

PROTOCOLE OBSTÉTRICAL

HYPERTENSION ARTÉRIELLE ET GROSSESSE

Suivi des modifications				
N° version	Date de la validation	Rédaction	Relecture	Validation
1	19/06/2018	Dr Justine CAGNAT Dr Caroline PEYRONEL	Groupe de travail régional	Conseil scientifique

MENTION RESTRICTIVE : « Ce protocole de soins est proposé à titre indicatif, et ne saurait être opposable au cas où le praticien en charge du patient estimerait qu'une conduite différente serait plus appropriée, dans le cas général ou dans un cas particulier »

PROTCOLE OBSTÉTRICAL

HYPERTENSION ARTÉRIELLE ET GROSSESSE

POINTS FORTS

- **Hypertension Artérielle (HTA) et grossesse = GROSSESSE A RISQUE**
 - 2^{ème} cause de morbi-mortalité maternelle et fœtale
- 10-15% des grossesses en France dont 50% d'HTA Gravidique
- Risques maternels
 - Pré-éclampsie (PE) : 17-25% des patientes hypertendues dont 50% avant 34 SA
 - HRP : RRx2, même sans pré-éclampsie (PE)
 - HELLP syndrome
 - Césarienne RRx3
 - Augmentation du risque d'AVC, OAP
- Risques fœtaux
 - MFIU : RR x3.3, même sans PE
 - 20% RCIU : RRx2, même sans PE
 - Prématurité : RRx5

Glossaire

AVC : Accident Vasculaire Cérébral	NN : Nouveau-Né
ECBU : Examen CytoBactériologique des Urines	OAP : Œdème Aigu du Poumon
EF : Explorations Fonctionnelles	OMI : Œdèmes des Membres Inférieurs
FC : Fréquence Cardiaque	PAD : Pression Artérielle Diastolique
FDR : Facteurs De Risque	PAM : Pression Artérielle Moyenne
GO : Gynécologue obstétricien	PAS : Pression Artérielle Systolique
HDJ : Hôpital de Jour	PE : Pré-éclampsie
HELLP : Hemolysis Elevated Liver Low Platelet	RCIU : Retard de Croissance Intra-Utérin
HGPO : Hyperglycémie Provoquée Par voie Orale	RDV : Rendez-Vous
HRP : Hématome Rétroplacentaire	ROT : Réflexes Ostéo-Tendineux
HU : Hauteur Utérine	RR : Risque Relatif
IEC : Inhibiteurs de l'Enzyme de Conversion	SA : Semaine d'Aménorrhée
IMC : Indice de Masse Corporelle	SAS : Syndrome d'Apnée du Sommeil
MAF : Mouvements Actifs Foetaux	SDC : Suites de Couches
MFIU : Mort fœtale in utero	SF : Sage-Femme

PROCOLE OBSTÉTRICAL

HYPERTENSION ARTÉRIELLE ET GROSSESSE

1. DEFINITIONS

Pendant la grossesse **HTA = PAS \geq 140 mm Hg et/ou PAD \geq 90 mm Hg** *sans protéinurie*

- HTA sévère : PAS \geq 160 mm Hg ou PAD \geq 110 mm Hg
- HTA gravidique : HTA survenant après 20 SA et jusqu'à la fin de la 6ème semaine du post-partum
- HTA chronique : HTA diagnostiquée avant 20 SA ou préexistante à la grossesse (avec ou sans traitement).

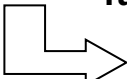
Impératifs techniques :

- patiente : au repos (\geq 5 min), position assise, brassard adapté (pas de tensiomètre bracelet)
- tension : au bras droit, tensiomètre placé au même niveau que le cœur. Si tensions élevées ou limites, plusieurs mesures espacées dans le temps sont nécessaires (idéal cycle tensionnel ou dynamap) ou sur 2 consultations successives.
- Consultation cardiologique si possible.

2. HTA ET GROSSESSE : PRISE EN CHARGE

a. Recherche d'une protéinurie sur bandelette urinaire ou échantillon

Après 20 SA : BU > 1+ ou \geq 0.3g/l = **suspicion de PE**. L'avis d'un gynécologue-obstétricien est indispensable. A confirmer sur **protéinurie des 24h** ou **rapport protéinurie/créatininurie** (rapport P/C) sur échantillon ; penser à éliminer une infection urinaire avec un ECBU.

Protéinurie significative :	\geq 0.3 g/24h
	OU
	rapport P/C \geq 30 mg /mmol ou \geq 0.3 g/g sur échantillon
	PRE-ECLAMPSIE <i>cf protocole dédié n°5</i>

b. Bilan materno-foetal initial devant une HTA sans PE associée

En fonction de la sévérité de l'hypertension artérielle et du terme du diagnostic, le bilan pourra être complété en hospitalisation, de façon pluridisciplinaire.

3. TRAITEMENT

a. Objectifs

- Eviter les complications maternelles liées à une PA trop élevée : éclampsie, HRP, hémorragie cérébrale. Cependant, le traitement n'empêche pas systématiquement la survenue des autres complications, notamment de la PE.

PROTOCOLE OBSTÉTRICAL HYPERTENSION ARTÉRIELLE ET GROSSESSE

- **Mise en place du traitement pour obtenir ces objectifs tensionnels (SFHTA / CNGOF) :**

- **PAS < 160 mmHg** pour protéger le cerveau maternel Idéal [130-150]
- **PAD [85 – 100] mmHg** pour assurer la perfusion placentaire

En pratique : **Objectifs cibles en consultation : PA entre 130/85 et 150/100 mm Hg**

b. Molécules utilisables

Tableau 1 : Molécules anti-HTA per os

Caractéristiques	TRAITEMENT ANTI HTA PAR VOIE ORALE			
	Nicardipine	Nifédipine	Alphaméthylodopa	Labétalol
Molécule / DCI				
Spécialité	LOXEN® Gélule LP 50 mg LOXEN® Cp 20mg	ADALATE® Cp LP 20 mg CHRONOADALATE® Cp LP 30mg	ALDOMET® Cp 250 mg ALDOMET® Cp 500 mg	TRANDATE® Cp 200 mg
Classe médicamenteuse	Inhibiteurs calciques		Anti-hypertenseur central	β-bloquants
Posologie initiale	50mg LP x 2/j ou 20mg x 3/j	20mg LP x 2 / j Ou 30mg LPx1/j	250mg x 2 à 3 /j A augmenter progressivement	200mg x 2 / j
Posologie maximale	Idem que posologie initiale	Idem que la posologie initiale	3000 mg/j en 3 x/j	Max 2cp x2
Contre-indications	Angor instable IDM récent < 1mois		Etat dépressif Anémie hémolytique Maladie hépatique	Asthme et BPCO Cardiaques : maladie du sinus, BAV des 2è et 3è degrés, bradycardie <50 bpm Maladie hépatique
Précautions d'emploi	0	0		Peut masquer certains symptômes de l'hypoglycémie chez les diabétiques traités
Effets secondaires fréquents	bouffées vasomotrices, céphalées, vertiges, palpitations, OMI	Idem Loxen® + constipation	Anémie hémolytique, céphalées, nausées, hépatite, œdèmes	Nausées, augmentation des enzymes hépatiques, vertiges, céphalées, tremblements, insomnie, cauchemars, apparition d'anticorps antinucléaires (+/- syndrome lupique clinique)
Effets secondaires plus rares	tachycardie, BAV, nausées et vomissements, gingivite, thrombopénies			ralentissement de la conduction auriculoventriculaire ou intensification d'un BAV existant. bronchospasme
Interactions	Baisse d'activité avec anticonvulsivants inducteurs enzymatiques		Alcool Lithium	Prendre les topiques gastro-intestinaux à distance (>2 h) car diminution de l'absorption digestive
Effets foetaux	0		0	Risque d'imprégnation avec bradycardie et/ou hypoglycémie. Proposition de surveillance : - dextros pendant 24 h en maternité - surveillance en néonatalogie si bradycardie à la naissance (<100)
Remarques	Allaitement maternel (AM) possible		AM possible Intéressant en bithérapie en association avec Loxen® ou Trandate®	AM possible

PROCOLE OBSTÉTRICAL

HYPERTENSION ARTÉRIELLE ET GROSSESSE

c. Molécules contre-indiquées

- Inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC)
- Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA2)
 - Ces deux classes médicamenteuses sont formellement contre-indiquées au 2^{ème} et 3^{ème} trimestre de grossesse, et déconseillées au 1^{er} trimestre (Lettre d'information ANSM 2017)
 - Ils sont responsables d'une toxicité rénale parfois létale, et de malformations congénitales
- Les diurétiques sont fortement déconseillés (et réservés à certaines pathologies cardiaques maternelles).

4. SURVEILLANCE

En cas d'HTA chronique ou gravidique, le suivi régulier de la grossesse doit être assuré par un **gynécologue-obstétricien** (GO) (recommandations HAS 2016). La fréquence des consultations doit être adaptée à la gravité de la pathologie. Un suivi complémentaire par une sage-femme à domicile peut-être mis en place. La surveillance s'attachera à surveiller les objectifs tensionnels et à détecter les éventuelles complications et facteurs de risque additionnels (PE, diabète gestationnel, RCIU, mauvaise compliance au traitement,...)

5. EVOLUTION / ACCOUCHEMENT

- En cas d'HTA modérée et stable sans traitement, hors complications, il ne semble pas nécessaire de hâter la naissance : surveillance clinique, biologique, et fœtale jusqu'à 41 SA.
- Le terme de naissance se discutera donc en fonction de l'évolution, de la gravité, du suivi,...

6. POST-PARTUM

a. A la maternité

Il est recommandé pendant au moins 48h une surveillance rapprochée $\geq 2x/j$ de la PA avec adaptation thérapeutique en fonction des chiffres tensionnels.

b. Sortie de la maternité

- Une surveillance tensionnelle bihebdomadaire et une consultation chez un médecin sont recommandées dans les 2 à 3 premières semaines du post-partum, que le traitement anti-HTA ait été poursuivi ou interrompu.
- Visite post-natale indispensable à 6-8 semaines avec un **GO**
- Contraception : **non hormonale ou progestative seule** (par voie orale ou implant) peut être proposée.

**Il est recommandé de proposer chez les femmes ayant eu une HTA gravidique
(Consensus SFHTA / CNGOF 2015)**

- une surveillance de la pression artérielle, de la créatininémie et de la protéinurie
- une adaptation du traitement anti-HTA si nécessaire
- un bilan étiologique d'HTA : prévoir une MAPA (cf p2) puis une consultation chez un médecin néphrologue et/ou cardiologue dans les 4 à 6 mois après la naissance
- une évaluation et une prise en charge des autres FDR cardio-vasculaires et rénaux
- un suivi tensionnel au long cours, même en cas de normalisation des chiffres tensionnels après l'accouchement, en raison d'un sur-risque persistant cardio-vasculaire et rénal

PROTOCOLE OBSTÉTRICAL

HYPERTENSION ARTÉRIELLE ET GROSSESSE

7. BIBLIOGRAPHIE

HTA ET GROSSESSE Consensus d'Experts de la Société Française d'Hypertension Artérielle* (SFHTA) Avec le partenariat du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, décembre 2015

RPC CNGOF 2009 HTA et grossesse

HAS mai 2016 : Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées

CRAT (Centre de Référence des Agents Tératogènes)

VIDAL

Annales françaises d'anesthésie et de réanimation 29 (2010) e1-e6 : Définitions et conséquences des hypertensions artérielles de la grossesse.

Recommandations anglaises du NICE de 2011

Recommandations Françaises de 2009 de la Société Française d'Anesthésie-Réanimation
Recommandations de la Société Française de Médecine Périnatale

PROTCOLE OBSTÉTRICAL

HYPERTENSION ARTÉRIELLE ET GROSSESSE

Groupe de travail

Rapporteurs :

Dr Justine CAGNAT, Gynécologue Obstétricien, CHU Nice

Dr Caroline PEYRONEL, Gynécologue Obstétricien, CH La Ciotat

Groupe de relecture :

Mme Latifa BENAMER, Sage-Femme, CHU Nice

Dr Armelle BERTRAND, Gynécologue Obstétricien, CH Salon de Provence

Dr Julie BLANC, Gynécologue Obstétricien, APHM Hôpital Nord, Marseille

Pr Bruno CARBONNE, Gynécologue Obstétricien, CHPG Monaco

Dr Cécile CHAU, Gynécologue Obstétricien, APHM Hôpital Nord, Marseille

Dr Philippe COURTAIS, Gynécologue Obstétricien, Avignon

Dr Isabelle DEMANGE, Anesthésiste, CHU Nice

Mme Rachida DIF-DEUSY, Sage-Femme, APHM Hôpital Nord, Marseille

Dr Laurence FAYOL, Pédiatre, APHM Hôpital Conception, Marseille

Dr Hélène HECKENROTH, Gynécologue Obstétricien, APHM Hôpital Conception, Marseille

Dr Anne-Marie MAILLOTTE, Pédiatre CHU Nice

Dr Franck MAUVIEL, Gynécologue Obstétricien, CH Toulon

Dr Youcef MILIANI, Anesthésiste, Maternité L'étoile, Puyricard

Pr Pamela MOCERI, Cardiologue, CHU Nice

Dr Cécile MUZELLE, Gynécologue Obstétricien, CH Antibes

Dr Melinda PETROVIC, Gynécologue obstétricien, APHM Hôpital Nord, Marseille

Dr Marine QUINQUIN, Gynécologue obstétricien, CHU Nice

Membres de droit du conseil scientifique

Pr André BONGAIN (et/ou suppléant) gynécologue obstétricien CHU Nice

Dr Farid BOUBRED (et/ou suppléant) pédiatre réanimation néonatale APHM

Pr Florence BRETTELLE (et/ou suppléant) gynécologue obstétricien APHM

Pr Bruno CARBONNE (et/ou suppléant) gynécologue obstétricien CHPG Monaco

Pr Claude D'ERCOLE (et/ou suppléant) gynécologue obstétricien APHM

Pr Jérôme DELOTTE (et/ou suppléant) gynécologue obstétricien CHU Nice

Dr Sergio ELENI DIT TROLLI (et/ou suppléant) pédiatre réanimation néonatale CHU Nice

Dr Catherine GIRE (et/ou suppléant) pédiatre néonatalogie APHM

Pr François POINSON (et/ou suppléant) pédopsychiatre APHM

Membres consultatifs du conseil scientifique

Dr Caroline ADRADOS gynécologue obstétricien CHU Nice

Dr Julie BLANC gynécologue obstétricien APHM

Dr Michel DUGNAT pédopsychiatre APHM

Dr Caroline PEYRONEL gynécologue obstétricien CH La Ciotat

Dr Jean-Claude PICAUD pédiatre CH Cannes

Dr Cynthia TRASTOUR gynécologue obstétricien CHU Nice

Dr François TURK gynécologue obstétricien libéral (Var), représentant des URPSML

Dr Jean VOISIN médecin généraliste, directeur en retraite du CAMSP d'Avignon