

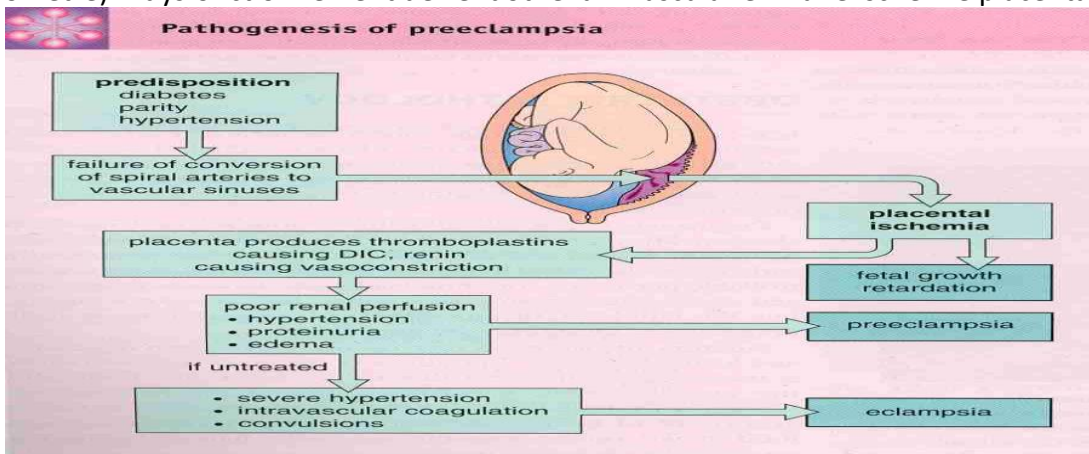
HYPERTENSION ET GROSSESSE

DÉFINITIONS:

- HTA + grossesse → association fréquente : Incidence 7-20 % des grossesses.
- 1^{ère} cause de morbidité et de mortalité fœtale et maternelle. 4 classes :
- l'HTA gravidique: HTA apparue après 20SA;
- la pré-éclampsie: HTA gravidique+ protéinurie;
- l'HTA chronique: HTA antérieure à la grossesse avant 20 SA;
- l'HTA chronique avec pré-éclampsie surajoutée.

PHYSIOPATHOLOGIE DE LA PRÉ-ÉCLAMPSIE:

- La cause exacte de la pré-éclampsie inconnue.
- primum movens* → anomalie de la placentation (par défaut d'invasion trophoblastique des artères spiralées de l'endomètre) → dysfonctionnement de l'endothélium vasculaire → une ischémie placentaire.



HYPERTENSION ARTÉRIELLE GRAVIDIQUE:

Une pression artérielle systolique ≥ 140 mmHg et/ou d'une pression artérielle diastolique ≥ 90 mmHg après 20 SA.

Diagnostic:

L'interrogatoire recherche des facteurs de risque d'HTA

À chaque consultation, il faut mesurer la pression artérielle et rechercher une protéinurie à la bandelette urinaire. Chez une patiente obèse, il faut mesurer la pression artérielle avec un brassard adapté.

La pression artérielle est prise aux deux bras, après 20 minutes de repos.

L'examen clinique cherche des signes fonctionnels d'HTA sévère: céphalée, acouphènes, phosphènes, troubles visuels. Il faut rechercher une prise de poids récente, une diminution de la diurèse, des œdèmes des membres supérieurs et du visage. Les œdèmes des membres inférieurs n'ont pas de valeur lorsqu'ils sont isolés.

Un bilan biologique: une uricémie, une créatininémie, les transaminases hépatiques, un hémogramme, une protéinurie des 24 heures si la protéinurie est >1 g/L à la bandelette urinaire.

Une écho fœtale est demandée à la recherche d'un retard de croissance, d'anomalies au doppler ombilical.

Prise en charge:

Si l'ensemble du bilan complémentaire est normal, il s'agit simplement d'une HTA gravidique non compliquée. Le traitement antihypertenseur est prescrit devant une HTA sévère. L'objectif du traitement est de les pressions artérielles à 130-140 faire baisser progressivement mmHg de maxima et 80-90 mmHg de minima.

Les médicaments les plus couramment utilisés sont :

- les antihypertenseurs centraux: l'alpha-méthyl dopa; ce dernier a le recul le plus long et l'innocuité la mieux établie ; la posologie varie de 750 mg à 1500 mg/j;
- les alpha/bêtabloquants : le labétalol est largement utilisé ; 600 mg/24h;
- les inhibiteurs calciques : la nicardipine et la nifédipine sont très utilisées; la posologie de la nicardipine est de 100 mg/jour en 2 prises, celle de la nifédipine de 60 mg/jour en 2 prises ;
- une surveillance hebdomadaire des pressions artérielles est nécessaire.

PRÉ-ÉCLAMPSIE

Définition

C'est une pathologie spécifique de la grossesse survenant à la fin du 2e trimestre et au 3e trimestre. Une protéinurie supérieure 0,3 g/24 heures associée à une hypertension artérielle gravidique définit la pré-éclampsie.

Facteurs de risque

- nulliparité
- obésité
- HTA chronique
- diabète gestationnel
- antécédents personnels et familiaux de prééclampsie
- maladie auto-immune(LED, SAPL)
- doppler utérin pathologique
- grossesses multiples

Diagnostic

l'interrogatoire recherche des signes fonctionnels d'HTA (céphalées, phosphènes, acouphènes), une prise de poids récente et importante, une augmentation brutale des œdèmes des membres inférieurs, des mains, du visage. Parfois, il n'y a pas d'œdème associé (pré-éclampsie « sèche »).

L'examen clinique doit rechercher une HTA, parfois instable, souvent élevée le soir, rechercher des œdèmes,

Le bilan biologique comporte un hémogramme, une créatininémie, un bilan hépatique complet : aspartate aminotransférase (ASAT), alanine aminotransférase (ALAT), lactate déshydrogénase (LDH), bilirubine totale et conjuguée, protéinurie des 24 heures. Un bilan hydrique des apports et des pertes doit être réalisé quotidiennement.

Pré-éclampsie sévère

1. Définition

La prééclampsie est sévère si un des critères suivants est présent:

- HTA sévère (PAS > 160 mm Hg et/ou PAD > 110 mm Hg)
- Atteinte rénale avec : oligurie (< 500 ml/24h) ou créatinine > 135mmol/L, ou protéinurie > 5 g/j
- OAP ou barre épigastrique persistante ou HELLP syndrome
- éclampsie ou troubles neurologiques rebelles (troubles visuels, ROT polycinétiques, céphalées),
- thrombopénie
- Hématome Rétro Placentaire (HRP) ou retentissement fœtal.

2. Éclampsie

crises convulsives =une crise d'épilepsie.

1 % des cas de pré-éclampsie. La mortalité maternelle est 1%, La mortalité fœtale est >30%.

Des signes prémonitoires peuvent précéder la crise: aggravation des céphalées, apparition de troubles visuels, hyper-réflexivité tendineuse. Sa survenue est imprévisible et peut survenir en anténatal, pendant le travail et jusque dans les 7 jours du post-partum, En l'absence de traitement, les crises peuvent récidiver dans 20% des cas. La patiente est transférée en réanimation. La prise en charge consiste à installer la patiente en décubitus latéral gauche, mettre en place une canule de Guédel et une voie d'abord veineuse. Du sulfate de magnésium 4 g sur 20 min en IV, puis 1 g/heure est prescrit. Une extraction fœtale par césarienne, après stabilisation des constantes hémodynamiques maternelles, est réalisée dès que possible.

3. Hématome rétro placentaire

grave et imprévisible, définie par un hématome situé entre le placenta et l'utérus. Ainsi, les échanges materno-foetaux sont interrompus en partie, en fonction de l'étendue de l'hématome → anomalies du RCF → MIU en l'absence de prise en charge en urgence.

4. HELLP syndrome

Hemolysis Elevated Liver enzyme; Low Platelet count = diagnostic biologique. Ce syndrome survient dans 80 % des cas dans le pré-partum, imposant une surveillance clinique et biologique répétée après l'accouchement.

Le HELLP syndrome associe :

— **une hémolyse**: présence de schizocytes, élévation des LDH et de la bilirubinémie libre, baisse de l'haptoglobine ;

— **une cytolysé hépatique** (ASAT \geq 2 fois la limite supérieure de la normale) ;

— **une thrombopénie** inférieure à 100000/ μ L.

Le signe clinique d'appel, est une douleur épigastrique ou de l'hypocondre droit «**en barre**» de début brutal, intense, permanente, parfois associée à des nausées et à des vomissements. En l'absence de traitement, le HELLP syndrome peut se compliquer d'une CIVD, d'un hématome sous-capsulaire du foie, avec un risque de rupture et d'hémorragie interne gravissime, voire d'un décès maternel (>1 % des cas).

A noter l'existence de formes de HELLP dites partielles: HEL, LP...

Retentissement fœtal de la pré-éclampsie

Un RCIU par perturbations des échanges foetoplacentaire, (20% des pré-éclampsies).

La mesure du doppler ombilical évalue le retentissement fœtal des anomalies placentaires. Un index diastolique nul, ou inversé, est associé à un risque important de morbidité et de mortalité périnatale. Ce test est maintenant intégré dans l'arbre décisionnel de prise en charge du retard de croissance in utero associé à la pré-éclampsie.

L'évaluation du **bien-être fœtal** fait appel aux critères biophysiques regroupés dans **le score de Manning**:

-le rythme cardiaque fœtal,

- la quantité de liquide amniotique,

-les mouvements actifs fœtaux,

-les mouvements respiratoires

-le tonus fœtal pendant 30 minutes à l'échographie.

Le score est considéré comme anormal lorsqu'il est inférieur à 4/10. Dans ce cas, il impose l'arrêt de la grossesse.

Prise en charge maternelle

Toute pré-éclampsie nécessite une hospitalisation dans une maternité adaptée.

_ **L'extraction du fœtus est le seul traitement efficace** de la pré-éclampsie.

Toutefois, en cas de pré-éclampsie précoce entre 25 SA et 34 SA, l'expectative est proposée en l'absence de signe de gravité maternel ou fœtal, pour améliorer la maturité pulmonaire fœtale avec surveillance materno-fœtale étroite.

Au-delà de 34 SA, c'est l'extraction souvent par césarienne

_ **Le traitement antihypertenseur** est parentéral lorsque l'hypertension est sévère : nicardipine en première intention, et si les pressions artérielles restent élevées, nous associons le labétalol. La pression artérielle ne doit pas être abaissée au-dessous de 130/80mmHg. Une chute trop brutale de la pression artérielle peut entraîner des anomalies du rythme cardiaque fœtal ou une mauvaise tolérance maternelle. Un apport hydrique de 1 L/ 24 heures de Ringer lactate associé à 500-1 000 mL de boisson est souhaitable.

_ **La surveillance maternelle** en milieu hospitalier adapté comporte:

— la mesure de la pression artérielle 2 fois/8 h, au minimum;

— la mesure du poids 1 fois/j et de la diurèse des 24 heures;

— la recherche des réflexes ostéotendineux;

— un bilan biologique: transaminases (ASAT, ALAT), hémogramme, plaquettes, créatininémie 2 fois/ semaine, à adapter en fonction de la sévérité;

— une protéinurie par 24 heures, 3 fois par semaine, sauf si la prééclampsie est sévère. En cas d'aggravation de l'état maternel (pression artérielle mal contrôlée malgré 2 antihypertenseurs, apparition de signes de gravité), la grossesse doit être interrompue.

_ **La surveillance fœtale**: ERCE/J, une échographie obstétricale(biométrie, LA, doppler ombilical) lors de

l'admission de la patiente, puis /10 - 15 jours en cas de traitement conservateur.

En cas de pré-éclampsie précoce entre 24 SA-34 SA, une cure de corticoïdes (bétaméthasone: 12 mg en IM à renouveler 24heures plus tard) est systématiquement prescrite, car le risque de prématurité provoquée est très élevé.

En cas d'aggravation fœtale (anomalies du RCF, RCIU associé à un doppler ombilical nul ou inversé), il faut extraire le fœtus.

_ **La voie d'accouchement** dépend de la gravité de la pré-éclampsie et du terme:

-En cas de pré-éclampsie modérée, sans retentissement fœtal, à plus de 37 SA, l'accouchement par voie basse est autorisé.

-Une césarienne est indiquée en cas de complications sévères (HELLP syndrome, hématome rétroplacentaire, éclampsie).

Cependant, la voie basse peut être autorisée et donc un déclenchement réalisé en cas d'urgence différée et un terme supérieur à 34 SA.

_ **Dans le post-partum**, la surveillance maternelle doit être également rapprochée, car le risque de survenue de HELLP syndrome ou d'éclampsie persiste.

-rechercher une HTA persistante (qui devient une HTA chronique)

-contraception adaptée selon la surveillance à long terme

PREVENTION:

-supplémentation en vitamine C, E, acide folique

-prise d'aspirine à dose antiagrégant plaquettaire :100-200mg par jour

-dépistage des femmes à risque par le doppler utérin au premier trimestre