

HTA et Grossesse

I. Introduction

- La grossesse est un phénomène naturel, physiologique mais qui peut démasquer une tension pathologique
- Dès le 1^{er} trimestre, il y a des modifications générales (aug du débit cardiaque, aug de volume plasmatique par rétention et vasodilatation pour assurer la nutrition du bébé)
- Il y a plusieurs formes d'associations HTA et grossesse :
 - 1- La femme est préalablement hypertendue et qui désire avoir un enfant (grossesse et HTA antérieure)**
 - 2- HTA gravidique :**
 - Une HTA qui coïncide avec une grossesse
 - La grossesse provoque HTA
 - Après l'accouchement si persistance d'HTA → HTA démasqué par la grossesse, si disparition c'est une HTA gravidique (on ne peut pas poser le diagnostic pendant la grossesse)
 - 3- HTA gravidique récidivante**
 - 4- HTA chronique aggravée par la grossesse (éclampsie)**

II. Définitions

HTA gravidique est une augmentation des chiffres tensionnels au delà **14/9** chez une femme enceinte à partir de 20^{ème} semaine

- Triade symptomatique : HTA, protéinurie et œdème (toxémie gravidique)

III. Physiopathologie

- A l'état physiologique, l'augmentation du volume plasmatique est associée à une vasodilatation → normo tension
- Pendant la nidation : l'œuf envahit l'endomètre pour aller chercher les vx de la maman, si cette invasion n'est pas parfaite, c'est les vx de la maman qui vont venir vers l'œuf → il y aura une vascularisation adrénérigique
- La nidation est une greffe semi-hologénique (la moitié du patrimoine est d'origine maternel) c'est la moitié paternel qui est antigénique → mais à cause de la tolérance immunitaire chez la femme enceinte (sous l'effet hormonal « progestérone ») y'aura pas une attaque des greffon (embryon), si problème (insuffisance du corps jaune) → attaque → avortement
- Quand ce phénomène de tolérance est partiellement présent y'aura une mauvaise pénétration (opposition partielle) → défaut d'invasion
- Une fois le placenta est formé, y'aura une ischémie placentaire (hypoxie) → souffrance des vx placentaire (atteinte de l'endothélium) → souffrance → aug de la sécrétion de **thromboxane A2** (vasoconstricteur et procoagulant thrombogène) et diminution de la sécrétion prostacycline (vasodilatateur) → vasoconstriction

- L'effet procoagulant de la thromboxane A2 va entraîner des microthrombus qui vont obstruer la lumière des vx et aggraver l'ischémie cercle → vicieux
- Les microthrombus vont disséminer vers tous les organes (on peut avoir une défaillance multiviscérale)
- **NB** : l'endothélium secrète la **prostacycline** et le **thromboxane A2** en cas de lésion endothéliale y' aura une diminution de la sécrétion de prostacycline alors que la sécrétion de thromboxane A2 est constante on aura donc une vasoconstriction avec formation des microthrombus

IV. Diagnostic

- ✓ **TA ≥ 14/9** (précaution de prise)
- ✓ **Protéinurie** >100mg/24h (taux physiologique en cas IU, stress, froid, excrétion debout..) on peut tolérer jusqu'à 300mg/24h
- ✓ **Les œdèmes** : blancs, mou, indolores, gardant le godet
- L'apparition brutale des œdèmes en quelque jour et la généralisation témoignant de la gravité et la sévérité (toxémie gravidique)

V. Forme clinique

En fonction de la sévérité des signes et l'atteinte des organes de la maman (complication) : **HRP, AVC, OAP, IRA, foie** (HELLP sd)

- **Atteinte de SNC** : avant le stade d'AVC on a un œdème cérébral et souffrance due au microthrombus → convulsions : **crise d'éclampsie** (crise tonico-clonique) précédé par des prodromes (céphalée, bourdonnement d'oreille ...) témoigne de la malignité et la sévérité de HTA

Traitement de la crise : - valium pour arrêter la crise (stabilisation)
- interruption de la grossesse

- **Atteinte du foie (HELLP sd)** : syndrome biologique : hémolyse, élévation des transaminases (>100), diminution de plaquettes <150 → hémorragie (CIVD) complication dramatique

- **100 < plq < 150** : forme minime
- **50 < plq < 100** : forme modéré
- **Plq < 50** : forme sévère

Traitement : médical : -antihypertenseur

- transformation de sang si anémie gravidique
- plaquette, plasma

Obstétrical : interruption de la grossesse 34 > semaine (bébé viable)

34 < semaine : interruption par césarienne

VI. CAT devant une femme enceinte qui présente une HTA

- 1- Chiffres tensionnels : **14/9** minime
14/90 - 16/10 modéré
≥ 16/10 sévère

2- Protéinurie : si >3g très sévère, >300mg pathologique

3- Traitement médical

- **Forme minime** : on peut ne pas traiter : surveillance materno-fœtal
Surveillance maternel : par profil tensionnel et chimie des U, si tt est normal : abstention thérapeutique
Surveillance fœtal :
 - par échographie : score biologique de Manning ?? , fc (normale 120 à 150b/min) et FR fœtal, liquide amniotique, tonus de bébé
 - par échodoppler : mesure de la pression des 2 artères utérines (si ↑ la maman va développer une HTA, si normal la maman est indemne d'une HTA)
 - Doppler du cordon ombilical
 - Doppler de l'artère cérébrale moyen du bébé (si vasodilatation : bébé en souffrance)
- **Forme modérée** : traitement antihypertenseur orale
 - Inhibiteur calcique : amlodipine, nifédipine (3cp à 6cp) hypotenseur + tocolytique ? (bien si MAP)
 - IEC : contre indiqué : toxicité maternel et fœtal
 - Diurétique sont contre indiqués
- **Forme sévère** : hospitalisation + **loxen** en IV
 - Si danger maternel : interruption de la grossesse quel que soit l'âge du bébé : traitement étiologique
 - Si pas de danger maternel + danger fœtal :
 - ✓ Bébé est viable : 32 semaines : on extrait le bébé (on sauve la maman et bébé)
 - ✓ 32 semaines : abandon : on attend s'il arrive à l'âge de viabilité

VII. Surveillance (la délivrance est le traitement radical d'une HTA gravidique)

- Surveillance de la TA après l'accouchement pour préciser le type de l'HTA (**gravidique qui disparaît maximum après 3 mois, ou chronique qui persiste au delà de 3 mois après l'accouchement**)
- Si confirmation du diagnostic d'une HTA gravidique on donne de **l'Aspégic 100** en prévention secondaire dans les prochaines grossesses pour éviter la formation des microthrombus, et pour la contraception on donne des microprogestatifs (pas d'œstrogène qui est thrombogène et provoque l'HTA)

Bon courage ^^