

HTA Gravidique

Edouard Lecarpentier
Maternité Port Royal

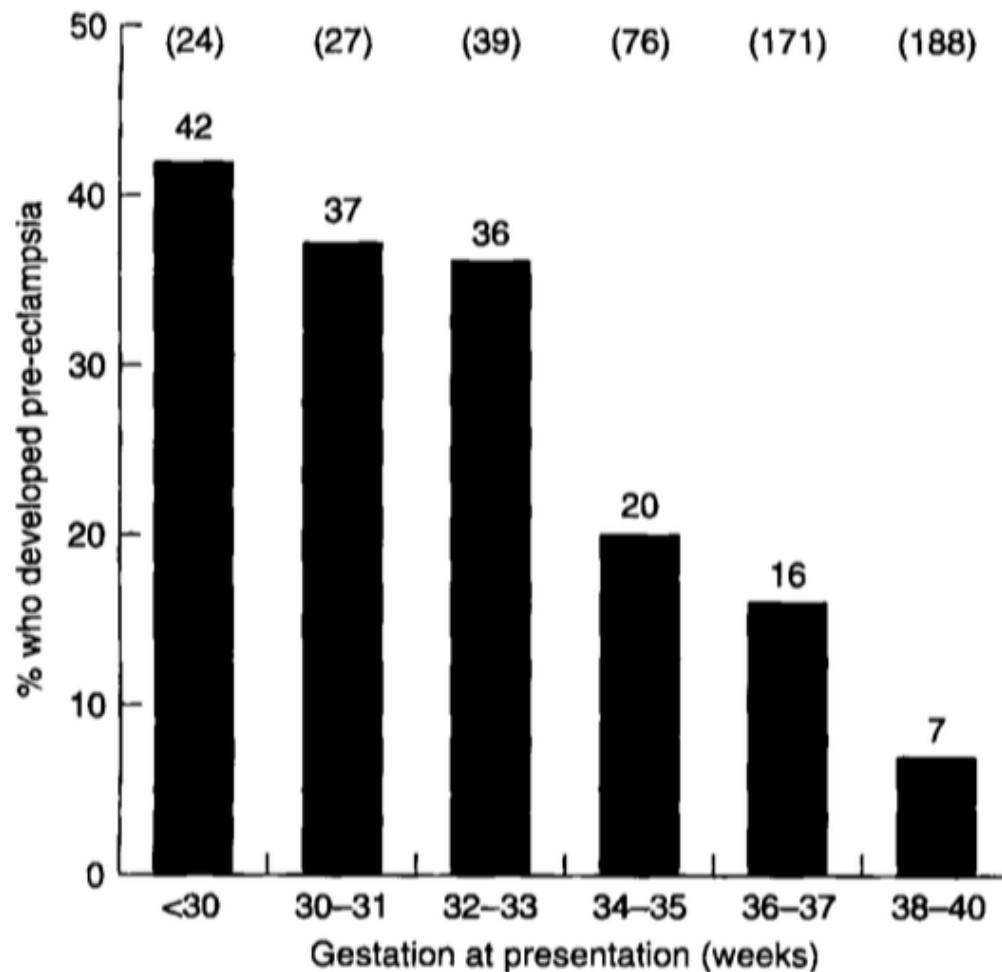


- **Aucun conflit d'intérêt**

Définitions - fréquence

- **HTA au cours de la grossesse**
 - PAS \geq 140 mmHg et ou PAD \geq 90mmHg
 - **8%**
- **Hypertension artérielle gravidique (HTAG)**
 - HTA > 20SA, sans protéinurie
 - Disparition de l'HTA dans les 3 mois post-partum
 - **5%**
- **Prééclampsie**
 - HTA > 20SA + protéinurie > 300mg/24h
 - **2%**

Does gestational hypertension become pre-eclampsia?



HTAG -> Prééclampsie

≈20%

↗ si HTAG sévère

↗ si HTAG précoce

Adverse perinatal outcomes are significantly higher in severe gestational hypertension than in mild preeclampsia

Outcome	Normal/mild GH (n = 467)	Mild PRE (n = 62)	Severe GH (n = 24)	Severe PRE (n = 45)	Severe GH vs mild PRE*	
					RR	95% CI
Mean gestation at delivery (wk)	37.8	37.8	35.8	34.8	—	—
Mean birth weight (g)	3127	3196	2637	2490	—	—
Delivery <37 wk	83 (17.8)	16 (25.8)	13 (54.2)	30 (66.7)	2.10	1.20-3.67
Indicated	29 (6.2)	11 (17.7)	9 (37.5)	26 (57.8)	2.11	1.00-4.45
Spontaneous	54 (11.6)	5 (8.1)	4 (16.7)	4 (8.9)	2.07	0.61-7.05
Delivery <35 wk	39 (8.4)	6 (9.7)	6 (25.0)	16 (35.6)	2.58	0.92-7.23
Weight <10 th percentile (SGA)	30 (6.5)	3 (4.8)	5 (20.8)	5 (11.4)	4.31	1.11-16.63
Abruptio placenta	6 (1.3)	2 (3.2)	1 (4.2)	3 (6.7)	1.29	0.12-13.59
Total macrosomia (>4000 g)	32 (6.9)	7 (11.3)	1 (4.2)	0	0.37	0.05-2.84
Macrosomia among those >37 wk	32/383 (8.4)	7/46 (15.2)	1/11 (9.1)	0/15	0.60	0.08-4.37
Weight >90 th percentile (LGA)	70 (15.1)	11 (17.7)	2 (8.3)	2 (4.4)	0.47	0.11-1.96
Fetal death	8 (1.7)	0	0	3 (6.7)	—	—
Neonatal mortality	4 (0.9)	0	0	1 (2.2)	—	—
Live births only						
Admission to NICU	57 (12.5)	15 (24.2)	5 (20.8)	16 (38.1)	0.86	0.35-2.11
Neonatal IVH	3 (0.7)	0	0	0	—	—
RDS	25 (5.5)	3 (4.8)	3 (12.5)	7 (16.7)	2.58	0.56-11.92

Data are n (%) unless otherwise indicated. *GH*, Gestational hypertension; *IVH*, intraventricular hemorrhage; *NICU*, neonatal intensive care unit; *PRE*, preeclampsia; *RDS*, respiratory distress syndrome.

*The severe gestational hypertension group is the reference group.

HTA gravidique prise en charge (1)

- **Surveillance rapprochée**
- **Peut nécessiter une hospitalisation initiale si HTA sévère**
 - (PAS>160 mmHg PAD >110mmHg)
- **Autosurveillance / éducation de la patiente**
- **Deuxième trimestre:**
 - suivi alterné avec obstétricien
 - Contrôle hebdomadaire (MT, SF libérale)
- **Troisième trimestre**
 - Suivi coordonné par obstétricien
 - Contrôle hebdomadaire
 - Dynamap / BU
 - RCF
- **Discuter une échographie supplémentaire (croissance fœtale)**

HTA gravidique prise en charge (2)

- **Pas de nécessité de protéinurie des 24 heures régulières si BU négatives**
- **Pas de nécessité d'hospitalisation pour introduction d'un ttt anti HTA**
- **Pas de nécessité de transfert/inscription systématique vers maternité de type 3**
- **Pas de nécessité de corticothérapie anténatale**
- **Pas de nécessité d'HAD**
- **Pas de nécessité d'échographie cardiaque maternelle ni FO**

Auto-surveillance

- **Automesure tensionnelle (AMT)**
 - Appareil électronique homologué (brassard)
 - Au repos >5 min
 - 3 mesures, 3 fois par jours, 2-3 fois par semaine
 - Carnet de surveillance
 - Valeurs seuil 135/85

- **Autosurveillance du sédiment urinaire**
 - BU
 - 1 à 2 fois par semaine

Que dire à nos patientes?

- **Nécessité d'une surveillance rapprochée**
- **Signes devant faire consulter en urgence**
 - PAS \geq 160 mmHg et/ou PAD \geq 110 mmHg
 - Apparition d'une protéinurie à la BU
 - Signes fonctionnels HTA
 - Prise de poids récente
 - Diminution/arrêt des MAF
- **Le traitement anti HTA n'est pas foetotoxique**
- **Nécessité de poursuivre le traitement antiHTA jusqu'en fin de grossesse**
- **Eviter l'automédication et auto-adaptation des doses**

Objectifs du traitement antihypertenseur

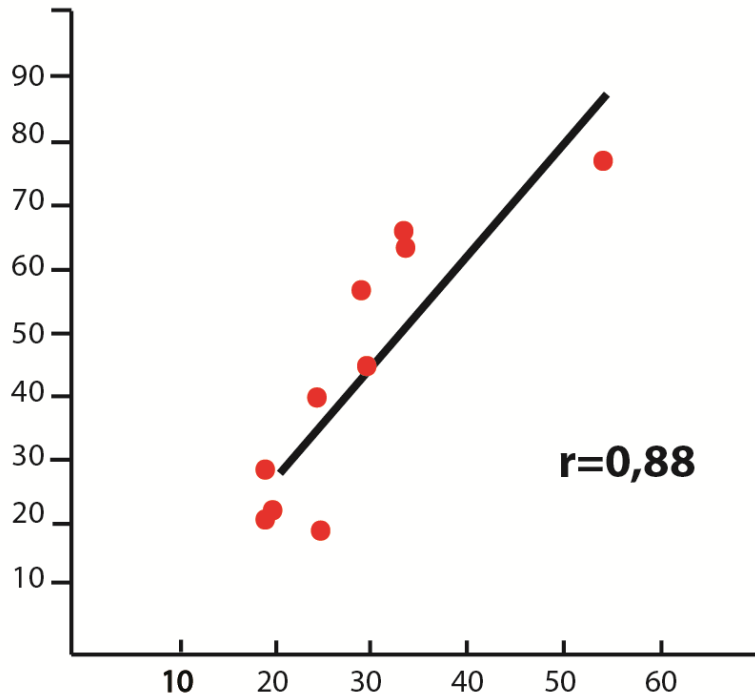
- **Contrôler (~~normaliser~~) la pression artérielle**
- **Diminuer le risque de survenue:**
 - Poussées hypertensives
 - Crise d'éclampsie
 - AVC hémorragique
- **Pas de diminution du taux de prééclampsie**

Antihypertenseurs et grossesse

- **AMM pour 7 antihypertenseurs pdt la grossesse** (Pourrat O Revue Médecine Interne 2013)
 - 2 béta bloquants (Propranolol, Oxprenolol)
 - 1 alpha-beta bloquant (Labetalol)
 - 1 inhibiteur calcique (Nicardipine)
 - 2 antihypertenseurs centraux (Alphamethyldopa Clonidine)
 - 1 vasodilatateur (Dihydralazine)
- **3 antihypertenseurs en première ligne**
 - Methyldopa
 - Nicardipine
 - Labetalol
- Surveillance de la pression artérielle

Relationships between Pressure and Flow in the Umbilical and Uterine Circulations of the Sheep

Baisse du débit utérin (%)



Baisse de la pression artérielle utérine moyenne (mmHg)

Berman Circ Res 1976

Fall in mean arterial pressure and fetal growth restriction in pregnancy hypertension: a meta-analysis

P von Dadelszen, M P Omstein, S B Bull, A G Logan, G Koren, L A Magee

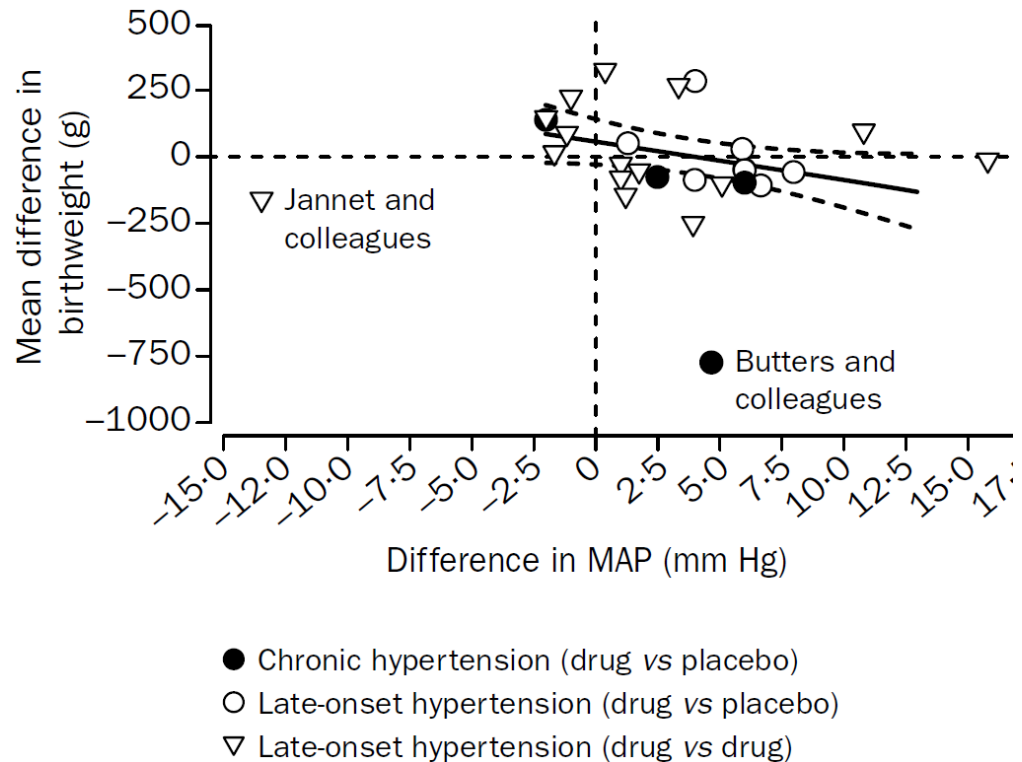
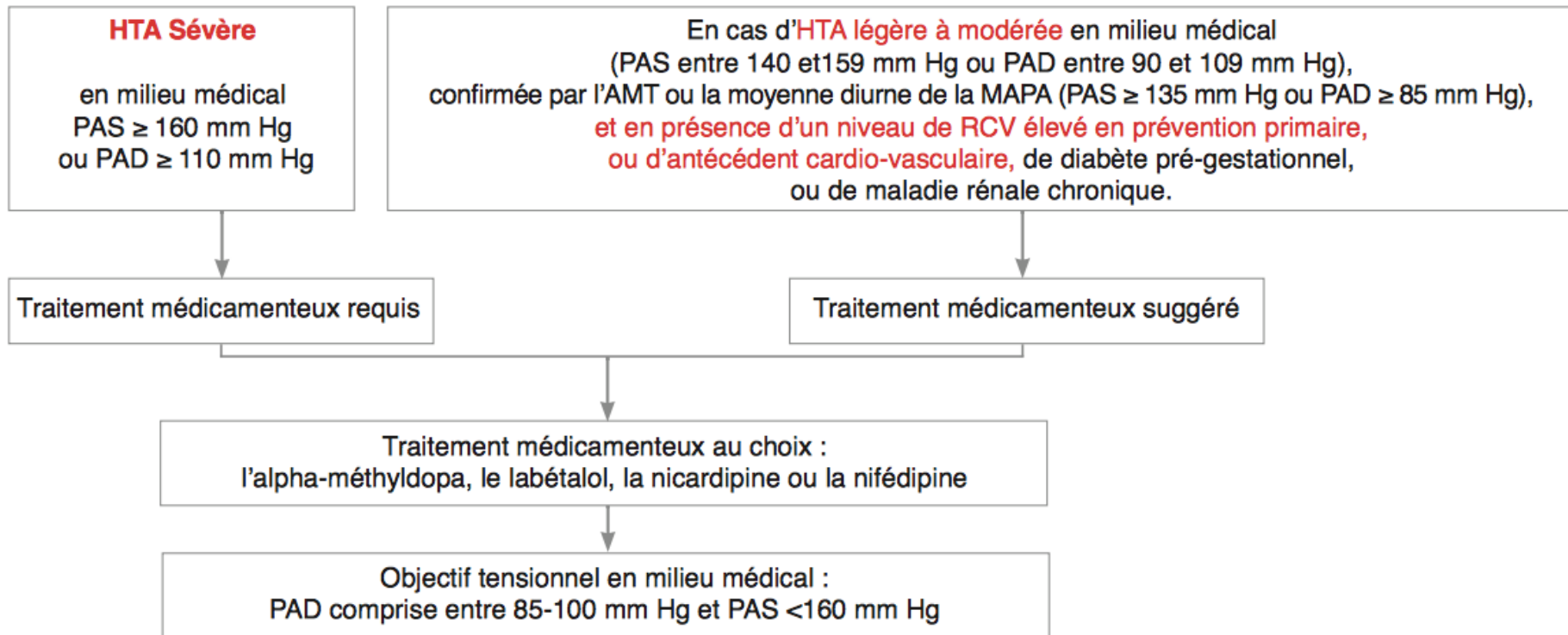


Figure 2: **Relation between fall in MAP and low birthweight**
Spearman's $\rho = -0.46$ ($p = 0.021$) without both outlier trials;^{6,48} $\rho = -0.31$ ($p = 0.122$) with both outlier trials; $\rho = 0.44$ ($p = 0.025$) without trial of Jannet and colleagues;⁴⁸ $\rho = -0.30$ ($p = 0.14$) without trial of Butters and colleagues.⁶



CONSENSUS D'EXPERTS

FIGURE 3 : PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE DE L'HTA AU COURS DE LA GROSSESSE
Gradation : Grade C - Classe 2



Conclusion

- HTAG sévère est un FDR indépendant de morbidité fœto-maternelle
 - 20% des HTAG évoluent vers la prééclampsie
 - RCIU
- L'introduction d'un traitement anti HTA nécessite une surveillance tensionnelle rapprochée
- Nécessité d'une surveillance **après la grossesse**