

Hypertensions artérielles et grossesse : un consensus français pour optimiser nos pratiques.

Anne-Laure Madika¹ Claire Mounier-Vehier¹

Pour le groupe d'experts : Jacques Amar¹, Jean-Marc Boivin¹, Thierry Denolle¹, Jean-Pierre Fauvel¹, Geneviève Plu-Bureau², Vassilis Tsatsaris², Jacques Blacher¹.

Correspondance: clairemouniervehier@orange.fr; Univ. Lille, CHU Lille, Médecine Vasculaire et HTA, Institut Cardio-Pulmonaire, F-59000 Lille, France.

Mots clés: hypertension artérielle, grossesse, pré-éclampsie, HELLP syndrome, automesure tensionnelle, mesure ambulatoire de pression artérielle, traitement, parcours de soins, post-partum, contraception, hypertension artérielle chronique, accident vasculaire cérébral, risque cardio-vasculaire, décès.

Key words: Hypertension, pregnancy, preeclampsia, HELLP syndrome, home blood pressure measurement, ambulatory blood pressure measurement, treatment, coordinated healthcare, post-partum, contraception, chronic hypertension, stroke, cardiovascular risk, death.

Lien d'intérêt : aucun avec le sujet de cet article

Liens d'intérêts : Claire Mounier-Vehier a, sur les 5 dernières années, assuré des missions de conseil, de formation et a bénéficié de prises en charge logistiques pour les réunions scientifiques avec les industriels suivants : Ardix-Therval, Astra-Zénéca, Bayer Pharma-BTP-Pro-BTP, Boehringer-Ingelheim, Daichi-Sankyo, Leo Pharma, Novartis-Pharma, Novonordisk, MSD, Resmed.

Les hypertensions artérielle (HTA) de la grossesse sont fréquentes (une grossesse sur 10), débutant au cours de la première grossesse et de révélation tardive, à partir du deuxième trimestre de la grossesse. Elles sont le symptôme d'un trouble de la placentation, survenant entre 12 et 16 semaines d'aménorrhée (SA). Il s'en suit une dysfonction endothéliale généralisée avec des complications maternelles et fœtales, parfois létales.

La gravité potentielle des HTA de la grossesse, le risque de récurrence lors d'une nouvelle grossesse, le risque pour la mère de développer une HTA chronique ou une autre complication cardio-cérébro-vasculaire a incité la Société Française d'hypertension artérielle (SF HTA) et le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) à élaborer un consensus de 22 recommandations simples et pratiques pour aider les professionnels à améliorer la prise en charge des HTA de la grossesse. Des innovations de soins comme le carnet de suivi, la consultation d'information et d'annonce après l'accouchement et la consultation pré-conceptionnelle sont proposées pour améliorer sur le long terme la prise en charge de ces femmes à risque.

Les experts français insistent sur le fait qu'il n'y a pas « une » seule HTA au cours de la grossesse mais « des » HTA de mécanismes et de conséquences différents pour la mère et le fœtus. L'HTA gestationnelle et du post-partum immédiat (6 semaines après l'accouchement) est définie par une pression artérielle systolique (PAS) ≥ 140 mm Hg ou une pression artérielle diastolique (PAD) ≥ 90 mm Hg avec des mesures cliniques. L'HTA gestationnelle, survient pendant ou après la 20^{ème} SA. L'HTA chronique est définie par une PAS ≥ 140 mm Hg ou une PAD ≥ 90 mm Hg avant la grossesse ou avant la 20^{ème} SA. La pré-éclampsie (PE) est l'apparition d'une HTA et d'une protéinurie après 20 SA. Une PE est sévère lorsqu'elle s'accompagne de signes cliniques témoignant d'une souffrance viscérale (hépatique, rénale, cérébrale, myocardique). Une PE se développe dans 1 à 2% des grossesses, mais beaucoup plus fréquemment (jusqu'à 34%) en présence de facteurs de risque rapportés dans le consensus. Le consensus français considère la mesure ambulatoire (automesure et mesure des 24H) comme un outil très utile pour s'affranchir d'une réaction d'alarme et éviter tout traitement inutile. Les experts ont retenu le même seuil tensionnel que chez la femme non enceinte (moyennes des 18 mesures selon la règle des trois ou mesure diurne de la mesure ambulatoire) avec une PA $\geq 135/85$ mm Hg.

Il convient par contre que les relevés d'automesure soient lus immédiatement par un professionnel de santé qui connaissent bien l'HTA de la grossesse, en espérant à court terme plus développer la télétransmission dans l'automesure.

Les questions des praticiens sont récurrentes sur le traitement de l'HTA pendant la grossesse, la cible tensionnelle, l'utilisation ou non des mesures ambulatoires de pression artérielle, la prescription de l'aspirine, ou encore la gestion du post-partum. Le consensus Français insiste sur le fait que les prises en charge des HTA au cours de la grossesse doivent être différentes selon que la femme est hypertendue chronique, qu'il s'agisse d'une nouvelle grossesse avec des antécédents de pré-éclampsie ou qu'il s'agisse d'une femme primipare initialement normotendue. Il n'y a pas de traitement curatif spécifique de la PE hormis l'interruption de la grossesse. Par contre, le traitement de l'HTA au cours des 6 premiers mois de grossesse cherche essentiellement à éviter les complications maternelles de l'HTA sans être délétère pour la croissance foetale. Toutes les HTA sévères doivent être traitées. Dans l'HTA légère à modérée, un traitement sera discuté chez les patientes à haut risque cardio-vasculaire (CV). Suite à l'essai randomisé CHIPS, le consensus français a retenu comme objectif tensionnel, pour toutes, une PAS inférieure à 160 mm Hg et une PAD comprise entre 85 et 100 mm Hg. Pour le choix des familles thérapeutiques, les auteurs du consensus se sont basés sur les informations du centre de référence des agents tératogènes (CRAT.fr). Le traitement pharmacologique repose sur quatre molécules en première intention (classés par ordre alphabétique): alpha méthyl dopa, nicardipine, nifedipine, labétalol. Le choix de la molécule se fera en fonction du terrain. Les thiazidiques ne sont pas recommandés dans le traitement de la pré-éclampsie. Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion, les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II et l'aliskiren ne doivent pas être utilisés quel que soit le trimestre de la grossesse et sont contre-indiqués au 2^{ème} et 3^{ème} trimestres de grossesse soulignant la valeur ajoutée des consultations pré-conceptionnelles pour adapter les traitements chez la femme hypertendue chronique. Il n'y a pas d'indication à proposer un régime désodé strict ou un repos strict couché. Il ne faut pas non plus proposer de régime amaigrissant pendant la grossesse. Par contre le sevrage tabagique avec un accompagnement est une nécessité, les substituts nicotiques n'étant pas contre indiqués.

L'aspirine ne sera prescrite qu'en cas d'antécédent de PE ou équivalent dès l'échographie de datation et poursuivi au moins jusque 35 SA.

Le traitement antihypertenseur doit être adapté chez la femme qui allaite. La sélection des molécules doit se faire en référence à leur passage dans le lait maternel afin de minimiser l'impact sur le nouveau-né. Le groupe d'experts français préconise de s'appuyer sur le centre de référence sur les agents tératogènes (CRAT). Celui-ci autorise pendant l'allaitement les molécules suivantes: labétalol, propranolol, nifedipine, nicardipine, méthyldopa, benazepril, enalapril, captopril, quinapril. Toutefois, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion sont contre-indiqués si l'enfant allaité est né prématuré ou s'il a une insuffisance rénale. Le traitement antihypertenseur sera ensuite adapté en fonction de l'évolution de la PA à distance de l'accouchement. La contraception ne devra pas contenir d'oestrogènes de synthèse jusque 6 semaines après l'accouchement et devra tenir compte de l'HTA résiduelle et du risque cardio-vasculaire et métabolique associés.

A plus long terme, comme les autres sociétés savantes, le consensus Français considère les HTA de la grossesse comme un facteur de risque émergent spécifique d'HTA chronique, d'accidents coronaires, d'accidents vasculaires cérébraux, d'insuffisance rénale chronique et de mortalité cardio-neuro-vasculaire. Le risque de complications est d'autant plus important que la grossesse se sera compliquée d'accidents à la fois maternels et foetaux ou encore survenus précocement pendant la grossesse. Paradoxalement, l'information de ces femmes à risque est insuffisante par méconnaissance et par manque de sensibilisation des professionnels de santé. Les antécédents obstétricaux sont peu pris en compte dans le suivi à distance de ces femmes à risque. L'éducation de ces femmes est ainsi un enjeu majeur de prévention en les incitant à optimiser leur hygiène de vie avec un suivi coordonné. Le Consensus Français souligne l'opportunité de mettre en place des parcours de soins structurés, qui outre le suivi de ces femmes, visent aussi à améliorer les pratiques des professionnels de santé.

Référence

- Mounier-Vehier C, Amar J, Boivin JM, Denolle T, Fauvel JP, Plu-Bureau G, Tsatsaris V, Blacher J. Hypertension artérielle et grossesse. Consensus d'experts de la Société française d'hypertension artérielle, Filiale de la Société française de cardiologie. *Presse Med.* 2016;45(7-8 Pt 1):682-99.
- Magee LA, von Dadelszen P, Rey E, Ross S, Asztalos E, Murphy KE, Menzies J, Sanchez J, Singer J, Gafni A, Gruslin A, Helewa M, Hutton E, Lee SK, Lee T, Logan AG, Ganzevoort W, Welch R, Thornton JG, Moutquin JM. Less-tight versus tight control of hypertension in pregnancy. *N Engl J Med.* 2015 ;372(5):407-17.
- Sénat MV, Sentilhes L, Battut A, Benhamou D, Bydlowski S, Chantry A, Deffieux X, Diers F, Doret M, Ducroux-Schouwey C, Fuchs F, Gascoin G, Lebot C, Marcellin L, Plu-Bureau G, Raccah-Tebeka B, Simon E, Bréart G, Marpeau L. Post-partum: Guidelines for clinical practice--Short text. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2015;44(10):1157-66.