



Article original

Hypertension artérielle chez les femmes enceintes à la maternité de l'Hopital National Ignace Deen

Arterial hypertension in pregnant women at the maternity of Ignace Deen National Hospital

I Sylla^{*1}, F Bamba Diallo², IT Diallo¹, A II Sow¹, AL Diallo¹, IS Baldé¹, T Sy¹, AO Bah³

Résumé

Introduction : l'hypertension artérielle est la deuxième cause de morbidité et de mortalité maternelle dans le monde et concerne 6 à 8% des grossesses. L'objectif était de déterminer la prévalence de l'hypertension artérielle chez les femmes enceintes à la maternité de l'hôpital national Ignace Deen. Les objectifs de ce travail étaient de :

Déterminer la prévalence de l'hypertension artérielle chez les femmes enceintes ;

Décrire les caractéristiques sociodémographiques des femmes enceintes hypertendues.

Identifier le type d'hypertension artérielle le plus fréquent chez les femmes enceintes dans le service.

Décrire les facteurs de risque retrouvés et les complications fréquentes.

Etablir le pronostic maternel et fœtal de l'hypertension artérielle au cours de la grossesse.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude prospective, transversale de type descriptif d'une durée de 6 mois allant du 01 juillet au 31 décembre 2019 à la maternité de l'hôpital national Ignace Deen. Notre population d'étude était les gestantes ou parturientes présentant une pression artérielle systolique ≥ 140 mmhg et / ou une pression artérielle diastolique ≥ 90 mmhg au moins une fois au cours des trois trimestres de la

grossesse ou du travail.

Résultats : Deux cents cinquante-six patientes (256) patientes ont participé à notre étude avec une fréquence de 5,39%, le profil épidémiologique était celui des patientes âgées de 15-24 ans (46,5%), provenant de Ratoma (45,7%), exerçant une profession libérale (37,9%), mariées (93,9%), non scolarisées (37,5%) et évacuées (57%). Le principal facteur de risque était la primiparité (40,6%), les motifs de consultation étaient dominés par les céphalées (73,4%) et œdèmes des membres inférieures (62,5%). Le principal type d'hypertension était la pré-éclampsie surajoutée (12,5%), l'hypertension artérielle gestationnelle (3,9%) et l'hypertension artérielle chronique (0,4%). Les complications materno-fœtales étaient dominées par l'éclampsie (57%), l'hématome retro placentaire (20,7%), insuffisance rénale aiguë (5,9%), décès maternels (3,1%), les prématurés (39,1%), mort fœtale in utero (25%), souffrance fœtale aiguë (6,3%) et des décès néonatal précoces (1,6%).

Les médicaments les plus utilisés étaient la Nifedipine (77,7%), le sulfate de magnésium (59%), et alpha methyl-dopa, le mode d'accouchement par césarienne était le plus fréquent.

Conclusion : la détection précoce des facteurs de risque par un bon suivi prénatal et la prise en

charge adéquats et pluridisciplinaire (obstétricien, néphrologue, réanimateur, et néonatalogie) des femmes hypertendues et des nouveaux-nés peuvent améliorer le pronostic materno-fœtal.

Mots-clés : hypertension artérielle, femme enceinte, Ignace Deen, Guinée.

Abstract

Introduction: High blood pressure is the second leading cause of maternal morbidity and mortality worldwide and affects 6 to 8% of pregnancies. The aim was to determine the prevalence of high blood pressure among pregnant women in the maternity ward of Ignace Deen National Hospital. The objectives of this work were to:

Determine the prevalence of arterial hypertension in pregnant women;

Describe the socio-demographic characteristics of hypertensive pregnant women.

Identify the most common type of high blood pressure in pregnant women in the ward.

Describe the risk factors found and the frequent complications.

To establish the maternal and fetal prognosis of arterial hypertension during pregnancy.

Results: Two hundred and fifty six patients (256) participated in our study with a frequency of 5.39%, the epidemiological profile was that of patients aged 15-24 years (46.5%), from Ratoma (45,7%), exercising a liberal profession (37.9%), married (93.9%), no schooling (37.5%) and evacuees (57%). The main risk factor was primiparity (40.6%), the reasons for consultation were dominated by headaches (73.4%) and edema of the lower limbs (62.5%). The main type of hypertension was added preeclampsia (12.5%), gestational high blood pressure (3.9%) and chronic high blood pressure (0.4%). Maternal-fetal complications were dominated by eclampsia (57%), retro-placental hematoma (20.7%), acute renal failure (5.9%), maternal deaths (3.1%), premature babies (39.1%), fetal death in utero (25%), acute fetal distress (6.3%) and early neonatal deaths (1.6%).

The most used drugs were Nifedipine (77.7%),

magnesium sulfate (59%), and alpha methyl-dopa, the mode of delivery by Caesarean section was the most common.

Conclusion: The early detection of risk factors through good prenatal follow-up and adequate multidisciplinary management (obstetrician, nephrologist, resuscitator, and neonatal) of hypertensive women and newborns can improve the maternal-fetal prognosis.

Keywords: arterial hypertension, pregnant woman, Ignace-Deen, Guinea.

Introduction

L'hypertension artérielle au cours de la grossesse est définie comme une élévation de la pression artérielle systolique (PAS) ≥ 140 mm hg et /ou de la pression artérielle diastolique (PAD) ≥ 90 mmhg à deux (2) reprises, en position assise ou en décubitus latéral gauche, à l'aide d'un appareil de mesure validé quelque soit le terme de la grossesse [1, 2]

L'origine de l'hypertension artérielle au cours de la grossesse, toujours de l'étape de l'hypothèse est mal élucidée, elle serait due à un trouble précoce de la placentation par défaut de vascularisation. Cette hypertension artérielle peut être antérieure à la grossesse ou apparaître à n'importe quel moment de celle-ci [3]. Les troubles hypertensifs de la grossesse couvrent un large éventail d'affections dont la preeclampsie, l'éclampsie, l'hypertension gestationnelle et l'hypertension chronique. Les grossesses avec élévation de la pression artérielle représentent la deuxième cause la plus fréquente de morbidité et mortalité maternelles et fœtales à l'échelle mondiale et concerne 6 à 8% des grossesses [4, 5].

En 2016, en France la prévalence de l'hypertension artérielle au cours de la grossesse était de 5 à 10 % [6].

Au Togo en 2014, la fréquence de l'hypertension artérielle au cours de la grossesse était de 12, 3% avec 3% de décès maternel et 4,5 % de décès fœtal [7].

Au Mali dans une étude réalisée au centre de santé de référence de la commune VI sur l'hypertension artérielle et grossesse, la prévalence de l'hypertension artérielle était de 8,6% avec un taux de mortalité fœtale in utero de 10,48% [8].

En guinée Diallo B S a rapportait 9% de HTA au cours de la grossesse avec un taux de létalité maternelle de 2% et 2,74% de décès néonatal [9].

La fréquence élevée de l'hypertension artérielle au cours de la grossesse, l'absence d'étude récente de cette pathologie dans le service ont motivé la présente étude. L'objectif était de Déterminer la fréquence de l'hypertension artérielle chez les femmes enceintes à la maternité de l'hôpital national Ignace Deen et plus spécifiquement de :

- Déterminer la prévalence de l'hypertension artérielle chez les femmes enceintes ;
- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des femmes enceintes hypertendues.
- Identifier le type d'hypertension artérielle le plus fréquent chez les femmes enceintes dans le service.
- Décrire les facteurs de risque retrouvés et les complications fréquentes.
- Etablir le pronostic maternel et fœtal de l'hypertension artérielle au cours de la grossesse.

Méthodologie

Cadre de l'étude : le service de maternité de l'hôpital national Ignace Den (CHU de Conakry) a servi de cadre pour cette étude.

Il est le seul service de référence pour la région de Conakry et les préfectures environnantes.

Type et durée d'étude : Il s'agissait d'une étude prospective, transversale, descriptive d'une durée de 6 mois allant du 1er juillet au 31 décembre 2019.

Population d'étude : La population d'étude était constituée de toutes les gestantes ou parturientes présentant une pression artérielle systolique ≥ 140 mmhg et /ou une pression artérielle diastolique ≥ 90 mm hg hospitalisées dans le service et ayant accepté de participer à l'étude.

N'étaient pas incluses dans cette étude toutes les gestantes ou parturientes hypertendues qui n'ont pas été hospitalisées dans le service

L'échantillonnage était exhaustif et a concerné les femmes qui répondaient aux critères de sélection ci-dessus.

Les variables d'étude : Pour chaque patiente les paramètres suivants ont été étudiés : l'âge maternel , la provenance , la profession , la situation matrimoniale, le niveau d'instruction ,le mode d'admission ,la parité ,les antécédents, les facteurs de risque ,les circonstances de découverte , la protéinurie ,le type d'HTA ,les complications maternelles, patientes décédées selon le type de HTA , les complications fœtales, le traitement administré, le mode d'accouchement .

Saisie et analyse des données : La saisie des données a été faite par le logiciel Epi info version 7.1 et l'analyse par le logiciel SPSS version 21.

Considérations éthiques : Les informations récoltées auprès des patientes ont été confidentielles et leurs consentements libres et éclairés ont été obtenus oralement.

Résultats

- Fréquence :

Au cours de la période d'étude nous avons recensé 256 patientes hospitalisées pour hypertension artérielle au cours de la grossesse pour 4753 consultations au service de maternité Ignace Deen soit une fréquence de 5,39%.

- **Caractéristiques sociodémographiques**

Tableau I : Répartition des patientes selon les caractéristiques sociodémographiques.

Paramètres	Effectifs	Pourcentage (%)
Age(ans)		
15-24	119	46,5
25-34	105	41
≥ 35	32	12,5
Provenance		
Dixinn	21	8,2
Kaloum	4	1,6
Matam	17	6,6
Matoto	69	27,5
Ratoma	119	45,7
Hors Conakry	28	10,9
Profession		
Femme au foyer	59	23
Profession libérale	97	37,9
Elève et étudiante	49	19,1
Salariée	51	19,9
Situation matrimoniale		
Mariée	259	93,4
célibataire	17	6,6
Niveau de scolarité		
Non scolarisée	96	37,5
Primaire	22	8,6
Secondaire	70	27,3
Universitaire	68	26,6

Aspects cliniques :

Tableau II : Répartition selon les données cliniques

Paramètres	Effectifs	Pourcentage
MODE D'ADMISSION		
Admise	96	37,5
Référée	14	5,5
Evacuée	146	57
PARITE		
Primipare	110	43
Pauci pare	75	29,3
Multipare	42	16,4
Grande multipare	29	11,3

ANTECEDENTS		
ATCD personnel HTA chronique	45	17,6
ATCD personnel diabète	5	2
ATCD familiaux de HTA	105	41
ATCD familiaux de diabète	7	2,7
FACTEURS DE RISQUE		
PRIMIGESTE	104	40 ,6
AGE < 20 ans	36	14,1
Obésité	27	10 ,5
Grossesse multiple	25	9,8
HTA chronique	24	9,4
ATCD HTA gestationnelle	18	7
ATCD de pré-éclampsie	22	8,6
ATCD de Diabète	4	1 ,6
ATCD HRP	4	1,6
Age > 40 ans	3	1,2
Prise de pilule contraceptive	1	0 ,4
Affection rénale	1	0,4
Alcoolisme	0	0
Tabagisme	0	0
CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE		
Céphalées	188	73,4
Œdèmes des membres inférieurs	160	62 ,5
Vertiges	159	62,1
Epigastralgie en barre	100	39,1
Acouphène	67	26,2
Flous visuels	63	24,6
Crises tonico- cloniques	48	18,8
Métrorragie faite de sang noirâtre	45	17 ,6

Dyspnée	8	3,1
Morsure de la langue	3	1,2
Palpitation	2	0,8
Bouffissure du visage	1	0,4
Coma	1	0,4
Œdème du visage	1	0,4
Type d'HTA		
Pré- éclampsie	212	82,9
Pré- éclampsie surajouté	32	12,5
HTA gestationnelle	10	3,9
HTA chronique	2	0,7
LA PROTEINURIE		
Négative	11	4,3
1 croix	3	1,2
2 croix	28	10,9
3 croix	180	70,3
> 3 croix	29	11,3

Prise en charge :

Tableau III : répartition des patientes selon la prise en charge.

PARAMETRES	EFFECTIFS	POURCENTAGE
TRAITEMENT MEDICAL		
Nifedipine	199	77,7
Sulfate de magnésium	151	59
Alpha methyl dopa	107	41,9
Corticoïdes	38	14,8
Transfusion	17	6,6
Magnésium voie orale	8	3,4
Furosémide	7	2,8
Nicardipine	6	2,4
Diazépam	2	0,8
Urbanyl	1	0,4
TRAITEMENT OBSTETRICAL		
Non Accouchée durant l'étude	11	4,3
Voie basse	38	14,8
Césarienne	207	80,9

Pronostic :*Pronostic maternel :*

Tableau IV : Répartition des patientes selon les complications maternelles.

Parametres	Effectifs	Pourcentage
Eclampsie	57	22,3
HRP	53	20,7
IRA	15	5,9
IRC	0	0
OAP	5	2
Hellp syndrome	2	0,8
CIVD	0	0
Décès	8	3,1

Pronostic fœtal :

Tableau V : Répartition des patientes selon les complications fœtales.

Parametres	Effectifs	Pourcentage
Prématurité	100	39,1
Hypotrophie fœtale	6	2,4
RCIU	3	1,2
Souffrance fœtale aigue	16	6,3
Mort fœtale in utéro	64	25
Décès néonatal précoce	4	1,6

Discussion

• Fréquence :

Au cours de cette étude nous avons enregistré 256 patientes hospitalisées pour HTA au cours de la grossesse parmi 4753 consultations soit une fréquence de 5,39%.

La fréquence de l'association HTA au cours de la grossesse varie selon le pays, elle dépend des critères d'inclusion dans les différentes études et du niveau de la pyramide sanitaire.

Notre fréquence est inférieure à celles trouvées par Diallo B.S (8,82%) [9], Mohamed et all. (31%) [10] et Niamkey J T et all. (8,4%) [11].

Par contre elle est supérieure à celle trouvée par ITOUA C et coll. (2,43%) au Congo [12].

Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que seulement les femmes enceintes hypertendues hospitalisées ont été retenues par l'étude.

Cette différence de fréquence de HTA au cours de

la grossesse d'une structure hospitalière à l'autre est probablement due au mode de recrutement, aux moyens et méthodes de mesure de la pression artérielle, ou aux facteurs environnementaux.

• Caractéristiques sociodémographiques :

L'âge moyen de nos patientes était de 26,06 ans \pm 6,22 ans avec des extrêmes de 15 et 42 ans.

La tranche d'âge la plus représentée était de 15 -24 ans avec une fréquence de 46,5%, suivie des patientes âgées de 25-34 ans (41%).

Notre résultat est inférieur à celui rapporté par Baldé O et all. à l'hôpital national de Donka 54,6% pour la tranche d'âge de 15-24 ans [13].

Ce résultat pourrait s'expliquer par le mariage précoce, la précocité des rapports sexuels dans notre société et la multiplicité des facteurs de risque chez les gestantes jeunes notamment la primiparité, l'obésité et la grossesse gémellaire.

45,7% de nos patientes provenaient de la commune de Ratoma suivi de la commune de Matoto avec 27%. L'afflux élevé des patientes provenant des communes de Ratoma et de Matoto serait lié au fait que ces deux (2) communes sont les plus peuplées de la capitale d'une part et d'autre part le manque de structures sanitaires dans ces localités et l'insuffisance de personnel qualifié.

Dans notre étude les patientes qui exerçaient une profession libérale étaient les plus représentées soit 37,7% suivies des femmes au foyer soit 23%.

Notre résultat est différent de ceux trouvés dans d'autres études où les femmes au foyer sont les plus représentées respectivement avec 44% pour Diallo B S et all. [9] au CHU de Donka et 38 % pour Baldé O et coll. dans le même service [13].

Les mariées étaient les plus représentées dans notre étude 239 patientes soit 93,4 % suivi des célibataires avec 17 patientes soit 6,6 %.

Notre résultat est similaire à celui rapporté par Baldé O et al. 85,7% chez les mariées contre 14,3 % des célibataires [13].

Ces résultats sont conformes à l'enquête démographique et de santé (EDS) 2018 qui montre que 71% des femmes en Guinée étaient mariées et 25

% étaient célibataires [14].

La prédominance des femmes mariées dans notre série (93,4%) serait due au contexte culturel et religieux de notre pays admettant difficilement toute conception en dehors du mariage.

Dans notre étude les patientes non scolarisées étaient les plus représentées avec 37,5% suivies de patientes ayant un niveau secondaire soit 27,3 %.

Notre résultat est conforme à celui de l'enquête démographique et de santé (EDS) 2018 en Guinée qui montre que 69 % des femmes de 15 – 49 ans n'ont aucun niveau d'instruction [14]. Ce manque d'instruction expose celles-ci à un manque ou au mauvais suivi prénatal favorisant la survenue des complications dont l'hypertension artérielle au cours de la grossesse.

- Données cliniques :

Les patientes évacuées étaient les plus représentées avec 57% suivies des patientes admises avec 37,5%. Ce résultat confirme que les femmes consultent dans les cliniques et ne sont évacuées qu'après la survenue des complications dans le service qui, actuellement est le service de référence en Guinée.

Les primipares représentaient 43% suivies des paucipares avec 29,3% des cas. Notre résultat est inférieur de celui trouvé par Diallo B S et all 56% de multipares [9]. En dehors des facteurs de risque classiques bien connus qui ont fait l'objet de plusieurs publications, la pré-éclampsie serait favorisée par d'autres facteurs moins connus .C'est le cas pour la durée de la vie conjugale et pour l'ancienneté des rapports sexuels sans préservatif du couple [15].

La relation entre l'HTA et la primiparité pourrait s'expliquer par l'inadaptation de l'organisme maternel aux bouleversements de la grossesse et les troubles hémodynamiques rénaux et placentaires. Dans notre étude 17,6% des patientes étaient hypertendues et 2% étaient diabétique. Notre résultat est similaire à celui trouvé par COULIBALY B. où 19,2% étaient hypertendues et 0,8% étaient diabétiques [16].

Dans notre étude 41% de nos patientes avaient un membre de sa famille hypertendu et 2,7% diabétique. En effet lorsque l'un des parents est hypertendu, le

risque chez les enfants est important mais le mode de transmission est discuté. Cette observation est en accord avec celle de Beaufile M. qui a noté que le mode de vie et les antécédents familiaux prédisposeraient à la survenue de l'HTA [17].

Dans notre étude, la primigestité était le facteur de risque le plus représenté soit 40,6% suivies des patientes âgées de moins de 20 ans (14,1%), de l'obésité (10,5%), des grossesses multiples (9,8%), l' HTA chronique (9,4%), antécédent d'HTA gestationnelle (7%).

Notre résultat est inférieur à celui trouvé par Diallo B. S. et all qui a trouvé 52,4 % de primigestes [9]. La présence de ces facteurs de risque joue un rôle très important dans la survenue de l'HTA ainsi que la survenue des complications.

Dans notre étude, 73,4% avaient des céphalées, 62,5% des œdèmes des membres inférieurs, 61,1% des vertiges, 39,1% de l'épigastrie en barre, 26,2% d'acouphènes, 24,6% de flous visuels, 18,8% des crises tonico-cloniques, 17,6% de métrorragie faite de sang noirâtre.

Notre résultat est inférieur à celui rapporté par Diallo B.S et all ; 76% de céphalées, 68% de vertiges, et est supérieur à celui trouvé par Coulibaly Baby soit 60,4% de céphalées et 48,4% de vertiges [9 ; 16].

S'agissant de la protéinurie, 70,3% avaient une protéinurie égale à 3g/l, 11,3% de protéinurie supérieure à 3g/l, 10,9% de protéinurie à 2g/l, 1,2% à 1g/l et 4,3% de protéinurie négative.

Ce résultat confirme que les patientes sont reçues tardivement avec une atteinte rénale.

Au cours de notre étude 82,9% des patientes ont présenté une pré-éclampsie, 12,5% une pré-éclampsie surajoutée, 3,9% une hypertension artérielle gestationnelle et 0,7% une hypertension artérielle chronique.

Notre résultat est supérieur à celui de Kartout Leila qui a trouvé 60,3% de pré-éclampsie, 37,4% de HTA gestationnelle et 2,3% de pré-éclampsie surajoutée [18]. Ces résultats corroborent les données de la littérature qui rapportent que la pré-éclampsie est la forme la plus dominante parmi les pathologies

hypertensives liées à la grossesse [19 ;20].

- Prise en charge

Médicale

Dans notre étude, la Nifedipine était le médicament le plus fréquemment utilisé soit 77,7% suivi de 59% de sulfate de magnésium et 41,9% d'alpha méthyl dopa. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que ces médicaments sont subventionnés dans le service et disponible à un cout raisonnable.

Obstétricale

207 de nos patientes soit 80,9% ont été césariées, 38 patientes soit (14,8%) ont accouché par voie basse et 11 de nos patientes soit 4,3% ont été libérées avant le terme de la grossesse.

Notre résultat est inférieur à celui rapporté par Kartout Leila 37,2% de césariennes et 59,1% d'accouchement normal [18].

- 5- Pronostic :

Maternel : Dans notre étude, l'éclampsie était la complication maternelle la plus représentée soit 22,3%, suivie de 20,7% de HRP, 5,9% d'IRA et 3,1% de décès (8 patientes).

Notre résultat est supérieur à celui de NIAMKEY J.T et all qui ont trouvé 10,4% d'éclampsie, 2,6% d'HRP [11] et celui rapporté par Christine TSHABU-AGUEMON et al soit 36,8% d'éclampsie et 1,8% de HRP [21].

Ce taux élevé pourrait s'expliquer par la prise en charge tardive de nos patientes qui sont reçues avec des complications.

Fœtal : Dans notre étude, 39,1% des fœtus étaient prématurés, 2,4% d'hypotrophie fœtale, 1,2% de RCIU, 6,3% de souffrance fœtale, 25% de MFIU et 1,6% de décès néonataux précoces.

Notre résultat est différent de celui rapporté par Diallo B.S soit 23,92% de prématurés, 30,19% d'hypotrophie fœtale, 14,5% de MFIU et décès maternel précoce [9]. La protéinurie est un élément définissant la sévérité de l'hypertension artérielle au cours de la grossesse, une fois que l'hypertension est sévère, elle a des répercussions fœtales ce qui pourrait expliquer les complications observées.

Conclusion

L'hypertension artérielle est un problème de santé publique dans les pays en voie de développement. Dans notre étude, la prévalence de l'hypertension artérielle chez les femmes enceintes était de 5,39%. Le profil sociodémographique était celui des jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans, exerçant une profession libérale, non scolarisées, primigestes, primipares mariées, provenant de la commune de Ratoma.

Les principaux motifs étaient les signes de gravité et des complications à savoir : les céphalées suivies des œdèmes des membres inférieurs, les vertiges, l'épigastrie en barre, les acouphènes, flous visuels, des crises tonico-cloniques, métrorragie faite de sang noirâtre.

La pré-éclampsie était la variété clinique la plus courante. La Nifedipine était le médicament le plus utilisé suivie du sulfate de magnésium et de l'alpha méthyl dopa (Aldomet). La césarienne a été le mode d'accouchement le plus fréquent.

L'éclampsie, l'hématome rétro placentaire, l'insuffisance rénale aigue, le décès maternel (3,1%), la prématurité, la MFIU (25%), la SFA et le décès néonatal précoce (1,6%) ont été les complications maternelles et fœtales les plus rencontrées.

Le dépistage précoce de l'HTA et une prise en charge rapide, adaptée et efficace des cas diagnostiqués s'avèrent donc une nécessité absolue devant cette association redoutable HTA et grossesse.

L'administration de sulfate de magnésium et la césarienne permettent d'améliorer le pronostic maternel et fœtal. La prévention passe nécessairement par un suivi prénatal de qualité.

***Correspondance**

Ibrahima Sylla

dribra62@yahoo.fr

Disponible en ligne : 11 Mai 2021

1 : Maternité de l'Hopital National Ignace Deen
 2 : Maternité de l'Hopital National Donka
 3 : Néphrologie de l'Hopital National Donka

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] M Moonen, D.Legrand, P Lancelloti. Recommandations Européennes 2011 pour la prise en charge des maladies cardiovasculaires pendant la grossesse: Prise en charge l'hypertension artérielle. *Rèv méd liege*. 2012; 10:509-12
- [2] Bernadet-Monrozies. Quel suivi pour une femme enceinte hypertendue? 2014 ; 8 : 1-6
- [3] H. de Tourris, F.Pierre, G Magnin. Gynécologie et Obstétrique. Vol.25 7è édition Masson. 2007.
- [4] Scantlebury DC, Schwartz GL, Acquah LA, White WM, Moser M, Garovic VD. The treatment of hypertension During Pregnancy: When should Blood Pressure Medications Be started? *Curr Cardiol Rep* 2013; 15: 1-20. [Hhttps://doi.org/10.1007/S11886-013-0412-0](https://doi.org/10.1007/S11886-013-0412-0)
- [5] Markus G. Mohaupt. Hypertension Durant la grossesse. *Swiss Med Forum-Forum med Suisse* 2016; 38: 780-6.
- [6] Claire Mounier-Vehier. Consensus d'experts. HTA et grossesse de la SFHTA ; société française d'hypertension artérielle 2015, 7 :6
- [7] Baragon S, Goeh-Akue E, M.Pio, YM. Afassinou, B. Atta. Hypertension artérielle et grossesse à Lomé (Afrique subsaharienne) : aspects épidémiologiques, diagnostics et facteurs de risque. *Service de cardiologie, centre hospitalier universitaire* 2014 ; 3 : 145-50
- [8] Doumbouya FT. Hypertension artérielle et grossesse dans le service de gynécologie obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune VI. Thèse de doctorat en Médecine. 2010. Bamako,
- [9] Diallo B.S, Samba Keita M, Baldé IS, Diawara O, Sy T, Kaba ML et al. Fœtal Prognostics in Relation to uricemia and Maternal Proteinuria of Arterial High Blood Pressure Types during Pregnancy at the Maternity of Donka, National Hospital Donka, CHU of Conakry, Guinea. *Open J Obstet Gynecol* 2019; 09:960-7. <https://doi.org/10.4236/ojog.2019.97093>.
- [10] Mohamed MS, Sass S, Zein A, Lbarre A, Khadmaoui A, Lrhorf LA, et al. Etude prospective du profil épidémiologique des femmes enceintes pré-éclamptiques en Mauritanie. *Eur Sci J ESJ* 2017 ; 13 : 124. <https://doi.org/10.19044/esj.2017.v13n36p124>.
- [11] Niamkey J.T, N'Guette R, Adho A, Anongba S, Ekou A. Aspects épidémiologiques et évolutifs de l'hypertension artérielle au cours de la grossesse à Abidjan. *Rev Int Sc Méd* 2007 ; 9 : 54-60.
- [12] Itoua C, As Ngounda Monianga, B F Ellenga Mbolla, Gm Mbemba, Moutoundou, C E Gombet Koulimaya Tr Gomet. Hypertension artérielle et grossesse : épidémiologie et pronostic materno-foetals au centre hospitalo-universitaire de Brazzaville (Congo). *Médecine d'Afrique noire* .2013, vol. 60 ,n° 1
- [13] Baldé O, Baldé IS, Diallo MC, Barry I S, Baldé E Y, Diallo M.H, Baldé F, Sy T. Pré-éclampsie sévère et éclampsie : Aspects sociodémographiques et qualité de la prise en charge au service de gynécologie obstétrique de l'hôpital national Donka. *Rev int Sc Med R ISM* 2017; 19, 1: 68-73
- [14] Institut national des statistiques ; Ministère du plan et du développement économique, Conakry, Guinée. Enquête démographique et de santé (EDS 2018), Cleaverton, Maryland, USA , p 20-22.
- [15] R Abauleth, P.Kadhel, D. Gondo, C. Kakou, Konan, N'Guessan, et al. La pré-éclampsie: une pathologie liée à la vie sexuelle du couple? *Lett Gynécologue* 2009 : 8-10.
- [16] Coulibaly B. Hypertension artérielle de la femme enceinte dans le district de Bamako à propos de 250 cas. Thèse de doctorat en médecine, 2008. Université de Bamako.
- [17] Beaufils M. «Hypertensions gravidiques, hypertensive disorders of pregnancy». *Artic Rev Médecine Interne* 2002 : 927 à 938.
- [18] Kartout Leila. Les hypertensions artérielles gravidiques : Etude rétrospective au service de gynécologie obstétrique du CHU Mohamed VI de Marrakech Université CADI AYYAD 2012.
- [19] Thierry P, Dominique L, Michel C. Prise en charge multidisciplinaire de la pré-éclampsie. Elsevier Masson. 2009.

- [20] Mboudou E.T, Foumane P, Belley Priso. Hypertension au cours de la grossesse. Aspects cliniques et épidémiologiques à l'hôpital gynéco-obstétrique et pédiatrique de Yaoundé Cameroun 2009 ; 6 : 1087-92.
- [21] Christine Tshabu-Aguemon, Ogourindé Mathieu Ogoudjobi, Mègnissè Sèna H, S. Lokossou, Benjamin Hounkpatin, Justin Lewis Denakpo, et al. Facteurs pronostics de la pré-éclampsie sévère à la maternité universitaire de Porto-Novo au Bénin. J Société Biol Clin Bénin 2017 : 59-64.

Pour citer cet article :

I Sylla, F Bamba Diallo, IT Diallo, A II Sow, AL Diallo, IS Baldé et al. Hypertension artérielle chez les femmes enceintes à la maternité de l'Hôpital National Ignace Deen. *Jaccr Africa* 2021; 5(2): 83-93