

Prise en charge d'une patiente ayant une HTA pré-existante à la grossesse

B. Haddad

CHI Créteil

Deux situations diagnostiques

L' hypertension chronique

essentielle ou idiopathique

secondaire

Deux situations cliniques

L' HTA essentielle peut être modérée ou sévère

L' hypertension chronique

Incidence: 1-5 %

Idiopathique (90 %)

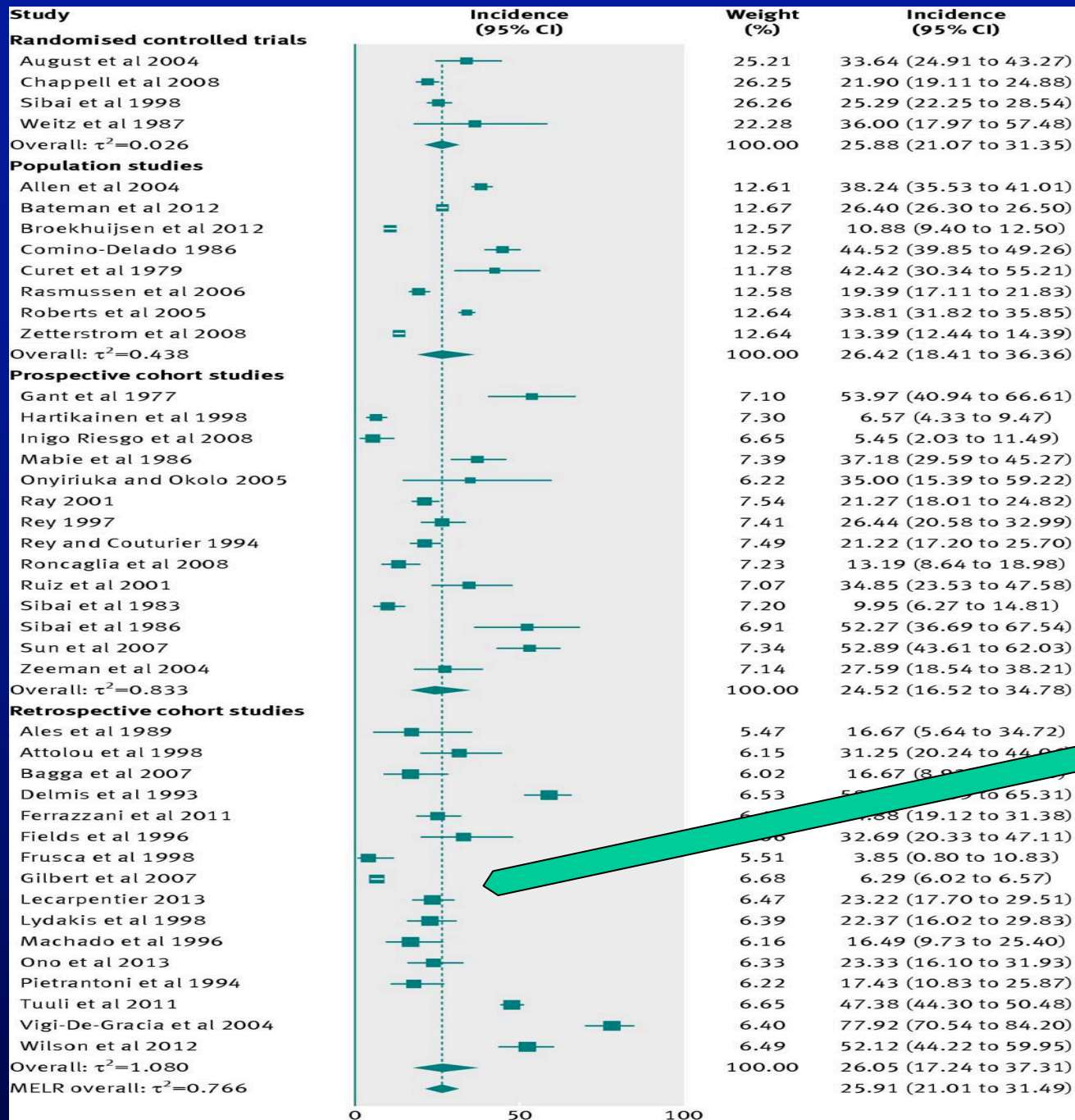
2,5 % Africaine-Américaine, et 1 % autres ethnies Samadi

Fonction de l' âge Burt

| | |
|----------------------|-------------------|
| Chez les Africaines: | 1,9 % à 20-29 ans |
| | 5,7 % à 30-39 ans |

| | |
|-----------------|-------------------|
| Autres groupes: | 0,9 % à 20-29 ans |
| | 5,2 % à 40-49 ans |

Complications maternelles



Préclampsie

25,9%

RR: 7,7 (5,7-10,1)

Créteil-PR

Bramham, 2014

PE surajoutée: 4,2 % - 52 % Haddad, Sibai

CHTN modérée: 4,8 % - 15,6 %

CHTN sévère : 28,2 % - 52 %

PE surajoutée : 25 % Sibai, Lecarpentier

Indépendante:

age maternelle (< or > 35 ans),
ethnicité,
protéinurie à < 26 SA

Dépend:

durée de CHTN (> 4 ans),
ATCD PE,
PAD > 100-110 mmHg,
PAM \geq 95 mmHg

HRP: 0,5-10 % Haddad, Sibai, Lecarpentier

CHTN modérée: 1,5 % à 2 %

CHTN sévère: 1,9 % à 9,5 %

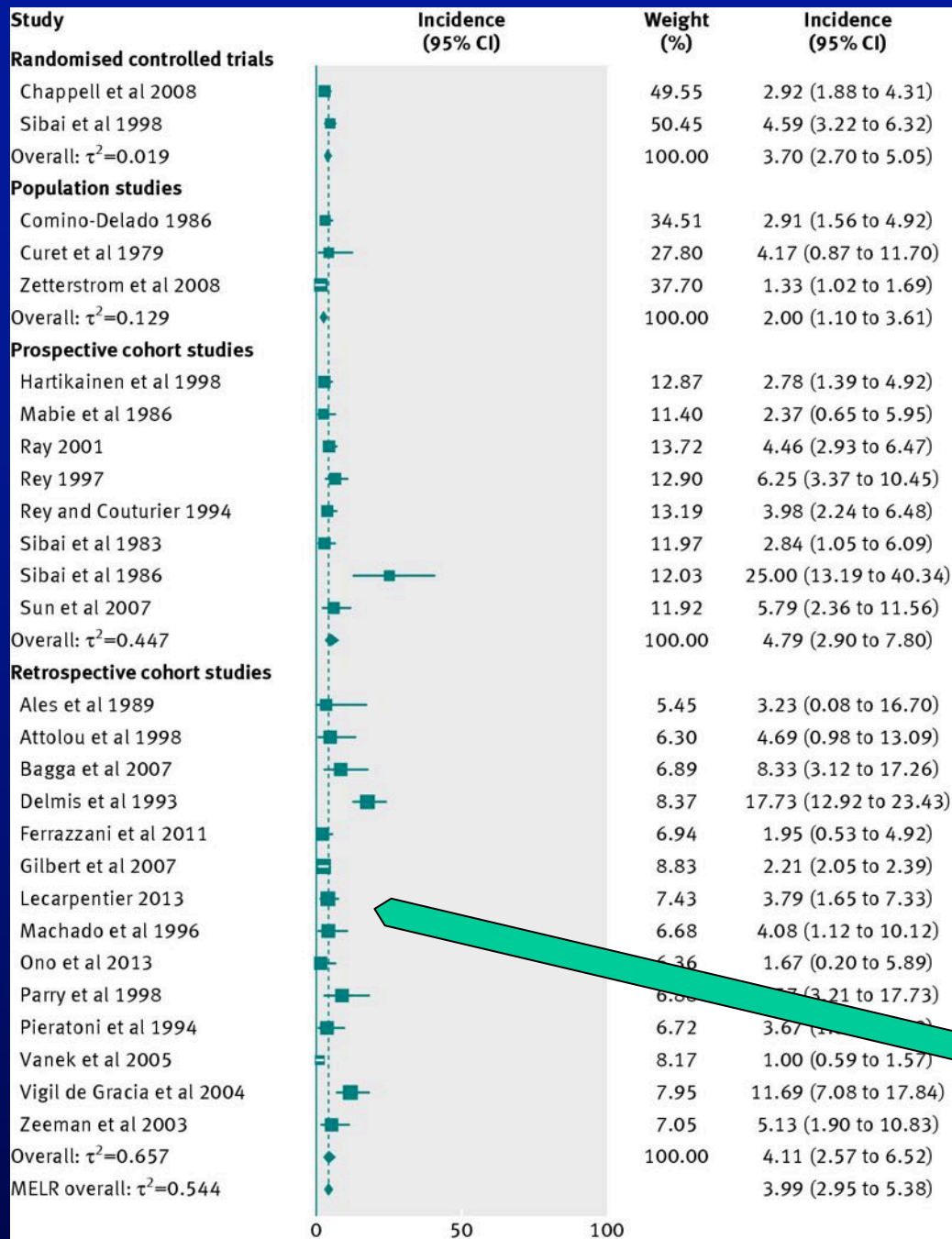
HRP: 1,5 % Sibai

indépendant de l'âge (< ou > 35 ans),
la PAD (> 100 mmHg),
la durée de l'HTA (>4 ans),

dépendant de la PE surajoutée
(3 % vs. 1 %).

Complications Périnatales

Corrélées aux complications maternelles



Mortalité périnatale

3,99%

RR: 4,2 (2,7-6,5)

Créteil-PR

Bramham, 2014

Mortalité périnatale

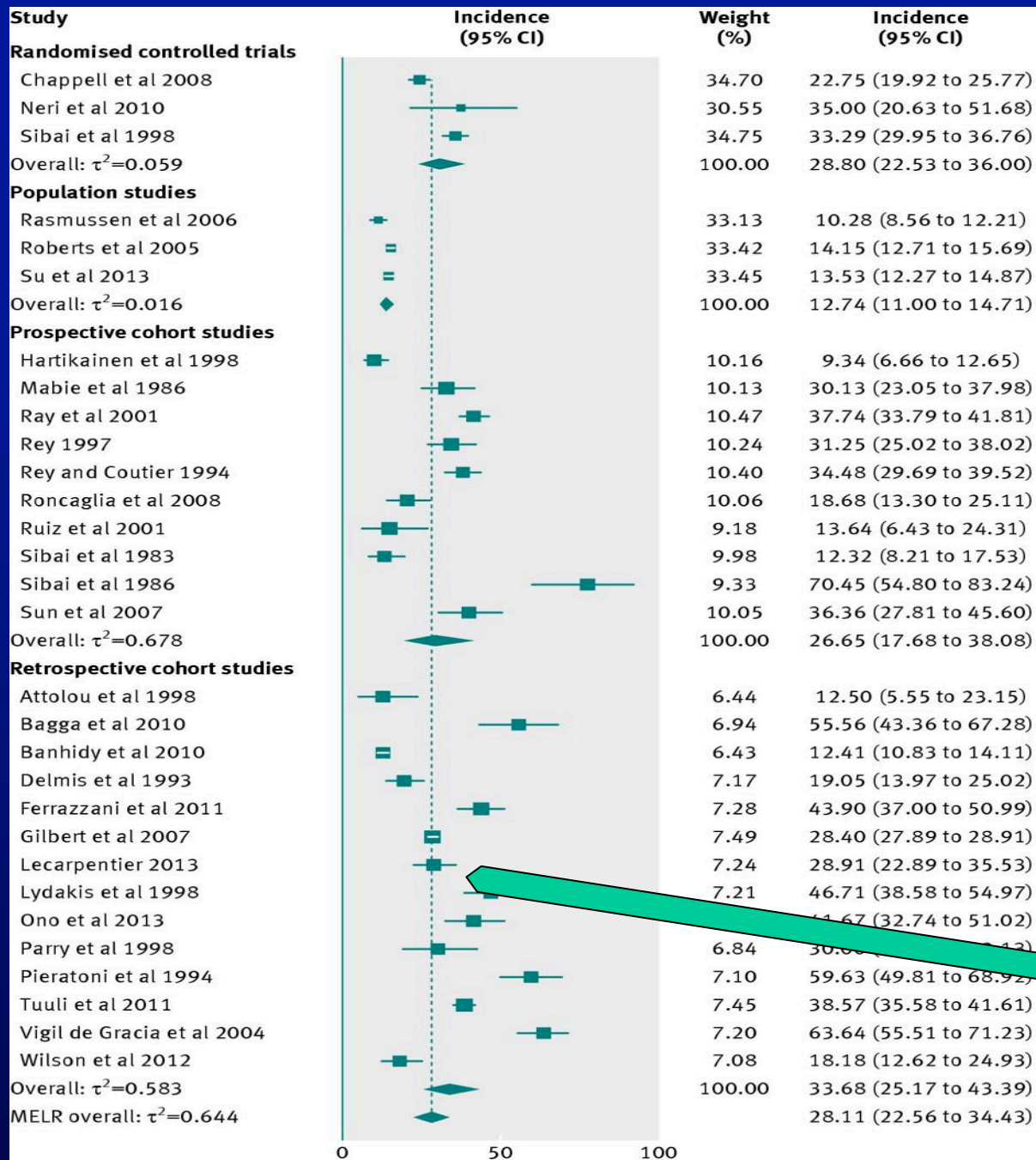
x 2-4 par rapport à la population générale

Rey, Ananth, Jain, Bramham

Étude prospective portant 337 grossesses:

MPN 45/1000 comparée à 12/1000 Rey

Facteur de risque: PE surajoutée (8 % vs. 4 %) Sibai



Prématurité

28,11%

RR: 2,7 (1,9-3,6)

Créteil-PR

Bramham, 2014

Prématurité

Facteurs de risque

62 % CHTN sévère vs 16 % CHTN modérée McCowan

PE surajoutée (56 % vs. 25 %) Sibai

Protéinurie précoce (<26 SA) (53 % vs. 31 %) Sibai

Retard de croissance intra-utérin

Facteurs de risque

31 % CHTN sévère vs 11 % CHTN modérée ^{McCowan}

Protéinurie précoce (<26 SA) (23 % vs. 10 %) ^{Sibai}

Faut-il traiter
les hypertendus chroniques

Essais randomisés analysant l'intérêt des traitements antihypertenseurs chez les patientes enceintes ayant une HTA chronique modérée.

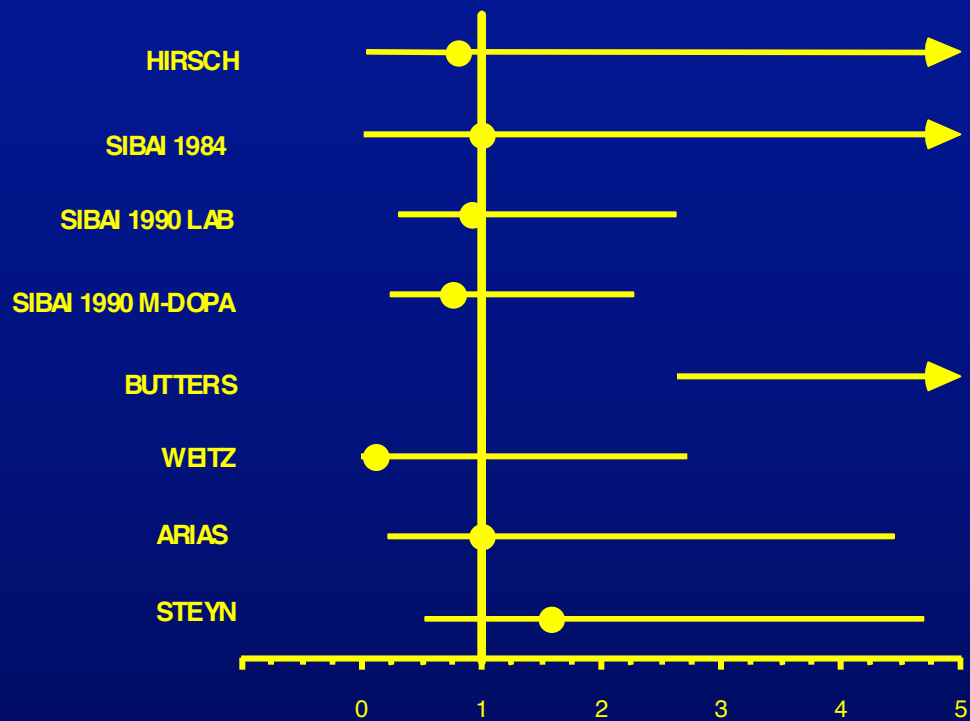
| | # | Terme (SA) | PAD (mmHg) | Traitement |
|-------------------------|-----|------------|------------|-------------------------------|
| Sibai et al aucun | | 263 | < 11 | 92,91,91 M vs. l vs. |
| Arias and Zamora | 58 | 15 - 16 | 90-99 | M, d, h vs. aucun |
| Redman et al | 208 | 21 - 22 | 88,90 | M ± h vs. aucun |
| Weitz et al placebo | | 25 | < 34 | 90 M vs. |
| Leather et al | 47 | < 20 | 107 | M ± d ± h vs. aucun |
| Sibai et al | | 20 | 9 - 13 | 93 D vs. aucun |
| Butters et al | 29 | 16 | 86 | A vs. placebo |
| Steyn and Odendaal | 138 | 12 - 19 | - | Ketanserin+ASA vs placebo+ASA |
| Hirsch et al placebo | | 30 | <35 | 91,90 Pindolol vs |
| Welt et al | 16 | 19 - 22 | | M, h, ou d vs placebo |
| Hogstedt et al * | 161 | 29 - 31 | 91,91 | Metoprolol+h vs aucun |
| Plouin et al † | 176 | 25 - 26 | 94,96 | L vs m |
| Anonymous ‡ | 283 | 24 | 96,95 | Nifedipine vs. aucun |

* 19 %, † 33 %, and ‡ 47 % des patientes ont une CHTN.

Sibai, 1990

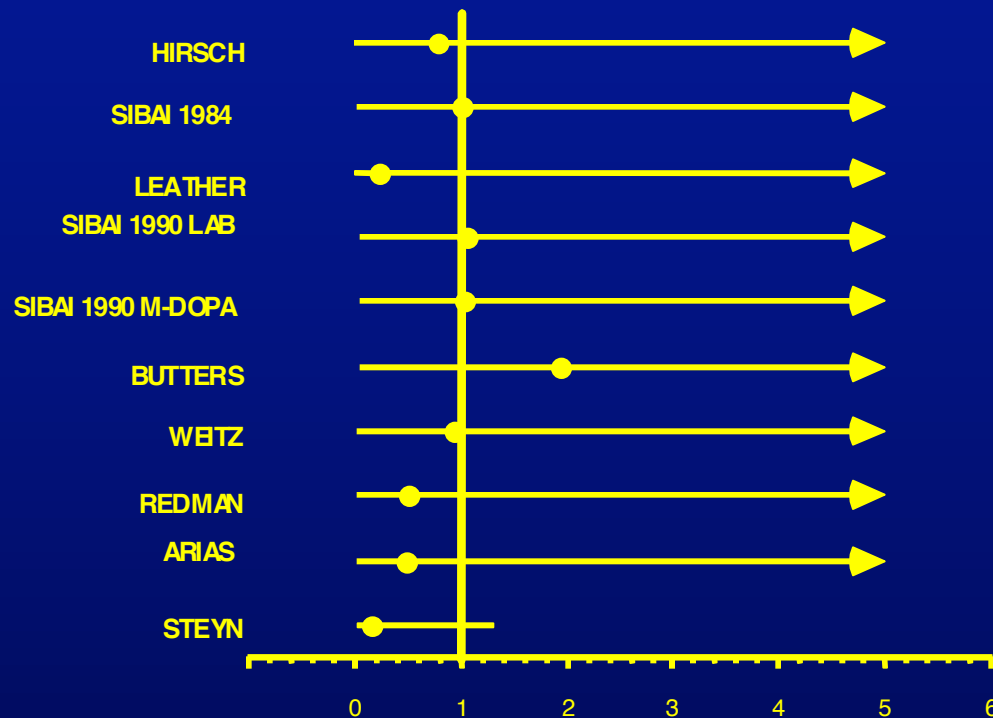
| | Aucun n=90 | Methyldopa n=88 | Labetalol n=86 |
|----------------------|---------------|--------------------|-------------------|
| PE (%) | 16 | 18 | 16 |
| HRP (%) | 2 | 1 | 2 |
| Terme (SA) | 39 | 38,6 | 38,7 |
| Poids (g) | 3123 | 3051 | 3068 |
| Prématurité (%) | 10 | 13 | 12 |
| RCIU (%) | 9 | 7 | 8 |
| MPN (%) | 1 | 1 | 1 |
| Bradycardie néonatal | 0 | 0 | 0 |

Comparaison (odds ratios) des taux de retard de croissance intra-utérin entre patientes traitées et patientes contrôles



Haddad et Sibai, 2000

Comparaison (odds ratios) des taux de mortalité périnatale entre patientes traitées et patientes contrôles



Haddad et Sibai, 2000

Atenolol et RCIU ^{Butters}

Étude prospective randomisée, CHTN modérée

29 patientes incluses à 15,9 SA

Atenolol vs. Placebo

2620 g vs. 3530 g

RCIU: 67% vs. 0%

Atenolol et RCIU Lydakis

Étude rétrospective

Atenolol (78) vs. aucun traitement (91)

Terme de naissance: 36,8 vs. 37,9 SA

Poids de naissance: 2372 vs. 3068 gr, $p < 0,05$

RCIU: 49 % vs. 21 %, $p < 0,01$

RCIU fonction du début du traitement ($p = 0,01$)

| | |
|-------------|-----|
| < 20 SA, | 70% |
| 20 - 30 SA, | 30% |
| > 30 SA, | 39% |

Comparaison entre hypertendues chroniques modérées traitées et non traitées ^{Magee}

Moins d'évolution vers l'hypertension sévère

de rajout d'un autre anti-hypertenseur

Indications du traitement anti-hypertenseur

HTA sévère
HTA modérée avec signes
Fonctionnels ou signes de gravité] → traitement

HTA modérée sans signes fonctionnels ou
signes de gravité

pas de traitement systématique

Toujours éviter une sur-correction

CHTN à haut risque

Hypertension sévère <20 SA (PAS \geq 160 mmHg et/ou PAD \geq 110 mmHg) seule ou

Hypertension modérée <20 SA associée à

- ATCD MFIU
- ATCD PE
- âge > 40 ans
- durée de l'HTA \geq 4 ans
- pathologie néphrologique
- DID
- cardiomyopathie
- pathologie auto-immune
- coarctation
- rétinopathie

 Traitement



Effets secondaires

Atenolol (RCIU)

IEC: revue de 85 « case reports » avant 1989 ^{Hanssens}

IEC après 16 SA

anurie, 15%,
oligoamnios, 14%.

Inhibiteur calcique

céphalées, 10-20%

Exemples de traitement médicamenteux

Alpha methyl dopa: 250 mg * 3

Labetalol: 200 mg * 3

Nicardipine Lp: 50 mg

A revoir 1 semaine après le début du traitement
pour adaptation et tolérance

Ne pas accepter une PA < 120/70 en permanence

Post-partum

si l'HTA s'y développe ou
qu'elle persiste après l'accouchement?

Exemples de traitement médicamenteux

Alpha methyl dopa: 250 mg * 3

Labetalol: 200 mg * 3

à privilégier si allaitement

Rechercher les signes de prééclampsie

A revoir 1 semaine après la sortie
pour contrôle (MT)

Discuter de la contraception

Traitement médicamenteux de l'HTA sévère

Traitement médicamenteux de l'HTA sévère

Labetalol IV: Bolus 20-40 mg, 15 min

Nicardipine IV: Bolus 0,5 - 1 mg, 5 min

Urapidil: Bolus 12,5-25 mg

Di-Hydralazine n'est plus utilisée en France