

L'AVIS DU
GYNÉCOLOGUE

« Une mise à jour synthétique indispensable sur une pathologie concernant 10 % des grossesses. »

Hypertension artérielle chez la femme enceinte¹

Hypertension in pregnant women

T. Denolle*



L'hypertension artérielle (HTA) au cours de la grossesse constitue une cause majeure de morbidité et de mortalité fœtale, néonatale mais aussi maternelle dans les pays occidentaux (1). On estime qu'environ 10 % des grossesses se compliquent d'une HTA (1 % : HTA chronique préexistante à la grossesse, 7 % : HTA gravidique, 2 % : prééclampsie) [2]. La définition du type d'HTA au cours de la grossesse est fonction du niveau de la pression artérielle (PA) [3] avant la grossesse (ou avant la vingtième semaine de grossesse) et de la présence d'une protéinurie significative (supérieure à 300 mg/24 h) [tableau I]. La physiopathologie et le pronostic de cette HTA sont en effet très différents suivant son type.

Physiopathologie

L'HTA gravidique due à une vascularisation placentaire pathologique est caractérisée par une diminution de la perfusion utéroplacentaire qui entraîne l'activation de mécanismes pouvant déclencher une atteinte multiorganique. Il est probable que la dysfonction endothéliale placentaire à l'origine de la prééclampsie soit liée à un excès de concentration de sFlt1, le récepteur soluble antagoniste du VEGF

(facteur de croissance de l'endothélium vasculaire), et d'endogline soluble (protéines circulantes placentaires inhibant l'angiogenèse et la vasodilatation artériolaire) [4]. La carence de VEGF plasmatique, du fait de sa liaison à ce récepteur soluble, devient donc indirectement vasoconstrictrice. La prééclampsie, stade ultérieur lié à une surproduction de ces facteurs antiangiogéniques, s'accompagne d'un risque élevé de complications maternelles (hématome rétroplacentaire, syndrome HELLP et complications cardiovasculaires pouvant aboutir au tableau d'éclampsie) et fœtales (retard de croissance intra-utérin, faible poids de naissance, prématurité, voire décès). De nombreux facteurs favorisent la survenue d'une prééclampsie : femme primipare, antécédents de prééclampsie familiale, obésité, dyslipidémie, diabète, grossesse molaire ou multiple, femme âgée de plus de 40 ans, néphropathie, HTA chronique, etc. La présence d'un œdème ne fait plus partie des critères de diagnostic, car 60 % des grossesses normales peuvent s'accompagner d'un œdème. La protéinurie survenant tardivement lors de la prééclampsie, il convient de la rechercher en présence de céphalées, de troubles visuels, de douleurs abdominales ou de perturbations biologiques (en particulier, chute des plaquettes ou élévation des enzymes hépatiques). L'HTA gravidique disparaît habituellement en quelques semaines après l'accouchement. Cependant, environ 17 % des patientes restent hypertendues 3 mois après.

L'HTA chronique de physiopathologie différente – le plus souvent essentielle, car antérieure à la grossesse –, s'accompagne cependant d'un risque atteignant 25 % de prééclampsie supplémentaire et persiste après l'accouchement. Cependant, du fait de la baisse spontanée de la PA en début de grossesse, cette HTA chronique non diagnostiquée

¹ © La Lettre du Cardiologue n° 458, octobre 2012.

* Réseau Rivarance, hôpital Arthur-Gardiner, Dinard.

Tableau I. Définitions.

Hypertension artérielle avant la grossesse (20 semaines)	Pas de protéinurie	Protéinurie (> 300 mg/24 h ou 2+)
Non	Hypertension artérielle gravidique	Prééclampsie
Oui	Hypertension artérielle chronique	Hypertension artérielle chronique avec prééclampsie surajoutée

Résumé

L'hypertension artérielle (HTA) durant la grossesse constitue un risque majeur pour la mère et le fœtus. Sa prise en charge dépend de sa sévérité et du terme de la grossesse, mais elle nécessite une bonne collaboration entre le cardiologue, le médecin traitant et l'équipe obstétricale. Dans le cas d'une femme hypertendue qui souhaite avoir un enfant, il convient, après avoir écarté la possibilité d'une HTA secondaire, de revoir le traitement médicamenteux, voire de l'arrêter, car la pression artérielle diminue en début de grossesse. Si l'HTA est légère à modérée, le traitement antihypertenseur reste discuté. En revanche, devant une HTA sévère ou une prééclampsie, il convient d'hospitaliser immédiatement la patiente afin d'envisager le déclenchement de son accouchement.

Mots-clés

Hypertension artérielle
Grossesse
Prééclampsie
Traitement antihypertenseur
Automesure

avant la grossesse peut apparaître plus tardivement et être interprétée à tort comme une HTA gravidique.

HTA lors de la grossesse

La classification de l'HTA au cours de la grossesse dépend du niveau tensionnel et du terme de la grossesse. En effet, la PA diminue progressivement jusqu'au deuxième trimestre, puis s'élève de nouveau en fin de grossesse. Si, en consultation, l'HTA gravidique est définie par une PA supérieure ou égale à 140/90 mmHg, les seuils sont bien inférieurs en automesure ou en mesure ambulatoire (MAPA) [tableau II] (5). Un effet blouse blanche est très fréquent lors de la grossesse, ce qui justifie l'utilisation large des mesures en dehors du cabinet : MAPA ou automesure, mais avec des appareils validés durant la grossesse (*dableducational.org*). Par ailleurs, la MAPA permet d'examiner le cycle nyctéméral, dont l'abolition serait un élément pronostique de prééclampsie, mais les obstétriciens n'y ont pas souvent recours. L'automesure, d'utilisation plus répandue, nécessite un appareil au bras validé durant la grossesse. Cependant, cette validation disparaît le plus souvent en présence d'une prééclampsie, et, bien entendu, cette technique ne permet pas d'examiner le cycle nyctéméral. En revanche, couplée avec la télétransmission, elle permet une surveillance prolongée à domicile de la PA, voire de l'albuminurie, ce qui évite des hospitalisations répétées (6). Cette technique pleine d'avenir que nous développons depuis plusieurs années dans le cadre de notre réseau de santé reste malheureusement encore expérimentale par manque de financement. La reconnaissance

récente de l'intérêt de la télémédecine permettra, nous l'espérons, la diffusion de cette technique très appréciée par les patientes.

Prise en charge

Une fois le diagnostic d'HTA confirmé et le type de l'HTA défini, il convient de discuter de la prise en charge.

En présence d'une HTA sévère (PA supérieure à 170/110 mmHg) ou d'une prééclampsie, l'hospitalisation est indispensable, le risque maternel et fœtal étant élevé. L'interruption de la grossesse doit se discuter en équipe pluridisciplinaire, car le traitement antihypertenseur ne protège que transitoirement la femme d'une complication cérébrovasculaire.

Si l'HTA est légère à modérée, le bénéfice d'un traitement médicamenteux antihypertenseur est loin d'être certain, d'autant que le pronostic est habituellement satisfaisant. En effet, toutes les études qui ont examiné le bénéfice éventuel d'un tel traitement médicamenteux ne comprenaient que de faibles effectifs ne permettant pas de conclure. Les méta-analyses réalisées ont seulement retrouvé un bénéfice attendu en termes de diminution du risque d'HTA sévère, du nombre des hospitalisations et du nombre d'antihypertenseurs ajoutés. En revanche, aucun bénéfice n'a été retrouvé pour le fœtus ni pour la mère concernant le risque d'hématome rétroplacentaire, de césarienne, de prééclampsie ou d'éclampsie (7). Le pronostic de ces femmes ne repose donc pas sur le traitement antihypertenseur, mais plutôt sur la qualité de la prise en charge avec les obstétriciens et sur le repos. Un régime sans sel,

Summary

Hypertensive disorders in pregnancy remain a major cause of maternal, fetal, and neonatal morbidity and mortality. The management of these women needs a good collaboration between the general practitioner, the cardiologist and the obstetrician unit. When a woman wants to begin a pregnancy, it needs to eliminate secondary hypertension, then to switch with recommended antihypertensive treatment or to stop them if possible. The benefits and the risk of antihypertensive therapy in mild to moderate hypertension are still controversially discussed. There is also no agreement on the definition of severe hypertension but it is an emergency and needs hospitalization and to discuss induction of delivery.

Keywords

Hypertension
Pregnancy
Preeclampsia
Antihypertensive treatment
Home blood pressure measurement

Tableau II. Valeurs seuils suivant la technique de mesure utilisée.

Terme	Mesure ambulatoire de la pression artérielle (mmHg)	Automesure (95 ^e percentile) [mmHg]
1 ^{er} trimestre	127/82	116/70
2 ^e trimestre	127/83	113/70
3 ^e trimestre	131/88	118/76

PA de consultation : PA \geq 140/90 mmHg.

qui risque encore d'aggraver l'hypovolémie placentaire, est déconseillé.

Quel antihypertenseur proposer ? Les études réalisées n'ont pas permis non plus de retrouver de différence majeure entre les classes. Si les bêtabloquants, plus que la méthylodopa, semblent réduire le risque d'HTA sévère, il n'y a pas de différence sur les autres critères plus importants. Seuls les inhibiteurs du système rénine-angiotensine (IEC, antagonistes des récepteurs à l'angiotensine 2 et antirénine) doivent être évités lors de la grossesse du fait du risque de malformation cardiovasculaire et neurologique en cas d'exposition au cours du premier trimestre. Ce risque, annoncé par une seule étude observationnelle, vient cependant d'être remis en question par des études récentes (8). Néanmoins, il existe un risque certain de toxicité, en particulier rénale, durant le deuxième et le troisième trimestre. De même, les diurétiques doivent être évités dans la mesure du possible afin d'éviter une hypovolémie. Ainsi, les recommandations européennes conseillent d'utiliser les bêtabloquants, en particulier le labétalol (en évitant l'aténolol, qui a été associé à un faible poids de naissance), la méthylodopa et les inhibiteurs calciques (9).

Finalement, quand faut-il commencer un traitement médicamenteux en présence d'une HTA légère à modérée lors de la grossesse ? Tout d'abord, il est nécessaire de préparer la grossesse dans le cas d'une femme ayant une HTA chronique déjà traitée avant la grossesse. Après l'avoir avertie du risque important de prééclampsie et de ses conséquences sur l'issue de la grossesse, il convient d'écarter la possibilité d'une HTA secondaire, certes rare, mais dont la prise en charge devient très délicate lors de la grossesse. Il faut arrêter les bloqueurs du système rénine-angiotensine et les remplacer par de la méthylodopa et/ou du labétalol, mais surtout envisager l'arrêt du traitement antihypertenseur, la PA diminuant spontanément pendant les 2 premiers trimestres.

En présence d'une HTA légère à modérée de découverte récente lors de la grossesse, les recommandations internationales ne s'accordent pas toutes les indications d'un tel traitement. Néanmoins, les dernières recommandations européennes, publiées en 2007, proposent de mettre en place un traitement si la PA est supérieure à 150/95 mmHg, ou à 140/90 mmHg si l'HTA est compliquée ou symptomatique. Sous traitement, il convient de vérifier l'absence d'hypotension, et surtout d'une hypotension brutale qui risquerait d'être fatale pour le fœtus. La MAPA est là aussi un examen intéressant.

D'autre part, il a été établi qu'il existe une corrélation négative entre le niveau de baisse de PA obtenu et le poids de l'enfant à la naissance.

En présence d'une HTA sévère, dont la définition varie suivant les recommandations, l'European Society of Cardiology considère qu'une PA supérieure ou égale à 170/110 mmHg représente une urgence : la patiente doit être immédiatement hospitalisée. Le traitement antihypertenseur et sa voie d'administration dépendent de la sévérité du tableau et du terme de la grossesse. Le labétalol, les inhibiteurs calciques, voire le nitroprussiate de sodium peuvent être administrés (9). Cependant, il convient d'envisager avec les obstétriciens le déclenchement de l'accouchement en fonction du terme de la grossesse.

Après l'accouchement

Une surveillance attentive de ces femmes doit se poursuivre dans le post-partum immédiat, un tiers des éclampsies survenant pendant cette période. La PA peut en effet s'élever durant les 5 jours du post-partum. La prescription d'antihypertenseurs, en particulier ceux recommandés lors de la grossesse, n'est pas incompatible avec l'allaitement. Il convient cependant d'éviter la méthylodopa en raison du risque de la dépression du post-partum. Enfin, même si la PA revient rapidement à la normale dans les semaines qui suivent l'accouchement, il convient d'effectuer un bilan vers 3 mois, puis de suivre la patiente à long terme, son risque cardiovasculaire étant plus élevé (infarctus, AVC, etc.). Une femme qui a présenté une prééclampsie a ainsi 2 fois plus de risques de développer une cardiopathie ischémique, et 4 fois plus de risques de développer une HTA qu'une femme normotendue durant la grossesse. Une prévention primaire adaptée doit donc lui être proposée après cette grossesse compliquée.

Enfin, avant une nouvelle grossesse, des précautions doivent être prises, car le risque de récurrence est élevé (10 à 40 % suivant la sévérité du premier épisode). Une prise en charge spécialisée est souhaitable dès le début de la grossesse. Un traitement préventif par 75 mg/j d'aspirine pourra être proposé dès la douzième semaine et jusqu'à l'accouchement chez les femmes ayant des antécédents de prééclampsie ou à haut risque (9). Plus récemment, il a été proposé aussi chez ces femmes un traitement à base d'arginine et de vitamines antioxydantes, afin de favoriser la synthèse d'oxyde d'azote vasodilatateur, mais son efficacité reste à confirmer.

Conclusion

La physiopathologie de l'HTA durant la grossesse, et donc sa prise en charge, diffèrent bien entendu selon le niveau tensionnel, mais aussi selon le type d'hypertension et le terme de la grossesse au

moment de la découverte de l'HTA (10). Une prise en charge multidisciplinaire est souvent nécessaire afin d'évaluer le risque que représente la poursuite de la grossesse, le traitement antihypertenseur n'ayant pas montré de grande efficacité, en particulier pour le fœtus, en présence d'une HTA légère à modérée. ■

Références bibliographiques

1. National high blood pressure education program working group Report on high blood pressure in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1990;163:1691-712.

2. Sibai BM. Treatment of hypertension in pregnant women. *N Engl J Med* 1996;335:257-65.

3. Cifková R. Hypertension in pregnancy: recommendations for diagnosis and treatment. *J Hypertens* 2000;18:1346-8.

4. Davison JM, Homuth V, Jeyabalan A et al. New aspects in the pathophysiology of preeclampsia. *J Am Soc Nephrol* 2004;15:2440-8.

5. Denolle T, Daniel JC, Calvez C, Ottavioli JN, Esnault V, Herpin D. Home blood pressure during normal pregnancy. *Am J Hypertens* 2005;18:1178-80.

6. Denolle T, Weber JL, Calvez C et al. Diagnosis of white coat hypertension in pregnant women with teletransmitted home blood pressure. *Hypertension Pregnancy* 2008;27:305-13.

7. Abalos E, Duley L, Steyn DW, Henderson-Smith DF. Antihypertensive drug therapy for mild to moderate hypertension during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(1):CD002252.

8. Li DK, Yang C, Andrade S, Tavares V, Ferber JR. Maternal exposure to angiotensin converting enzyme inhibitors in the first trimester and risk of malformations in offspring: a retrospective cohort study. *BMJ* 2011;18:343:d5931.

9. Regitz-Zagrosek V, Blomstrom Lundquist C, Borghi C et al. ESC guidelines on the management of cardiovascular diseases during pregnancy: the Task Force on the Management of Cardiovascular Diseases during Pregnancy of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2011;32:3147-97.

10. Denolle T. Prise en charge de l'hypertension artérielle légère à modérée chez la femme enceinte. *Cardiologie Pratique* 19 octobre 2011.

Agenda

➔ Journées de chirurgie gynécologique

Du 18 au 20 septembre 2013 à Paris (stade Roland Garros)

Déséquilibres du plancher pelvien : prévenir et guérir

Programme

- Chirurgie en direct
- Vidéoforum
- Journées IBODE
- Posters
- Communications libres

Organisation

Association pour l'enseignement de la chirurgie gynécologique (AECG), 9, villa Spontini, 75116 Paris – www.congres-aecg.fr

Renseignements et inscriptions

Contact sponsors : Séverine Le Tohic

06 61 22 24 03 - sletohic@orange.fr

Contact participants : Frédérique P. Pagezy

06 26 17 90 43 - formations@ateliers-experts.com

➔ 2^{es} Rencontres Cancer & Sexualité

7 et 8 novembre 2013 à Lille

Cancers féminins : place de la sexualité et de l'intimité

Programme

- Pourquoi et comment les intégrer dans les soins de support ?
- Comment les aborder avec les patientes ?

Lieu

Maison d'éducation permanente
1, place Georges-Lyon, 59000 Lille

Renseignements et inscriptions

COMM Santé

Tél. : 05 57 97 19 19

E-mail : Cancer-sexualite2013@comm-sante.com

Site : <http://cancer-sexualite2013.comm-sante.com>

