



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



MISE AU POINT

Hypertension pulmonaire et grossesse

Pulmonary hypertension and pregnancy

**Karim Bouattour*, Nicolas Boquillon,
Audrey Stalla-bourdillon, Sonia Levenet,
Agnès Lecinq, Mickael Soued, Frédéric J. Mercier**

*Département d'anesthésie-réanimation, hôpital Antoine-Béclère, faculté de médecine,
université Paris-Sud, hôpitaux universitaires Paris-Sud, AP-HP, 157, rue de la
Porte-de-Trivaux, 92141 Clamart, France*

MOTS CLÉS

Hypertension
pulmonaire ;
Grossesse ;
Anesthésie ;
Césarienne

Résumé En raison d'une mortalité maternelle importante et malgré des progrès thérapeutiques manifestes, l'hypertension pulmonaire (HTP) reste une contre-indication formelle à la grossesse. Des stratégies de prévention de la grossesse incluant la prise d'une contraception adéquate doivent être proposées à toute patiente porteuse d'une HTP. Toute grossesse impose une prise en charge dans un centre de référence de l'HTP. Une interruption thérapeutique de grossesse doit être systématiquement proposée et pratiquée le plus tôt possible. Si la grossesse est poursuivie, un suivi multidisciplinaire régulier est nécessaire afin d'adapter le traitement de fond, dépister les complications respiratoires, hémodynamiques et obstétricales. L'accouchement par voie basse ou par césarienne requiert la présence d'une équipe dédiée et doit être programmé. La césarienne, réalisée entre 34 et 36 semaines d'aménorrhée, reste le mode d'accouchement préférentiel car elle permet de s'affranchir des contraintes hémodynamiques liées à la douleur pendant le travail et aux efforts expulsifs. L'accouchement par voie basse est néanmoins possible sous certaines conditions de monitoring et de surveillance et permet de diminuer le risque de saignement, d'infection et de maladie veineuse thromboembolique par rapport à la césarienne. L'anesthésie locorégionale est à privilégier, indépendamment de la voie d'accouchement, car l'anesthésie générale est probablement associée à une surmortalité. Une surveillance étroite, en unité de soins continu ou en réanimation, est nécessaire durant plusieurs jours en post-partum du fait du risque de décompensation.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresses e-mail : karim.bouattour@aphp.fr (K. Bouattour), frederic.mercier@aphp.fr (F.J. Mercier).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.pratan.2017.07.001>

1279-7960/© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Pulmonary hypertension;
Pregnancy;
Anesthesia;
Cesarean delivery

Summary Because of high maternal mortality, pulmonary hypertension (PH) remains a formal contraindication to pregnancy despite clear therapeutic advances. Therapeutic education including adequate contraception should be offered to any patient with PH. Management of pregnancy should be carried out in a PH referral center. A therapeutic abortion must be systematically proposed and practiced as soon as possible. If pregnancy is continued, regular multidisciplinary follow-up is required to adapt the background treatment and screen for respiratory, hemodynamic and obstetric complications. Vaginal or cesarean delivery requires a dedicated team and must be scheduled. Cesarean section, carried out between 34 and 36 weeks of gestational age, remains the preferred mode of delivery because it avoids hemodynamic constraints linked to pain during labor and to expulsive efforts. Nevertheless, vaginal delivery is possible under strict monitoring and reduces the risk of bleeding, infection and venous thromboembolic disease compared with cesarean section. Neuraxial anesthesia is preferred regardless of the delivery route, as general anesthesia is probably associated with higher mortality. Close monitoring in intensive care unit is required during several days in the post-partum period due to the high rate of complications.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Depuis sa première description par Von Romberg en 1881, à l'occasion d'une autopsie sous le nom de « sclérose de l'artère pulmonaire », l'hypertension pulmonaire (HTP) a été associée à un pronostic particulièrement sombre en raison du risque de défaillance cardiaque droite, de mort subite et d'événements thromboemboliques. La survie médiane des patients atteints d'HTP n'était que de 3 ans au début des années 1990. La problématique de la grossesse ne se posait pas compte tenu de cette faible espérance de vie mais des séries d'autopsies identifiaient déjà la grossesse comme un facteur de risque de décompensation. La première série ayant trait à l'HTP chez la femme enceinte a rapporté une mortalité de 38 % sur une période allant de 1976 à 1996 alors qu'il n'existait pas encore de traitement spécifique de l'HTP [1]. De nouvelles thérapeutiques ont été initiées à partir de la fin des années 1990 avec des effets positifs en termes de mortalité puisque celle-ci n'était que de 25 % au cours de la période s'étendant de 1997 à 2007 [2]. Malgré ces résultats encourageants, le dernier congrès international sur l'HTP en 2013 rappelait que la grossesse restait fortement déconseillée. Une revue de la littérature publiée en 2014 a retrouvé une mortalité à 16 % toutes causes d'HTP confondues [3].

Il n'existe, à notre connaissance, aucune revue en langue française portant sur la gestion péripartum de la patiente souffrant d'une HTP. L'anesthésiste-réanimateur a un rôle important à jouer dans cette prise en charge. L'évaluation pré-partum doit être précoce afin d'apprécier les capacités fonctionnelles de la patiente, le retentissement de sa pathologie et l'optimisation de son traitement. Une stratégie précise pour l'accouchement et pour le post-partum doit être collégialement décidée.

Définition et classification de l'HTP

Les symptômes de l'HTP sont peu spécifiques, la dyspnée d'effort étant le principal signe. Cela explique un fréquent retard diagnostique.

Le cathétérisme droit est le seul examen permettant d'affirmer le diagnostic d'hypertension artérielle pulmonaire (HTAP), selon les critères de la conférence de consensus de Dana Point en 2008. Une mise au point sur les ajouts de la conférence de consensus de Nice est parue en 2014 [4].

L'hypertension pulmonaire est définie par une pression pulmonaire moyenne (PAPm) supérieure à 25 mmHg au repos, la PAPm normale étant de l'ordre de 15 mmHg. L'ancienne définition qui prenait en compte la PAPm à l'effort a été abandonnée en 2008. Une distinction est faite entre l'HTP précapillaire qui est associée à une pression artérielle pulmonaire d'occlusion (PAPo) < 15 mmHg et l'HTP post-capillaire qui correspond à une PAPo > 15 mmHg [5].

Les HTP sont classées en 5 groupes en fonction du mécanisme responsable (Tableau 1) [5]. Le dénominateur commun des différentes classes d'HTP est la présence d'une prolifération intimale et d'une hypertrophie médiale au sein des artères et des artéoles pulmonaires ainsi que des phénomènes inflammatoires et micro-thrombotiques. Ces mécanismes sont donc aussi retrouvés dans l'HTP de classe 1 ou HTAP proprement dite (qui est la première cause d'HTP) [5].

Dans ce groupe, l'augmentation des résistances vasculaires pulmonaires est la résultante d'une dysfonction

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5563314>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5563314>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)