

HTA ET GROSSESSE

I/Définitions

HTA gravidique : PA \geq 14/9 en décubitus latéral gauche après 10 minutes de repos constatée à 2 reprises à au moins 6 heures d'intervalle

Pré-éclampsie : HTA gravidique + protéinurie \geq 0,3 g/ 24h

Eclampsie : complication neurologique sévère de la pré-éclampsie se manifestant par un état convulsif ; Une des principales causes de décès maternels

Femme hypertendue avant la grossesse : S'améliore ou s'aggrave pendant la grossesse

HTA chez la femme enceinte quelle soit isolée ou associée à d'autres symptômes entre dans le cadre vasculo renal caractérise par:

-Sur le plan clinique: 2 signes:HTA et protéinurie

-Sur le plan évolutif: complications paroxystiques(HRP, crise d'éclampsie) ou retentissement fœtal(RCIU,MIU)

-Sur le plan étiologique: nette opposition entre le sd vasculorenal spécifique à la grossesse et le sd vasculorenal chronique antérieur à la grossesse

II/ Intérêt de la question

- Pathologie fréquente
- 1^{ere} cause de morbi mortalité
- Grossesse à haut risque materno foetale
- Prise en charge multi disciplinaire
- Risque de récurrence

III/ Facteurs de risque

- 1 Les antécédents familiaux

- HTA
- diabète
- obésité

- 2 Les antécédents personnels

- âge : inf 20 ans et sup 40 ans
- HTA
- Diabète
- Obésité
- Thrombophilie
- Maladie auto-immune
- Antécédents obstétricaux :
 - ❖ retard de croissance intra utérin
 - ❖ pré éclampsie ± éclampsie
 - ❖ hématome rétro placentaire

IV/ Classification

- 1- Hypertension artérielle chronique (préexistante à la grossesse ou constatée avant la 20 SA)
- 2- Hypertension artérielle gestationnelle sans protéinurie constatée après la 20SA
- 3- Pre-eclampsie définie par une HTA associée à une protéinurie

V/ Physiopath

-Insuffisance uteroplacentaire _hypoperfusion et ischémie placentaire _défaut d'invasion trophoblastique(phénomènes immunologiques, système HLA Dr4, système immunitaire et immunité humorale), autres facteurs d'ischémie: pathologie autoimmune, atherosclerose et maladies trophoblastiques

-Altération de l'endothélium vasculaire

-Troubles de la coagulation

-Retentissement fœtal: hypovolémie maternelle _hypo perfusion placentaire et fœtale _souffrance fœtale chronique

VI/ Diagnostic

- 1 Les signes fonctionnels

- Céphalées
- Flou visuel
- Acouphènes

-2 les signes cliniques

- PA \geq 14/9
- Protéinurie
- oedèmes avec prise de poids importante
- diurèse diminuée
- réflexes augmentés
- troubles de la conscience

-3 les examens complémentaires

- dynamap
- NFS-plaquettes - groupe sanguin
- hémostase - RAI
- bilan hépatique - ionogramme sanguin
- uricémie, urée, créatinine
- diurèse avec protéinurie sur 24 heures

VII/ la surveillance fœtale

- les mouvements actifs fœtaux
- le rythme cardiaque fœtal

- écho doppler pour surveiller croissance fœtale et dopplers utérins, ombilical et cérébral

VIII/ Les complications

1 Les complications maternelles

- éclampsie
- insuffisance rénale
- oedème aigu du poumon
- hématome rétro placentaire

2 les complications fœtale

- retard de croissance intra utérin
- souffrance fœtale aigue
- mort fœtale in utero
- prématurité induite

IX/ La CAT

1 Si état materno-fœtal stable

- repos
- traitement anti-hypertenseur: les antihypertenseurs centraux(alpha methyl dopa Aldomet,B bloquants,clonidine catapresson)
- Les vasodilatateurs:les inhibiteurs calciques nicardipine
- Les sedatifs et les anticonvulsivants sulfate de Mg,diazepam,tranxene
- Corticoïdes
- surveillance +++ (dinamap, diurèse, poids, bilan biologique, protéinurie, RCF, écho-doppler)
- Déclenchement artificiel du travail à 37 -38SA

2 - si anomalies du RCF

- extraction fœtale

3 - si HTA non contrôlée

- extraction fœtale
- OAP,HRP,HELLP sd ,hematome sous capsulaire du foie ,insuffisance renale,proteinurie sup à 5g par 24H

Attention : maintenir surveillance +++ en suites de couches