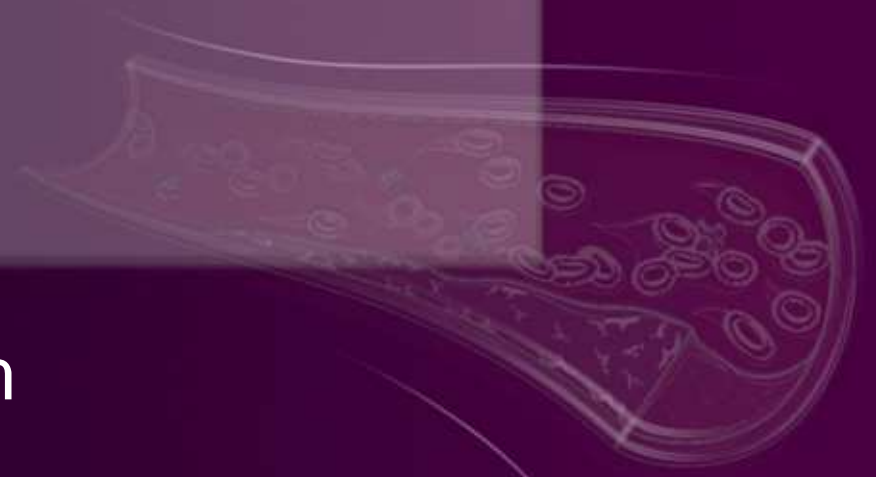


# HTA ET GROSSESSE

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<sup>ème</sup> SA
  - Complique 10% des grossesses
- 

# DEFINITION

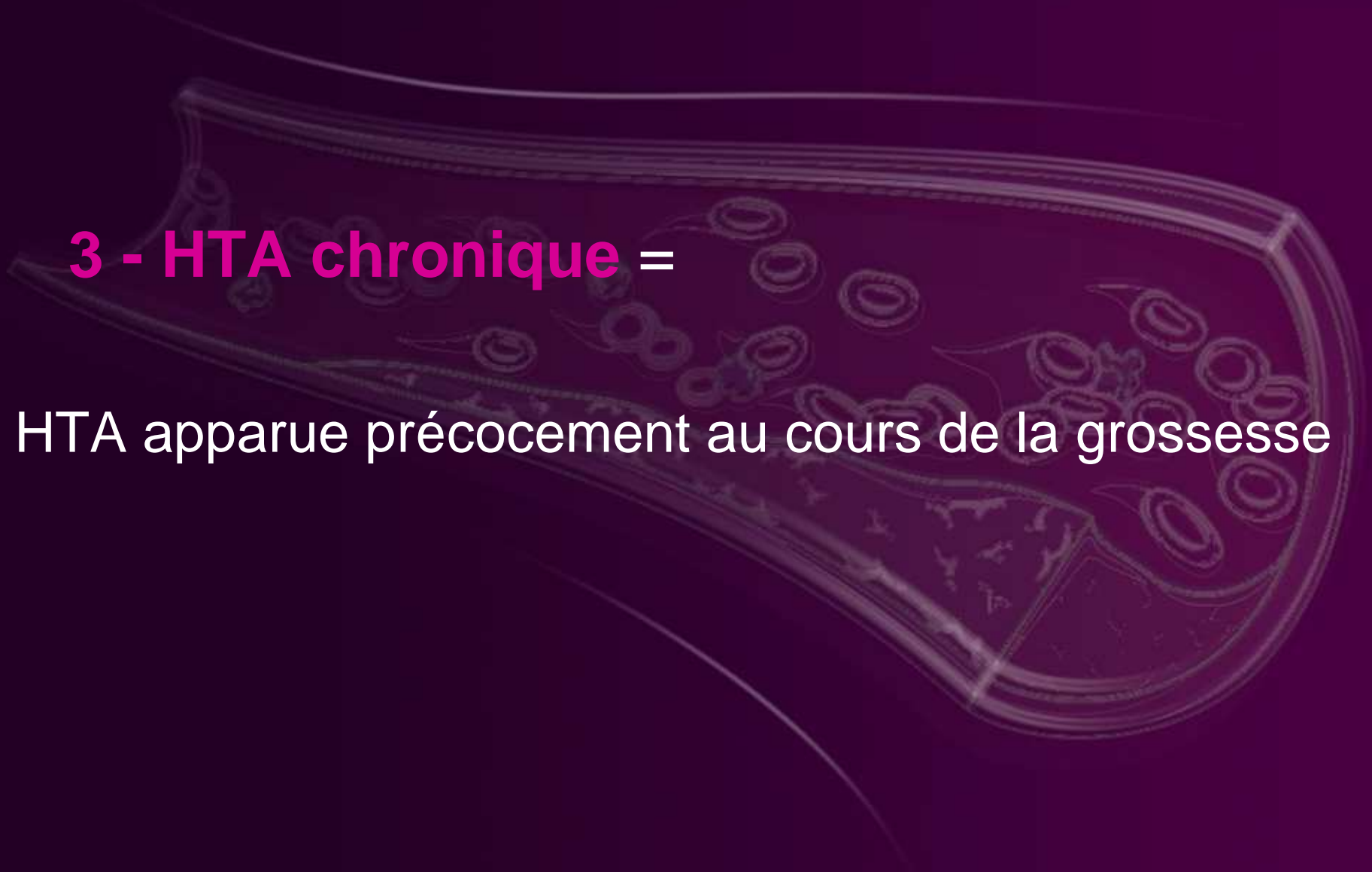
## 2 - prééclampsie

= 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

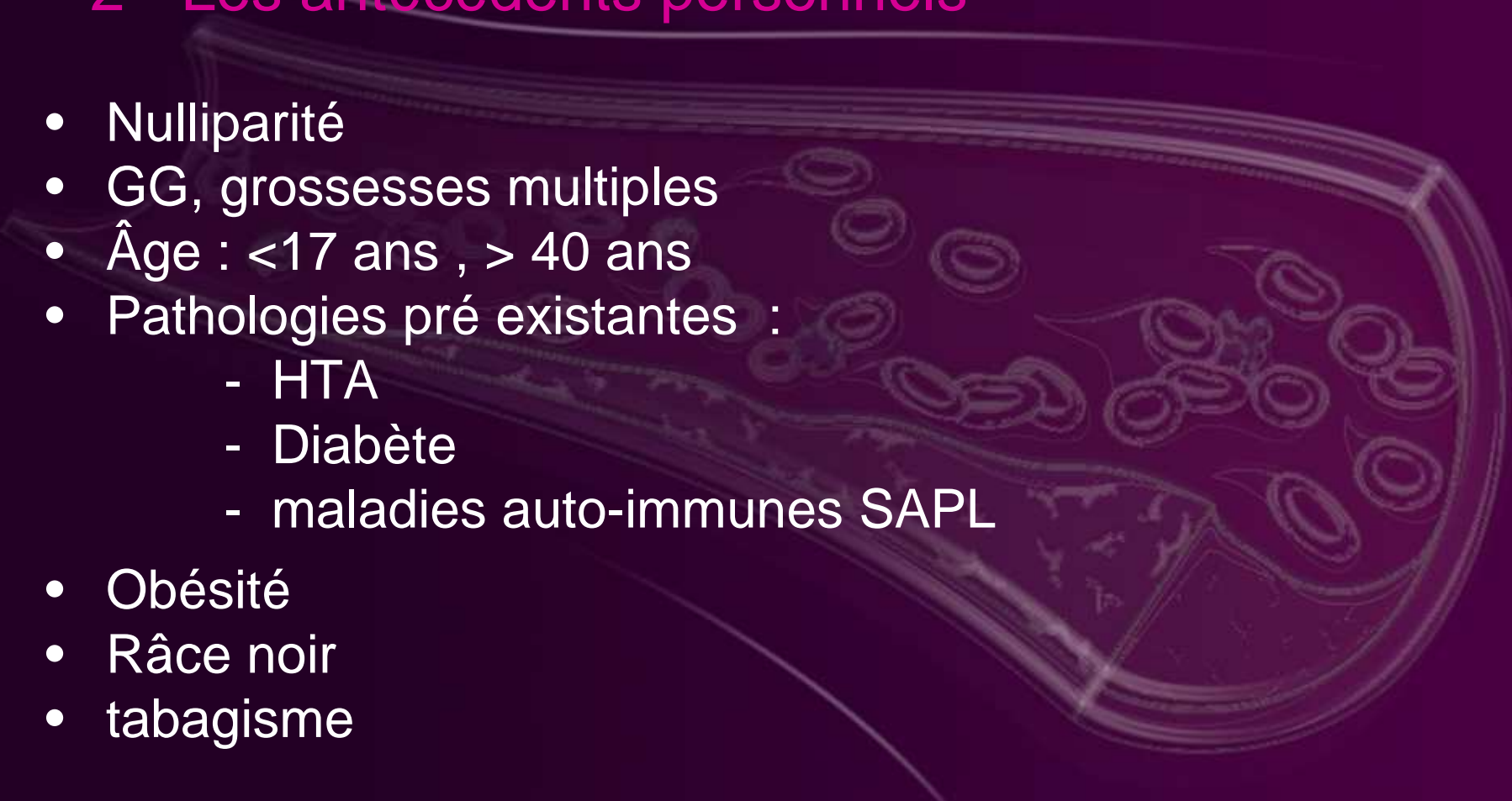
## 1 - Les antécédents familiaux

- HTA
- diabète
- obésité



# Les facteurs de risque

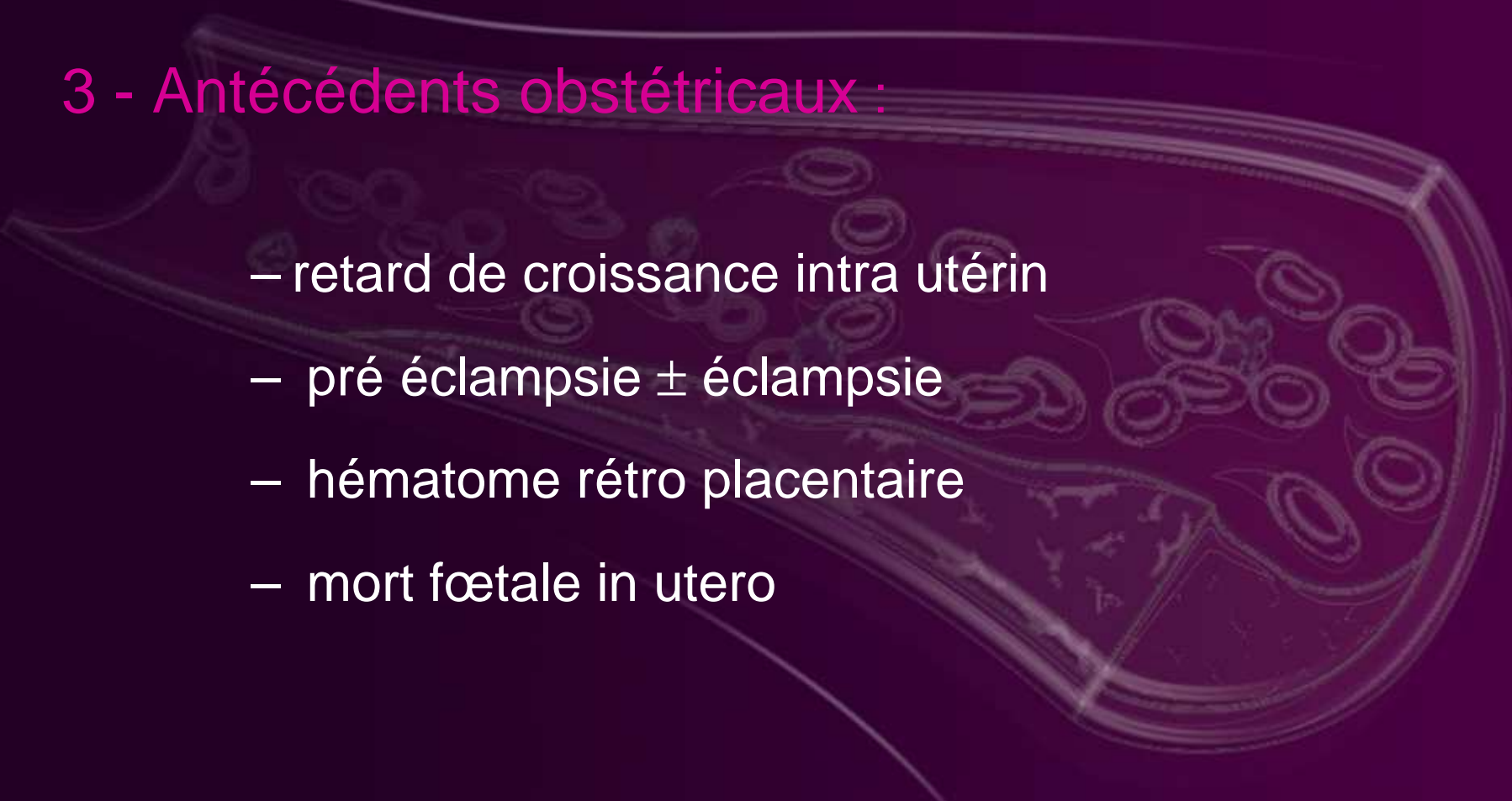
## 2 - Les antécédents personnels

- 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

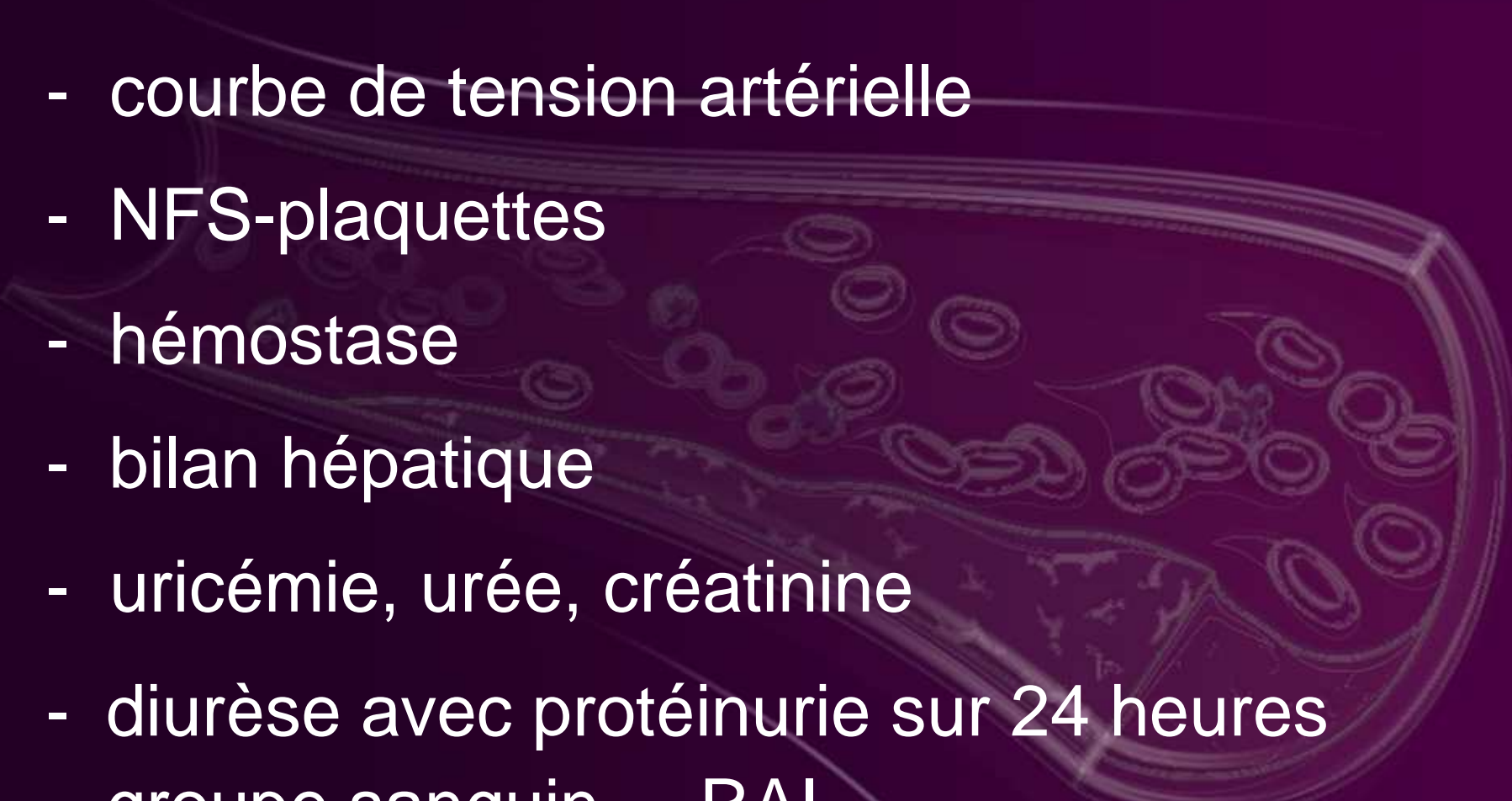


# SIGNES DE GRAVITE

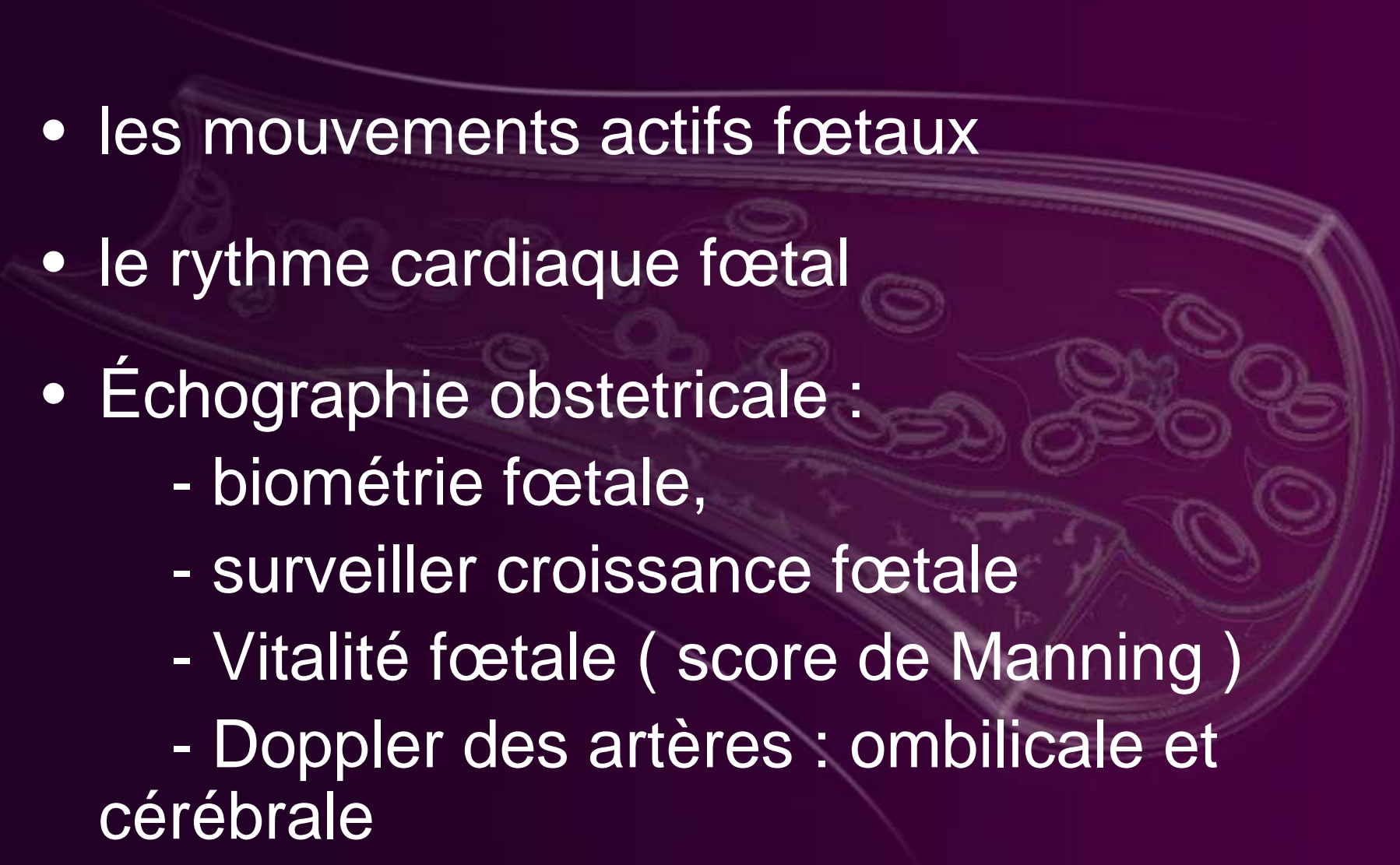
## 2 - Les signes cliniques

- 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.

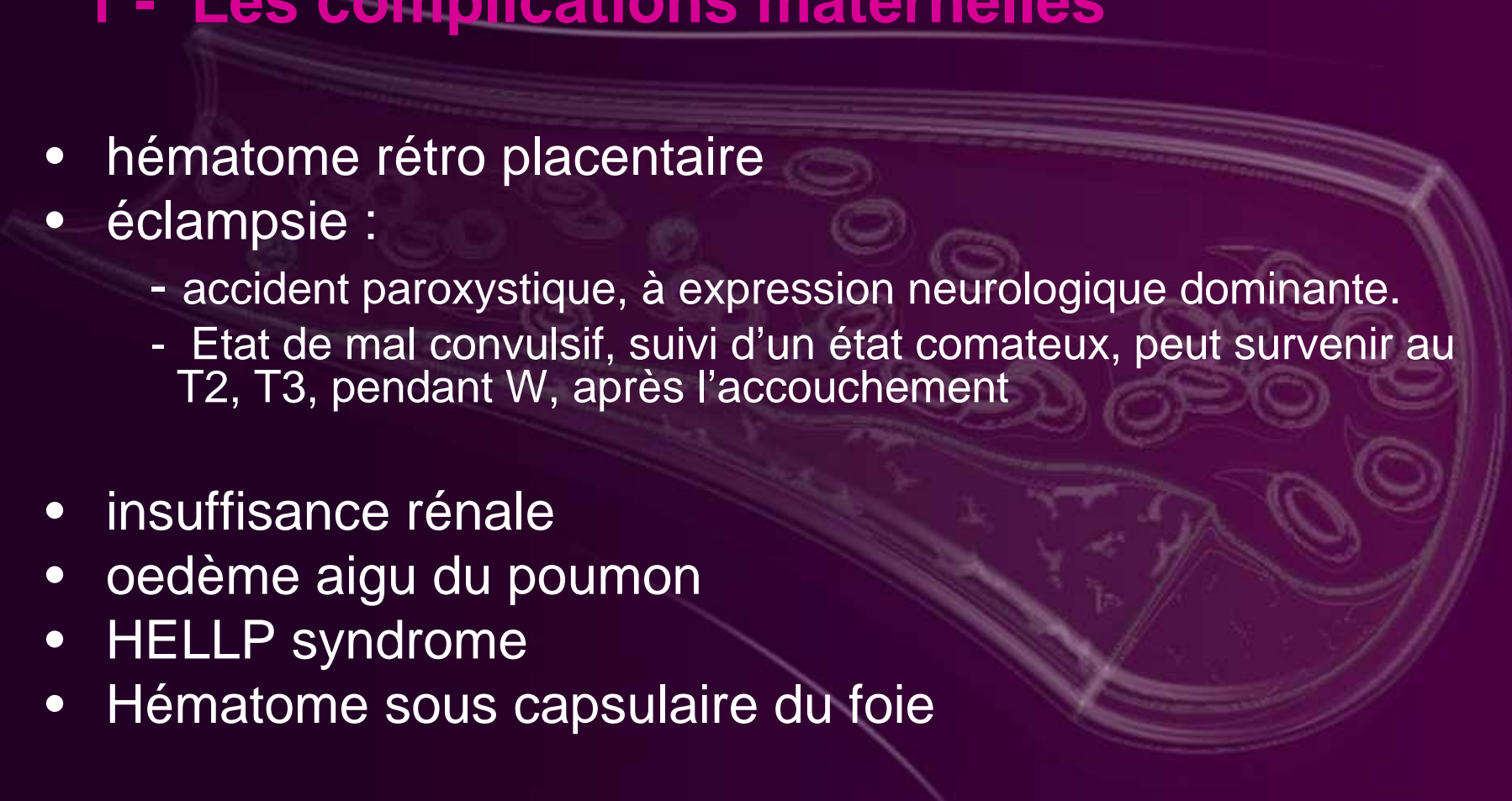
# La surveillance fœtale

- 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
- 