

HTA ET GROSSESSE

Dr . GUENDOUZE Meriem
Gynécologie - obstétrique



HTA ET GROSSESSE

I – Définitions

II - Les facteurs de risque

III - Le diagnostic

IV - La surveillance foetale

V - Les complications

VI - Conduite à tenir



DEFINITION

1- HTA gravidique = HTA isolée

- PAS \geq 140 mm Hg et/ou PAD \geq 90 mm Hg
 - Apparue à partir de la 20^{ème} SA
 - Complique 10% des grossesses
- 

DEFINITION

2 - prééclampsie

= HTA gravidique + protéinurie > 300 mg / 24h
(ou ++ aux bandelettes réactives)



DEFINITION

3 - HTA chronique =

HTA apparue précocement au cours de la grossesse



DEFINITION

4 - prééclampsie grave

= HTA sévère $\geq 160/110$ mm HG

= HTA modérée + 1 ou +rs des symptômes suivants :

- épigastralgies, nausées, vomissement, céphalées importantes, RFOT, troubles visuels

- **Biol :**
 - protéinurie $> 3,5$ g/24h
 - ASAT 3f+
 - thrombopénie ($< 100\ 000$)
 - créatinémie
 - hémolyse
 - oligurie

Les facteurs de risque

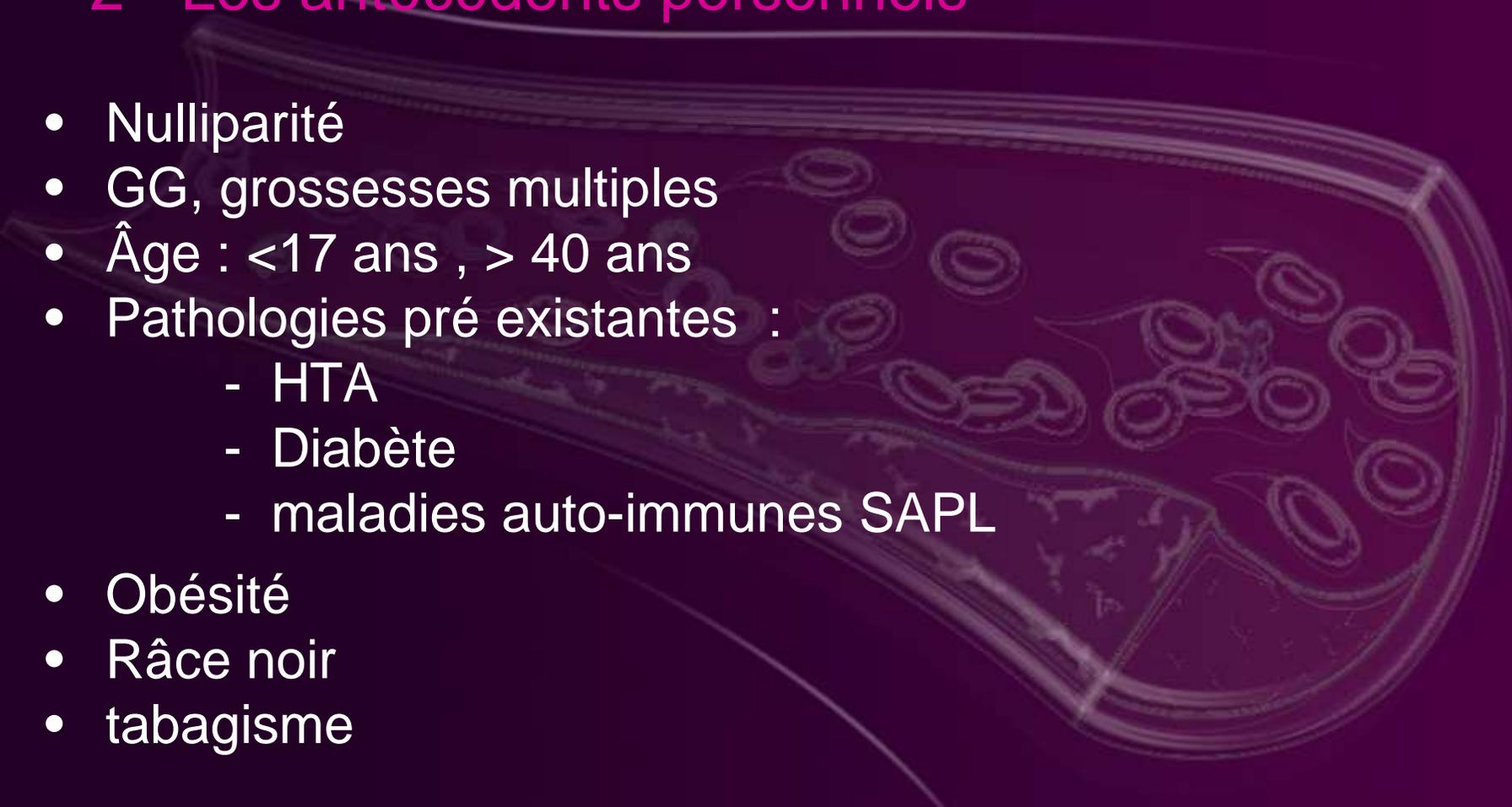
1 - Les antécédents familiaux

- HTA
- diabète
- obésité



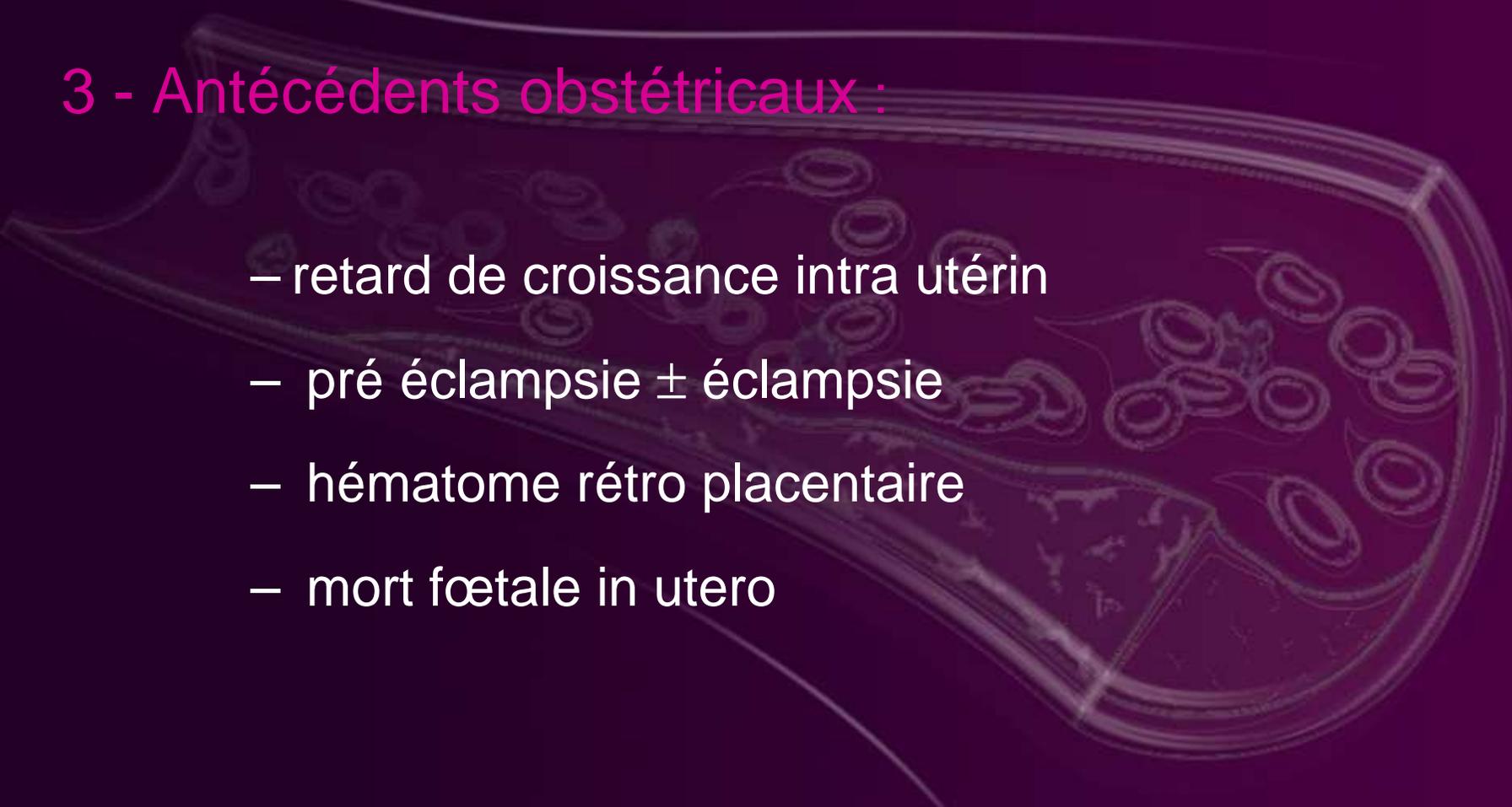
Les facteurs de risque

2 - Les antécédents personnels

- Nulliparité
 - GG, grossesses multiples
 - Âge : <17 ans , > 40 ans
 - Pathologies pré existantes :
 - HTA
 - Diabète
 - maladies auto-immunes SAPL
 - Obésité
 - Race noir
 - tabagisme
- 

Les facteurs de risque

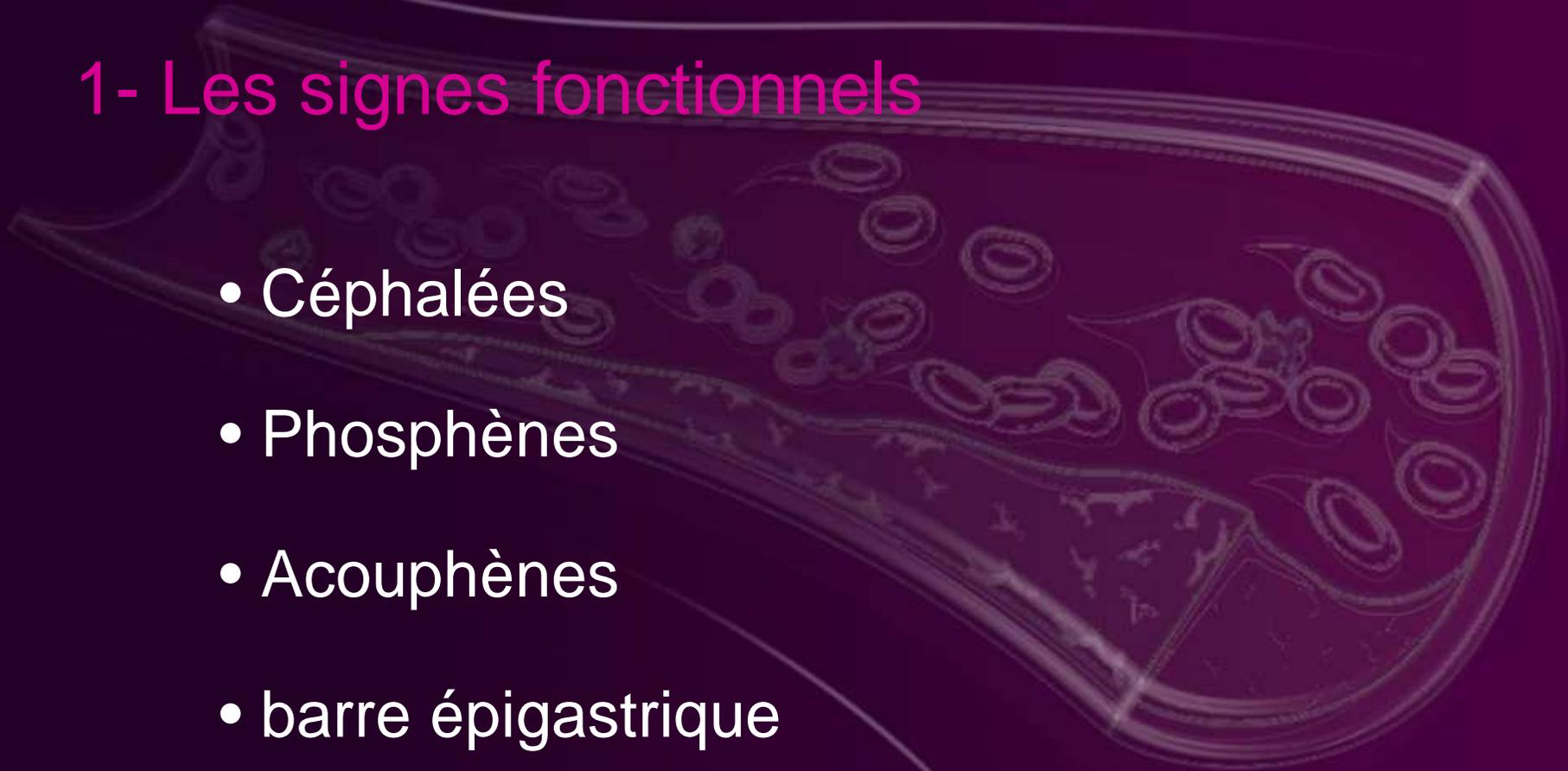
3 - Antécédents obstétricaux :

- retard de croissance intra utérin
 - pré éclampsie ± éclampsie
 - hématome rétro placentaire
 - mort foetale in utero
- 

Le diagnostic signes de gravité d'une prééclampsie

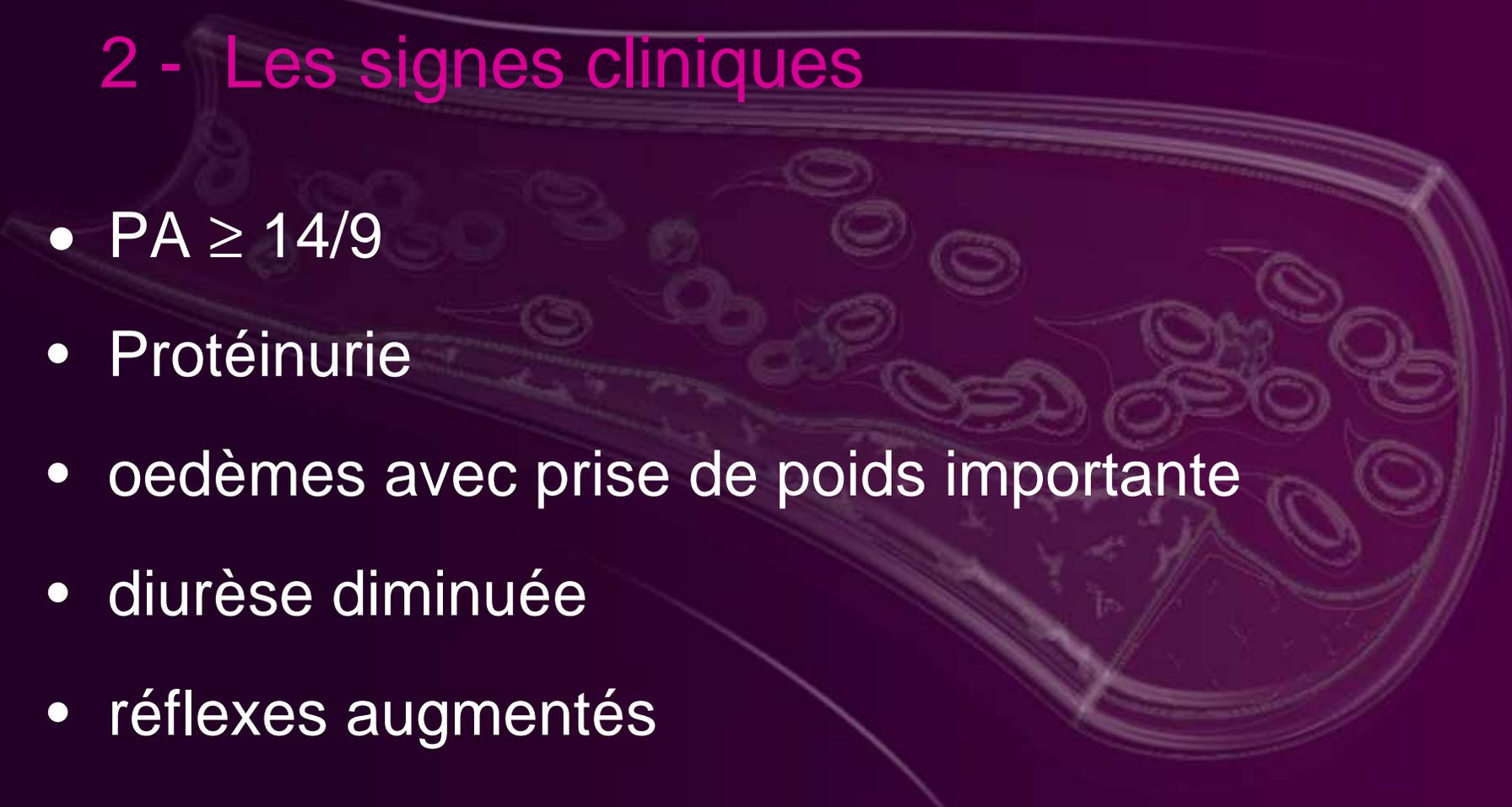
1- Les signes fonctionnels

- Céphalées
- Phosphènes
- Acouphènes
- barre épigastrique

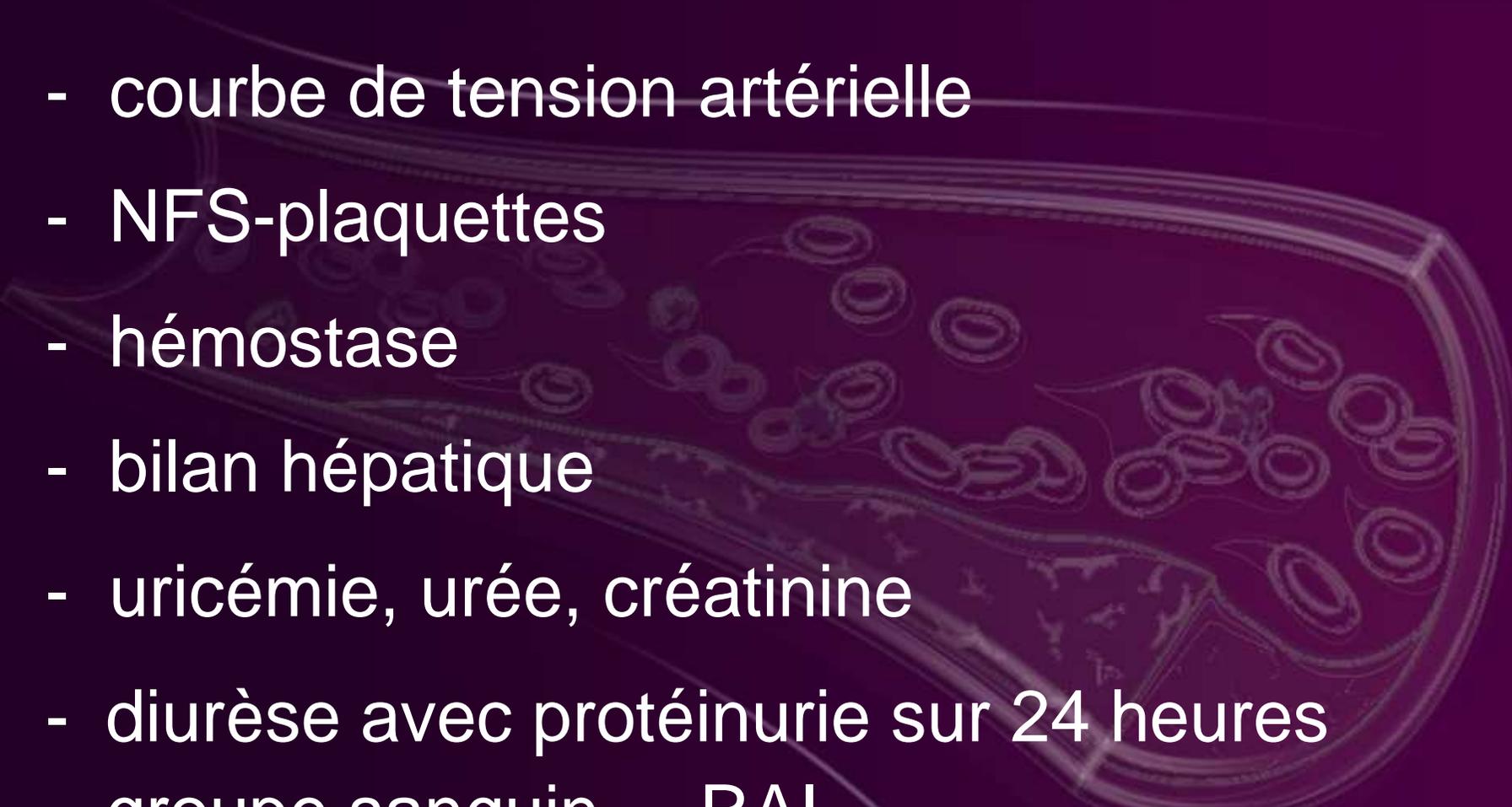


SIGNES DE GRAVITE

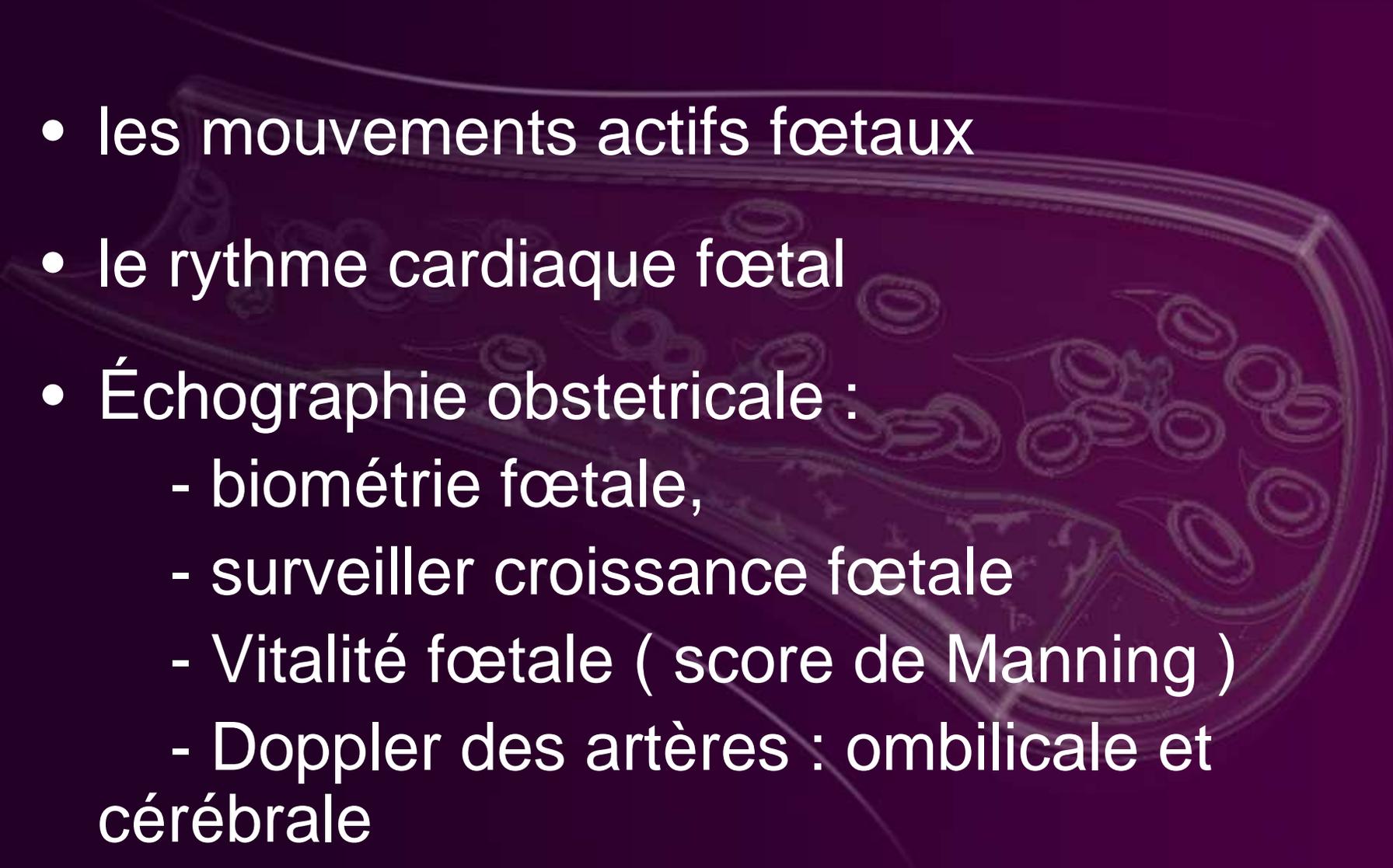
2 - Les signes cliniques

- PA \geq 14/9
 - Protéinurie
 - oedèmes avec prise de poids importante
 - diurèse diminuée
 - réflexes augmentés
 - troubles de la conscience
- 

Les examens complémentaires

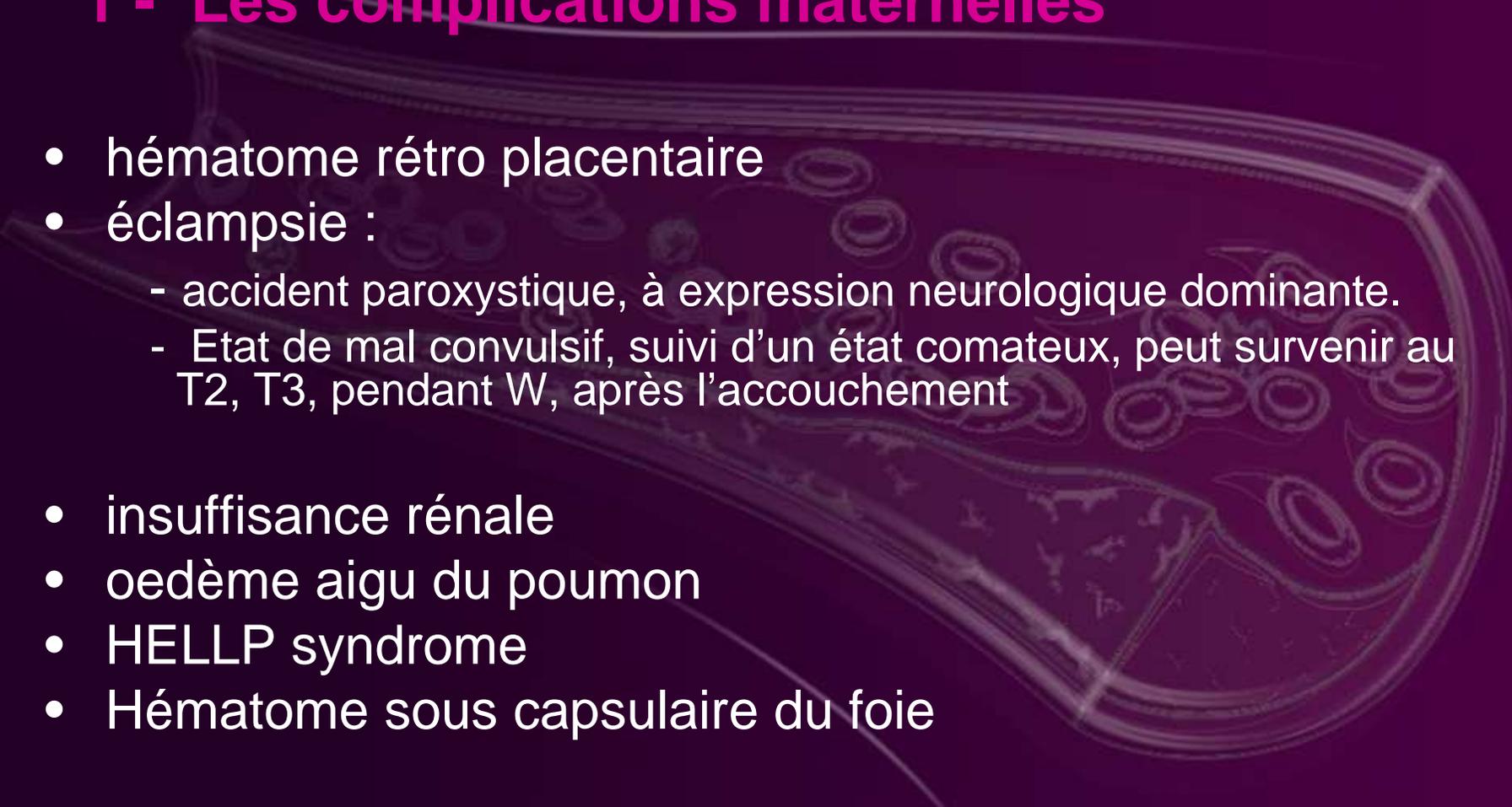
- courbe de tension artérielle
 - NFS-plaquettes
 - hémostase
 - bilan hépatique
 - uricémie, urée, créatinine
 - diurèse avec protéinurie sur 24 heures
 - groupe sanguin . RAI
 - ECG . FO
- 
- A faint, stylized illustration of a blood smear is visible in the background of the slide. It shows various types of blood cells, including red blood cells (erythrocytes) and platelets (thrombocytes), arranged in a pattern typical of a microscopic view.

La surveillance fœtale

- les mouvements actifs fœtaux
 - le rythme cardiaque fœtal
 - Échographie obstetricale :
 - biométrie fœtale,
 - surveiller croissance fœtale
 - Vitalité fœtale (score de Manning)
 - Doppler des artères : ombilicale et cérébrale
- 

Les complications

1 - Les complications maternelles

- hématome rétro placentaire
 - éclampsie :
 - accident paroxystique, à expression neurologique dominante.
 - Etat de mal convulsif, suivi d'un état comateux, peut survenir au T2, T3, pendant W, après l'accouchement
 - insuffisance rénale
 - oedème aigu du poumon
 - HELLP syndrome
 - Hématome sous capsulaire du foie
- 

Les complications

2 - Les complications foetales

- souffrance foetale chronique (retard de croissance intra utérin + oligoamniose)
- souffrance foetale aigue (en cas d' HRP ou d'éclampsie)
- mort foetale in utero (suite à une SFC, ou au cours d'une complication aigue)
- prématurité induite

TRAITEMENT

1 - objectifs :

- Contrôl de la pression arterielle pour éviter les lésions viscérales aigûes.
- Ajustement du volume sanguin circulant pour préserver la diurèse et d'éviter l'œdème pulmonaire.
- Correction des anomalies de l'hémostase.
- Ralentissement des lésions endothéliales

TRAITEMENT MOYENS

1 - repos et mesures hygiéno-diététiques :

- La suppression des contraintes physiques et psychiques est importante.
- Le régime désodé est inutile voir dangereux

TRAITEMENT MOYENS

2 – TRT anti-HTA :

- Il ne traite que le symptôme, il n'empêche donc pas la survenue de complications, et n'autorise aucun relâchement de la surveillance materno-fœtale
- Un abaissement trop rapide et trop important de la PA est dangereux pour la mère et l'enfant.
- Il est indiqué en cas de PAS \geq 160 mm Hg et / ou PAD \geq 100 mm Hg.

TRAITEMENT ANTI - HTA

TRT anti-HTA :

- **Anti HTA centraux :**
 - alpha-methyldopa = aldomet (médicament le plus utilisé)
 - catapressan = clonidine
- **Bétabloquants :** ne sont jamais prescrits en première intention
- **Alpha-bétabloquants**
- **Inhibiteurs calciques :** nifedipine = adalate
nicardipine = loxen
- Place prépondérante en première intention
- **IEC et antagonistes de l'angiotensine** sont CI
- **Les diurétiques** ne doivent pas être utilisés en dehors d'une indication spécifique (anomalie de la fonction rénale)

TRAITEMENT MOYENS

3 - remplissage volémique

Indications :

- Chute brutale et significative de la PA lors de l'introduction du traitement anti HTA par voie veineuse
- Hypovolémie patente (Ht \geq 40 %)
- Oligurie en l'absence d'hémolyse

TRAITEMENT MOYENS

4 - TRT anti-convulsivant :

- Sulfates de Mg
- Benzodiazépines

5 - corticoïdes : < 34 S

- Accélère la maturité pulmonaire foetale
- Prévenir la MMH

TRAITEMENT

conduite à tenir obstétricale

Le traitement ultime de la PE demeure l'arrêt de la grossesse et la délivrance du placenta

- Au-delà de 34 S l'expectative est peu justifiée
- Avant 34 S : l'expectative doit être privilégiée chaque fois que possible
- Quelque soit l'âge de la grossesse = interruption de la grossesse si Pc foetal défavorable
- Dégradation de l'état maternel au cours de l'hospitalisation
 - HTA résistante à la bithérapie IV bien conduite
 - oligurie : résistante à un remplissage + diurétiques + vasodilatateurs
 - dyspnée : en rapport avec un OAP
 - Plq < 100 000, hémolyse
 - douleurs abdominales persistantes, vomissements
 - Prodromes d'éclampsie
 - HRP , Hématome sous capsulaire

TRAITEMENT dans le post-partum

- Maintenir la surveillance clinique et biologique.
- Adapter le TRT anti HTA
- Prévention du risque thrombo-embolique
- Allaitement autorisé
- Contraception :
 - les micro progestatifs paraissent sans danger
 - le DIU +++ contraception de choix chez la multipare
 - les OP : si HTA modérée + bilan normal + stricte surveillance

EVOLUTION

À long terme :

- HTA chronique
 - Syndrome métabolique
 - Risque cardiovasculaire
- 

Conclusion

- L'association HTA et grossesse est grave, compromettant à la fois le Pc maternel et foetal
 - Son TRT ultime demeure l'arrêt de la grossesse et la délivrance du placenta
- 