

GROUPE HOSPITALIER PITIE SALPETRIERE Service de gynécologie Obstétrique Professeur DOMMERGUES	Auteurs : J NIZARD (GO) D VAUTHIER (GO) AF ALIX (GO) M DOMMERGUES (GO) L DUBOIS (A) M DRIESSEN (GO) Date rédaction : mai 2012 Date révision :
HTA CHRONIQUE ET GROSSESSE	

1. Définitions

L'hypertension artérielle chronique est définie comme

- Une pression artérielle systolique \geq 140 mm Hg ou une pression artérielle diastolique \geq 90 mm Hg
 - En position assise ou couchée
 - Avec un brassard adapté (1,5x la circonférence du bras)
 - Confirmée après 15 min de repos
- Avant la grossesse
- Ou diagnostiquée avant 20 SA
- Une femme sous anti-hypertenseur avant la grossesse avec une pression artérielle normale au cours de la consultation de suivi de grossesse doit être considérée comme HTA chronique

Règles des 3 en cas d'auto-mesures pour ajuster le traitement :

- en position assise, au calme et après quelques minutes de repos
- **3 mesures consécutives, le matin**
entre le lever et le petit-déjeuner, à quelques minutes d'intervalle.
- **3 mesures consécutives, le soir**
entre le dîner et le coucher, à quelques minutes d'intervalle.
- Et réaliser ces 2 séries de mesures, **3 jours de suite**,
- Les PAS et des PAD utilisées pour la définition de l'HTA seront définies par la moyenne des chiffres obtenus.
- La fréquence de ces mesures est à adapter à la situation.

2. Facteurs de risque d'HTA chronique méconnue

Les principaux facteurs de risque sont l'obésité et l'âge maternel avancé.

3. Risques

- 17-25% de prééclampsie (vs 2-8% dans la population générale), et pour 50% avant 34 SA
- 7-20% d'aggravation de la pression artérielle (hors prééclampsie)

- HRP (jusqu'à 2 fois plus de risque, même sans prééclampsie)
- RCIU (jusqu'à 20%, même sans prééclampsie)
- Prématurité (jusqu'à 5 fois plus de risque)
- Césarienne
- Peut être plus de risque de MFIU (moins clair)

Ces risques sont aggravés par la présence de lésions d'organes d'HTA préexistantes à la grossesse.

4. Evolution naturelle de la pression artérielle au cours de la grossesse

La pression artérielle des femmes avec une HTA chronique diminue le plus souvent à la fin du premier trimestre pour se normaliser, avec un nadir vers 16-18 SA, puis peut augmenter à nouveau en fin de grossesse

5. HTA chronique connue avant la grossesse

- Consultation préconceptionnelle : l'intérêt est d'adapter le traitement anti-hypertenseur à la grossesse et de faire le bilan d'organes le plus souvent atteint par l'HTA :
 - Fonction rénale (Ionogramme sanguin, urée, créatinémie, ionogramme urinaire, protéinurie des 24H)
 - ECG + échographie cardiaque de moins d'un an
 - NFS (hémococoncentration ?)
 En fonction du suivi antérieur de l'HTA chronique :
 - Glycémie à jeun et hémoglobine glyquée
 - Fond d'œil
 - Recherche de dyslipidémie
- S'efforcer de trouver une étiologie à l'HTA chronique avant la grossesse car les explorations sont limitées pendant la grossesse.

6. HTA chronique découverte en cours de grossesse

- Si l'HTA est récente (suivi médical correct avant la grossesse), le bilan sera plus simple :
 - Fonction rénale (Ionogramme sanguin, urée, créatinémie, ionogramme urinaire, protéinurie des 24H)
 - Glycémie à jeun
 - NFS (hémococoncentration ?)
- Si l'HTA est probablement ancienne (pas de suivi médical, facteurs de risques d'HTA), le bilan est le même qu'en préconceptionnel :
 - Fonction rénale (Ionogramme sanguin, urée, créatinémie, ionogramme urinaire, protéinurie des 24H)
 - ECG + échographie cardiaque
 - Glycémie à jeun et hémoglobine glyquée
 - NFS (hémococoncentration ?)
 - Fond d'œil

- Si l'HTA est récente et entre dans le cadre d'une maladie plus générale (diabète, néphropathie...), le bilan sera adapté à la maladie chronique.

7. Thérapeutiques

Les anti-hypertenseurs :

Ces médicaments diminuent les risques maternels de l'HTA sévère, mais pas ceux de prééclampsie, d'HRP, de RCIU...

Options :

En première intention, en privilégiant la forme *per os* afin de diminuer les grandes variations de pression artérielle :

- Loxen[®] 50mg LP x 2/j, ou
- Trandate[®] 200mg x 2/j
- Aldomet[®] semble moins utile compte tenu des objectifs tensionnels.

Contre-indication aux IEC ou ARA

Eviter les bêtabloquants sélectifs en monothérapie comme traitement de l'HTA.

Aspirine

Il ne semble pas y avoir de bénéfice à donner de l'aspirine chez une femme enceinte avec une HTA chronique isolée.

Nous suggérons la prescription d'aspirine chez celles avec une des co-morbidités suivantes :

- Diabète pré-existant à la grossesse
- Néphropathie
- Age maternel > 40 ans
- Maladie dysimmunitaire (Lupus...)
- IMC > 35 kg/m² en pré-conception
- Grossesse multiple

Indépendamment de l'HTA chronique, il semble y avoir un bénéfice à prescrire de l'aspirine \leq 12 SA chez une femme avec un ATCD de prééclampsie sévère ou ayant entraîné la naissance \leq 34 SA.

Seuils de traitement

Appliquer la règle des 3 (voir plus haut) **sauf si mauvaise tolérance clinique.**

Femmes avec retentissement d'organe (œil, rein, cœur, diabète) :

- PAS moyenne \geq 150 mm Hg,
- PAD moyenne \geq 90 mm Hg

Femmes sans retentissement d'organe :

- PAS moyenne \geq 160 mm Hg,
- PAD moyenne \geq 110 mm Hg

Objectifs tensionnels

Patiente asymptomatique et :

Femmes avec retentissement d'organe (œil, rein, cœur, diabète) :

- PAS moyenne entre 130 et 150 mm Hg,
- PAD moyenne entre 80 et 90 mm Hg

Femmes sans retentissement d'organe (œil, rein, cœur, diabète) :

- PAS moyenne entre 140 et 160 mm Hg,
- PAD moyenne entre 90 et 110 mm Hg

Conseils de vie

Il ne semble pas utile de proposer le repos strict ou l'hospitalisation chez ces femmes en dehors des indications obstétricales habituelles.

On peut conseiller l'activité physique modérée.

Pas de régime alimentaire spécifique

L'intérêt de l'arrêt de travail précoce sera à l'appréciation du soignant.

Protocole de suivi de la grossesse, hors pathologies d'organes

Hors complications telles que la prééclampsie, le diabète gestationnel, le RCIU..., il ne semble pas nécessaire de hâter la naissance uniquement pour HTA chronique.

Doivent cependant être considérés :

- Les pressions artérielles : si les pressions artérielles ne se sont pas normalisées et restent supérieures aux objectifs en fin de grossesse, un objectif de terme de 39 SA semble raisonnable.
- Si la patiente nécessite des anti-hypertenseurs, un objectif de 39 SA semble raisonnable.
- Tout signe clinique de mauvaise tolérance d'une HTA doit faire considérer une adaptation de la prise en charge.

Sans pathologie autre, et même si les pressions artérielles sont normalisées au cours de la grossesse, suivre ces femmes comme des grossesses à risque de RCIU : surveillance de la croissance fœtale échographiquement vers 27-28 SA, et vers 36-37 SA.

Prise en charge de la pression artérielle en postpartum

Le risque d'apparition d'une prééclampsie du postpartum est réel pendant la première semaine.

Maintenir les mêmes objectifs tensionnels

Organiser un suivi tensionnel quotidien au cours de la première semaine du postpartum, même si la femme n'est plus hospitalisée. Si pression artérielle est au dessus des seuils définis à domicile, reconsulter afin d'éliminer PE ou poussée hypertensive.