

# HTA chronique et grossesse

**Laure Cabanes**

Hôpital Cochin Port-Royal

# HTA chronique et grossesse

- **Concerne environ 2% des grossesses. % en augmentation.**
- **1<sup>ère</sup> cause de morbi-mortalité foeto-maternelle.**
- **Présente avant le début de la grossesse et persiste en post-partum.**
- **Parfois méconnue. Présente avant 20 SA**
- **ou « masquée ». Difficulté de statuer entre une HTAc ou gravidique.**

## HTA chronique en dehors de la grossesse

- Pas de valeur seuil.
- But du traitement: réduire le risque vasculaire et de retentissement d'organe
- HTA « à traiter » si TA  $\geq$  140/90mmhg
- Traitement plus précoce fonction âge, autres facteurs de risque vasculaire, retentissement organe.

# HTA jeune femme

- S'assurer de la réalité de l'HTA
- Mesure difficile en cas d'obésité.
- HTA le plus souvent essentielle.
- Systématique : iono-créat. HTA aux œstro-progestatifs ?
- Recherche d'une HTA secondaire large dans cette population surtout en l'absence de caractère familial.

Antihypertenseurs  
contre-indiqués

- **Médicaments du SRA**

Démarrer une grossesse sous médicaments du SRA ne justifie pas l'ITG.

- **Aténolol.**
- **Anti aldostérone: Effet anti androgénique fœtus mâle.**
- **Thiazidiques diminuent la volémie.**

# Complications

HTA chronique: risque élevé de pré éclampsie et de complications maternelles et fœtales.

**L'HTA c augmente le risque de complications maternelles pendant la grossesse indépendamment même de la survenue de pré-éclampsie:**

Prééclampsie / Éclampsie / AVC / IRA / OAP / HRP.

## **Complications fœtales**

- RCIU / Prématuration / Réa néo nat / Mort in utéro

**But du  
traitement de l'HTA  
pendant la grossesse**

**Mettre la mère à l'abri des complications en étant le moins nocif possible pour le fœtus.**

**Différent des objectifs du traitement de l'HTA du sujet jeune.**

# Anti hypertenseurs

## Traitements préférentiels:

- Dihydropyridine Nifédipine (**LP**).
- Labetolol: bêta et alpha bloqueur.
- Alpha méthyl Dopa.

Antihypertenseur central. HTA « légères », ou adjuvant.

Chez jeune femme hypertendue, en âge de procréer avec HTA documentée

Choix de 1<sup>ère</sup> intention: Dihydropyridine

## Avant la conception

- Faire le point sur le traitement. Vérifier sa compatibilité avec la grossesse.
- Bilan HTA secondaire. (Dosages hormonaux Rénine Aldo non fiables pendant la grossesse. Idem TSH. Pas de possibilité de réaliser de scanner).
- Expliquer les risques et l'importance du suivi.
- Prescrire appareil auto-mesure.
- Vérifier l'absence de protéinurie.

Avant la  
conception

- Éducation :

- Objectifs tensionnels.

- Signification prise de poids brutale, céphalées, troubles visuels, OMI, douleurs abdominales.

## HTAc pendant la grossesse

- PA diminue souvent au premier trimestre.
- Vérifier l'absence de sur traitement.
- Il est parfois nécessaire de réduire les doses.
- Rechercher l'absence d'hypotension orthostatique.
- « Dips » plus graves que poussées TA.

Qui  
traiter ?

- **Consensus pour HTA sévères TA  $\geq$  160/110mmHg.**
- **Pour les HTA modérées à moyennes: Débat.**
- **Crainte d'être délétère pour le fœtus.**

CHIPS:  
NEJM 2016

- Étude ouverte, randomisée, contre placebo.
- Inclusion entre 14 et 33 SA.
- PAd  $\geq 90$  et  $\leq 105$ mmHg.
- Mixte: HTAc 75%, HTA gravidique 25% .
- Comparaison PAd  $< 85$ mmHg versus PAd  $< 100$ mmHg.
- Choix préférentiel: Labétolol.
- Critère principal composite: Mort in utero, décès néonatal, réa néo nat  $\geq 48$ h

# CHIPS

## Résultats:

Pas de différence significative entre les 2 groupes.

Exception faite de poussées TA ( groupe contrôle laxiste) sans augmentation des complications maternelles qui auraient pu en découler, sans plus de pré éclampsies.

Pas de conséquence néfaste pour le fœtus d'un contrôle tensionnel strict.

# CHAPS NEJM 2022

- HTA chronique légère à modérée
- Inclusion: PAs 140 – 160. PAd 90 - 110mmHg.
- Critère principal composite:  
Pré éclampsie / HRP / prématurité avant 37 SA / Mort in utéro / Décès neonat.
- Traitement: Labétolol, Nifédipine.

## CHAP Résultats

Critère composite atteint significativité.

30% vs 37% 0.82 (95% 0.7-0.9  $p < 0.001$ )

Soit 14 femmes à traiter pour éviter un évènement.

Différence « tirée » vers la significativité par la diminution du risque de pré éclampsie et de prématurité.

1<sup>ère</sup> étude à montrer une diminution du risque de pré éclampsie

Et sans retentissement sur le critère de sécurité fœtale.

(Pas plus de RCIU).

# CHAPs

- **Population étudiée:**
  - 47.5% de noires américaines
  - Très faible % de caucasiennes non hispaniques.
  - BMI médian 37.6

Population à plus haut risque de complications maternelles de l'HTA.

# Règles

Pour traiter une HTA, qu'elle soit chronique ou gravidique.

- Ne jamais chercher à trop bien faire
  - Ne pas faire baisser brutalement les chiffres tensionnels
  - Ne pas avoir un objectif tensionnel trop bas  
(Réseau placentaire résistif. Une chute de PA peut aboutir à une baisse du débit de perfusion placentaire et être nocive pour le foetus).
- Pas de régime désodé.

- 
- $TA \geq 160/110$  mmHg
  - Entre 140 et 160 de systolique et 90 et 100 de diastolique. Je traite.
  - $TA \leq 140$  de systolique et  $\leq 90$  de diastolique.

Abstention thérapeutique sauf cas particuliers

Surveillance. Automesure tensionnelle.

*(TA Bien équilibrées avant la grossesse, je poursuis le traitement. Vigilance).*

- Vigilance du post-partum immédiat

Anti  
hypertenseurs et  
allaitement

- Labétolol
- Propranolol
- Nicardipine
- Captopril, Enalapril, Quinapril en l'absence de prématurité.

Faible passage dans le lait maternel;

## Règles générales

- Pas de régime désodé.
- Exercice physique adapté recommandé.
- Ne jamais chercher à faire baisser brutalement ou trop profondément les chiffres (quelque soit le niveau de pression).
- HTA c : Pas d'indication aux anti agrégants plaquettaires préventifs.