

HTA et grossesse

Mots clés :

Grossesse,
éclampsie,
HTA,
antihyper-
tenseur

La pression sanguine s'abaisse physiologiquement au début de la grossesse normale puis revient progressivement à ses chiffres habituels. Mais une pression systolique >140 mmHg et/ou diastolique >90 mmHg, est observée dans 5 à 15% des cas, associée dans 10% de ces cas à une prééclampsie¹⁻³. Comment interpréter ces élévations tensionnelles et quels en sont les risques pour la mère et l'enfant ? Faut-il traiter et comment ? Plusieurs synthèses apportent quelques éléments de réponses¹⁻⁴.

Quelles HTA peut-on voir pendant la grossesse ?

Comme en dehors de la grossesse, on parle d'HTA *légère à modérée* au dessus de 140/90, *sévère* au dessus de 170/110. Il est généralement admis de distinguer les *HTA gravidiques* (induites par la grossesse) en général découvertes après la 20^{ème} semaine et disparaissent après la grossesse, et les *HTA chroniques* qui préexistent à la grossesse et perdurent ensuite.

Quels risques : avant tout la prééclampsie

Dans 10% de ces HTA, le plus souvent après la 20^{ème} semaine de gestation, l'apparition d'une protéinurie $\geq 0,30\text{g}/24\text{h}$, signe la *survenue d'une prééclampsie*^{1,4,5}. Sa morbi-mortalité maternelle et fœtale impose le suivi régulier de la pression artérielle et la recherche systématique de protéinurie⁶. Le risque semble plus élevé en cas d'HTA sévère. En dehors de la survenue d'une prééclampsie, le pronostic de la grossesse avec HTA est le même qu'en cas de grossesse normale².

En première intention : pas de médicaments

Une pression artérielle suffisante est nécessaire pour maintenir le débit sanguin à travers un placenta ischémié dont la résistance est élevée. Abaisser la pression, surtout brutalement, peut conduire à une diminution du débit placentaire et un risque accru pour le fœtus⁴.

Les données en faveur du repos, souvent conseillé, sont incertaines : 2 petits essais ne montraient pas de bénéfices. La décision entre repos et activité peut donc respecter le choix de la femme³.

Aucun régime, restrictif ou non, n'a montré de bénéfice. La restriction sodée est déconseillée. Plusieurs essais de supplémentation en calcium ou vitamines antioxydantes (C, E) ont apporté des résultats incertains^{3,4}.

Que conclure pour notre pratique ?

- *L'HTA au cours de la grossesse a une signification et des risques tout à fait différents de ceux de l'HTA en dehors de la grossesse*. Cela explique que l'attitude médicale conseillée soit très différente⁴.

- *Le risque principal est celui de la survenue d'une prééclampsie*. Ceci implique la surveillance de la pression artérielle et la recherche de protéinurie systématiques durant la grossesse, spécialement en cas de facteurs de risque associés (âge ≥ 40 ans, nulliparité, grossesse multiple, antécédents personnels ou familiaux, IMC élevé)⁶. L'aspirine peut être utilisée à titre préventif dans certains cas dont les indications sont encore mal codifiées^{3,4}.

- *L'abstention thérapeutique est légitime devant une HTA légère à modérée*. Des antihypertenseurs peuvent être utilisés en cas d'HTA à chiffres plus élevés, sans que l'on ait des preuves formelles de leur utilité. Le traitement doit être progressif, en évitant une baisse tensionnelle brutale et importante⁴.

Quand utiliser des médicaments, et lesquels ?

HTA légère à modérée : une revue systématique (46 essais, 4282 femmes) ne montre pas de bénéfice des antihypertenseurs sur le risque de mortalité fœtale, d'hypotrophie fœtale, de prématurité⁵. Ils diminuent le passage à une HTA sévère, sans réduire le risque de prééclampsie³. Les recommandations proposent l'abstention d'antihypertenseurs⁴.

HTA sévère : en l'absence d'essais contrôlés, la pratique est de traiter si la systolique dépasse régulièrement 160 à 180 et/ou la diastolique 110. Il y a peut-être un bénéfice maternel, mais pas de bénéfice fœtal. Mais surtout il est conseillé d'agir doucement, sans abaisser les chiffres au-dessous de 140 et 90⁴.

Quels antihypertenseurs ? Les données sont relativement empiriques. *Les IEC et les sartans sont contre-indiqués* en raison d'un risque de foetopathie, et pour les IEC d'un risque tératogène observé dans une étude de cohorte. *Les diurétiques sont abandonnés* : ils diminuent le volume plasmatique et peuvent ainsi aggraver la souffrance fœtale chronique. Les *inhibiteurs calciques* ont un dossier pauvre, mais sont largement utilisés, ainsi que les β -bloquants, notamment labétalol et pindolol ; l'aténolol doit être évité en raison d'un risque d'hypotrophie fœtale. Les *antihypertenseurs centraux*, surtout la méthyl dopa, sont largement utilisés et semblent bien tolérés^{3,4}.

La prévention de la prééclampsie

L'aspirine à faible dose réduirait de 19% le risque de prééclampsie (nombre nécessaire à traiter de 18 à 188 selon le risque), de 16% la mortalité néonatale^{3,4}. Les autres thérapeutiques (héparine, corticoïdes) sont d'efficacité incertaine, réservées à des cas particuliers.

Références :

- 1 – Beaufils M. Hypertensions gravidiques. *Rev Med Int.* 2002;23:927-38
- 2 – Sidai BA. Treatment of hypertension in pregnant women. *N Engl J Med.* 1996;335:257-65.
- 3 – Duley L et al. Management of pre-eclampsia. *BMJ.* 2006;332:463-8.
- 4 – Beaufils M. Hypertension de la grossesse. *Conc Med.* 2007;129:11-3.
- 5 – Abalos E et al. Antihypertensive drug therapy for mild to moderate hypertension during pregnancy. *Cochrane Database of systematic review* 2007.
- 6 – Collectif. Quand suspecter un risque de prééclampsie? *Bibliomed.* 2005;385.