

URBANISATION, ENVIRONNEMENT ET SANTÉ

A. MALADIES CARDIO-VASCULAIRES ET HYPERTENSION ARTÉRIELLE

L'évolution des maladies cardio-vasculaires dans les pays en développement. (exposé introductif)

J. E. Touze

HIA Laveran, 41 boulevard A.Laveran, 13998 Marseille Armées, France. E-mail : jetouze@aol.com

maladie cardio-vasculaire, hypertension, maladie coronaire, facteur de risque cardio-vasculaire, Afrique intertropicale

Les pays en développement ont connu au cours des dernières décennies une transition épidémiologique caractérisée par une régression des maladies transmissibles et une progression importante et régulière des maladies cardio-vasculaires (1, 6). En effet, les statistiques publiées en 1997 par l'organisation mondiale de la santé (OMS) montrent en Afrique subsaharienne que la mortalité par maladie cardio-vasculaire représente 22 pour cent de la mortalité générale et rejoint le taux de décès liés aux maladies infectieuses et nutritionnelles (3). Ces données s'appuient sur des enquêtes fragmentaires, hospitalières pour la plupart et sous-estiment probablement la réalité de la situation. Toutefois, derrière ces chiffres, des disparités dans la répartition des maladies se dégagent :

- les cardiopathies rhumatismales restent plus importantes qu'ailleurs mais leur prévalence reste stable et tend à diminuer dans de nombreux pays du Maghreb où elles étaient endémiques ;
- les cardiomyopathies primitives ont tendance à diminuer, mais les cardiomyopathies nutritionnelles et du post-partum occupent toujours une place importante ;
- l'hypertension artérielle reste préoccupante dans tous les pays d'Afrique où elle représente 20 à 30 % des admissions hospitalières. Elle touche une population souvent jeune (la plupart des patients ont moins de 60 ans). Le diagnostic est posé avec retard devant des chiffres tensionnels très élevés et des complications des organes cibles. Ainsi, l'insuffisance rénale terminale, l'insuffisance cardiaque et les complications encéphaliques sont souvent au premier plan et expliquent la majorité des décès. Surtout, la prise en charge est défailante avec près de 20 % de patients traités et moins de 5% d'entre eux contrôlés ;
- la maladie coronaire longtemps considérée comme rarissime chez l'Africain noir a connu une progression régulière, puis une relative stabilisation au cours des dernières années. Sa prévalence est comprise entre 5 et 8% selon les pays et les disponibilités diagnostiques. Elle est rarement précédée d'un angor et l'infarctus du myocarde, souvent de localisation antérieure, est le mode révélateur habituel. Les rares études coronarographiques menées en Afrique ont montré que les patients avaient dans la plupart des cas des lésions monotronculaires,

limitées, proximales intéressant avec prédilection l'artère inter-ventriculaire antérieure ;

- les cardiopathies congénitales occupent une place importante. Leur diagnostic facilité par l'équipement échographique des hôpitaux est posé avec retard chez des enfants plus âgés. Les cardiopathies cyanogènes incompatibles avec la vie sont rarement diagnostiquées à temps. En revanche, les cardiopathies par shunt droite-gauche et les tétralogies de Fallope sont plus fréquentes et observées à un âge souvent avancé.

Ce profil épidémiologique a de nombreuses explications :

- le développement rapide des pays d'Afrique a conduit à une urbanisation excessive, souvent mal contrôlée. Celle-ci a induit une modification du mode de vie des populations rurales soumises à des facteurs de risque auxquelles elles n'étaient jusque là que peu confrontées. A titre d'exemple, l'hypertension artérielle et les maladies coronaires ont été longtemps l'apanage des classes socio-économiques "riches". Au cours des dernières années, on a pu constater une ruralisation de ces affections qui touchent désormais toutes les classes sociales, même les plus défavorisées ;

- l'hypertension artérielle a indéniablement un support pathogénique spécifique chez l'Africain noir. Une sensibilité accrue à la charge sodée, une activité rénine plasmatique basse et un défaut d'excrétion urinaire du sel ont été déjà identifiés. L'intervention du génome est probable avec l'identification du gène M-235T codant l'angiotensinogène et d'un gène situé sur le chromosome 10p qui serait impliqué dans la survenue de l'insuffisance rénale terminale post hypertensive (4). Plus récemment, l'endothéline qui est un vasopresseur puissant élaboré par les cellules endothéliales serait retrouvée à des taux plus élevés dans l'hypertension artérielle du sujet noir (2) ;

- les autres facteurs de risque cardio-vasculaire ont connu une progression inexorable. Le tabagisme s'étend dans tous les pays en voie de développement. En Afrique, la consommation de tabac a augmenté de 40 % en 20 ans. L'obésité largement conditionnée par des impératifs sociaux ou culturels dans de nombreux pays sahéliens est un co-facteur de morbidité souvent retrouvé. En revanche, le taux de cholestérol total est dans l'ensemble plus bas (1,8 à 2 g/l) que dans les pays industrialisés avec une fraction HDL plus élevée. Toutefois, le relatif effet

protecteur du HDL cholestérol est annulé par l'émergence des autres facteurs de risque induits par le "mal développement" (hypertension artérielle, tabagisme, stress, obésité...) et l'urbanisation des populations rurales (5, 7);

- l'accès aux structures de soins est difficile dans la plupart des pays. L'insuffisance des revenus, une protection sociale souvent absente, le sous-équipement hospitalier ne permettent pas une prise en charge efficace, notamment dans les maladies coronaires;

- les carences de la médecine préventive sont évidentes. Les acteurs de la santé ont des priorités diagnostiques et thérapeutiques plus gratifiantes et mieux perçues par les populations. Leur comportement parfois dicté par des impératifs alimentaires ou culturels ne leur permet pas de percevoir les bénéfices à long terme de la prévention. Celle-ci se heurte aussi dans de nombreux pays aux intérêts économiques, comme le montre la difficulté de la lutte contre le tabagisme.

Dans un tel contexte, il est possible d'assister dans un avenir proche à un tournant épidémiologique dans les maladies du monde tropical. L'espérance de vie qui n'excédait pas 50 ans dans la décennie 1970 a significativement progressé pour atteindre 63 ans en 1995 (6). Cette amélioration a été expliquée par le progrès économique, la diminution des maladies transmissibles et la généralisation des programmes élargis de vaccination. Avec l'éclosion de l'épidémie de sida, l'extension de la chloroquino-résistance de *Plasmodium falciparum* et l'inévitable progression des maladies coronaires et de l'hypertension artérielle, il faut redouter dans un futur proche une diminution de l'espérance de vie dans les pays en développement. L'hypothèse de la transition épidémiologique qui avait été envisagée dans un passé récent pourrait être remise en question. Elle était caractérisée par une diminution de la mortalité globale et un croisement des courbes de mortalité liée aux maladies transmissibles et nutritionnelles et de celle due aux maladies coronaires. Cette théorie reste valide pour les pays du pourtour méditerranéen, d'Amérique latine et quelques pays d'Asie et d'Afrique. Pour d'autres pays, le challenge est plus lourd à relever. Ils doivent déjà faire face aux conséquences cardiaques de l'infection par le VIH, au regain

d'activité de la tuberculose, aux maladies cardio-vasculaires du sous-développement (cardiopathies rhumatismales et/ou nutritionnelles) et du monde industrialisé (coronaropathies, hypertension artérielle). De nombreuses publications confirment cette évolution. Elles montrent dans plusieurs pays une augmentation significative des péricardites et des cardiomyopathies associées à l'infection par le VIH.

Même si les perspectives ne sont guère optimistes dans le contrôle de cette infection, un tel scénario n'est pas inéluctable. L'inversion du processus peut être envisagé si les pays concernés mettent en place une politique de sensibilisation des populations et de tous les acteurs de la santé dans la prévention des maladies cardio-vasculaires. Celle-ci comporte une stratégie de lutte contre les maladies rhumatismales et une prévention active des facteurs de risque. Ils devront aussi tirer profit des résultats obtenus dans les pays industrialisés dans la réduction de la mortalité liée aux maladies coronaires.

Références bibliographiques

1. BERTRAND E - Evolution épidémiologique des maladies cardio-vasculaires dans les pays en développement. Arch Mal Coeur & Vaisseaux, 1997, 90, 981-985.
2. ERGUL A - Hypertension in Black patients. An emerging role of the endothelin system in salt-sensitive hypertension. Hypertension, 2000, 36, 62-67.
3. MURRAY CJ & LOPEZ AD - Mortality by cause for eight regions of the world: Globen Burden of Disease study. Lancet, 1997, 3, 1269-1276.
4. TURNER ST & BOERWINKLE E - Genetics of hypertension, Target-Organ Complications and response to therapy. Circulation, 2000, 102, IV-40 - IV-45.
5. WALKER ARP & SARELLI P - Urbanisation and health in transition: South Africa paradox of coronary heart disease. Lancet, 1997, 349 (suppl III), 1-32. Comment
6. WATKINS LO - Coronary heart disease and coronary disease risk factors in black population in underdeveloped countries: the case for primordial prevention. Am Heart J, 1984, 108, 850-862.
7. YONGA GO - Developement of risk factors for coronary artery disease in Africans. East Afr Med J, 1998, 75, 493-494.