

## Diagnostic, évaluation et prise en charge des troubles hypertensifs de la grossesse : Résumé directif

**Avis:** La présente directive clinique est publiée officiellement dans le *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*. Par conséquent, la date de parution pourrait ne pas correspondre à la date de publication originale. Aucune modification n'a été apportée au contenu.

**Le présent résumé de la directive clinique rédigée par le groupe de travail canadien sur les troubles hypertensifs de la grossesse a été analysé et approuvé par le comité de la directive clinique sur l'hypertension, analysé par le comité de médecine fœto-maternelle et le comité consultatif des médecins de famille, et approuvé par le comité exécutif et le Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.**

### AUTEURS PRINCIPAUX

Laura A. Magee, MD, Vancouver (C.-B.)  
 Anouk Pels, MSc, Amsterdam, Pays-Bas  
 Michael Helewa, MD, Winnipeg (Man.)  
 Evelyne Rey, MD, Montréal (Québec)  
 Peter von Dadelszen, MBChB, Vancouver (C.-B.)

### COMITÉ DE LA DIRECTIVE CLINIQUE SUR L'HYPERTENSION

Laura A. Magee, MD (présidente), Vancouver (C.-B.)  
 Francois Audibert, MD, Montréal (Québec)  
 Emmanuel Bujold, MD, Québec (Québec)

**Mots clés :** Hypertension, blood pressure, pregnancy, preeclampsia, maternal outcome, perinatal outcome, long-term prognosis

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jogc.2016.09.052>

Anne-Marie Côté, MD, Sherbrooke (Québec)  
 Myrtle Joanne Douglas, MD, Vancouver (C.-B.)  
 Genevieve Eastabrook, MD, FRCSC, London (Ont.)  
 Tabassum Firoz, MD, Vancouver (C.-B.)  
 Paul Gibson, MD, Calgary (Alb.)  
 Andrée Gruslin, MD, Ottawa (Ont.)  
 Jennifer Hutcheon, PhD, Vancouver (C.-B.)  
 Gideon Koren, MD, Toronto (Ont.)  
 Ian Lange, MD, Calgary (Alb.)  
 Line Leduc, MD, Montréal (Québec)  
 Alexander G. Logan, MD, Toronto (Ont.)  
 Karen L. MacDonell, PhD, Vancouver (C.-B.)  
 Jean-Marie Moutquin, MD, Sherbrooke (Québec)  
 Ilana Sebbag, MD, Vancouver (C.-B.)

Tous les membres du comité nous ont fait parvenir une déclaration de divulgation. Les recherches documentaires et le soutien bibliographique nécessaires aux fins de la rédaction de la présente directive clinique ont été assurés par Mme Becky Skidmore, analyste de recherche médicale, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

### Résumé

**Objectif :** Le présent résumé directif présente un sommaire des données qui ont été évaluées dans le cadre de la directive clinique rédigée par le groupe de travail canadien sur les troubles hypertensifs de la grossesse et publiée dans *Pregnancy Hypertension* ([http://www.pregnancyhypertension.org/article/S2210-7789\(14\)00004-X/fulltext](http://www.pregnancyhypertension.org/article/S2210-7789(14)00004-X/fulltext)), en vue d'offrir une approche

J Obstet Gynaecol Can 2016;38(12S):S426–S452

Copyright © 2016 Published by Elsevier Inc. on behalf of The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada/La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

Ce document fait état des percées récentes et des progrès cliniques et scientifiques à la date de sa publication et peut faire l'objet de modifications. Il ne faut pas interpréter l'information qui y figure comme l'imposition d'un mode de traitement exclusif à suivre. Un établissement hospitalier est libre de dicter des modifications à apporter à ces opinions. En l'occurrence, il faut qu'il y ait documentation à l'appui de cet établissement. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite sans une permission écrite de l'éditeur.

**Tableau 1. Critères d'évaluation des résultats et de classification des recommandations, fondés sur ceux du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs**

Niveaux de résultats*	Catégories de recommandations†
I: Résultats obtenus dans le cadre d'au moins un essai comparatif convenablement randomisé.	A. On dispose de données suffisantes pour appuyer la mesure clinique de prévention.
II-1: Résultats obtenus dans le cadre d'essais comparatifs non randomisés bien conçus.	B. On dispose de données acceptables pour appuyer la mesure clinique de prévention.
II-2: Résultats obtenus dans le cadre d'études de cohortes (prospectives ou rétrospectives) ou d'études analytiques cas-témoins bien conçues, réalisées de préférence dans plus d'un centre ou par plus d'un groupe de recherche.	C. Les données existantes sont contradictoires et ne permettent pas de formuler une recommandation pour ou contre l'usage de la mesure clinique de prévention; cependant, d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision.
II-3: Résultats découlant de comparaisons entre différents moments ou différents lieux, ou selon qu'on a ou non recours à une intervention. Des résultats de première importance obtenus dans le cadre d'études non comparatives (par exemple, les résultats du traitement à la pénicilline, dans les années 1940) pourraient en outre figurer dans cette catégorie.	D. On dispose de données acceptables pour déconseiller la mesure clinique de prévention.
III: Opinions exprimées par des sommités dans le domaine, fondées sur l'expérience clinique, études descriptives ou rapports de comités d'experts.	E. On dispose de données suffisantes pour déconseiller la mesure clinique de prévention. L. Les données sont insuffisantes (d'un point de vue quantitatif ou qualitatif) et ne permettent pas de formuler une recommandation; cependant, d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision.

\*La qualité des résultats signalés dans les présentes directives cliniques a été établie conformément aux critères d'évaluation des résultats présentés dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs<sup>39</sup>.

†Les recommandations que comprennent les présentes directives cliniques ont été classées conformément à la méthode de classification décrite dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs<sup>39</sup>.

raisonnable envers le diagnostic, l'évaluation et la prise en charge des troubles hypertensifs de la grossesse.

**Résultats :** La littérature publiée a été récupérée par l'intermédiaire de recherches menées dans Medline, CINAHL et *The Cochrane Library* en mars 2012 au moyen d'un vocabulaire contrôlé (p. ex. « pregnancy », « hypertension », « pre-eclampsia », « pregnancy toxemias ») et de mots clés (p. ex. « diagnosis », « evaluation », « classification », « prediction », « prevention », « prognosis », « treatment », « post-partum follow-up ») appropriés. Les résultats ont été restreints aux analyses systématiques, aux essais comparatifs randomisés / essais cliniques comparatifs et aux études observationnelles rédigés en anglais ou en français entre janvier 2006 et février 2012. Les recherches ont été mises à jour de façon régulière et intégrées à la directive clinique jusqu'en septembre 2013. La littérature grise (non publiée) a été identifiée par l'intermédiaire de recherches menées dans les sites Web d'organismes s'intéressant à l'évaluation des technologies dans le domaine de la santé et d'organismes connexes, dans des collections de directives cliniques, dans des registres d'essais cliniques et auprès de sociétés de spécialité médicale nationales et internationales.

**Valeurs :** La qualité des résultats est évaluée au moyen des critères décrits dans le rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (Tableau 1).

#### Recommandations Chapitre 1 : Diagnostic des thg et classification des mesures de ta

- Mesure de la TA : 1-10
- Diagnostic de l'hypertension : 11-17
- Mesure de la protéinurie : 18-24
- Classification des THG : 25-31
- Explorations permettant la classification des THG : 32-37

#### Chapitre 2 : Prédiction et prévention

- Prédiction de la prééclampsie : 38-40
- Prévention de la prééclampsie et de ses complications chez les femmes exposées à de faibles risques : 41-46
- Prévention de la prééclampsie et de ses complications chez les femmes exposées à des risques accrus : 47-54

#### Chapitre 3 : Prise en charge des thg

- Modifications du régime alimentaire et du mode de vie : 55-59
- Lieu des soins : 60, 61
- Traitement antihypertensif contre l'hypertension grave : 62-68
- Traitement antihypertensif contre l'hypertension non grave sans comorbidités : 69-73
- Traitement antihypertensif contre l'hypertension non grave (TA de 140-159/90-109 mmHg) en présence de comorbidités : 74-76
- Administration de corticostéroïdes pour l'accélération de la maturation pulmonaire fœtale : 77-80
- Chronologie de l'accouchement chez les femmes qui présentent une prééclampsie : 81-88
- Chronologie de l'accouchement chez les femmes qui présentent une hypertension gestationnelle : 89, 90

## ABRÉVIATIONS

ECR	essai comparatif randomisé
HELLP	<i>hemolysis, elevated liver enzymes, low platelets</i> (hémolyse taux élevé d'enzymes hépatiques et numération réduite de plaquettes)
RCIU	retard de croissance intra-utérin
SDR	syndrome de détresse respiratoire
TA	tension artérielle
THG	troubles hypertensifs de la grossesse
UNSI	unité néonatale de soins intensifs

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5696044>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5696044>

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