

HTA, pré ECLAMPSIE

Dr H Desmurs Clavel

Médecine interne Médecine vasculaire

Hopital E Herriot Groupe Hospitalier Centre

Hospices Civils de Lyon

Hypertension artérielle



CONSENSUS D'EXPERTS

HTA ET GROSSESSE

Consensus d'Experts de la
Société Française d'Hypertension Artérielle* (SFHTA)

**SFHTA filiale de la Société Française de Cardiologie*

Avec le partenariat du Collège National des Gynécologues
et Obstétriciens Français



Société Française
d'Hypertension Artérielle



Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

Etat des lieux

- HTA : 5 à 10 % des grossesses
- 1ere cause de morbi mortalité
- Consequence sur la mere et le foetus

- Risque ultérieure chez la mère : récurrence sur grossesse ultérieure, HTA chronique, augmentation des événements cardiovasculaire à long terme

Quelques définitions....

L'hypertension artérielle lors de la grossesse ou dans le post-partum immédiat (période couvrant les 6 semaines qui suivent l'accouchement) est définie comme suit :

Définitions de l'HTA au cours de la grossesse	
HTA lors de la grossesse	PAS \geq 140 mm Hg ou PAD \geq 90 mm Hg
HTA légère à modérée	PAS = 140-159 mm Hg ou PAD = 90-109 mm Hg
HTA sévère	PAS \geq 160 mm Hg ou PAD \geq 110 mm Hg

MOYENS DIAGNOSTIQUES

RECOMMANDATION 1

- Il est recommandé de mesurer la pression artérielle en position assise, en milieu médical, après au moins 5 minutes de repos, en utilisant un appareil électronique huméral homologué de mesure de la pression artérielle. **(Grade A - Classe 1)**
- En cas d'HTA légère à modérée dépistée en consultation, l'HTA doit être confirmée par des mesures en dehors du cabinet médical (automesure selon « la règle des 3 » ou moyenne diurne de la MAPA sur 24 heures) afin d'éliminer un effet blouse blanche. **(Grade B - Classe 1)** Une PAS \geq 135 mm Hg ou une PAD \geq 85 mm Hg, en dehors du cabinet médical, est considérée comme pathologique. **(Grade C - Classe 2)**

Définitions suite....

- 1) Hypertension artérielle chronique (préexistante à la grossesse ou constatée avant la 20^e SA)
- 2) Hypertension artérielle gestationnelle sans élévation pathologique de la protéinurie (constatée après la 20^e SA)
- 3) Pré-éclampsie définie par une HTA (contrôlée ou non) associée à une protéinurie pathologique découverte après la 20^e SA.

Definition de la pre eclampsie

PRESSIION ARTÉRIELLE
SYSTOLIQUE

> 140 mmHg

PRESSIION ARTÉRIELLE
DIASTOLIQUE

> 90 mmHg

CONCENTRATION
DE PROTÉINES
DANS LES URINES

> 300 mg/24h

Ces manifestations peuvent s'accompagner de divers symptômes comme des céphalées violentes, des troubles visuels (hypersensibilité à la lumière, « mouches », taches ou brillances devant les yeux), des acouphènes, des douleurs abdominales, des vomissements ou encore la diminution ou l'arrêt des urines. Des œdèmes massifs peuvent apparaître et s'accompagner d'une prise de poids brutale (plusieurs kilos en quelques jours).

RECOMMANDATION 3 - (Grade A - Classe 1)

Il est recommandé de traiter sans délai toutes les hypertensions artérielles sévères (PAS \geq 160 mm Hg ou PAD \geq 110 mm Hg).

RECOMMANDATION 4 - (Grade C - Classe 2)

En cas d'HTA légère à modérée en consultation (PAS = 140-159 mm Hg ou PAD = 90-109 mm Hg), confirmée par l'AMT ou la moyenne diurne de la MAPA (PAS \geq 135 ou PAD \geq 85 mm Hg), la présence d'antécédent cardio-vasculaire, de diabète pré-gestationnel, de maladie rénale chronique ou d'un niveau de risque cardio-vasculaire élevé en prévention primaire suggère l'initiation d'un traitement antihypertenseur.

RECOMMANDATION 6 - (Grade B - Classe 2)

Pendant la grossesse, il est suggéré d'utiliser en première intention, au choix, l'un des traitements antihypertenseurs suivants (classés par ordre alphabétique) : l'alpha-méthylidopa, le labétalol, la nicardipine, la nifédipine.

RECOMMANDATION 7 - (Grade A - Classe 1)

Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion, les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II et l'aliskiren ne doivent pas être utilisés quel que soit le trimestre de la grossesse et sont contre-indiqués au 2^e et 3^e trimestres de grossesse.

Evolutions possibles en absence de traitement

- **l'éclampsie** : il s'agit de crises convulsives, potentiellement fatales, provoquées par une hypertension artérielle intracrânienne chez la mère,
 - **l'hémorragie cérébrale** qui est la cause principale de décès des mères,
 - **l'insuffisance rénale** chez la mère,
 - **un décollement placentaire** qui provoque une hémorragie interne là où il était fixé. Cet accident nécessite un accouchement en urgence,
 - **le syndrome HELLP**, caractérisé par une augmentation de la destruction des globules rouges dans le foie (hémolyse), une élévation des enzymes hépatiques liée à une inflammation du foie, ainsi qu'une diminution du nombre des plaquettes sanguines qui entraîne un risque accru d'hémorragie.
-

Prééclampsie

Pathologie grave

Pendant la G

RECOMMANDATION 12 - (Grade C - Classe 2)

En cas de pré-éclampsie sévère avant 24 SA, il est suggéré de discuter une interruption de grossesse en raison de la mise en péril grave de la santé de la mère.

RECOMMANDATION 13 - (Grade A - Classe 1)

En cas de pré-éclampsie, sévère ou non, entre 24 et 34 SA, la poursuite de la grossesse est justifiée le plus souvent sous surveillance médicale rapprochée.

Il est recommandé de provoquer la naissance pour des raisons :

- 1) d'ordre maternel (éclampsie, œdème aigu du poumon, hématome rétro-placentaire, insuffisance rénale, HTA sévère non contrôlée malgré 2 ou 3 antihypertenseurs),
- 2) d'ordre fœtal (anomalies répétées du rythme cardiaque fœtal ou anomalies sévères des indices Doppler fœtaux).

RECOMMANDATION 14

En cas de pré-éclampsie sévère, après 34 SA, il est recommandé de provoquer la naissance. **(Grade A - Classe 1)**

En cas de pré-éclampsie modérée, l'expectative est suggérée jusqu'à 37 SA, si l'état fœtal le permet. **(Grade A, Classe 2)**

Au-delà de 37 SA, il est recommandé d'envisager l'accouchement. **(Grade A - Classe 1)**

Avec recidive possible sur les grossesses suivantes....

RECOMMANDATION 15

Pour prévenir la survenue d'une pré-éclampsie, il est recommandé de prescrire de l'aspirine à faible dose (75-160 mg) uniquement chez les patientes ayant un antécédent de pré-éclampsie. Ce traitement doit être débuté avant 20 SA, idéalement à la fin du premier trimestre. **(Grade A - Classe 1)**

Il est suggéré de poursuivre le traitement par aspirine au moins jusqu'à 35 SA. **(Grade C - Classe 2)**

Et apres.....

Prééclampsie et risque cardiovasculaire à long terme

Tableau 1

Risque relatif de pathologies cardiovasculaires chez les femmes ayant eu une pré-éclampsie.

Pathologie	RR	IC 95 %
Hypertension ultérieure	3,70	2,70 à 5,05
Cardiopathie ischémique	2,16	1,86 à 2,52
AVC	1,81	1,45 à 2,27
Mortalité toutes causes	1,49	1,05 à 2,14

D'après Bellamy [13].

Tableau 2

Risque relatif d'événements cardiovasculaires ultérieurs suivant le terme d'apparition de la pré-éclampsie.

Type de pré-éclampsie (PE)	RR	IC	Décès	Sujets-années
PE \leq 34 semaines	9,54	4,50 à 20,26	7	1531
PE \geq 34 semaines	2,08	1,26 à 3,44	17	11 999
Pas de PE	1,0		242	394 596

D'après Mongraw-Chaffin [17].

Plusieurs facteurs de risque de pré-éclampsie ont été identifiés :

- un antécédent de pré-éclampsie,
- une grossesse multiple,
- une première grossesse (nulliparité),
- une hypertension chronique, une pathologie rénale connue ou encore un diabète,
- une obésité (IMC > 30),
- être âgée de plus de 40 ans ou de moins de 18 ans,
- des antécédents familiaux de pré-éclampsie (mère, grand-mère...),
- un syndrome des ovaires polykystiques,
- une maladie auto-immune,
- un changement de partenaire sexuel ou une insuffisance à l'exposition du sperme de son partenaire (port prolongé du préservatif).

Une susceptibilité génétique à la maladie

La maladie est multifactorielle mais le terrain génétique semble contribuer à hauteur de 50 % dans la survenue de la maladie. Un gène de la pré-éclampsie a été identifié en 2005. Il s'agit de STOX1 codant pour un facteur de transcription présent dans les cellules de l'utérus et du placenta. Néanmoins il n'est pas le seul, une quinzaine de gènes semblent impliqués dans la maladie.

Tableau 3

Facteurs de risque de pré-éclampsie avant la grossesse dans une revue de la littérature.

	N études	N patientes	RR brut (95 % CI)	RR ajusté (95 % CI)
Nulliparité	3	37 988	2,91 (1,28–6,61)	3,10 (1,55–6,17)
G. Gémellaire	5	53 028	2,93 (2,04–4,21)	4,17 (2,30–7,55)
Pré-éclampsie antérieure	5	24 620	7,19 (5,85–8,83)	
Histoire familiale	2	692	2,90 (1,70–4,93)	
Âge maternel ≤ 17 ans	1	161	2,98 (0,39–22,76)	
Âge ≥ 40 (multipares)	1	3140	1,96 (1,34–2,87)	
> 59 mois entre G				1,83 (1,72–1,94)
Diabète	3	56 968	3,56 (2,54–4,99)	5,58 (2,72–11,43)
Obésité	6	64 789	2,47 (1,66–3,67)	
PAS ≥ 130 mmHg	1	906	2,37 (1,78–3,15)	3,6 (2,0–6,6)
Syndrome des antiphospholipides	2	1802	9,72 (4,34–21,75)	

D'après Duckitt [4].

Conclusions

Si les pathologies vasculaires (HTA et la MTEV..) doivent être prise en compte chez une femme en prévision et pendant une grossesse...

La pathologie gestationnelle (HTA, prééclampsie....) doit également être connue et prise en compte comme facteur de risque d'événement cardiovasculaire ultérieur

et donc rechercher à l'interrogatoire et inscrit dans le dossier de la patiente