

Troubles hypertensifs de la grossesse – à quoi dois-je penser?

Les troubles hypertensifs de la grossesse sont une cause majeure de morbidité et mortalité maternelle et fœtale et affectent 10-15% des grossesses (pré-éclampsie 3-10%). La pré-éclampsie, en particulier ses formes sévères avec retard de croissance intra-utérin (RCIU), et prématurité, doit être considérée comme un facteur de risque cardiovasculaire et rénal. Elle double le risque d'AVC, de cardiopathie ischémique dans les 5-15 ans, et quadruple le risque de développer une hypertension fixée. Ainsi, les *guidelines* de l'ESH 2013 recommandent de prendre en compte l'histoire obstétricale (hypertension, prééclampsie, diabète gestationnel, retard de croissance intra-utérin, bas poids de naissance de l'enfant), dans l'anamnèse cardiovasculaire d'une femme.

Les différentes formes d'hypertension de la grossesse sont :

- HTA (hypertension) préexistante (primaire ou secondaire) : TA (tension artérielle) $\geq 140/90$ mmHg avant grossesse, ou HTA avant 20 semaines aménorrhée (SA), ou traitement antihypertenseur avant grossesse ; \pm protéinurie; persiste post-partum.
- HTA gestationnelle : HTA *de novo* $\geq 140/90$ mmHg après 20 SA ; absence protéinurie ; résolution post-partum.
- Pré-éclampsie, éclampsie : $\geq 140/90$ mmHg après 20 SA ; protéinurie, rapport protéine/créatinine spot ≥ 30 (cave 10% sans protéinurie, mais autre atteinte d'organe). Les oedèmes ne sont plus un critère, ni la différence de tension avant/pendant grossesse).
- Pré-éclampsie surajoutée à une HTA chronique : aggravation de l'HTA connue et protéinurie \pm atteinte autre organe.

Les atteintes d'autres organes sont essentiellement : système nerveux central (comprenant céphalées sévères), distension capsule hépatique et tests hépatiques perturbés (parfois HELLP), thrombocytopenie, anémie hémolytique, insuffisance rénale, RCIU, œdème aigu poumon, décompensation cardiaque. Il existe des pré-éclampsies survenant dans le post-partum.

Les GL de l'ESH 2013 préconisent un traitement médicamenteux antihypertenseur dans la grossesse si TA $\geq 150/95$ mmHg, si HTA gestationnelle et TA $\geq 140/90$ mmHg, ou si atteinte d'organe ou symptômes. (Classe IIb, Niveau évidence C).

Les traitements antihypertenseurs autorisés pendant la grossesse :

- α -méthyl dopa (agoniste α 2-adrénergique central) (classe B) : médicament de choix en raison de la sécurité au long terme chez l'enfant. Pratiquement : effets secondaires et peu efficace. Lactation +
- Labétalol (β -bloquant non sélectif, avec activité α -bloquante (classe C). Lactation +
- Nifedipine longue durée d'action. Cave hypotension avec sulfate de magnésium. Lactation +
- L'hydrochlorothiazide (classe B) : utile en cas d'HTA pré-existante à la grossesse (peut être continué) Cave : contraction volumique. Peut réduire lactation.
- Autres alternatives : prazosine, clonidine.
- Les β -bloquants, en particulier l'aténolol (classe D) ne sont pas recommandés en raison de RCIU, (excepté oxprénolol classe B). Lactation –

Tous les bloqueurs du système rénine-angiotensine-aldostérone, y compris aliskirène et spironolactone sont contre-indiqués pendant la grossesse.

L'enalapril et le benazepril peuvent être données dans l'allaitement.

Chez les patientes à haut risque de pré-éclampsie (HTA pré-existante, <20 ans ou >40 ans, diabète sucré, atteinte rénale, antécédents de pré-éclampsie, thrombophilie...) de l'aspirine 100mg/j peut être prescrite dès 12 SA en prévention (si risque hémorragique non augmenté). (IIb).

Société Suisse d'Hypertension / Juin 2017