

Article original

Facteurs associés à un mauvais contrôle tensionnel chez 253 hypertendus traités

Factors associated with poor blood pressure control in 253 treated hypertensive patients

M.F. Mesli^{*}, M. Raïah, B. Mohammedi, A. Dida

Laboratoire de biostatistique, faculté de médecine Oran, BP 1510, 31000 Oran El M'Naouer, Algérie

Reçu le 30 juin 2013 ; accepté le 8 avril 2014

Disponible sur Internet le 28 avril 2014

Résumé

Introduction. – L'hypertension artérielle (HTA) est un problème majeur de santé publique dans le monde. Le contrôle des chiffres tensionnels et la réduction du risque cardiovasculaire global constituent des objectifs cardinaux du traitement de l'hypertendu. L'objectif de la présente étude est de déterminer la proportion et les facteurs associés à l'HTA non contrôlée chez des hypertendus suivis par des cardiologues libéraux à Oran.

Patients et méthodes. – L'étude a porté sur 253 hypertendus connus et suivis par sept cardiologues libéraux à Oran. Était considérée comme tension artérielle non contrôlée une pression artérielle systolique (PAS) supérieure ou égale 140 mmHg et/ou une pression artérielle diastolique (PAD) supérieure ou égale 90 mmHg. Une analyse par régression logistique a été réalisée pour déterminer les facteurs associés au mauvais contrôle tensionnel.

Résultats. – La proportion d'HTA non contrôlée était de 69,6 % (75,8 % chez les hommes et 65,8 % chez les femmes). En analyse multivariée, le mauvais contrôle tensionnel était associé au régime alimentaire sodé ($OR_a = 2,71$; IC 95 % = [1,42–5,18]).

Conclusion. – Des actions d'ordre nutritionnelles doivent être déployées pour un meilleur contrôle tensionnel.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Hypertension artérielle ; Contrôle ; Facteurs associés ; Oran

Abstract

Introduction. – Hypertension is a major public health problem throughout the world. The blood pressure control and the decrease of global cardiovascular risk are two main goals of the treatment of hypertension. The purpose of this study was to determine the proportion and associated factors of uncontrolled hypertension in hypertensive patients followed by private cardiologists in Oran.

Materials and methods. – This study included 253 hypertensive patients followed by 7 private cardiologists in Oran. Was regarded as uncontrolled high blood pressure, a systolic blood pressure (SBP) superior or equal to 140 mmHg and/, or a diastolic blood pressure (DBP) superior or equal to 90 mmHg. A logistic regression analysis was performed to determine the associated factors with poor blood pressure control.

Results. – The proportion of uncontrolled hypertension was 69.6 % (75.8 % of men and 65.8 % of women). Using multivariate analysis, poor blood pressure control was found to be associated with salt consumption ($OR_a = 2.71$; CI 95 % = [1.42–5.18]).

Conclusion. – Nutritional actions are required for better blood pressure control.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Arterial hypertension; Control; Associated factors; Oran

1. Introduction

L'hypertension artérielle (HTA) est un problème majeur de santé publique [1]. C'est un facteur de risque cardiovasculaire

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : faroukmesli@yahoo.fr (M.F. Mesli).

principal dans la survenue d'accidents vasculaires cérébraux, d'insuffisance cardiaque, d'insuffisance rénale et de maladies coronaires qui représentent les principales causes de décès [2–4], et elle est responsable d'environ 13 % de tous les décès dans le monde [5].

Actuellement, on estime que plus d'un quart de la population mondiale adulte est hypertendue, et cette proportion devrait atteindre le tiers de la population à l'horizon 2025, soit près de 1,6 milliards de sujets hypertendus et parmi lesquels trois quarts de ces hypertendus seront dans les pays en voie de développement [6,7]. En Algérie, la prévalence de l'HTA est passée de 44 % en 2001 [8] à 53 % en 2010 [9]. Sa forte prévalence dans le monde est liée en outre au vieillissement progressif de la population surtout dans les pays occidentaux mais également à l'évolution mondiale de la surcharge pondérale et de l'obésité en croissance surtout dans les pays en voie de développement. D'autres facteurs comme la sédentarité et la consommation excessive de sel sont également impliqués dans l'évolution de la prévalence de l'HTA [5,6].

Les sociétés savantes émettent depuis plus de trente ans, des recommandations sur la prise en charge de l'HTA. Mais, malgré ces documents, l'obtention d'un équilibre tensionnel n'est pas du tout aisé en pratique et elle reste insuffisamment contrôlée [10,11]. Or, le bénéfice du traitement antihypertenseur est corrélé à la baisse des chiffres tensionnels. Non contrôlée, elle se complique d'événements cardiovasculaires graves comme les accidents vasculaires cérébraux, l'insuffisance cardiaque et l'insuffisance coronaire, pour lesquels elle multiplie le risque respectivement par neuf, cinq et trois [12].

À l'instar de ces données, il nous a paru nécessaire de réaliser une enquête épidémiologique dont l'objectif est de déterminer la proportion et les facteurs associés à l'HTA non contrôlée chez des hypertendus suivis par des cardiologues libéraux à Oran.

2. Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude transversale réalisée du 1^{er} au 28 février 2012. Nous avons inclus de manière consécutive tous les hypertendus suivis au moins six mois avant la période de l'enquête et qui prenaient leurs traitements régulièrement. Au total, 253 hypertendus connus et suivis ont été recrutés par sept cardiologues libéraux à Oran.

L'enquête a été réalisée au moyen d'un questionnaire qui a porté sur l'identité des patients, leurs antécédents familiaux d'HTA chez un parent du premier degré (parents et fratrie), le style de vie notamment la consommation de tabac et/ou d'alcool et l'activité physique, les habitudes alimentaires, l'histoire médicale, la classe et le nombre d'antihypertenseur utilisé, ainsi que la notion de facteurs de risque cardiovasculaire selon les directives de la Société européenne de l'hypertension [13] à partir desquels nous avons calculé le risque cardiovasculaire global selon le modèle de Framingham. Les patients ont été considérés comme actifs s'ils rapportaient une activité physique régulière. Les niveaux d'exposition au tabac ont été classés en trois catégories : non-fumeurs, anciens fumeurs et fumeurs actuels. La consommation du sel a été estimée selon les déclarations des

patients et classée en trois modalités de réponses : régime alimentaire sans sel, demi-sodé et sodé.

Les malades étant déchaussés et en vêtements légers, leur poids a été mesuré à 100 g près avec un pèse personne électronique, leur taille a été mesurée avec une toise murale permettant d'apprécier le dixième de centimètre, et, avec un mètre ruban, ont été mesurés leurs tour de taille à l'ombilic. L'indice de masse corporelle (IMC) a été calculé comme rapport du poids (en kilogrammes) au carré de la taille (en mètres). Un indice de masse corporelle $\geq 25,0 \text{ kg/m}^2$ ou $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ définissait respectivement, le surpoids ou l'obésité. Un tour de taille de 88 cm ou plus et de 102 cm ou plus définissait l'obésité de type abdominal chez la femme et l'homme, respectivement [14].

Les sujets ont été examinés avec prise de la pression artérielle réalisée aux deux bras, en décubitus dorsal, après un respect de cinq minutes en moyenne de repos. Nous avons utilisé un tensiomètre de marque Spengler avec un brassard de taille adulte standard ou obèse selon le cas. Était considérée comme tension artérielle non contrôlée une pression artérielle systolique (PAS) supérieure ou égale 140 mmHg et/ou une pression artérielle diastolique (PAD) supérieure ou égale 90 mmHg ; et tension artérielle contrôlée une PAS inférieure à 140 mmHg et une PAD inférieure à 90 mmHg [15].

Aussi, un prélèvement sanguin a été réalisé pour le dosage de la glycémie, la créatininémie (avec calcul de la clearance de la créatinine), le cholestérol avec ses fractions LDL et HDL et la triglycéridémie. Le diabète sucré a été considéré devant une glycémie à jeun supérieure ou égale à 1,26 g/L ou un traitement antidiabétique en cours [16] et la dyslipidémie a été définie par un cholestérol total supérieur ou égal à 2,4 g/L et/ou des triglycérides supérieurs ou égaux à 2 g/L [14]. Le débit de filtration glomérulaire (DFG) a été calculé selon la formule MDRD : $186,3 \times [\text{créatininémie } (\mu\text{mol/L}) / 88,4]^{-1,154} \times \text{âge (ans)}^{-0,203} \times 0,742$ pour les femmes. L'insuffisance rénale chronique (IRC) a été définie par un antécédent personnel ou un DFG inférieur à 60 mL/min/1,73 m² [17].

Un indicateur socioéconomique (NSE) a été créé à partir des variables socioéconomiques du questionnaire en utilisant l'analyse des correspondances multiples (ACM) avec le logiciel XLSTAT Pro version 7.5. Les variables prises en compte étaient le niveau d'instruction, la profession, le nombre de pièces dans l'habitation et le nombre de ménages dans l'habitation. Cet indicateur comporte trois modalités : niveau socioéconomique élevé (niveau 1), niveau socioéconomique moyen (niveau 2) et niveau socioéconomique bas (niveau 3).

2.1. Analyses statistiques

Les variables qualitatives étaient exprimées en pourcentage et les variables quantitatives en moyenne (écart-type). Le test de Khi^2 a été utilisé pour comparer les pourcentages et le test t de Student pour comparer les moyennes.

Afin de mettre en évidence les facteurs significativement liés à une pression artérielle non contrôlée, une analyse par régression logistique a été réalisée en choisissant comme variable résultat la variable dichotomique « avoir une HTA non contrôlée ». Le modèle initial incluait l'ensemble des facteurs statistiquement

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2868961>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2868961>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)