

Hypertension artérielle et Grossesse

*Docteur Patrick VITTOT
Docteur Jean Marc BOURET*

JOAL le 18 Avril 2019

Définition :

**PAS > à 140 mmHg et/ou PAD > à 90 mmHg
chez une femme enceinte constatée au
moins à deux reprises à 8 jours d'intervalle**



Pronostic :

L'HTA touche 8 à 10 % de toutes les grossesses

Cause majeure de mortalité et de morbidité maternelle et foetale



Physiopathologie

L'HTA GRAVIDIQUE semble être d'origine placentaire :

Développement pathologique du placenta :

INCOMPATIBILITE IMMUNITAIRE ENTRE LA MERE ET L'ENFANT +++

→ Pour le foetus : hypoxie → prématurité, retard de croissance, mort in utero

→ Pour la mère :

- Production inappropriée de facteurs circulants : Vasoconstriction

- HTA, oligurie, oedème pulmonaire

- Prolifération cellulaire et inflammation vasculaire (rejet du foetus par la mère)

- protéinurie, oedèmes, cytolysse hépatique, convulsions

Hypertension artérielle et Grossesse

❖ Hypertension

❖ chronique :

- ❑ - Déjà connue
- Découverte avant la 20^{ème} semaine d'aménorrhée
- Evolution lente

Hypertension gravidique :

- Découverte après la 20^{ème} semaine d'aménorrhée
- Evolution rapide



maladie du placenta

Hypertension artérielle et Grossesse



❖ Hypertension
❖ chronique



Hypertension
gravidique

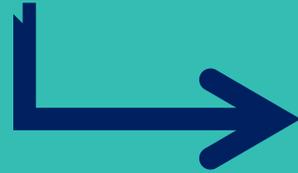


Est-ce qu'il existe une protéinurie (>300 mg/24 h ou ++) ?

Est-ce que le traitement est adapté ?

Est-ce qu'il existe une protéinurie (>300 mg/24 h ou ++) ?

NON



***Hypertension
Gravidique/Chronique***

Apparition de symptômes d'HTA +++

**Surveillance régulière
Contrôle régulier de la Protéinurie**

**Repos au lit +++
Traitement anti hypertenseur si besoin**

Est-ce que le traitement est adapté ?

Médicaments contre-indiqués :

- Diuretiques
(Lasilix, Esidrex, Fludex ...)
- IEC
(Captopril, ...)
- Sartan
(Aprovel, Cozaar, Tareg, ...)

Médicaments autorisés :

- Methyldopa
(Aldomet 250 x 2/j ou 500 x 2/j)
- Anticalciques
(Loxen 20 x 3 ou 50 x 2/j +++)
- Betabloquants
(Trandate 200 x 2 ou 3/j +++),
Avlocardyl)

Si TA > 150/90

ou

Si TA > 140/90 et signes de mauvaise tolérance

Est-ce qu'il existe une protéinurie (>300 mg/24 h ou bandelette) ?

→ OUI : Pré-éclampsie



Est-ce qu'il existe une protéinurie (>300 mg/24 h ou bandelette) ?

OUI : Pré-éclampsie

Définition :

HTA > 140/90 après la 20ème semaine d'aménorrhée

Protéinurie > 300mg/24 h ou sur bandelettes +++

Oedèmes périphériques diffus.

Fréquence : 15 à 20 % des femmes enceintes hypertendues

Les risques sont maternels et foetaux +++

Pré éclampsie : Facteurs prédisposants

- Nulliparité +++
- Grossesse multiple
- Obésité
- Diabète
- Antécédents de pré-éclampsie +++
- Antécédents familiaux de pré-éclampsie
- HTA pré-existante
- Néphropathie
- Ages extrêmes: femme très jeune +++

Pré éclampsie : Traitement et conduite à tenir

Pas de défaillance d'organes

Le but du traitement est double :

- Réduire les complications maternelles : hématome rétro-placentaire, éclampsie, insuffisance rénale, cardiaque, hépatique, HELLP (Hémolyse, Cytolyse hépatique, Thrombopénie)
- Réduire les complications foetales : prématurité, retard de croissance mort in utero

Pré éclampsie : Traitement et conduite à tenir

Pas de défaillance d'organes

Dans l'HTA modérée : Traitement de l'HTA : Alpha méthyl DOPA (ALDOMET) : 2 à 4/j
ou LOXEN : 50 x 2/j.

NB : Pas de régime sans sel +++

Dans l'HTA plus sévère : TRANDATE 200 x 2 et/ou LOXEN 50 x 2 ou 3/j.

Réduire progressivement la pression artérielle pour éviter une chute du débit utérin et une souffrance foetale +++

Dans tous les cas : Repos au lit en décubitus latéral gauche surtout au 3ème Trimestre

Régime normosodé +++

Surveiller la TA, le poids, la protéinurie et le rythme cardiaque foetal (monitoring)

L'accouchement est le traitement radical de la pré-éclampsie (à partir de 37 semaines, voire 34 semaines en cas de souffrance foetale ou maternelle)

Pré éclampsie sévère : Traitement et conduite à tenir

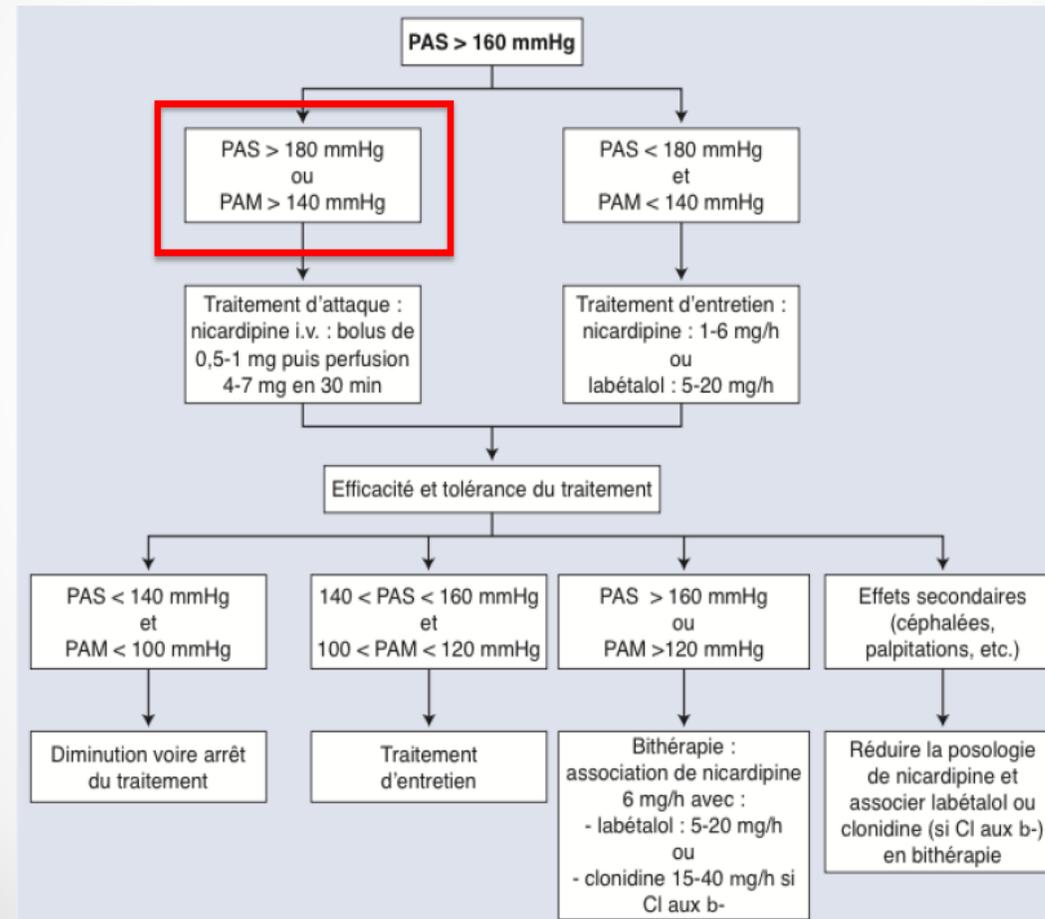
Pas de défaillance d'organes

Contrôle de la pression artérielle

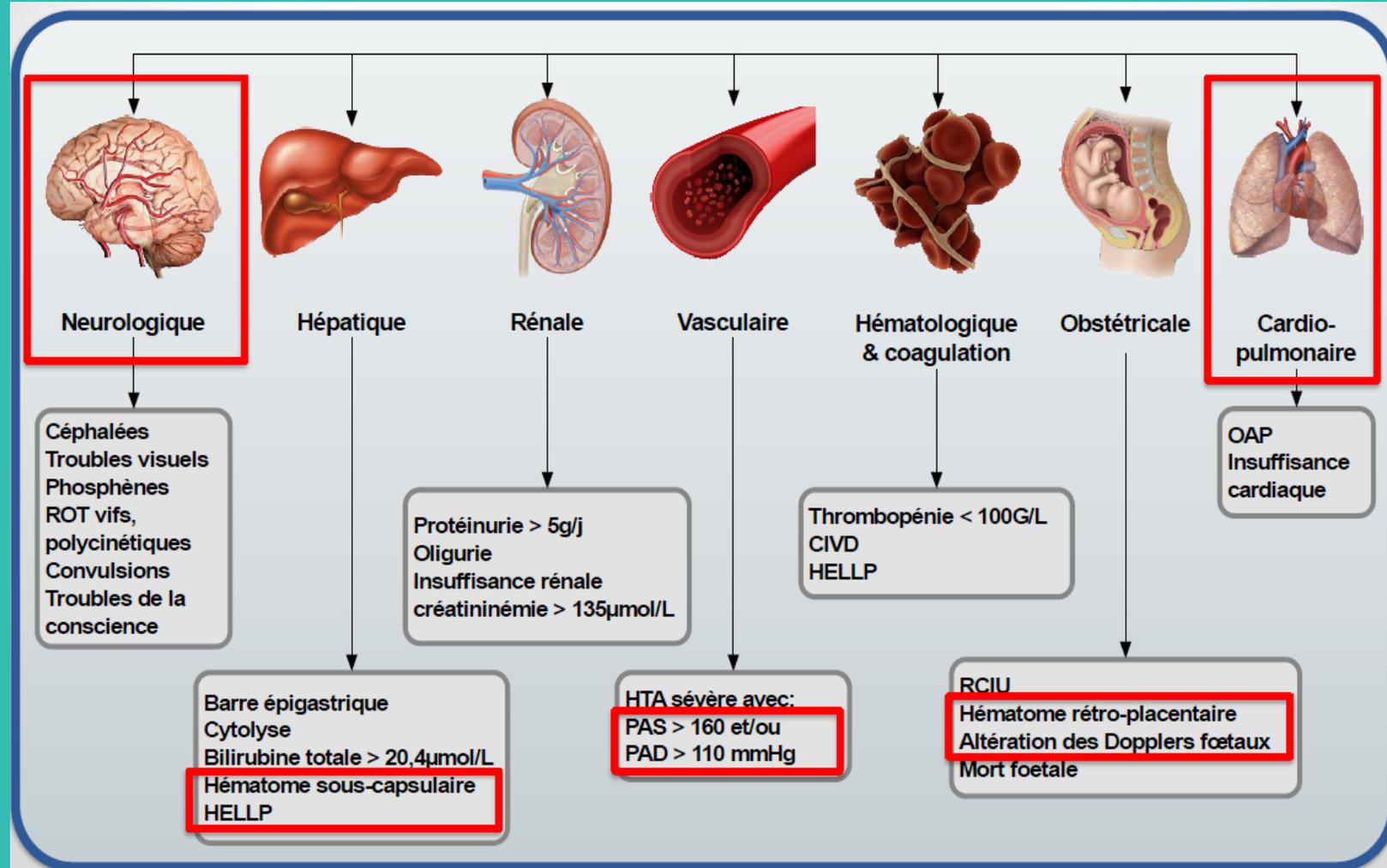
- **Objectif principal** de la prise en charge avant transfert interhospitalier
- Intraveineux si possible
- Monitoring de la PA
- **Ne traiter que si PAS \geq 160 mmHg ou PAD \geq 110 mmHg**
-  **PAS DE BAISSSE BRUTALE DE LA PA**
→ $140 \leq \text{PAS} \leq 160$ mmHg
- → **Débit utéro-placentaire (DUP)**
 - Absence d'autorégulation
 - Dépend de la pression de perfusion

Pré éclampsie sévère : Traitement et conduite à tenir

Contrôle de la pression artérielle



Pré éclampsie : Rechercher une défaillance d'organe



Nécessité absolue d'une césarienne ou d'un déclenchement en URGENCES

Pré éclampsie : Traitement et conduite à tenir

Avec défaillance d'organes

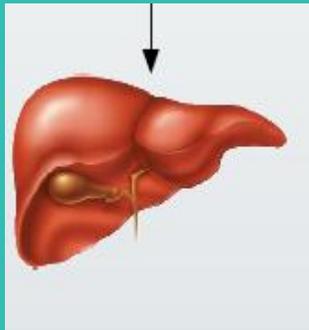
RENALE : Oligurie, Collapsus, protéinurie > 5g/24h
insuffisance rénale aigue : Remplissage vasculaire par perfusion de 500 ml de Ringer ou macromolécules

CARDIAQUE : Œdème aigu du poumon : Diurétiques,
Oxygène, Contrôle de la tension artérielle

→ Evacuation - Césarienne

Pré éclampsie : Traitement et conduite à tenir

Avec défaillance hépatique



- A évoquer devant toute douleur épigastrique en barre et/ou thrombopénie
- Risque majeur:
 - → hématome sous capsulaire du foie

Barre épigastrique
Cytolyse
Bilirubine totale > 20,4µmol/L
Hématome sous-capsulaire
HELLP



HELLP : Hémolyse, Elévation des enzymes hépatiques et thrombopénie (Primipare, rejet contre le foetus)
Avec HTA sévère, Protéinurie et Oedèmes

Evacuation – Césarienne

Pré éclampsie : Traitement et conduite à tenir

Avec défaillance obstétricale



RCIU

Hématome rétro-placentaire

Altération des Dopplers foetaux

Mort foetale

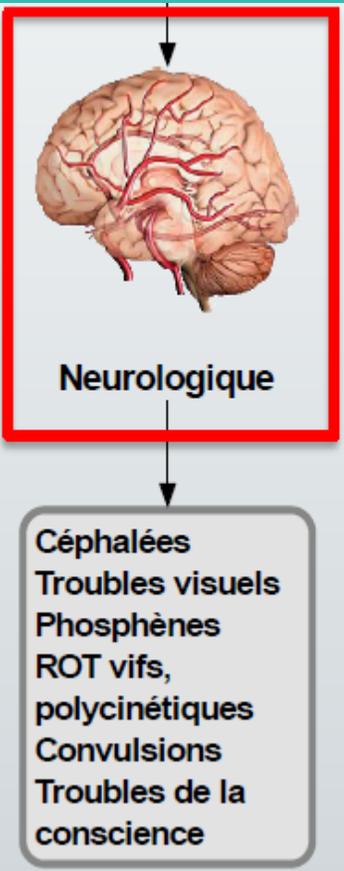
- Complicque 4% des prééclampsies sévères
- Douleur abdominale aigue
- Hypertonie utérine
- Pronostic maternel et foetal +++
- **URGENCE ABSOLUE**
 - Transfert pour césarienne
 - Césarienne en urgence
 - Risque de troubles de l'hémostase: CIVD
 - Choc hémorragique: hémoglobinémie



Evacuation – Césarienne

ECLAMPSIE : Traitement et conduite à tenir

Pré-éclampsie avec défaillance neurologique :
Crise convulsive lors d'une grossesse avec HTA et
protéinurie +++



- Souvent PA \geq 160/110 mmHg
- ⚠ Parfois PA \leq 140/90 mmHg

- Traitement de référence = **MgSO₄**

- Bolus 4g MgSO₄ IVL sur 20 minutes
- Relais IVSE: 1g/H
- Benzodiazépine éventuellement

À poursuivre 24 heures après l'accouchement

→ Evacuation - Césarienne

HTA GRAVIDIQUE : POST PARTUM et ALLAITEMENT

ANTI HYPERTENSEURS AUTORISES AVEC L'ALLAITEMENT :

→ TRANDATE , LOXEN et ALDOMET

Normalement l'HTA s'améliore progressivement après l'accouchement.

Parfois risque d'éclampsie en post partum immédiat

Contrôler la TA, la protéinurie, le poids.

Réduire très progressivement les antihypertenseurs

L'HTA gravidique augmente le risque de récurrence d'HTA lors d'une grossesse ultérieure : intérêt de l'aspirine +++

L'HTA peut persister : HTA chronique révélée par la grossesse, néphropathie.

Corriger les facteurs de risques cardio-vasculaires associés : obésité, diabète +++.



Conclusions

- 1- Nécessité de surveillance régulière de la Protéinurie chez une patiente hypertendue**
- 2 – Mettre en route rapidement un traitement anti hypertenseur dès que la tension est supérieure à 150/90 préférentiellement à base de Loxen**
- 3 – Repos indispensable et limiter la prise de poids**
- 4 – En cas de Protéinurie positive, rechercher des défaillances d'organes**
- 5- Intérêt du Sulfate de Magnésium avant le transfert en cas de défaillance neurologique**
- 6 – Intérêt de l'ASPIRINE 100 mg/j uniquement en prévention en cas d'antécédent personnel d'HTA gravidique ou de pré-éclampsie**
- 7 – Continuer à surveiller les patientes après l'accouchement : des complications peuvent se produire à distance**

MERCI !