Rev int sc méd. Vol 13, n°3, 2011, pp 14-17.
© EDUCI 2011

COMPLICATIONS DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE AU COURS DE LA GROSSESSE : BILAN D'UNE ANNÉE D'ACTIVITÉ AUX URGENCES OBSTÉTRICALES DU CHU DE YOPOUGON, ABIDJAN.

COMPLICATIONS OF HYPERTENSI0N DURING PREGNANCY: ANNUALS RESULTS AT OBSTETRICALS EMERGENCIES, CHU YOPOUGON, ABIDJAN.

KOFFI A, KONAN BLÉ R, OLOU N, FANNY M, TOURÉ-ECRA A.

Service de Gynécologie-Obstétrique, CHU Yopougon - Abidjan (Côte d'Ivoire)

Correspondance : Dr KOFFI Abdoul, Assistant chef de clinique,
Email : kkoffiabdoul@yahoo.fr

RÉSUMÉ

Contexte : La survenue d'accidents hypertensifs au cours de la grossesse est associée à un risque élevé tant pour la mère que pour le fœtus. Les complications de cette pathologie sont multiviscérales marquées surtout par l'éclampsie.

Objectif : Déterminer la fréquence de l'HTA et son retentissement sur le couple mère-enfant.

Patientes et méthode : Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive sur une période d'un an du 1er janvier au 31 décembre 2009. Les registres d'accouchement, les dossiers d'hospitalisation ont constitué le support de cette étude. Nous avons observé 423 patientes présentant une HTA sur 5547 admissions aux urgences obstétricales.

Résultats : L'Incidence annuelle de l'HTA et grossesse était de 7,62%. L'âge moyen de son apparition était de 26,46 ans avec des extrêmes de 14 à 44 ans.

La découverte était tardive, à terme pour 73,7% des cas. Il s'agissait dans la majorité des cas de nullipare (56%). La prééclampsie en était le type le plus fréquent (56,6%).

Elles présentaient presque toujours une forme sévère dans 51,1% des cas. 25.5% des patientes présentaient des complications. L'éclampsie en représente la complication majeure soit 77,8%.

L' HTA était responsable de 23,6% de prématurité. La morbidité fœtale était de 20.5% en majorité au cours de la vie intra-utérine. 28.4 % des nouveau-nés présentaient des souffrances cérébrales.

Conclusion : Le diagnostic de l' HTA est le plus souvent fortuit lors de l'admission de la femme en travail parfois au stade de complications (hématome rétroplacentaire, éclampsie, mort foetale *in utero).*Pour en réduire la mortalité et la morbidité maternelles, il faut élargir et sensibiliser à un bon suivi de la grossesse et médicaliser les accouchements.

Mots-clés : Hypertension artérielle, Grossesse, Complications.

ABSTRACT

Context: *The appearance of hypertensive accidents during pregnancy is linked to a high risk for both the mother and the offspring. The complications due to this pathology are multivisceral. They are overall characterised by eclampsia.*

Aim: *Establishing the frequency of hypertension and its impact on the pain mother-child.*

Patients and methods: It was about either a retrospective and descriptive study over one year, from January 1st to December 31st 2009. The babies delivery register, hospitalization documents used to be the basic of this study. We have observed 423 patients with hypertension out of 5547 brought to obstetrical emergencies.

Results*: The annual impact of hypertension and pregnancy was 7.62 %. The average age of its appearance was 26.46 years with extreme age of 14 and 44 years old.*

The discovery was belated at the end for 73.7 % of the cases. Most of the time, cases were from nullipar (56 %). Pre-eclampsia was the most frequency kind (56.6 %).

Almost all the time, the used to present critical form in 51.1 % of cases. 25.5 % of patients were victims of complications.

Eclampsia represents the major one with 77.8 %.

Hypertension is responsible for 23.6 % prematurity. The foetal morbidity was 20.5 % most of the time during the intra-uterine life. 28.4 % of new-born babies were victims cerebral sufferings.

Conclusion*: Most of the time the diagnostic of hypertension unuseful during the sending of a woman in labour at the stage of complications (retroplacentary hematomus, eclampsia, foetal death in utero). In order to reduce maternal mortality and morbidity, the should have a deep sensibilization and a great attention about pregnancy and also medical birth givings.*

Key words: *Arterial hypertensive, Pregnancy, Complications.*

INTRODUCTION

La survenue d'accidents hypertensifs au cours de la grossesse est associée à un risque élevé tant pour la mère que pour le fœtus.

L'HTA au cours de la grossesse est un problème d'actualité dont l'importance épidémiologique va croissant au point où, pour l'OMS, 8.10 % de ces troubles tensionnels de la grossesse constituent un problème de santé capital d'ampleur mondiale[1].

L'OMS estime que 150 000 femmes gestantes succombent chaque année dans le monde du fait de complications de l'hypertension artérielle (HTA), la plupart du temps suite à une éclampsie dans les pays en voie de développement[2]

La fréquence en côte d'Ivoire reste élevée[3]. Les complications de cette pathologie sont multiviscérales marquées surtout par l'éclampsie. Les éclampsies constituent la deuxième cause de mortalité maternelle aux urgences obstétricales et le premier motif d'évacuation pendant le travail selon les statistiques du service les cinq dernières années. Son incidence est estimée entre 1 et 2% des accouchements en Côte d'Ivoire[3]. Devant le pronostic maternel et fœtal parfois sombre, il nous est apparu nécessaire de faire une mise à niveau de cette pathologie dans notre service surtout aux urgences obstétricales. Il s'agissait pour nous de préciser la fréquence, les particularités de l'HTA et de raporter les complications majeures materno-fœtales observées. L'objectif de cette étude était de déterminer la fréquence de l'HTA et son retentissement sur le couple mère-enfant.

I- PATIENTES ET MÉTHODE

Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive sur une période d'un an d'activité du 1er janvier au 31 décembre 2009 aux urgences obstétricales. Les registres d'accouchement, les dossiers d'hospitalisation ont constitué le support de cette étude. Nous avons observé 423 patientes présentant une HTA sur 5547 admissions aux urgences obstétricales.

II- RÉSULTATS

II.1- ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES

L'Incidence annuelle de l'HTA et grossesse était de 7,62%. L'âge moyen d'apparition de l'HTA était de 26,46 ans avec des extrêmes de 14 à 44 ans.

La découverte était tardive, à terme pour 73,7% des cas (tableau I). Il s'agissait dans la majorité des cas de nullipare (56%).

Tableau I : Répartition des patientes selon l'âge gestationnel de découverte et de la forme de l'hypertension artérielle.

Age gestationnel	N HTA		%
	Modérée	Sévère	
20- 28 SA	0	3	0.7
28-34 SA	15	33	11.3
34- 36 SA	15	45	14.2
≥ 37 SA	138	174	73.7
Total	168	255	100

II.2- ASPECTS CLINIQUES ET COMPLICATIONS

La prééclampsie est le type d'HTA le plus fréquent (56,6%).

Elles présentaient presque toujours une forme sévère dans 51,1% des cas. 25.5% des patientes présentaient des complications liées à l'HTA.

L'éclampsie en représente la complication majeure soit 77,8% (tableau II).

Tableau II : Complications maternelles de l'HTA

Complications	N	%
cardiaque (OAP)	03	2,8
Eclampsie	84	77,8
Hellp syndrome	3	2,8
HRP	15	13,9
Décès	03	2,8
Total	108	100

La césarienne surplombe de plus en plus la voie base dans le mode d'accouchement.

L'HTA était responsable de 23,6% de prématurité, de 11,1% de transfert au service de néonatalogie.

La morbidité fœtale était de 20.5% en majorité au cours de la vie intra-utérine. 28.4 % des nouveau-nés présentaient des souffrances cérébrales (Tableau III).

Tableau III : Etat du nouveau-né à la naissance

Score d'Apgar	N	%
Bon≥ 7	216	51.1
Mauvais ≤ 6	120	28.4
Total	336	79.5
Mort fœtale		
intra-partum	9	2.1
In-utéro	63	14.9
néo-natale précoce	15	3.5
Total	423	100

III- DISCUSSION

III.1- ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES

L'incidence de l'HTA au cours de la grossesse reste élevée à travers tout le monde entier autant dans les pays à ressources faibles que ceux développés. Elle peut varier de 6 à 15% des naissances vivantes[1].

En Turquie, Yucesoy G[4] l'évaluait à 8,5% en 2005. Au Madagascar, L'hypertension artérielle gravidique complique actuellement 5 à 10 % des grossesses selon JDC Rasolonjatovo[5]. En Guinée et Niger, BAH et Touré observait que son incidence étaient encore plus élevée atteignant 15%[6,7].

L'âge moyen d'apparition de l'HTA est de 26,44 ans. Il se superpose aux résultats obtenus au Madagascar et en Allemagne selon Kang[5-8]. En Turquie selon Celik[9], l'âge moyen est 30 ans. En Afrique, l'âge de la maternité est plus bas en raison des mariages précoces et de la déscolarisation de la jeune fille. Mais, de plus en plus cet âge tend à s'augmenter comme dans les pays du nord ou l'on observe un recul de l'âge de la maternité.

L'HTA a été découverte dans 73.7% des cas à terme. Cette découverte tardive est due au fait que notre hôpital est un centre de référence. Les patientes y sont référées pour la plupart d'hôpitaux périphériques et ce lorsqu'elles présentent une poussée hypertensive précédant ou pendant le travail. Il s'agit pour la majorité, de patientes issues de milieu social défavorisé. Elles bénéficient peu de surveillance prénatale.

Ces patientes sont admises aux urgences avec des formes d'HTA sévère associant une diastolique supérieure à 11cmHg pouvant atteindre 16 voire 20 cmHg.

III.2- ASPECTS CLINIQUES ET COMPLICATIONS

Contrairement à nos patientes d'autres auteurs montrent une découverte plus précoce de l'HTA, à 28+/- 3 SA [9,10]. L'HTA est plus fréquente chez les primigestes (56%) que chez les multipares[11]. Elle présente la plupart du temps les formes les plus sévères. Par contre, l'HTA chronique avec une prééclampsie surajoutée est apparue chez les multipares. Les études de Velebil et Kang[8,12] corroborent les mêmes constatations.

S'agissant des types d'HTA, la prééclampsie demeurait la forme la plus fréquente (56.6%). Vélébil, en République Tchèque, Bah en Guinée et d'autres en font les mêmes constatations[6, 10,11,12].

L'HTA au cours de la grossesse met parfois gravement en jeu le pronostic vital materno-fœtal. Ce lourd retentissement est en rapport avec des perturbations neurologiques, rénales, cardiaques, hématologiques, biologiques et biochimiques etc.

Les complications les fréquentes sont neurologiques marquées par l'éclampsie[1,3]. Elle constitue la première complication de l'HTA et représente à elle seule 77.8% de ces complications. En Guinée, au Madagascar, ces mêmes constats ont été faits[5,6]. La pauvreté et la paupérisation grandissante sont des facteurs de risque majeur car les gestante n'ont pas de suivi prénatal. Les consultations prénatales constituent absolument le lieu de découverte des populations risque, des facteurs favorisant l'apparition de l'HTA et de ces complications.

La deuxième complication est l'hématome retro-placentaire (HRP). Son taux paraissait bas. Ceci pourrait être en rapport avec l'évacuation tardive des patientes qui sont parfois admises dans des conditions d'extrêmes précarités avec état de choc hypovolémique et des signes d'hypocoagubilité. La corrélation entre HTA et HRP apparait en ce moment difficile à établir. Elle est d'autant plus difficile que les patientes n'ont guère un bon suivi prénatal. Par contre d'autres auteurs[9,10] observent une fréquence plus élevée des perturbations biologiques en l'occurrence l'Hellp Syndrome. Selon Celik, le Hellp Syndrome complique 70% des prééclampsies[9].

La majorité de nos patientes sont issues de milieu social défavorisé. Elles ne disposaient pas de moyens financiers pour la réalisation d'examens biologiques. Ceci pourrait expliquer la tendance au faible taux de cette pathologie.

L'accouchement par césarienne surplombe de plus en plus en voie car elle offre moins de risque pour la mère et le fœtus. Touré au Niger rapporte 58.8% de césarienne[7].

32% des nouveau-nés ont été admis en néonatalogie en urgence de souffrance cérébrale. On a observé une mortalité fœtale liée à l'HTA encore élevée avec un taux 20.56% dont 77% in-utéro. L'absence d'équipement médical de pointe, la méconnaissance et la négligence de l'HTA pourraient expliquer ceci.

La mort foetale *in utero* était comprise entre 7 % et 27,80 % des accouchements dans les hôpitaux du Maroc selon une étude multicentrique réalisée par Laghzaoui[14]. Ces décès sont concentrés dans les services de références dotés de réanimation.

Le mauvais suivi prénatal en constitue comme en Afrique sub-saharienne un facteur péjoratif majeur. En 2009, le taux de mortinaissance était de 39,6% au CHU de Bobo-Dioulasso au Burkina-Faso selon Lankoandé[2]. La prématurité liée à la prééclampsie atteignait les 40%[14].

Le taux de décès périnatal lié à l'HTA est évalué par Yucesoy et Bassam à environ 1.44/1000 naissances[4,15].

La gravité du pronostic aussi bien maternel que fœtal de l'association HTA et grossesse impose une prise en charge précoce avec une approche pluridisciplinaire impliquant à la fois le gynécologue, le cardiologue, le médecin interniste, le réanimateur et le pédiatre. Malheureusement, cette prise en charge est compromise par l'insuffisance des moyens de dépistage et de prévention dans les pays en voie de développement[2,15].

CONCLUSION

Le diagnostic de l'HTA est le plus souvent fortuit lors de l'admission de la femme en travail. Cela témoigne de la mauvaise qualité de la prise en charge de la grossesse chez la population défavorisée. Les complications les plus fréquentes sont l'hématome rétroplacentaire, l'éclampsie et la mort foetale *in utero*. Les complications de l'éclampsie sont graves, pouvant être fatale. Pour en réduire la mortalité et la morbidité maternelles, il faut élargir et sensibiliser à un bon suivi de la grossesse et médicaliser les accouchements.

RÉFÉRENCES

1-G. Ducarme, P. Chatel, D. Luton. Accident hypertensif de la grossesse : éviter la récidive, Gynécologie pratique et obstétrique, n°218, Oct 2009, p9-10.

2-J. Lankoandé, B. Thiéba, A. Ouédraogo, CMR Ouédraogo, A. Ouattara, M. Akotionga. Dépistage des femmes à risque de prééclampsie : expérience du Burkina Faso (Ouagadougou, Burkina Faso), collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), gynécologie-obstétrique d'ailleurs.437-442.

3-M. Koné, A. Horo, M. Fanny, S. Adjoussou, A. KoffI (Abidjan, Côte d'Ivoire) Évaluation du pronostic maternel et foetal, biologique, clinique, signes de gravité, indication des transferts. Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), gynécologie-obstétrique d'ailleurs. 443-458

4-Yücesoy G, Ozkan S, Bodur H, Tan T, Calişkan E, Vural B, Corakçi A. Maternal and périnatal outcome in pregnancies complicated with hypertensive disorder of pregnancy: a seven year experience of a tertiary care center. Arch Gynecol Obstet. 2005 Nov; 273(1):43-9.

5-JDC Rasolonjatovo, N. Raherizaka, S. Rakotoarimanana, N. Ravelomanana, L. Andriamanantsara, A. Rasolofondraibe Etude épidémioclinique de l'hypertension artérielle gravidique à Antsirabe - Madagascar Médecine d'Afrique Noire 5202 – Fev 05 - pages 121-125

6-Bah A.O., Diallo M.H., Diallo A.A.S., Keita N., Diallo M.S. hypertension artérielle et grossesse aspects épidémiologiques et facteurs de risques Médecine d'Afrique Noire : 2000, 47 (10), p422-425.

7- I.A. Toure, F. Brah, A. Prual. hypertension artérielle (HTA) et grossesse au Niger : études cas/témoins à propos de 70 cas. Médecine d'Afrique Noire : 1997, 44 (4), 205-208.

8-Kang A, Struben H. Pre-eclampsia screening in first and second trimester, Ther Umsch. 2008 Nov;65(11):663-6.

9-Celik C, Gezginç K, Altintepe L, Tonbul HZ, Yaman ST, Akyürek C, Türk S. Results of the pregnancies with HELLP syndrome. Ren Fail. 2003 Jul;25(4):613-8.

10-Dürig P, Ferrier C, Schneider H. Hypertensive disorders in pregnancy, Ther Umsch. 1999 Oct; 56(10):561-71.

11-N'Guessan E, Djanhan L, Kourouma N, Anongba. Résultats de l'utilisation du pidolate de magnésium per os (mag2 buvable®) dans l'hypertension artérielle modérée chez la femme enceinte Médecine d'Afrique Noire 2006 - 53 (10), p 521-522.

12- Srp B, Velebil P, Kvasnicka J, Fatal complications in pre-eclampsia and eclampsia, Ceska Gynekol. 2002 Nov;67(6):365-71

13-M. Laghzaoui (Casablanca, Maroc).Épidémiologie, morbidité, mortalité de la prééclampsie et de l'éclampsie, rapport collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), gynécologie-obstétrique d'ailleurs 2011. 425-435.

14-Bassam Haddad, Stéphanie Deis, François Goffinet, Bernard J Paniel, Dominique Cabrol, Baha M Sibaı. Maternal and perinatal outcomes during expectant management of 239 severe preeclamptic women between 24 and 33 weeks' gestation. Am Journal of Obstetrics & Gynecology, 2004 Jun;Vol.190 (6): 1590-95.