

HYPERTENSION ARTÉRIELLE & GROSSESSE

INTRODUCTION

L'HTA pendant la grossesse reste partout dans le monde une cause importante de morbidité et de mortalité chez la mère et chez l'enfant.

Son véritable traitement demeure l'arrêt de la grossesse et la délivrance du placenta, situation qui peut poser un problème si le terme de grossesse est précoce.

DEFINITION

L'HTA au cours de la grossesse est définie par la découverte d'une pression artérielle systolique (PAS) ≥ 140 mm Hg et/ou pression artérielle diastolique (PAD) ≥ 90 mm Hg à au moins 2 reprises mesurée au repos en position de DLG ou en position assise.

CLASSIFICATIONS

La plus adaptée est celle du collège américain des gynécologues obstétriciens (ACOG) qui donne 4 groupes :

- **La pré-éclampsie** : syndrome spécifique qui apparaît après 20 SA associant HTA et protéinurie (sup à 0,3 g/l ou 2 croix au labstix)
- **L'hyertension préexistante (chronique)** : : il s'agit d'une HTA qui est présente avant la GRS ou constatée avant la 20 SA. Toute HTA découverte au cours de la GRS et qui ne disparaît pas après relève de la même rubrique
- **La pré-éclampsie surajoutée** : c'est l'apparition d'une protéinurie significative chez une femme présentant une HTA chronique.
- **L'hypertension gravidique** : c'est une HTA qui apparaît après 20SA, sans protéinurie, qui disparaît en post-partum (jusqu'à 12 semaines). appelée aussi transitoire ou récidivante.

COMPLICATIONS DE L'HTA AU COURS DE LA GROSSESSE

1/ COMPLICATIONS MATERNELLES

1. **Crise d'éclampsie** : C'est une extrême urgence nécessitant une prise en charge en unité de réanimation et entamer en urgence la thérapeutique.

➤ Sulfate de magnésium:

- dose de charge : 4 à 6g IV (dilué dans 100mL) sur 15 min

-dose d'entretien : 2g/h IVSE

➤ Traitement antihypertenseur pour maintenir PAD entre 105 et 110 mm Hg

➤ Évaluer délai d'accouchement selon stabilisation :

- avant 28 SA révolues : maturation pulmonaire fœtale Pour prolonger la grossesse aussi longtemps que possible selon bilan maternel et fœtal extraction fœtale si aggravation

-après 28 SA: extraction fœtale le plus rapidement possible

2. **HELLP Syndrome** : regroupant :

➤ **Hémolyse**: le diagnostic requière un des signes suivants:

- frottis sanguin périphérique anormal (schizocytes, echinocytes).
- Augmentation de la bilirubine dans le sang $\geq 1,2$ mg/dl
- Diminution de l'haptoglobine dans le sérum
- Baisse de l'hémoglobine pas en rapport avec une hémorragie.

➤ **Élévation des enzymes hépatiques**:

I. Transaminases (2 fois la limite sup de la normale)

II. Lactates deshydrogénase (2x la nle)

➤ **Thrombopénie**: Inférieur à $100000/\text{mm}^3$

La survenue du HELLP syndrome est le plus souvent au cours de la grossesse et avant la 37 SA et voire même dans les 48h suivant la délivrance (80%) chez une femme aux antécédents de prééclampsie.

3. **Complications cardiorespiratoires** : L'augmentation de la perméabilité capillaire et la baisse de la pression oncotique favorise une fuite liquidienne du secteur vasculaire vers le secteur interstitiel responsable d'un œdème pulmonaire,
On trouve également un dysfonctionnement ventriculaire gauche.
4. **Complications rénales** : La protéinurie est la traduction clinique de l'atteinte rénale. L'hypoperfusion rénale peut être responsable de nécrose tubulaire aboutissant à une insuffisance rénale aiguë.
5. **Complications neurologiques** : Dominées par les crises convulsives généralisées de l'éclampsie avec troubles de la conscience voire lésions cérébrales irréversibles
6. **Complications hémorragiques** : Hématome sous capsulaire du foie, Hématome rétroplacentaire et la CIVD.

2/ COMPLICATIONS FŒTALES

Les complications fœtales moins prévisibles, peuvent survenir brutalement tout le long de la grossesse et le travail :

- ❖ la prématurité spontanée ou induite pour une attitude interventionniste lors du sauvetage maternel et/ou fœtal
- ❖ Le retard de croissance intra-utérin ou une cassure de la courbe de croissance fœtale lié à une souffrance fœtale chronique en rapport avec une baisse de perfusion utéroplacentaire placentaire.
- ❖ La souffrance fœtale aiguë apparaît le plus souvent lors du travail et de l'accouchement qui confirme déjà un état précaire fœtal.
- ❖ La mort fœtale in utero, accident ultime secondaire à la souffrance fœtale mal évaluée ou méconnue.

CONDUITE A TENIR

Elle doit avoir les objectifs suivants :

- **CONFIRMER LE DIAGNOSTIC DE L'HTA**
- **L'ÉVALUATION DE LA GRAVITE**

L'évaluation de la gravité de l'HTA permet de distinguer :

- Les formes légères ou modérées qui autorisent une surveillance ambulatoire jusqu'au 9ème mois puis, feront discuter un déclenchement artificiel du travail au début du 9ème mois.
- Et les formes graves qui imposent une hospitalisation immédiate et une extraction fœtale à brève échéance, souvent par césarienne.

Une série d'examens complémentaires sont nécessaires :

Bilan maternel : cardiovasculaire, rénal, hépatique, ophtalmique et sanguin

Bilan fœtal : échographie obstétricale avec doppler et enregistrement du rythme cardiaque fœtal (ERCF)

- **ÉTABLIR UN PRONOSTIC MATERNEL ET FŒTAL**

Signes fonctionnels : céphalées, troubles visuels et auditifs,

PAS \geq 160 mm Hg ou PAD \geq 110 mm Hg,

Œdèmes massifs, prenant le godet, surtout visibles au visage et aux membres inférieurs, mais aussi les mains (signe de la bague)

Notion de prise de poids récente et brutale (plusieurs kg en quelques jours)

Oligurie, Protéinurie massive à la bandelette.

Surveillance par ERCF et échographie (score biophysique de Manning)

Échographie fœtale à la recherche d'un RCIU et ou un Oligoamnios.

Doppler ombilical pour confirmer l'origine vasculaire de ce RCIU, si +

un doppler cérébral pour évaluer de degré de souffrance cérébrale.

ERCF pour déceler une souffrance fœtale aiguë.

Diminution des mouvements actifs fœtaux, et au syntocinon.

- **PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE**

Traitement médical : Son intérêt est limité car il influence peu le PC, l'HTA n'est qu'un symptôme d'une maladie poly viscérale, un traitement trop énergique peut même aggraver une souffrance fœtale en réduisant la perfusion utéro-placentaire+++,

Objectifs

Son seul objectif est d'éviter les à-coups hypertensifs, pour cela :

- 1/ Traitement qui vise à conserver la PAD entre 90 et 105 mmHg,
- 2/ la baisse de la PA doit être progressive, une baisse trop rapide peut être fatale pour le fœtus, fait apparaître ou aggrave un RCIU.
- 3/ Expansion volémique par perfusion d'albumine (surveillance de l'albuminémie et albuminurie)

Classes thérapeutiques : première intention : Anti hypertenseurs centraux

- clonidine (Catapressan®): ½ cp X 2 puis ½ cp X 3...

- alpha méthyldopamine (Aldomet®)

Alpha-bétabloquant : Labetalol (Trandate®) : ½ cp X 3 à 1cp X3 /J

inhibiteurs calciques: nifédipine (Loxen 50 LP®): 1cp X 2 /J

Bétabloquants : risque de RCIU et de bradycardie fœtale

- Aspirine préventive uniquement si femme à haut risque: 75-160 mg/j avant 20 SA (16SA), à arrêter 2 semaines avant la date d'accouchement.

- Héparine de bas poids moléculaire: Utilisée dans les situations à risque thrombotique Non recommandée dans la prévention de la PE

Les interdits (contre-indiqués) :

- Régime sans sel et diurétiques : ils aggravent l'hypovolémie (déjà présente chez la femme enceinte hypertendue) et réduisent la perfusion utéro-placentaire,
- Inhibiteurs de l'enzyme de conversion (fœtotoxiques), Anti-Rénine-Angiotensine II et les inhibiteurs de rénine

En cas d'HTA légère ou modérée

- Surveillance en externe avec repos (arrêt de travail).
- Traitement antihypertenseur en monothérapie,
- Surveillance renforcée :

Consultation tous les 10 jours environ, bilan biologique régulier, Échographie mensuelle avec Doppler utérin (à partir de 22 SA).

- Au 9^e mois, discuter un déclenchement artificiel du travail en fonction des conditions obstétricales.

En cas d'HTA sévère ou Pré éclampsie

- Hospitalisation.
- Surveillance étroite materno-fœtale.
- Traitement médical antihypertenseur (en mono, bi ou trithérapie) et/ou leur administration par voie parentérale à la seringue électrique,
- Corticothérapie pour maturation fœtale si possible de 48 H
- Prévoir la nécessité d'une extraction fœtale urgente +++

PRISE EN CHARGE OBSTETRICALE

Hospitaliser en urgence et provoquer la naissance le plus souvent par césarienne si :

- Prééclampsie peu sévère après 36 SA
- Prééclampsie sévère au-delà de 34 SA
- Prééclampsie sévère avant 24 SA : IMG discutée

SUITES DE COUCHES : des complications sont encore possibles (poussée hypertensive, éclampsie, CIVD, HELLP) et l'HTA met parfois plusieurs semaines pour disparaître. Maintenir une surveillance étroite et n'arrêter que progressivement le traitement antihypertenseur.

A la sortie : la contraception doit éviter les oestroprogestatifs, et préférer les micro progestatifs.