



Disponible en ligne sur  
**SciVerse ScienceDirect**  
[www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

Elsevier Masson France  
**EM|consulte**  
[www.em-consulte.com](http://www.em-consulte.com)



Mise au point

## Conduite à tenir chez une hypertendue artérielle chronique pendant la grossesse et le postpartum



### *How to manage a patient with chronic arterial hypertension during pregnancy and the postpartum period*

O. Pourrat

Consultation de médecine interne, service de réanimation médicale et médecine interne, CHU de Poitiers, université de Poitiers, 2, rue de la Milétrie, BP 577, 86021 Poitiers, France

#### INFO ARTICLE

*Historique de l'article :*  
 Disponible sur Internet le 26 septembre 2013

*Mots clés :*  
 Hypertension artérielle chronique  
 Pré-éclampsie  
 Grossesse  
 Antihypertenseurs

*Keywords:*  
 Chronic arterial hypertension  
 Pre-eclampsia  
 Pregnancy  
 Antihypertensives drugs

#### RÉSUMÉ

La prise en charge d'une hypertension artérielle au cours de la grossesse et du postpartum nécessite, d'une part, d'évaluer les risques de la grossesse liés à la sévérité de l'hypertension, à son retentissement cardiaque et rénal, à sa cause et, d'autre part, de tenir compte du terrain (obésité, diabète, antécédents éventuels de pathologie vasculaire placentaire). En pratique, le traitement médicamenteux doit être débuté (ou majoré) si la pression systolique atteint ou dépasse 160 mmHg ou si la pression diastolique atteint ou dépasse 105 mmHg. Au-dessous de ce niveau, il n'existe pas de données de type « *Evidence-Based Medicine* », mais il semble raisonnable de proposer un traitement pour des chiffres au-dessus de 150/100 mmHg (140/90 en mesure ambulatoire). Il importe d'éviter tout autant le contrôle excessif qu'insuffisant des chiffres tensionnels. En pratique, il faut diminuer le traitement si les chiffres sont inférieurs à 130/80 mmHg. Trois médicaments antihypertenseurs sont à l'heure actuelle recommandés de façon consensuelle : l'alpha-méthylodopa, les inhibiteurs calciques et le labétalol. Leur utilisation en monothérapie suffit le plus souvent ; si nécessaire, on peut associer deux, voire trois molécules. Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion et des récepteurs de l'angiotensine 2 sont contre-indiqués au cours de la grossesse, les bêtabloqueurs et les diurétiques sont déconseillés. Quel que soit le traitement en cours, il importe de dépister les signes de retentissement sur la circulation sanguine au niveau du placenta par le Doppler utérin et les contrôles réguliers de la croissance fœtale, et vérifier que n'apparaisse pas de protéinurie qui témoignerait d'une pré-éclampsie surajoutée. Après l'accouchement, l'inhibition de la lactation par la bromocriptine est formellement contre-indiquée.

© 2013 Publié par Elsevier Masson SAS pour la Société nationale française de médecine interne (SNFMI).

#### ABSTRACT

The management of chronic arterial hypertension during pregnancy and postpartum requires first to estimate the risk of the pregnancy, linked with the severity of hypertension, with cardiac and renal involvement, with its cause as well as with the background (obesity, diabetes, possible history of placental vascular pathology). On a very practical approach, antihypertensive drug has to be started or increased if systolic pressure reaches or exceeds 160 mmHg or if diastolic pressure reaches or exceeds 105 mmHg. Below this level, there are no evidence-based medicine data, but it seems reasonable to treat if pressure increases over 150/100 mmHg (140/90 mmHg in case of ambulatory monitoring). Excessive pressure figures control must be avoided as much as insufficient ones: in practice, it is necessary to decrease the treatment dose if figures are below 130/80 mmHg. Three antihypertensive drugs are consensually recommended today: alphasymetildopa, calcium-channel blockers and labetalol. Monotherapy is most often sufficient; if needed, two of these drugs can easily be associated, and even three if necessary. Converting enzyme inhibitors and angiotensin receptor II antagonists should not be prescribed to pregnant women. Betablockers and diuretics are not recommended. Whatever is the antihypertensive drug used,

Adresse e-mail : [o.pourrat@chu-poitiers.fr](mailto:o.pourrat@chu-poitiers.fr)

it is necessary to detect the signs of bad placenta blood circulation with uterine Doppler ultrasound and regular controls of fetal growth, and to check for appearance of proteinuria, defining then over-imposed pre-eclampsia needing immediate admission to the maternity. After delivery, lacatation suppression with bromocriptin should not be prescribed.

© 2013 Published by Elsevier Masson SAS on behalf of the Société nationale française de médecine interne (SNFMI).

## 1. Introduction

L'hypertension artérielle (HTA) constatée au cours d'une grossesse peut relever de deux circonstances totalement différentes [1–5]. Soit il s'agit d'une HTA qui existait avant la grossesse, correspondant à l'HTA chronique [6,7], qu'elle soit essentielle ou bien secondaire à une cause particulière, rénale ou surrénale [7,8]. Soit il s'agit d'une HTA apparue pendant la grossesse, correspondant à deux cadres pathologiques, qui peuvent se présenter de façon successive : l'HTA gestationnelle isolée et, lorsqu'elle s'associe à une protéinurie, la pré-éclampsie [1–8]. Il est essentiel de différencier ces deux cadres pathologiques car par définition, autant la pré-éclampsie est une maladie spécifique de la grossesse, qui n'existe pas avant celle-ci et qui disparaissait après elle, autant l'HTA chronique, qui correspond à une pathologie préexistante à la grossesse, va persister au-delà de l'accouchement [1–5].

La conduite à tenir devant une HTA constatée au cours de la grossesse varie radicalement selon qu'il s'agit d'une de ces deux situations. En cas d'HTA chronique, il s'agit avant tout de contrôler l'évolution des chiffres tensionnels en surveillant que la croissance fœtale reste normale. En cas de la pré-éclampsie, il s'agit d'une pathologie aiguë rapidement évolutive, dont le traitement est avant tout représenté par le déclenchement de la naissance. Ainsi, pour être schématique, la situation de l'HTA chronique relève le plus souvent d'un suivi en consultation externe tout au long de la grossesse, alors que la pré-éclampsie représente une situation nécessitant une résolution rapide en hospitalisation immédiate à la maternité.

L'HTA constatée au cours de la grossesse expose à des complications plus ou moins graves, tant pour la mère que pour l'enfant [6,9–13]. En effet, la mortalité maternelle est augmentée d'un facteur de risque de 4,8 [11]. Une mort fœtale in utero est constatée deux fois plus fréquemment qu'en dehors de la grossesse et une mort périnatale survient dans 11 % des cas [6]. Un hématome rétro-placentaire s'observe plus souvent qu'en dehors de l'HTA et se voit surtout en cas d'HTA sévère, ancienne et après l'âge de 35 ans. Une pré-éclampsie vient se surajouter à l'HTA chronique dans environ 25 % des cas [10]. Ce pourcentage peut monter à 50 % si l'HTA est sévère et même 75 % si elle est très sévère, notamment en cas de néphropathie chronique évoluée [8]. Enfin, le risque de retard de croissance intra-utérin est augmenté de deux à cinq fois dans les grossesses survenant sur un terrain d'HTA chronique par rapport à la population générale [6,11].

Les grands principes de prise en charge d'une hypertendue artérielle au cours de la grossesse et du postpartum sont résumés dans le **Tableau 1**. Pour préciser la conduite à tenir pratique dans cette situation, il faut envisager successivement les circonstances dans lesquelles se manifeste une HTA au cours de la grossesse, les techniques de mesure de la pression artérielle au cours de la grossesse, la conduite à tenir dès le début de la grossesse puis la surveillance jusqu'à l'accouchement, enfin la situation dans le postpartum. Plusieurs excellentes mises au point ont été publiées récemment par des experts de l'HTA de la femme enceinte [14–18].

## 2. Circonstances du diagnostic en cours de grossesse

C'est dans trois circonstances essentiellement que se pose pendant la grossesse le diagnostic d'HTA chronique. Avant tout bien sûr,

### Tableau 1

Les grands principes de prise en charge d'une hypertendue artérielle au cours de la grossesse et du postpartum.

*Il faut évaluer le risque lié*

À la sévérité de l'HTA (contrôle, nombre de médicaments)

À son retentissement cardiaque et rénal

À sa cause (écho-Doppler rénal, kaliémie sans garrot, bandelette réactive urinaire, créatininémie)

Au terrain (obésité, diabète, éventuels antécédents de pathologie vasculaire placentaire)

*Il faut éviter tout autant de contrôler de façon excessive les chiffres tensionnels que de sous-estimer les risques des déséquilibres tensionnels sévères*

*Il faut dépister les signes de retentissement sur la circulation sanguine au niveau du placenta*

lors de la prise en charge d'une femme enceinte qui recevait déjà un traitement antihypertenseur avant la grossesse, dont on peut supposer qu'une HTA a réellement été constatée antérieurement. Encore faut-il remarquer que bien souvent le diagnostic d'HTA chronique a été posé sans que ne soit pratiquée de mesure ambulatoire de la pression artérielle (MAPA). Pourtant, il convient de souligner qu'à l'heure actuelle, quelle que soit la situation dans laquelle on découvre des chiffres élevés de tension artérielle en pratique clinique courante, il est recommandé de toujours confirmer le diagnostic d'HTA chronique par une MAPA [19–21].

La deuxième circonstance est représentée par la découverte de l'HTA au cours de la première moitié de la grossesse, c'est-à-dire avant 20 semaines d'aménorrhée (SA). En effet, selon un principe assez général en termes de chronologie des pathologies médicales observées au cours de la grossesse, tous les signes pathologiques constatés dans la première moitié de la grossesse correspondent à une pathologie qui préexistait à la grossesse, quelle soit connue ou non, alors que lorsque les signes apparaissent dans la deuxième moitié de la grossesse, ils sont le plus souvent liés à une affection spécifique gravidique, disparaissant par définition lorsque la grossesse se termine. Cela est tout autant vrai pour l'HTA que, par exemple, pour la protéinurie, l'hyperglycémie ou la thrombopénie. En fait, il faut noter que les chiffres tensionnels diminuent de façon physiologique chez toutes les femmes enceintes, aux troisième et quatrième mois, que la femme soit hypertendue ou normotendue avant la grossesse [2–8]. Ainsi, si la première mesure tensionnelle n'est faite que trop tardivement par rapport au début de la grossesse, on peut croire à tort que le niveau tensionnel était normal en début de grossesse, alors qu'il s'agissait d'une HTA chronique. Le nadir des chiffres tensionnels en cours de grossesse se situe en effet vers 16 à 18 SA ; de fait ce sont les chiffres constatés avant ce terme qui permettent, en l'absence de données fiables recueillies avant la grossesse, de définir le niveau tensionnel qui préexistait à celle-ci.

La troisième circonstance de diagnostic de l'HTA chronique pendant la grossesse est représentée, notamment dans les circonstances où l'on n'a pas pu avoir de preuve objective de la réalité des chiffres tensionnels dans la première moitié de la grossesse, par la persistance de l'HTA dans le postpartum. Au-delà de 12 semaines après l'accouchement, des chiffres tensionnels supérieurs à 140 mmHg pour la systolique ou 90 mmHg pour la diastolique correspondent à une HTA chronique [3–5].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5999738>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5999738>

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