

	HTAG		
	Réseau Périnatal de la Réunion	www.repere.re Onglet Protocoles Obst / NN	Création septembre 2019 Validation : Club PE 02/10/2019 ; MAJ 28/06/2021 ; 15/06/2023

Objectif – domaine d'application

- **dépistage et prise en charge de l'HTAG,**
- diminuer le risque de pré-éclampsie, dépister une évolution vers une pré-éclampsie,
- surveiller l'évolution maternelle et fœtale.

Abréviations - références

AG : âge gestationnel	HTAG : hypertension artérielle gestationnelle	PA : pression artérielle	SA : Semaines d'aménorrhée
ECT : enregistrement cardio-tocographique (monitoring)	IDE : infirmière	PAD : pression artérielle diastolique	SF : sage-femme
EPF : estimation du poids fœtal	LA : liquide amniotique	PAS : pression artérielle systolique	SFAD : surveillance sage-femme à domicile
FDR : facteur de risques	MAF : mouvements actifs fœtaux	PE : pré éclampsie	SIG : surveillance intensive de grossesse (HDJ)
FR : fréquence respiratoire	MAPA : mesure ambulatoire de la pression artérielle	RCF : rythme cardiaque foetal	VCT : variation à court terme du RCF
GO : gynécologue obstétricien	MG : médecin généraliste		

1 – Définitions – Diagnostic

A – Pression Artérielle :

La PA doit être mesurée :

- après au moins 5 minutes de repos,
- au bras (*les tensiomètres de poignet sont moins fiables*),
- en utilisant un appareil électronique huméral homologué, adapté à la morphologie de la patiente.

Que la femme soit enceinte ou non, l'HTA est définie par la constatation, à plusieurs reprises, d'une PAS \geq 140 mmHg et/ou d'une PAD \geq 90 mmHg.

Deux méthodes permettent de poser le **diagnostic d'HTA** : (*éliminer « effet blouse blanche »*)

- **l'automesure tensionnelle (AMT)** : « règle des 3 » = prendre 3 mesures le matin au petit déjeuner et 3 mesures le soir au coucher, 3 jours de suite. Le professionnel de santé doit faire au préalable une démonstration d'AMT. En dehors du cabinet médical, une PAS \geq 135 mmHg et/ou PAD \geq 85 mmHg est considérée comme pathologique.

Fiche d'AMT à retrouver en annexe.

- **la mesure ambulatoire de la PA sur 24 heures (MAPA).**

B – HTA Gestationnelle :

Définitions de l'HTA au cours de la grossesse (>20SA)	
HTAG	PAS \geq 140 mmHg et/ou PAD \geq 90 mmHg
HTAG légère à modérée	PAS = 140-159 mmHg et/ou PAD = 90-109 mmHg
HTAG sévère	PAS \geq 160 mmHg et/ou PAD \geq 110 mmHg

- ⇒ **apparition après 20 SA (sans antécédents), jusqu'à 6 semaines dans le post partum,**
- ⇒ **isolée, sans protéinurie.**

NB : HTA chronique (HTAC) = préexistante à la grossesse **ou** découverte avant 20 SA, persistante après 6 semaines dans le post partum.

C – Protéinurie :

Il est recommandé de rechercher une protéinurie par recueil urinaire au moins une fois par mois chez toute femme enceinte.

Si protéinurie positive (« 1croix » ou 0,30g/ml), il est recommandé de rechercher le ratio P/C.

Rapport protéinurie/créatinurie : => exclure les 1^{ères} urines du matin

P/C < 30 mg/mmol = pas de protéinurie. Si HTAG, pas de PE.

P/C ≥ 30 mg/mmol = protéinurie pathologique. Si HTAG, PE avérée (protéinurie des 24h alors inutile pour le diagnostic de PE).

2 – Parcours de soins :

Suivi et orientation femmes enceintes (recommandations HAS mai 2016) :

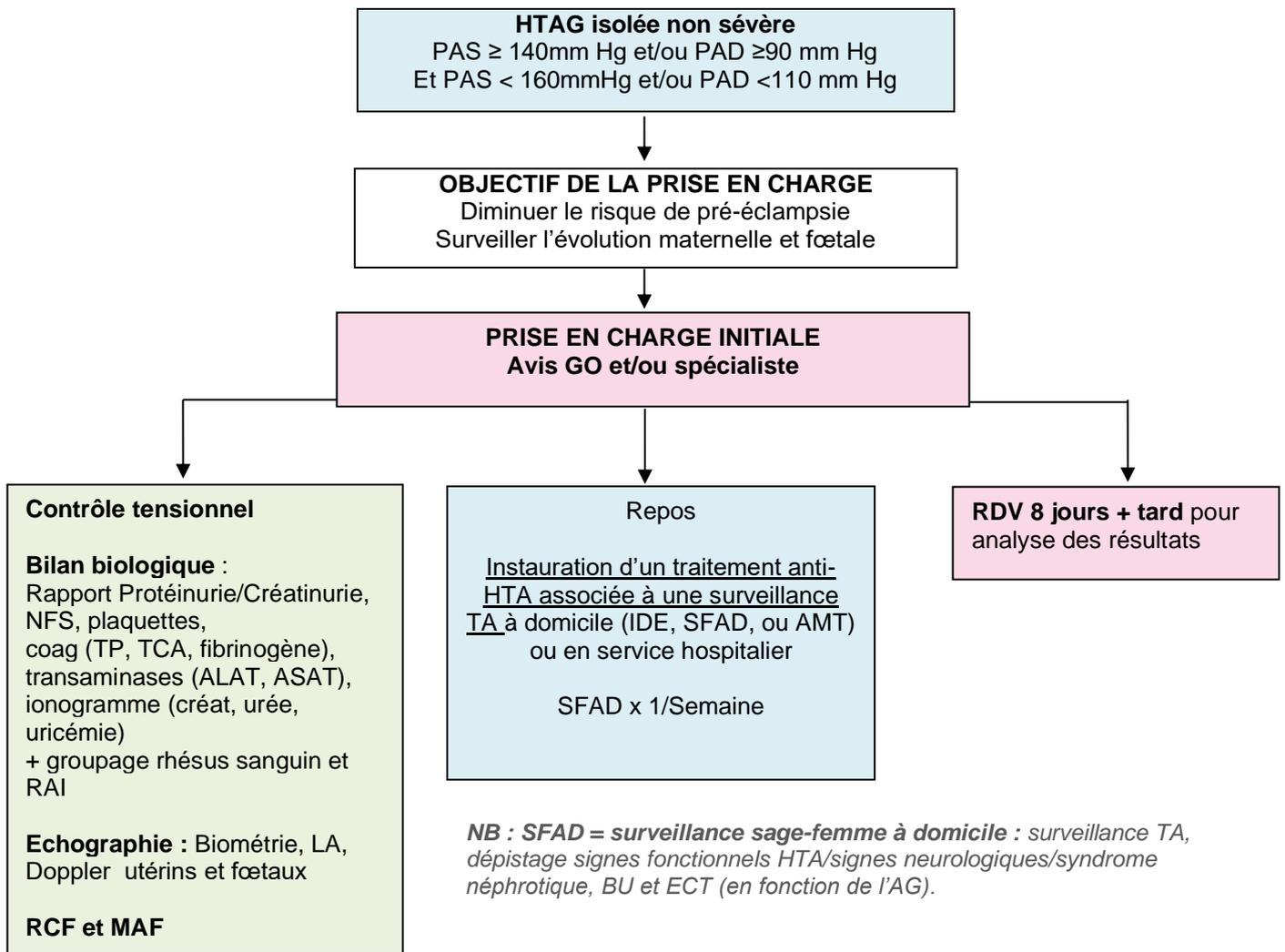
Si HTAC : suivi B (*suivi régulier par GO, en ville et/ou unité obstétricale*),

Si antécédents HTAG : suivi A2 (*avis GO et/ou spécialiste nécessaire, en ville et/ou unité obstétricale*),

Si antécédents PE / complications PE : suivi B,

Si HTAG : avis GO et/ou spécialiste nécessaire, puis proposition de surveillance en point 4.

3 – Prise en charge initiale :



Le traitement de l'HTA est initié si les modalités du diagnostic de l'HTA ont été respectées (AMT, MAPA).

La surveillance de l'efficacité et de la tolérance du traitement est indispensable (intolérance au traitement si apparition d'une fatigue, malaise, dans les suites de la prise du traitement).

4 – Proposition de surveillance materno-fœtale :

	SUIVI MÉDICAL	CLINIQUE	BIOLOGIE	ECHO	RCF
< 28 SA	1 à 2 / mois <i>ex : 1 CS médicale +/- 1 SFAD</i>	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 28 SA Biométries LA Doppler ombilical +- cérébral	Non systématique
28 – 36 SA	2/mois à 1/semaine <i>ex : 1 CS médicale + 1 CS SIG + 1 ou 2 SFAD</i>		Bimensuelle (voire hebdomadaire) Bilan HTA*		
> 36 SA	Mini 1/semaine Intérêt de la Cs SIG (HDJ)		Prot des 24h ou ratio P/C		

*Bilan HTA, à réaliser si HTAG non ou mal contrôlée : ratio P/C, NFS, plaquettes, coagulation (TP, TCA, fibrinogène), transaminases (ALAT, ASAT), ionogramme (créatinémie, urée, uricémie).

Le rythme des consultations et l'adressage en SIG est à déterminer en fonction de l'équilibre tensionnel.

A tout moment, si les PA sont déséquilibrées et/ou si la protéinurie se positive et/ou si apparition de signes cliniques d'alerte :
=> hospitaliser en urgence en centre obstétrical de niveau adapté.

5 – Traitements :

Les Recommandations pour la Pratique Clinique « PE non sévère » de 2023 (CNGOF) préconisent de débiter un traitement anti HTA dès 140/90 en s'appuyant sur l'essai CHAP (NEJM 2022), qui met en évidence chez les patientes présentant une HTAC une diminution de la morbi mortalité maternelle sans augmenter le risque de RCIU.

Par extension et en accord avec d'autres centres (CHU Toulouse, CHU Brest, CHU Louis Mourier APHP, ...), nous avons choisi de proposer la même conduite à tenir pour les patientes présentant une HTAG.

A – Indications :

- traiter sans délai toutes les HTA : PAS \geq 140 mmHg et/ou PAD \geq 90 mmHg

Objectif : PAS < 140 mmHg => obtenir PA comprise entre 120/80 et 140/90 mmHg en consultation.

B – Molécules anti-hypertensives par voie orale : (par ordre alphabétique)

- **Méthildopa** Aldomet® cp 250 mg (2x250mg/j, max 3000mg/j)
- **Labétalol** Trandate® cp 200mg (2x200mg/j, max 800Mg/j)
- **Nicardipine** Loxen® cp 20 mg (3x20mg/j, max 90) et gélule LP 50 mg (2xLP50mg/j)



Molécules contre-indiquées :

Inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC)
Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA2)
Les diurétiques doivent être évités.

Remarque : en cas de TA mal stabilisée nécessitant une association d'anti hypertenseurs, ne pas associer deux inhibiteurs calciques.

6 – Post partum :

A –Post-partum immédiat :

- Surveillance rapprochée minimum 2 fois par jour de la PA + signes fonctionnels HTA +- adaptation thérapeutique si traitement anti HTA,
- Si arguments évocateurs d'un risque de PE du post-partum, refaire un bilan biologique HTA et urinaire.

Rappel : Comme les autres dérivés de l'ergot de seigle, la cabergoline (DOSTINEX) ne doit pas être utilisée chez les femmes ayant une hypertension induite par une grossesse ou ayant eu une pré-éclampsie.

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),
- 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.
- Surveillance tensionnelle annuelle au long cours (persistance des sur-risques cardio-vasculaire et rénal),
- Contraception :
Au long cours, contraception œstroprogestative CI si HTA persistante ; possible si normalisation TA + si 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 : méthylodopa (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.

7 – Prévention :

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

- Supplémentation acide folique 0,4 mg/j, ou 5mg/j si atcd AFTN et/ou diabète et/ou traitement 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,...),
- Aspirine chez les femmes enceintes **ayant un atcd de pathologie vasculaire placentaire** :
Si antécédent de 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 36SA.
Ne pas initier l'aspirine après 20 SA si non débutée.
- Suivi de grossesse adapté au niveau de risque 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 ».

+ En population générale, il est recommandé d'encourager la pratique d'une activité physique au cours de la grossesse pour réduire le risque de survenue d'une pré-éclampsie.



RELEVÉ D'AUTOMESURE DE LA TENSION

Après 5 minutes de repos, en position assise, et avant toute prise de médicaments, suivez « la règle des 3 mesures » :

- 3 mesures de la tension le **matin** avant le petit déjeuner, (avec un intervalle de 2 minutes entre chaque mesure),
- 3 mesures de la tension le **soir** avant le coucher, (avec un intervalle de 2 minutes entre chaque mesure),
- pendant **3 jours consécutifs**.



Inscrivez tous les chiffres qui apparaissent sur l'écran du tensiomètre pour la pression systolique et diastolique :

	JOUR 1		JOUR 2		JOUR 3	
	systolique	diastolique	systolique	diastolique	systolique	diastolique
Matin						
Mesure 1						
Mesure 2						
Mesure 3						
Soir						
Mesure 1						
Mesure 2						
Mesure 3						

Tension satisfaisante à domicile si ne dépasse pas :	
SYSTOLIQUE	DIASTOLIQUE
135	85

Nom Prénom :

Période du relevé : du au

Traitement :

.....

Montrez ce document à votre professionnel de santé lors de la prochaine consultation ou visite à domicile.

Version 08/09/2020

