ml/min et terminale en dessous de 15 ml/min. Les complications cardiaques étaient évaluées par la présence de signes cliniques d'insuffisance cardiaque gauche, d'une hypertrophie ventriculaire gauche à l'ECG, d'une cardiomégalie à la radiographie thoracique. La complication oculaire de l'HTA était appréciée par l'examen du fond d'œil. Les complications neurologiques étaient évaluées par la recherche de signes de souffrance cérébrale (trouble de la conscience, crise convulsive) et d'un déficit neurologique de l'hémicorps.

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

RÉSULTATS

Sur 60 patients admis avec une HTA pendant la période d'étude, 32 patients (53,33%) ignoraient leur statut tensionnel avant l'admission. Leur âge moyen était de 64,78 ans \pm 21,24 avec des extrêmes de 21 ans et 110 ans. (Tableau I)

Tableau I : Répartition des patients selon l'âge

Age (ans)	N	%	IC 95%
21 – 30	2	6.25	[0,77 - 20,81]
31 – 40	4	12.5	[3,51 - 28,99]
41 – 50	2	6	[0,77 - 20,81]
51 et plus	24	75	[56,60 - 88,54]
Total	32	100	

En fonction du sexe, il y avait 18 femmes (56.25%° et 14 hommes (43.75%), soit un sex-ratio (H/F) de 0,77.

Les antécédents retrouvés étaient : la drépanocytose chez un patient (3,12%) et une pleurésie chez un patient (3,12%).

Selon les chiffres tensionnels enregistrés à l'admission : 24 patients (75%) avaient une HTA grade 3 ; 5 patients (15,62%) grade 2 ; et 3 patients (9,38%) au grade 1. Vingt-six patients (81,25%) avaient une HTA systolo-diastolique et 6 patients (18,75%) une HTA systolique isolée. Les signes observés à l'examen physique de

l'admission ont été regroupés en trois catégories : signes fonctionnels d'HTA (céphalées, bourdonnement d'oreille, vertiges), signes n'ayant aucun rapport avec HTA (diarrhées, impotence fonctionnelle des membres inférieurs) (voir Tableau III). Les complications sont présentées au tableau IV (aphasie, hémiparésie, œdème aiguë du poumon).

Tableau III : Signes n'ayant aucun rapport avec HTA

Signes	Fréquence	%
Convulsions	1	3,12
Diarrhées	1	3,12
Épigastralgie	2	6,25
Fièvre	3	9,37
Impotence fonctionnelles des membres inférieurs	2	6,25
Palpitation	1	3,12
Précordialgie	2	6,25
Rectorragie	1	3,12
Toux	1	3,12
Vomissements	3	9,37

Après l'examen physique à l'admission, des complications d'HTA étaient observées chez 25 patients (78,12%) (Tableau IV).

Tableau IV : Complications d'HTA

Complications	Fréquence	%
Complications rénales	25	78,12
Complications neurologiques	14	43,75
Complications cardiovasculaires	3	9,37
Complication ophtalmologique	1	3,12

Certaines pathologies associées à l'HTA étaient présentes à l'examen physique à l'admission : anémie (53,12%), diabète (37,50%), paludisme (18,75%), impotence fonctionnelles des membres inférieurs (6,25%) et rectorragie (3,12%).

L'évolution sous traitement se présentait de la manière suivantes : 26 patients (81,25%) sont sortis après amélioration de leur état de santé ; deux patients (6,25%) ont demandé une sortie contre avis médical ; deux patients (6,25%) se sont évadés ; un patient (3,12%) est décédé et un patient (3,12%) a été référé dans un autre service.

DISCUSSION

Notre travail est une étude prospective portant sur 32 patients âgés de 21 à 110 ans répartis en 18 femmes (56,25%) et 14 hommes (43,75%). Tous nos patients ignoraient leur statut tensionnel avant l'hospitalisation. Notre échantillon est composé de patients hospitalisés pour HTA dans notre service. C'est une étude monocentrique, il n'est donc pas représentatif de l'HTA découverte à l'admission à l'hôpital pour toute la ville de Maradi.

Dans notre étude, nous avons observé que 53,33% des patients hospitalisés pour HTA ignoraient leur statut tensionnel avant l'admission. Au Togo, GOEH AKUE E et al. [8] dans leur étude sur Hypertension artérielle en milieu rural portant sur 278 patients, ont découvert l'HTA fortuitement chez 52,75% des patients, résultat similaire à celui de notre étude.

La tranche d'âge la plus touchée était celle des patients âgés de 51 ans et plus aussi bien chez les femmes que chez les hommes. L'HTA augmente avec l'âge. Cette augmentation de l'HTA avec l'âge a été retrouvée au Togo par DAMOROU F et al. [9]. En effet, on observe une augmentation de la variabilité tensionnelle, conséquence des altérations vasculaires et neurohormonales associées au vieillissement [10]. En RD Congo, ATOBA B C R et al. [11] dans leur étude sur la prévalence, connaissance et degré de contrôle de l'hypertension artérielle à Kisangani ont trouvé que la prévalence de l'hypertension est significativement plus élevée chez les personnes âgées.

Le sexe féminin prédominant dans notre série, a été retrouvé au Togo par DAMOROU F et al. [9] dans leur étude portant sur 584 patients, et au Sénégal par SECK S M et al. [12] dans leur étude portant sur 627 patients. Par contre, en Côte d'Ivoire YAO K.H et al. [5] ont trouvé une prédominance masculine. Ceci s'explique par le fait que l'âge moyen de leurs patients est de 44 ans, à cet âge, les hommes font plus d'hypertension artérielle que les femmes. Mais après la cinquantaine, on observe l'inverse car la femme est protégée, avant la ménopause, par les hormones.

L'HTA systolo-diastolique (81,25%) prédominante à l'admission dans notre série a été retrouvée au Togo par Damorou F, Pessinaba S. et al. [13] dans leur étude sur Hypertension artérielle du sujet noir âgé de 50 ans et plus à Lomé, mille cent quatre-vingt (79,9 %) patients avaient une HTA systolo-diastolique.

Sur les 32 patients ignorant leur statut tensionnel, hospitalisés pour HTA, 25 patients (78,12%) étaient admis avec complications. Ce taux est supérieur à celui trouvé en Côte d'Ivoire par YAO K.H et al. [5] dans leur étude portant sur 119 patients admis pour HTA compliquée, 31 n'étaient pas hypertendus connus, soit une fréquence d'HTA de novo compliquée estimée à 26%. Dans notre étude, les différentes complications étaient par ordre d'importance : rénales, neurologiques et cardiaques. Nos résultats sont similaires à ceux trouvés en Côte d'Ivoire par YAO K.H et al. [5], dans leur étude portant sur 119 patients admis pour HTA compliquée. Par contre, en Algérie, BACHIR C.A et al. [14] ont rapporté dans leur étude portant sur 1425 patients hypertendus suivis pendant 6 ans une prédominance de l'accident vasculaire cérébral (3,8 %) suivi de l'insuffisance cardiaque (3,1 %) et l'infarctus du myocarde (1,7 %) des complications. Au Bénin, SONOU D.A et al [15] dans leur étude sur le risque cardiovasculaire absolu et les complications de l'hypertension artérielle portant sur 850 patients, ont trouvé que les AVC étaient la complication la plus fréquente chez les hypertendus au Bénin

Le taux de mortalité était de 3,12% de notre série ne représente que la mortalité précoce durant l'hospitalisation. Il n'était pas possible pour nous d'établir le taux réel de mortalité par hypertension du fait du problème de suivi après la sortie de l'hôpital. Le patient décédé, est drépanocytaire admis pour anémie clinique (3,8 g/dl d'hémoglobine). A l'admission ce patient présentait une hypertension systolique-diastolique grade 3. Devant ce tableau, nous ne pouvions pas lier ce décès uniquement à la maladie hypertensive.

terminal à l'admission. Les complications sont par ordre de fréquence : rénales, neurologiques et cardiaques. Ceci montre l'intérêt de la prise systématique de la pression artérielle chez tout patients reçu en consultation et ceci quel que soit le motif. Des campagnes de dépistage volontaire, avec sensibilisation des hypertendus dépistés, pourrait permettre de réduire à la fois le nombre des hypertendus ignorant leur statut tensionnel et des complications à l'admission.

CONCLUSION

Trois patients sur quatre admis pour HTA ignorent leur statut tensionnel avant l'admission. Trois sur quatre de ces patients présentent une insuffisance rénale au stade

RÉFÉRENCES

1. Kusuayi Mabele G., Nkiama Ekisawa C., Delecluse C., Lepira Bompeka F., Nkodila Natuhoyila A. Évaluation de la prévalence de l'hypertension artérielle de l'adulte en milieu du travail à Kinshasa, République Démocratique du Congo. *Science & Sports* (2018) **33**, 213-220.
2. Organisation Mondiale pour la Santé (OMS). Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2014.
3. Ministère de la Santé Publique (MSP). Enquête sur la Mesure des facteurs de risque des maladies non transmissibles au Niger (Approche Step"wise" de l'OMS). Décembre 2008.
4. Houehanou C., Amidou S., Preux P.M., Houinato D., Lacroix P. Hypertension artérielle (HTA) en Afrique subsaharienne. 2018 ;43 (2) :87-88.
5. Yao Kh, Sanogo S, Binan Ayo, Hue Lou A, Diallo Ad. Hypertension artérielle de Novo compliquée de l'adulte en milieu hospitalier noir africain. *Rev int sc méd.* 2011 ; 13 (2) :33-36.
6. Société Européen de l'Hypertension – Société Européenne de Cardiologie. Directives pour la prise en charge de l'hypertension. *Journal de l'hypertension* 2003,21 :1011 – 1053.
7. Dussol B. Différents stades de l'insuffisance rénale chronique : recommandations. *Immuno-analyse et biologie spécialisée* 2011 ; 26 : 55-59.
8. Goeh Akue E. Yehadji k. Y. I, Baragou S, Ekoue-Kouvahey O., Assou K, Soussou B.I. Hypertension artérielle en milieu rural au Togo: cas du District Sanitaire d'Agou. *Rev. CAMES - Série A*, Vol. 06, 2008.
9. Damorou F., Togbossi E., Pessinaba S., Soussou B. Epidémiologie et circonstances de découverte de l'hypertension artérielle (HTA) en milieu hospitalier à Kpalimé (ville secondaire du Togo). *Mali Médical* 2008 Tome XXIII N°4.
10. Hanon O., Seux M.L., Rigaud A.-S. Hypertension artérielle chez le sujet âgé. *EMC-Médecine 1* (2004) 381–387.
11. Atoba B. C. R., Kayembe T. C., Batina A.S., MBO M.J. P., Ngandu W. N. L. C., Tsongo K. Z., Bolukaoto B. L., Tshitenge B. W., Bakili H. A., Kambale K. P., Kazadi M. D. Ossinga B. J., Poyo S. M., Losimba L. J. Prévalence, connaissance et degré de contrôle de l'hypertension artérielle à Kisangani, RD Congo. *Kisangani Médical* Décembre 2014 ; 5(2) :86-93.
12. Seck Sidy Mohamed, Ndiaye Assane, Thiam Ismaila, Guéye Lamine. Prévalence de l'hypertension artérielle et son impact sur la santé perçue des populations rurales : étude transversale dans la région nord du Senegal. *Research fr* 2014 ;1 :627
13. Damorou F., Pessinaba S., Tcherou T., Yayehd K., Ndassa S.M.C., Soussou B. Hypertension artérielle du sujet noir âgé de 50 ans et plus à Lomé : aspects épidémiologiques et évaluation du risque cardiovasculaire (Etude prospective et longitudinale de 1485 patients). *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie.* 2011 ; 60: 61-64.
14. Bachir A. Cherif, Temmar M., Labat C., Atif L., Chibane A., Benkhedda S., Taleba A., Benfenatki N., Benetos A., Bouafia M.T. Morbimortalité cardiovasculaires en 6 ans des hypertendus noirs du sud algérien *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie* 63 (2014) 168–175.
15. Djidjoho Arnaud Sonou, Houchinne Lemone, Philippe Adjagba, Leopold Codjo, Murielle Hounkponou, Corine Houehanou-Sonou, Rosaire Bognon, Hugues Dohou, Salimath Assani, Yessoufou Tchabi, Martin Houenassi. Etude du risque cardiovasculaire absolu et des complications de l'hypertension artérielle dans une population de patients hypertendus à Cotonou. *Journal de la Société de Biologie Clinique du Bénin.* 2017 ; N°026 : 35-40.