

Rappel

Définitions

HTAG = HTA = apparition après 20 SA isolée, sans protéinurie ; jusqu'à 6 semaines dans le PP.

HTAC = HTA chronique =
 . préexistante à la grossesse
 ou
 . découverte avant 20 SA, persistante après 6 semaines dans le PP.

Protéinurie : recherche par recueil urinaire au moins 1 fois/mois chez toute femme enceinte. Si protéinurie positive (« 1 croix » ou $\geq 0,30\text{g/ml}$), il est recommandé de chercher le ratio P/C.

Rapport protéinurie/créatinurie : (ratio P/C) :

- P/C $< 30\text{mg/mmol}$ = pas de protéinurie. Si HTAG, pas de PE.
- $30 \leq \text{P/C} < 60$ = « zone d'ombre », faire une protéinurie des 24h (pathologique si $\geq 0,3\text{g/24h}$).
- P/C $\geq 60\text{mg/mmol}$ = protéinurie pathologique. Si HTAG, PE avérée.

DIAGNOSTIC D'HTAG

PAS* $\geq 140\text{ mmHg}$ et/ou PAD* $\geq 90\text{ mmHg}$

À confirmer par AMT* ou MAPA*
Recherche de protéinurie

AMT :
PAS $< 135\text{ mmHg}$ et PAD $< 85\text{ mmHg}$:
HTA blouse blanche

Surveiller PA et protéinurie

AMT :
PAS $\geq 135\text{ mmHg}$ et PAD $\geq 85\text{ mmHg}$:
HTA de la grossesse

Protéinurie non significative et absence
de signe clinique d'alerte*

Surveiller PA et protéinurie tout au long de la grossesse

HTA légère à modérée
PAS entre 140 et 159 mmHg
et/ou PAD entre 90 et 109 mmHg
sans FDR**

Surveiller PA et protéinurie

HTA légère à modérée
PAS entre 140 et 159 mmHg
et/ou PAD entre 90 et 109 mmHg
avec FDR**

Instaurer un traitement
anti-HTA

HTA sévère
PAS $\geq 160\text{ mmHg}$
et/ou PAD $\geq 110\text{ mmHg}$

Instaurer **sans délai**
un traitement anti-HTA

Traitements anti-HTA par voie orale
autorisés pendant la grossesse :
Labétalol (Trandate®)
Nifédipine (Adalate®)
Nicardipine (Loxen®)
Métyldopa (Aldomet®)

Objectifs :

- PAS $< 160\text{ mmHg}$ pour protéger le cerveau maternel,
- $85\text{ mmHg} < \text{PAD} < 100\text{ mmHg}$ pour assurer la perfusion placentaire.

*PA = Pression Artérielle

*PAS = Pression Artérielle Systolique

*PAD = Pression Artérielle Diastolique

*AMT = AutoMesure Tensionnelle.

*MAPA = Mesure Ambulatoire diurne de la PA sur 24 heures.

**FDR = Facteurs de risques : maladie cardio-vasculaire, maladie rénale chronique, diabète antérieur à la grossesse, niveau de risque cardio-vasculaire élevé (tabagisme + dyslipidémie + hérédité cardio-vasculaire).

*Signe clinique d'alerte = SF HTA : céphalées, phosphènes, acouphènes, œdèmes

Pour toute information complémentaire : www.repere.re

GROSSESSE

Proposition de surveillance materno-fœtale

Suivi de grossesse adapté au niveau de risque identifié (HAS) :

- **HTAG** = Avis A2 « le suivi régulier peut être assuré par une SF ou un médecin, mais l'avis d'un GO est nécessaire. L'avis complémentaire d'un cardiologue peut également être nécessaire. »
- **HTAC ou antécédent de PE** = Suivi B « le suivi régulier doit être assuré par un GO ».

	CONSULTATION	CLINIQUE	BIOLOGIE	ECHO	RCF
< 28 SA	1 à 2 / mois ex : 1 Cs médicale +/-1 SFAD*	BU Mesures TA par SFAD et/ou AMT Recherche signes fonctionnels HTA/PE	Mensuelle Bilan HTA* Prot des 24h ou ratio P/C	Mensuelle dès 22 SA	Non systématique
28 - 36 SA	2/mois à 1/semaine ex : 1Cs médicale + 1 Cs SIG* + SFAD		Bimensuelle (voire hebdomadaire)	Biométries LA Doppler ombilical +/-cérébral	2/mois ou 1/semaine
> 36 SA	Mini 1/semaine Intérêt de la Cs SIG		Bilan HTA* Prot des 24h ou ratio P/C		1 à 2/semaine

Patiente informée des signes cliniques l'amenant à consulter

*Bilan HTA, à réaliser si HTAG mal ou non contrôlée = ratio P/C, NFS, Plaquettes, coag (TP, TCA, fibrinogène), Transaminases (ALAT, ASAT), ionogramme (créat, urée, uricémie).

A tout moment, si la protéinurie se positive ou si signes cliniques d'alerte
→ hospitaliser en urgence en centre obstétrical spécialisé.

SIG = Surveillance Intensive de Grossesse (surveillance ambulatoire en centre obstétrical spécialisé - anciennement «HDJ»), SFAD = Sage-Femme à Domicile

POST-PARTUM (PP)

- Surveillance PA bi-hebdomadaire pendant les 2-3 premières semaines du PP.
- Consultation médecin dans les 2-3 premières semaines du PP.
- Traitement anti-HTA à poursuivre si persistance HTA sévère (PAS $\geq$ 160 mmHg et/ou PAD $\geq$ 110 mmHg).
- Visite post-natale à 6 semaines avec GO.
- Si HTA > 6 semaines (=HTAC) => consultation cardiologue pour bilan étiologique HTA, évaluation FDR cardio-vasculaires et rénaux.
- Consultation néphrologue si HTA > 3 mois ou protéinurie persistante.
- Surveillance tensionnelle au long cours (persistance sur-risque cardio-vasculaire et rénal).
- Informer sur intérêt d'une consultation pré-conceptionnelle si HTAG/HTAC/Prééclampsie pour tout projet de nouvelle grossesse.

CONTRACEPTION

- Si HTA persistante non stabilisée > 6 semaines (HTAC) => contraception œstro-progestative contre-indiquée.
- Si normalisation HTAG sans traitement => contraception œstro-progestative autorisée si pas d'autres FDR.

MOLÉCULES ANTI-HYPERTENSIVES PAR VOIE ORALE AUTORISÉES EN COURS D'ALLAITEMENT MATERNEL

- Bêta-bloquants : labétalol (Trandate®) et propranolol (Avlocardyl®).
- Inhibiteurs calciques : nifédipine (Adalate®) et nicardipine (Loxen®).
- Antihypertenseurs centraux : méthildopa (Aldomet®).
- Inhibiteurs de l'enzyme de conversion (captopril, énalapril, bénazépril, quinapril) peuvent être utilisés chez la femme qui allaite, sauf si l'enfant allaité est né prématuré ou s'il a une insuffisance rénale.

Pour toute information complémentaire : www.repere.re