

	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

Objectif – domaine d’application

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

Abréviations - références

AG : âge gestationnel	HTAG : hypertension artérielle gestationnelle	PA : pression artérielle	SA : Semaines d’aménorrhée
ECT : enregistrement cardioto-cographique (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 fœtal	VCT : variation à court terme du RCF
GO : gynécologue obstétricien	MG : médecin généraliste		

Bibliographie complète à retrouver sur : Réseau Périnatal de la Réunion, protocole HTAG-Prééclampsie, juillet 2019.

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.
- **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 :

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

$30 \leq P/C < 60$ = « zone d'ombre », faire une protéinurie des 24h (pathologique si $\geq 0,3g/24h$).

P/C ≥ 60 mg/mmol = protéinurie pathologique. Si HTAG, PE avérée (protéinurie des 24h alors inutile).

2 – Parcours de soins :

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

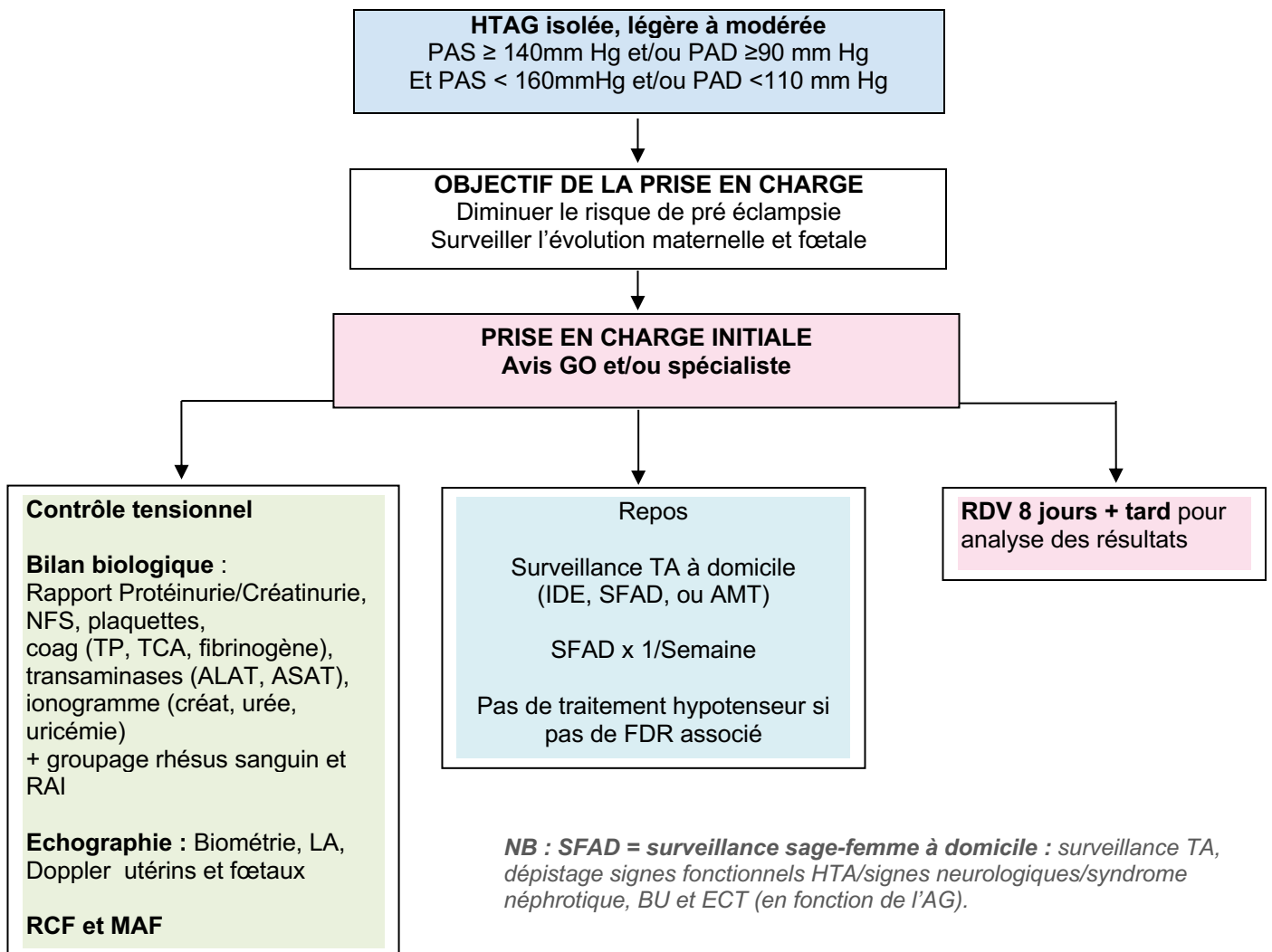
Si HTAC : suivi B (*suivi régulier par GO, en ville et/ou unité obstétricale*),

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



4 – Surveillance materno-fœtale

	CONSULTATION	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	Mensuelle Bilan HTA* Prot des 24h ou ratio P/C	Mensuelle dès 22 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*		2/mois ou 1/semaine
> 36 SA	Mini 1/semaine Intérêt de la Cs SIG (HDJ)		Prot des 24h ou ratio P/C		1 à 2 / semaine

*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).

**A tout moment, si la protéinurie se positive ou si signes cliniques d'alerte
=> hospitaliser en urgence en centre obstétrical de niveau adapté.**

5 – Traitements

A – Indications :

- traiter sans délai toutes les **HTA sévères PAS ≥ 160 mmHg et/ou PAD ≥ 110 mmHg**,
- initier un traitement antihypertenseur en cas **d'HTA légère à modérée associée à d'autres facteurs de risques** : antécédent cardio-vasculaire (AVC, accident thrombo-embolique,...), diabète de type 1 ou 2, maladie rénale chronique, niveau de risque cardio-vasculaire élevé (tabagisme + dyslipidémie + hérédité cardio-vasculaire).

Objectifs :

- PAS < 160 mmHg *pour protéger le cerveau maternel*,
- PAD comprise entre 85 et 100 mmHg *pour assurer la perfusion placentaire*.

=> obtenir PA comprise entre 135/85 et 150/100 mmHg en consultation.

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

- **Méthildopa** Aldomet® cp 250 mg et 500 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)
- **Nifédipine** Adalate® cp LP 20mg (2xLP20mg/j) ou Chronoadalate® cp LP 30mg (x1/j)
(à noter : la nifédipine sera bientôt retirée du marché)



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 : l'inhibition de la lactation par bromocriptine est CI.

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 propanolol (Avlocardyl®)
- Inhibiteurs calciques : nifédipine (Adalate®) et nifédipine (Loxen®)
(à noter : la nifédipine (Adalate®) sera bientôt retiré du marché)
- 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.

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,
- **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 PE sévère et/ou ayant induit un accouchement avant 34 SA et/ou atcd RCIU vasculaire
=> prévention par aspirine (100-160mg/j), à instaurer idéalement avant 12 SA, et à poursuivre jusqu'à 35SA.
- 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 ».