

Hypertension artérielle en milieu rural au Togo : cas du District Sanitaire d'Agou

GOEH AKUE E.¹, YEHAJJI K.Y.¹, BARAGOU S.², EKOUE-KOUVAHEY D.¹, ASSOU K.¹, SOUSSOU B.L.¹

RESUME

Objectifs : Déterminer la prévalence de l'hypertension artérielle en consultation externe dans les formations sanitaires en milieu rural et identifier les autres facteurs de risque cardiovasculaire associés.

Matériel et méthode : Il s'est agi d'une étude prospective effectuée dans le district sanitaire d'Agou du 5 Novembre 2006 au 15 Mars 2007. Ont été inclus les malades hypertendus selon les normes du JNC VII. Les aspects épidémiologiques et cliniques ont été étudiés. Les données ont été analysées par le logiciel Epi Info 6.0 de CDC Atlanta.

Résultats : Notre étude nous a permis de recenser 218 hypertendus sur 1892 patients soit une prévalence de 11,52%. L'âge moyen de nos patients était dans l'échantillon global de $56,19 \pm 13,25$ ans avec des extrêmes de 20 et 105 ans. La répartition en fonction du sexe donnait une prédominance féminine avec un sex-ratio de 0,81.

La répartition selon la profession a montré une prédominance des ménagères (29,36%) suivi par les retraités (11,97%) et les commerçants (16,06%).

La dyspnée d'effort (35,32%), les céphalées (23,85%), les vertiges (14,22%) ont été les principaux motifs de consultation.

L'alcoolisme (11,47%), le tabagisme (10,55%), l'obésité (8,72%) étaient les facteurs de risques prédominants.

Selon la classification du JNC VII, 73,40% de nos patients étaient au stade 2.

Conclusion : L'HTA est un réel problème de santé publique. La prévention demeure l'arme la plus efficace.

Mots clés : Hypertension artérielle, Prévalence, Milieu rural.

SUMMARY

Objective : The aim of our study was to determine the prevalence of arterial hypertension during out-patients' consultation in rural area and to identify the other associated cardiovascular risk factors.

Materials and method : It was a prospective study carried out in the medical district of Agou, from 5th November 2006 to 15th March 2007. Out-patients with arterial hypertension according to the JNC -7 report, were concerned. Epidemiological and clinical aspects were studied. Data were analysed with Epi Info 6.0 of CDC Atlanta database.

Results : Our study allowed us to make a count of 218 patients suffering from hypertension out of 1892 patients giving a prevalence of 11.52%. The mean age was 56.19 ± 13.25 years with a bracket ranged from 20 to 105 years. There was a female predominance with a ratio of 0.81. There repartition according to professional activities has shown the predominance of housewives (29.36%), followed by pensioners (11.97%) and traders (16.06%). Exertional dyspnea (32.32%), headache (23.85%) and dizzy (14.22%) were the main motives of consultation.

Alcohol (11.47%), addiction to smoking (10.55%), obesity (8.72%), were the predominant risk factors. According to JNC -7 report, 73.40% of our patients were on stage 2.

Conclusion : Arterial hypertension is a real threat to public health. Prevention remains the most efficient key.

Key words : Arterial hypertension, Prevalence, Rural area.

INTRODUCTION

Affection très fréquente et très répandue, l'hypertension artérielle (HTA) reste toujours un sujet d'actualité. Elle touche toutes les races, toutes les ethnies et toutes les couches socioprofessionnelles. [1]

Dans la majeure partie des cas, elle reste longtemps asymptomatique et donc souvent méconnue. Sa symptomatologie est très variée, ses complications graves et fréquentes, son exploration difficile et ses étiologies pas toujours retrouvées. Son traitement onéreux est souvent mal suivi. Tout ceci constitue une préoccupation quotidienne du praticien togolais face à l'HTA qui apparaît ainsi comme un véritable problème de santé publique au Togo.

Notre travail se fixe pour objectifs de déterminer la prévalence de l'HTA en consultation externe dans les structures sanitaires en milieu rural (Préfecture d'Agou) et

d'identifier les autres facteurs de risque cardio-vasculaires associés.

I. MATERIEL ET METHODE

Notre travail s'est déroulé dans le district sanitaire d'Agou. Celui-ci fait partie des neuf districts sanitaires de la région des plateaux. Il a une superficie de 1026 km² et se trouve limité au nord par le district de Kloto, au sud par le district de Haho et du Zio et à l'Ouest par la république du Ghana.

Il s'est agi d'une étude prospective portant sur 218 patients hypertendus âgés de 20 à 105 ans ; ils ont été recensés parmi 1892 malades admis en consultation et en

1- Service de Cardiologie du Centre Hospitalier Universitaire Tokoin de Lomé
2- Service de Cardiologie du Centre Hospitalier Universitaire Campus de Lomé
Correspondance : Dr GOEH AKUE Edem
01 B.P. 3723 Lomé Togo - Tel : + (228) 9167979, + (228) 2223236
E-mail : edemcardiol@yahoo.fr

hospitalisation dans les différentes structures sanitaires de la préfecture d'Agou durant la période allant du 15 novembre 2006 au 15 mars 2007. Ces malades sont pour la plupart des togolais provenant de notre milieu d'étude.

Le matériel utilisé se compose d'un sphygmomanomètre à mercure de marque SPENGLER muni d'un brassard pour adulte de 12 cm de large, d'un stéthoscope de type SPENGLER, d'une toise, d'une pèse personne de type SECA et de charge maximale 150 kg et d'une fiche de collecte des données conçue pour l'étude.

Variables d'étude : les patients retenus pour notre étude ont été soit des hypertendus connus sous traitement ou non, soit des patients non hypertendus connus mais présentant une pression artérielle supérieure ou égale à 140 mmHg pour la pression systolique et /ou 90 mmHg pour la pression diastolique. Les variables indépendantes étudiées ont été : l'alcool, le diabète, la dyslipidémie avec une cholestérolémie totale >2 g/l et /ou une triglycéridémie >1,60 g/l pour les hommes et 1,40 g/l pour les femmes, l'obésité a été évaluée à partir de l'indice de masse corporelle (IMC) > 30 kg/m², l'hérédité, le tabagisme, le stress et l'usage des contraceptifs oraux. Les sujets chez qui aucun facteur de risque n'a été reconnu ont été inscrits dans la rubrique « sans facteur évident ».

La collecte des données : au fur et à mesure que les patients se présentent et après avoir obtenu leur consentement éclairé, nous enregistrons les différentes réponses qu'ils nous fournissent.

Nous avons procédé à une pré enquête qui a porté sur cinquante patients reçus lors des consultations, durant la période du 15 novembre au 20 novembre 2006.

Cette phase de pré enquête nous a permis de réviser le procédé de la collecte des données.

L'enquête s'est déroulée de la façon suivante : l'identité, l'âge et les facteurs de risque cardiovasculaire du sujet sont notés ; la tension artérielle est prise par la méthode auscultatoire aux deux bras. La pression systolique retenue correspond à la phase I de Korotkoff et la pression diastolique retenue, à la phase V de Korotkoff ; puis nous procédons à la prise du poids et de la taille suivi de l'examen clinique du patient.

Traitement des données : toutes nos données ont été traitées à l'aide d'un logiciel Epi-Info version 6.0. Le seuil de signification a été retenu pour une valeur de $p < 0,05$.

Tableau I : Répartition des patients selon l'âge et le sexe

Age (en année)	Femmes Effectif	Femmes %	Hommes Effectif	Hommes %	Total Effectif
20 - 30	3	1,37	2	0,92	5
31 - 40	11	5,05	8	3,66	19
41 - 50	28	12,84	17	7,8	45
51 - 60	34	15,6	29	13,3	63
61 - 70	29	13,3	27	12,39	56
71 - 80	14	6,43	13	5,96	27
> 80	1	0,46	2	0,92	3
Total	120	55,05	98	44,95	218

II. RESULTATS

2.1 Aspects épidémiologiques

Sur les 1892 patients reçus, nous avons enregistré 218 hypertendus soit une fréquence de 11,52%. Notre échantillon est constitué de 120 femmes (55,05%) et 98 hommes (44,95%).

- Répartition des patients selon l'âge et le sexe

La répartition des patients selon l'âge et le sexe figure au Tableau I. L'âge moyen de nos patients était dans l'échantillon global de $56,19 \pm 13,25$ ans avec des extrêmes de 20 et 105 ans. La tranche d'âge la plus représentative était celle de 51- 60ans correspond à 28,90% de l'ensemble des patients examinés.

Cette tranche d'âge correspond également à la fréquence la plus importante aussi bien chez les femmes (15,60%) que chez les hommes (13,30%).

- La profession

Les ménagères (29,36%) représentent la majeure partie de l'ensemble des groupes scocio-professionnels examinés. Tableau II.

Tableau II : Répartition des patients selon la profession

Profession	Effectif	%
Ménagères	64	29,36
Retraités	37	16,97
Commerçants	35	16,06
Particuliers	33	15,14
Cultivateurs	29	13,3
Fonctionnaires	20	9,17
Total	218	100

2.2 Aspects cliniques

- Motifs de consultation

L'ensemble des signes fonctionnels retrouvés figure au Tableau III.

Tableau III : Répartition des patients selon les motifs de consultation

Motifs de consultation	Femmes		Hommes		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
HTA de découverte fortuite	64	53,33	51	52,04	115	52,75
Dyspnée d'effort	45	37,5	32	32,65	77	35,32
Céphalée	31	25,83	21	21,43	52	23,85
Vertige	22	18,83	9	9,18	31	14,22
Bourdonnement d'oreille	14	11,67	11	11,22	25	11,47
Palpitation	17	14,17	6	6,12	23	10,55
Insomnie	11	9,17	7	7,14	18	8,26
Trouble visuel	6	5	9	9,18	15	6,88
Pollakiurie	2	1,67	9	9,18	15	5,05
AVC	4	3,33	7	7,14	11	5,05
Lipothymie	6	5	4	4,08	10	4,59
Angor	5	4,17	2	2,04	7	3,21
Parésie des membres inf.	3	2,5	1	1,02	4	1,83
OMI	2	1,67	0	0	2	0,92
Epistaxis	0	0	1	1,02	1	0,46

La dyspnée d'effort était le motif de consultation le plus fréquent (35,32%), suivie des céphalées et des vertiges.

L'affection a été découverte fortuitement chez 52,75% de nos patients.

- Les facteurs de risque

L'ensemble des facteurs de risque a été résumé au Tableau IV. Notons qu'un patient peut présenter plus d'un facteur de risque.

Tableau IV : Répartition des patients selon les facteurs de risque

Facteurs de risque	Femmes		Hommes		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Sans facteurs évidents	19	15,83	14	14,28	33	15,14
Alcool	2	1,67	23	23,46	25	11,47
Tabagisme	0	0	23	23,46	23	10,55
Obésité	14	11,67	5	5,1	19	8,72
Hérédité	11	9,17	5	5,1	16	7,34
Stress	9	7,5	2	2,04	11	5,05
Dyslipidémie	5	4,17	3	3,06	8	3,67
Diabète	4	3,33	2	2,04	6	2,75
Contraceptifs oraux	2	1,67	0	0	2	0,91

- Type d'HTA

La répartition de nos patients en fonction du stade de l'HTA figure au Tableau V. L'HTA stade 2 s'observe chez 73,40% de nos patients avec une prédominance féminine (77,5%).

Tableau V : Répartition des patients selon le type d'HTA selon la classification JNC VII

Type d'HTA	Femmes		Hommes		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Stade I	27	22,5	31	31,63	58	26,6
Stade II	93	77,5	67	68,37	160	73,4
Total	120	100	98	100	218	100

III. DISCUSSIONS

3.1 La méthodologie

Notre travail est une étude prospective portant sur 218 patients âgés de 20 à 105 ans répartis en 120 femmes (55,05%) et 98 hommes (44,95%). Notre échantillon est essentiellement rural, il n'est donc pas représentatif de toute la population du pays.

D'après les recommandations de l'OMS, le manomètre à mercure a été utilisé pour la mesure de la tension artérielle. De même, les recommandations admises à propos de la taille du brassard et les conditions de mesure correcte de la pression artérielle ont été respectées. La mesure de la taille et du poids a été facilitée par la lecture directe grâce à une toise et à un pese-personne.

L'enquête s'est déroulée grâce au concours de la Direction Préfectorale de la santé d'Agou et de l'hôpital Bethesda d'Agou-Nyogbo. Compte tenu de l'importance que revêt cette affection dans la vie courante, la collaboration s'est faite automatiquement aussi bien avec les patients qu'avec le personnel soignant.

3.3 Epidémiologie

La prévalence globale de l'HTA dans notre série était de 11,52%. Ce taux est superposable à celui rapporté par BALDE [2] et Coll. qui après une étude à Tougué, zone rural guinéen ont trouvé une prévalence de 14,9%. L'âge moyen de nos patients était dans l'échantillon global de 56,19 ± 13,25 ans avec des extrêmes de 20 et 105 ans. La tranche d'âge la plus représentative était celle de 51- 60ans (28,90%). THIAM et coll. [3] au Sénégal avaient trouvé un âge moyen de 57 ans dans leur série.

Dans notre échantillon, nous avons noté une prédominance féminine dans une proportion de 55,05% avec une sex-ratio de 0,81. Elle pourrait être expliquée par un rôle éventuel de la ménopause. La prédominance féminine a été rapportée également par BOURAMOUÉ et coll. au Congo [4]. MOUANODJlet coll. [5] au Tchad avait par contre trouvé dans son étude un sex-ratio de 1,5 en faveur des hommes.

3.4 La profession

Les ménagères occupaient la majeure partie de notre échantillon (29,36%) suivies par les retraités (16,97%) et les commerçants (16,06%). La structure sociale de la localité amenant assez souvent les femmes à rester dans leur foyer pourrait expliquer la prédominance des ménagères dans notre échantillon. Le nombre important de retraités montre que ces derniers rentrent dans leur localité après des années de labeur en milieu urbain et suburbain.

3.5 Motifs de consultation

Les symptômes qui amènent les patients à consulter la première fois sont très variés. Certains signes orientent d'emblée vers l'HTA.

Dans notre série, parmi les signes fonctionnels, nous avons noté que la dyspnée d'effort dominait largement le tableau avec 115 cas soit 35,32%. Les céphalées (23,85%), les vertiges (14,22%) constituent également des motifs

fréquents de consultation. Ceci se remarque surtout chez les femmes par rapport aux hommes qui eux signalent un nombre élevé de pollakiurie (9,18%).

Nos résultats sont en accord avec ceux trouvés par BARAGOU et coll. [6] au Togo et TWAGIRUMUKIZA [7] au Rwanda.

L'affection a été découverte fortuitement chez 52,75% de nos patients. Ceci montre l'intérêt de la prise systématique de la pression artérielle chez tout sujet venu consulter et quelque soit le motif.

L'HTA a été révélée par le biais des complications : AVC (5,05%) et OMI (0,92%). SANKALE et coll. [8] à Dakar ont trouvé 3,2% d'AVC révélateurs d'HTA.

Notons que dans notre milieu d'étude, la survenue d'AVC était plus attribuée au mysticisme ; ce qui ne favorise pas une prise de conscience de cette population vis à vis du danger que constitue l'HTA.

3.6 Facteurs de risque

3.6.1- L'alcool

Parmi nos patients, 11,47% consommaient régulièrement de l'alcool fait essentiellement d'alcool local (sodabi, déha, Tchoukoutchou) et parfois d'autres alcools (bière, whisky, vin). On note une nette prédominance masculine (23 hommes contre 2 femmes). DRABO et coll. [9] avaient trouvé 80% de sujets alcooliques dans une étude menée chez les Fada N'gourma, une population composée en majorité de paysans au Burkina-faso. Il s'agissait essentiellement de la consommation de la bière de mil, la boisson locale.

Cette différence entre les résultats résulte de la difficulté existante à évaluer de façon précise la quantité journalière d'alcool ingérée.

3.6.2- Tabagisme

Le tabagisme dans notre échantillon est de 10,55%. Dans une étude menée en zone rurale guinéenne BALDE et coll. [10] ont trouvé un taux un peu plus bas de 7,6%. Par contre DIALLO [11] à Bamako (zone urbaine) sur une série de 110 malades avait eu un taux de 14%. Cette différence de résultat entre le milieu rural et urbain s'explique par le fait que la population urbaine aux conditions de vie socio-économique plus favorable est plus tabagique que celle rurale.

Par ailleurs, on note dans notre échantillonnage que le tabagisme est exclusivement l'apanage des hommes.

3.6.3.- Obésité

Au sein de notre échantillon nous avons trouvé un taux d'obésité de 8,72%. Un taux semblable de 8,3% a été trouvé par EDWARDS et Coll. [12] en zone rurale Tanzanien. La répartition selon le sexe nous a montré que les femmes sont plus obèses que les hommes dans une proportion de 14 femmes contre 5 hommes. JEMAR [13] par contre avait

trouvé en Tunisie une prédominance masculine. Ce qui fait penser à l'existence d'un facteur culturel influençant l'obésité.

3.6.4- Hérité

Notre étude nous a permis de noter une notion d'hérité chez 7,34% de nos patients. DIALLO au Mali [11] avait eu un taux de 45%.

3.6.5- Dyslipidémie

La dyslipidémie était de 3,67% au sein de notre échantillon. THIAM [14] à Dakar avait trouvé un taux de 13% dans une série de 85 patients. Le mode d'alimentation différent d'un milieu à l'autre (rural et urbain) pourrait être à la base de cette différence.

3.6.6- Diabète

L'association diabète et HTA a été retrouvée chez 2,75% de nos patients.

Nos résultats sont similaires à ceux retrouvés par BALDE et coll. [15] qui dans leur étude portant sur 457 patients choisis à Siguiri milieu rural Guinéen ont eu un taux de 3,1%.

Par contre BOURAMOUE et coll. [4] au Congo en 2002 sur un échantillon de 4928 patients avait un taux de 17%. Des investigations plus poussées n'ont pas été faites. Ce qui laisse supposer que des patients ignorant leur statut de diabétique n'ont pas été enregistrés.

3.7 Type d'HTA

La plupart de nos patients (73,40%) étaient au stade 2 selon la classification du JNC VII. BOUGUERA [16] dans une étude portant sur 2927 sujets âgés de 20 ans et plus en milieu rural a trouvé un résultat similaire de 72,2% d'HTA stade 2. Par contre BEN ROMDHANE [17] et coll. trouvent 15,3% dans leur série.

Une prédominance féminine (77,5%) a également été notée dans le stade 2. Ces résultats nous montrent l'intérêt d'une bonne prise en charge de l'HTA stade 1 pour éviter son évolution vers le stade 2. Ils montrent également l'importance d'une meilleure sensibilisation des hypertendus stade 2 sur leur maladie enfin d'éviter son évolution vers des complications.

CONCLUSION

Au terme de notre étude nous pouvons conclure que :

- la prévalence de l'HTA dans l'échantillon était de 11,52% ;
- toutes les tranches d'âge sont atteintes à des degrés variables avec une prédominance de la tranche 51-60 ans ;
- la fréquence selon le sexe donne une prédominance féminine avec une sex- ratio de 0,81.

Les facteurs de risque existent et doivent nous inciter à une recherche systématique de l'hypertension artérielle au cours de nos consultations quel que soit le motif de celle-ci.

REFERENCES

- 1- **AGENCE NATIONAL D'ACCELERATION ET D'EVALUATION EN SANTE.** Prise en charge des patients atteints d'hypertension artérielle. Rapport ANAES : Avril 2001.
- 2- **BALDE M.D., KABA M.L., DIALLO M.M., CAMARA A.** Hypertension artérielle : Epidémiologie et anomalies métalogiques au Foutah-Djallon en Guinée. Mali Méd. 2006 T XXI N°3.
- 3- **THIAM M.** Hypertension artérielle compliquée. Archives des maladies du cœur et des vaisseaux. 2001 ; 95 : 89-91.
- 4- **BOURAMOUE C.** Hypertension artérielle de l'adulte au Centre Hospitalier de Brazzaville – Congo à propos de 4928 cas. Med. d'Afr. Noire 2002 ; 45 : 587-59.
- 5- **MOUANODJI M.** Aspect épidémiologique, clinique et évolutif en milieu hospitalier à N'Djamena à propos de 118 cas. Med. d'Afr. Noire 1996 ; 43 : 580-84.
- 6- **BARAGOU R., DAMOROU F., AFANGNON K., GOEH-AKUE E., SOUSSOU B.L.** Les hypertensions artérielles sévères et malignes à la clinique cardiologique du CHU Campus de Lomé. Med. Afr. Noire 1998 ; 45 : 10.
- 7- **TWAGIRUMUKIZA M.** Aspect de l'hypertension artérielle au service de médecine interne au CHU de Butare – Rwanda : Etude prospective à propos de 177 cas. Med. d'Afr. Noire 2003 ; 50 : 167-175.
- 8- **SAKALE M., KOATE P.** Place et aspects de l'hypertension artérielle dans la pathologie cardiovasculaire du noir au Sénégal. Med. d'Afr. Noire 1971 ; 18 : 29-35.
- 9- **DRABO Y.J., DEMBELE A., OUANDAOGO B.J., SERME D.** Du traitement de l'HTA au Centre Hospitalier Régional de Fada-Gourma, à propos de 110 cas. Med. d'Afr. Noire 1992 ; 39 : 36-41.
- 10- **BALDE M.D., KABA M.L., DIALLO M.M., CAMARA A.** Hypertension artérielle : Epidémiologie et anomalies métalogiques au Foutah-Djallon en Guinée. Mali Méd. 2006 T XXI N°3.
- 11- **DIALLO B.** Profil épidémiologique de l'HTA en milieu hospitalier au CHR de Bamako au Mali. Etude perspective à propos de 110 cas. Med. d'Afr. Noire 2000 ; 45 : 346-12.
- 12- **EDWARDS R., UNWIN N., MUGUSI F. et coll.** Hypertension prevalence and care in an urban and rural area of Tanzania. J. hypertens, 2000 ; 18 : 145-52.
- 13- **JEMAR R.** Distribution des facteurs de risque cardiovasculaire chez une cohorte Tunisienne de 6901 coronariens. Arch. mal. Cœur vaiss. 2004 vol 97 ; 1 : 20-4.
- 14- **THIAM M.** Complication de l'HTA à l'hôpital principale à Dakar. Arch. mal. Cœur vaiss. 1999 ; 95 : 52-6
- 15- **BALDE NM., BALDE MD., BARRY I.S. et Coll.** Dépistage ciblé du diabète à partir des facteurs de risques en milieu rural à Siguiri. Guinée Médicale, 2001 ; 33 : 21-27.
- 16- **BOUGUERA R. et Coll.** Prevalence of metabolic abnormalities in the Tunisian adults : a population based study. Diabetes metab, 2006 ; vol. 32, N°3.
- 17- **BEN ROMDHAN E.** Prévalence, connaissance, traitement et contrôle de l'HTA : résultats d'une enquête populationnelle. La Tunisie Médicale, 2005 ; 83 : 41-46.

