

Rappel

**Définitions de l'HTA au cours de la grossesse (>20 SA)**

**HTAG :** PAS  $\geq$  140 mmHg et/ou PAD  $\geq$  90 mmHg

**HTAG légère :** PAS = 140-159 mmHg  
**modérée** et/ou PAD = 90-109 mmHg

**HTAG sévère :** PAS  $\geq$  160 mmHg  
 et/ou PAD  $\geq$  110 mmHg

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

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

- P/C < 30mg/mmol = pas de protéinurie. Si HTAG, pas de PE.
- P/C  $\geq$  30 mg/mmol = protéinurie pathologique. Si HTAG, PE avérée.

\*À ne pas réaliser sur les 1<sup>ères</sup> urines du matin.

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

**APPARITION APRÈS 20 SA :**

**HTA (contrôlée ou non)**

PAS  $\geq$  140 mmHg et/ou PAD  $\geq$  90 mmHg



**Protéinurie**

ratio P/C  $\geq$  30 mg/mmol ou protéinurie  $\geq$  0,3g/24h



Adresser immédiatement vers un établissement disposant d'un service de soins critiques

- **En niveau 3** (CHU Réunion site Nord et site Sud)
- **En niveau 2B** (CHOR)

Si la maternité n'est pas adaptée à l'AG, à l'EPF ou à l'état maternel, un transfert materno-fœtal (TMF) doit être envisagé. En cas d'urgence majeure (SFA, PE sévère...), l'extraction fœtale sans délai est indiquée, le TMF maternel et/ou pédiatrique sera secondaire.



**DIAGNOSTIC PE CONFIRMÉE**

Surveillance materno-fœtale en intra-hospitalier recommandée jusqu'à la naissance

Pré Éclampsie Non Sévère / Simple	Pré Éclampsie Sévère
<p><b>HTA légère ou modérée + protéinurie significative.</b>                      Absence de tous les critères cliniques et biologiques définissant une PE sévère. Évolue dans 10 % des cas vers une PE sévère.</p>	<p><b>PRÉ ECLAMPSIE (HTAG + PROTÉINURIE)</b>  <b>ET, au moins un des critères suivants :</b>  <b>HTA sévère</b> (PAS <math>\geq</math> 160mmHg et/ou PAD <math>\geq</math> 110mmHg) ou non contrôlée, Et/ou  <b>Atteinte rénale :</b> protéinurie &gt; 3g/24H, oligurie <math>\leq</math> 500ml/24h ou <math>\leq</math> 25mL/h ou créatinémie <math>\geq</math> 90<math>\mu</math>mol/L Et/ou  <b>Une douleur thoracique, une dyspnée, un OAP,</b> Et/ou  <b>Une douleur abdominale épigastrique et/ou de l'hypochondre droit « en barre» persistante ou intense,</b> Et/ou  <b>Cytolyse hépatique avec ASAT/ALAT &gt;2N</b> (brutale et non expliquée par autre cause), Et/ou  <b>Thrombopénie &lt; 100 000/mm<sup>3</sup></b> (brutale et non expliquée par autre cause) Et/ou  <b>Signes neurologiques persistants :</b> céphalées intenses résistantes au traitement, ROT vifs, diffusés et polycinétiques, troubles visuels ou auditifs persistants.</p>

**CRITÈRES CLINIQUES OU BIOLOGIQUES DE LA PE SÉVÈRE AVEC SIGNES DE GRAVITÉ :**

- PAS  $\geq$  180mmHg et/ou PAD  $\geq$  120mmHg,
- Une douleur abdominale épigastrique et/ou de l'hypochondre droit « en barre » persistante ou intense,
- Des céphalées sévères ne répondant pas au traitement, des troubles visuels ou auditifs persistants, un déficit neurologique, des troubles de la conscience, des ROT vifs, diffusés, et polycinétiques,
- Une détresse respiratoire, un OAP,
- Un HELLP syndrome,
- Une insuffisance rénale aigüe.

## A - POST-PARTUM IMMÉDIAT

- **Surveillance clinique et biologique rapprochée pendant au moins 48 heures** : surveillance PA + signes fonctionnels forme sévère PE + adaptation thérapeutique des antihypertenseurs.
- Vérifier la normalisation progressive des anomalies biologiques (bilan biologique vasculo-rénal et urinaire).
- **La PE étant un FdR thromboembolique** en post partum, mettre en place (si besoin) la thromboprophylaxie en fonction des autres FdR identifiés (obésité, atcd MTEV, césarienne, RCIU, ...).

*Rappel : l'inhibition de la lactation par cabergoline et autres dérivés de l'ergot de seigle est contre-indiquée.*

## B - SORTIE DE LA MATERNITÉ

- **Surveillance tensionnelle bi-hebdomadaire** (SF, IDE) et une consultation chez un médecin (MG, GO) sont recommandées dans les 2-3 premières semaines du post-partum, que le traitement anti-HTA soit poursuivi ou interrompu.
- **Visite post natale à 6 semaines indispensable (GO)**, vérifier normalisation tensionnelle et disparition de la protéinurie.
- **Recherche des anticorps antiphospholipides après une PE sévère et précoce**, et/ou en cas d'insuffisance placentaire retrouvée à l'examen anatomopathologique.
- **Bilan de thrombophilie héréditaire** si antécédents personnels ou familiaux de maladie veineuse thromboembolique, PE précoce, association RCIU sévère, HRP ou MFIU.
- **Bilan étiologique d'HTA** : prévoir une MAPA ; si persistance d'une HTA > 6 semaines, prévoir consultation cardiologue + évaluation et prise en charge des éventuels autres FDR cardio-vasculaires et rénaux.
- **Consultation de néphrologie** si protéinurie ou HTA persistant à 3 mois.
- Surveillance tensionnelle annuelle au long cours (persistance sur-risque cardio-vasculaire et rénal),
- **Contraception** :  
Au long cours, contraception œstroprogestative CI si HTA persistante ; possible si normalisation TA + absence d'anomalies biologiques + absence FDR cardio-vasculaire.

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

- **Bêta-bloquants** : labétalol (Trandate®) et propranolol (Avlocardyl®)
- **Inhibiteurs calciques** : nifédipine (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.

## PRÉVENTION :

**Place prépondérante des consultations pré-conceptionnelles ou en début de grossesse, en cas d'HTAC ou antécédent HTAG ou prééclampsie.**

- Supplémentation acide folique 0,4 mg/j, ou 5 mg/j si atcd et/ou diabète et/ou ttt antiépileptique et/ou obésité.
- Si HTAC, adapter le traitement anti-HTA (switch pour une molécule autorisée pendant la grossesse) + bilan complet (fonction rénale, ECG, échographie cardiaque < 1 an, fond d'œil) + bilan des autres FDR (recherche dyslipidémies, troubles glycémies, obésité, aide au sevrage addictions, ...),
- Si antécédent de pathologie vasculaire placentaire (atcd PE et/ou atcd RCIU vasculaire et/ou atcd MFIU et/ou atcd HRP).  
=> **prévention par aspirine (100-160mg/j le soir au coucher), à instaurer idéalement avant 16 SA, et à poursuivre jusqu'à 36 SA.**
- Suivi de grossesse adapté au niveau de risques identifié : => PEC adaptée précoce
  - ▶ antécédent 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 ».