

HTA et GROSSESSE

PLAN :

- I. Introduction
- II. Classification
- III. Etiopathogénie
- IV. Diagnostic positif
- V. Complications
- VI. PEC
- VII. Prévention

I. Introduction :

- ✓ HTA est constaté dans 10 à 15 % des grossesses dont 10 % compliquent d'une prééclampsie
- ✓ c'est une GHR foetomaternelle
- ✓ c'est la première cause de morbidité et mortalité périnatale et maternelle

II .Classification :

- HTA au cours de la grossesse correspond à la survenue d'une pression artérielle systolique sup ou égale à 140mmhg et / ou une pression artérielle diastolique sup ou égale à 90mmhg
- HTA :
 - Modérée : située entre 140 /90 et 160/100
 - Marquée : située entre 160/100 et 180/110
 - Sévère : $\geq 180/110$
- HTA induite par la grossesse ou gravidique apparaît après 20 SA chez une femme jusque là normotendue et souvent primipare
- HTA chronique ant à la grossesse est parfois méconnue et découverte avant 20 SA ou dans les 12 SA suivant l'accouchement
- Prééclampsie : HTA associée à une protéinurie ≥ 300 mg /24h

III .ETIOPATHOGENIE :

A-HTA Gravidique :

Est une maladie du placenta par ischémie placentaire suite à un conflit entre le tissu trophoblastique et le myomètre maternel qui sera responsable d'une microangiopathie diffuse avec dysfonctionnement multiviscéral

Souvent survenue chez une femme jeune primipare

B-HTA non gravidique :

1-HTA essentielle : survenue souvent chez une femme dont l'âge ≥ 35 ans aus ATCD F d'HTA

2-HTA secondaire :

- Coarctation de l'aorte
- Sténose de l'artère rénale
- Néphropathie hypertensive
- Maladie de système : LED
- Iatrogène
- Endocrinopathie : phéochromocytome, syndrome de CONN ; syndrome de cushing ; hyperthyroïdie, diabète

IV. Diagnostic positif :

A/Interrogatoire :

- ✓ Age
- ✓ Poids et la taille
- ✓ Prise médicamenteuse
- ✓ ATCD F d'HTA
- ✓ ATCD P D'HTA ; d'OPK
- ✓ ATCD P d'une maladie sous jacente
- ✓ Signes fonctionnels de prééclampsie : céphalées, flou visuel ;bourdonnement des oreilles, barre épigastrique
- ✓ Métrorragies
- ✓ MAF

B/Examen clinique :

1-Inspection :

- ✓ Œdème : effaçant les traits (faciés lunaire) ou boudinant les doigts (signe de la bague)
- ✓ Obésité

2-Prise tensionnelle : la TA chez la femme enceinte mesurée dans des conditions correctes : bras nu, bras à la hauteur du cœur ; au repos au moins 15 min , patiente assise ou en décubitus, refaire deux mesures

3-mesure de la hauteur utérine et auscultation des BCF

4- Examen sous speculum : rechercher des MTR et son origine

5-chimie des urines : à la recherche d'une protéinurie

C/ Examen paraclinique :

1-échographie :

- ✓ Viabilité fœtale
- ✓ La quantité du liquide amniotique
- ✓ L'insertion placentaire
- ✓ La biométrie +++

2- doppler :

- ✚ Doppler utérin : faite à 22 SA à la recherche d'une élévation des résistances des artères utérines (présence de notch)
- ✚ Doppler ombilical : est un moyen de surveillance de la vascularisation fœtale si Index de résistance élevé est un signe indirect de prééclampsie
- ✚ Doppler cérébral fait si doppler ombilical pathologique : vasodilatation des artères cérébrales par redistribution vasculaire donc index de résistance vas baisser

3- ERCF : est un examen de surveillance fœtale à la recherche des signes de souffrance fœtale(décélération , tracé aréactif)

V. COMPLICATIONS :

A- Complications maternelles :

- Eclampsie
- AVC
- Décollement séreux de la rétine, œdème papillaire

- OAP
- HELLP syndrome
- Hématome sous capsulaire du foie
- SHAG (steatose hépatique aigue gravidique)
- Pancréatite aigue
- Insuffisance rénale
- Hématome retroplacentaire HRP
- Mortalité maternelle

B- complications fœtales :

- RCIU
- Oligoamnios
- Prématurité et tous ses risques(hypothermie ; hypoglycémie ; hypocalcémie ; SDRA par MMH ; ictère ; entérocolite ulcéronécrosante, hémorragie intraventriculaire)
- MIU

VI. PRISE EN CHARGE :

A- Mesures hygiéno-diététiques :

- ✓ Repos en DLG
- ✓ Hydratation orale correcte : 1.5 litres/ jour
- ✓ Régime normosodé

B- Moyens thérapeutiques :

1-Traitement hypotenseur :

- Objectif thérapeutique : TA <140/90 mmhg sans trop baisser (risque de souffrance fœtale)
 - ✚ Si HTA marquée ou sévère la voie est parentérale :
 - Nicardipine 10 mg à la seringue électrique
 - ✚ Si HTA modérée le traitement se fait par voie orale :
 - Alpha-méthyl-dopa(Aldomet) : cp 250 mg : 1 cp /8h sans dépasser 2 g
 - Nicardipine (loxen) gel 50 mg : 1 gel x2 /j

2-sulfate de magnésium :

Si HTA sévère ou persistance des signes fonctionnels de la prééclampsie

4 à 6 g en IVL puis 1.5 à 4 g/h

- Effets secondaires :
 - ❖ Diminutions des reflexes ostéo-tendineux
 - ❖ Détresse respiratoire
 - ❖ Oligurie
 - ❖ Altération de la conscience

C- Surveillance :

1-maternelle :

- ✓ Clinique : profil tensionnel strict, souplesse de l'utérus ;
métrorragies ; effets secondaires du traitement
- ✓ Paraclinique : FNS, TP , fibrinogène, urée , créatinine ; ASAT ;
ALAT ; protéinurie des 24 h

2-Fœtale :

- ❖ Clinique : HU , MAF ; BCF
- ❖ Électrique : ERCF 2 X/J
- ❖ Echographie :
 - Viabilité fœtale
 - Position fœtale
 - Biométrie fœtale chaque 10 jours
 - Quantification du LA
 - Localiser le placenta
 - ❖ Doppler deux fois par semaine

D- CAT obstétricale :

- Interruption de la grossesse si HTA sévère ou complication
maternofoetale
- Si évolution favorable le déclenchement du travail chez une femme
hypertendue se fait entre 38 et 39 SA

VIII. Prévention :

- ✓ Aspégic 160 mg /j dès le début de la grossesse
- ✓ Doppler utérin des 12 SA
- ✓ Surveillance stricte de la TA
- ✓ Contrôles médicaux rapprochés