

	DOCUMENT OPERATIONNEL	GO-DO-051
	HYPERTENSION ARTERIELLE ET GROSSESSE	Version 03 du 04 sept. 2023
		page 1/6
Entité émettrice : POLE FEMME ENFANT\Gynécologie Obstrétrique		

1. OBJET

Prise en charge de l'hypertension artérielle (HTA) au cours de la grossesse : HTA chronique (HTAC) et HTA gestationnelle.

2. DOMAINE D'APPLICATION - PERSONNEL CONCERNE

Domaine d'application : le pôle Femme-Enfant

Personnel concerné : les médecins et les sages-femmes


3. RESPONSABILITES

Les médecins et les cadres de santé du pôle Femme-Enfant sont responsables de la bonne application du document.

4. DESCRIPTION DE L'OBJET

DEFINITIONS

HTA	PAS \geq 140 mm Hg et/ou PAD \geq 90 mm Hg
HTA légère à modérée	PAS entre 140-159 mm Hg et/ou PAD entre 90-109 mm Hg
HTA sévère	PAS \geq 160 mm Hg ou PAD \geq 110 mm Hg
HTAC	préexistante a la grossesse ou constatée avant la 20 ^{ème} SA
HTA gestationnelle	HTA sans protéinurie, constatée après la 20 ^{ème} SA
Prééclampsie	HTA associée à une protéinurie pathologique, découverte après 20 SA
Prééclampsie sévère (cf protocole spécifique)	<p>Si associée à au moins l'un des critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ HTA sévère (PA \geq 160 / 110 mm Hg) ○ Douleur épigastrique en barre et/ou de l'hypochondre droit persistante ou intense, ○ Douleur thoracique, dyspnée, œdème aigu du poumon ○ Signes fonctionnels neurologiques persistants : céphalées sévères ne répondant pas au traitement, troubles visuels (flou visuel, phosphènes), auditifs (acouphènes), troubles de la conscience (obnubilation) ○ Réflexes ostéo-tendineux (ROT) vifs, diffusés ET polycinétiques ○ Protéinurie $>$ 3 g/24 h (ou protéinurie/créatininurie \geq 300 mg/mmol/l) ○ Oligurie (diurèse $<$ 500 ml/24 h ou $<$ 25 ml/h) imposant une diurèse horaire ○ Créatininémie $>$ 90 μmol/l ○ Thrombopénie $<$ 100 000/mm³ ○ Cytolyse hépatique (ALAT/ASAT $>$ 2 N) ○ Toute aggravation des paramètres biologiques ○ Retentissement fœtal associé (RCIU) : n'entre pas dans la définition de la PE sévère si absence d'autre signe de sévérité maternelle.

	DOCUMENT OPERATIONNEL	GO-DO-051
	HYPERTENSION ARTERIELLE ET GROSSESSE	Version 03 du 04 sept. 2023
		page 2/6
Entité émettrice : POLE FEMME ENFANT\Gynécologie Obstrétrique		


CONSULTATION PRECONCEPTIONNELLE

En cas d'HTAC ou d'antécédent d'HTA lors d'une grossesse précédente

- Evaluer la **sévérité et la cause de l'HTA**, modalités de suivi, traitements et médecins correspondants (médecin traitant, cardiologue, néphrologue) ;
 - Discuter un **bilan étiologique de l'HTA** avant de débuter la grossesse = protéinurie, urée, créatininémie, kaliémie, bilan cardiologique (ECG, écho cœur) ;
 - Evaluation et prise en charge des **facteurs de comorbidité vasculaire associés** = obésité, diabète, tabac, etc.
 - Evaluer et informer des **risques pour la prochaine grossesse** = prééclampsie, RCIU, prématurité induite, ...
 - Retarder une nouvelle grossesse devant une HTA sévère jusqu'à l'amélioration du contrôle de l'HTA ; envisager une contraception adaptée.
 - **Adapter les traitements antihypertenseurs** en prévision d'une nouvelle grossesse ;
 - Proposer un **suivi coordonné spécifique multidisciplinaire** lors d'une nouvelle grossesse
- **Traitement préventif par ASPIRINE (100 mg/jour le soir à partir de 8 SA (impérativement avant 16 SA) jusqu'à 36 SA) si :**
 - o Antécédent de prééclampsie
 - o Antécédent de RCIU d'origine vasculo-placentaire (vérifier l'analyse anatomopathologique du placenta)
 - o Antécédent de MFIU d'origine vasculo-placentaire
 - o Néphropathie associée à l'HTA chronique
- **Aspirine non indiquée dans les autres groupes à risque** = HTA chronique isolée, obésité, diabète pré-gestationnel, anomalie du Doppler utérin, AMP, dépistage par biomarqueurs au 1^{er} trimestre.

MOYENS DIAGNOSTIQUES

- En **milieu médical**, mesure de la pression artérielle en position assise, après au moins 5 minutes de repos, en utilisant un appareil électronique huméral homologué de mesure de la pression artérielle.
- Si **HTA légère à modérée** dépistée en consultation, celle-ci doit être confirmée par des mesures en dehors du milieu médical afin d'éliminer un effet blouse blanche à l'aide d'un **appareil d'auto-mesure tensionnelle (AMT)** homologué ou d'une **MAPA sur 24 heures** (moyenne diurne) :
Une PAS ≥ 135 mm Hg et/ou une PAD ≥ 85 mm Hg, en dehors du cabinet médical, est considérée comme pathologique.

	DOCUMENT OPERATIONNEL	GO-DO-051
	HYPERTENSION ARTERIELLE ET GROSSESSE	
	Version 03 du 04 sept. 2023	
page 3/6		
Entité émettrice : POLE FEMME ENFANT\Gynécologie Obstrétrique		

- **Dépistage mensuel de la protéinurie par bandelette ou échantillon urinaire** : si résultat \geq à 1+ à la bandelette ou $\geq 0,3$ g/l, nécessite de confirmation par :
 - o **Rapport protéinurie/créatininurie (P/C) : Pathologique si ≥ 30 mg/mmol (ou ≥ 300 mg/g) ET protéinurie ≥ 0.3 g/L.**
 - o ou protéinurie \geq à 300 mg/24h.

*NB : si rapport P/C réalisé alors que non indiqué (si protéinurie < 0.3 g/L) : en cas de rapport pathologique, **prévoir un contrôle à une semaine.***

Notez sur vos ordonnances :
Protéinurie sur échantillon. Réalisez un rapport P/C uniquement en cas de résultat ≥ 0.3 g/L.

TRAITEMENT ET PARCOURS DE SOINS

- Pendant la grossesse, utiliser en 1^{ère} intention, au choix, l'un **des traitements antihypertenseurs suivants** : **alphaméthyl dopa (Aldomet®), labétalol (Trandate®), nicardipine (Loxen®), nifédipine (Adalate®).**

Exemples de traitement d'attaque :

- Loxen 20 mg 3/jour
- Trandate 200 mg 2/jour
- Aldomet 250 mg 1 cp 2 à 3 fois/jour


Réévaluation du traitement à 48-72h au COS.

- Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC), les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II et l'alisikiren ne doivent pas être utilisés quel que soit le trimestre de la grossesse et sont contre-indiqués aux 2^{ème} et 3^{ème} trimestres de grossesse (risque d'insuffisance rénale avec anamnios, MFIU).

Objectifs tensionnels en cas de traitement antihypertenseur (en milieu médical)

PAS \leq à 135 mmHg et PAD \leq 85 mmHg

- **Eviter une baisse trop importante de la TA, fréquente en début de grossesse** (risque de mauvaise tolérance maternelle) :
 - o Si TAS < 110 et PAD < 70 sous traitement : arrêt du traitement
 - o Autosurveillance rapprochée de la TA à domicile : ré introduction du traitement si objectifs tensionnels non atteints sans traitement
- Utilisation d'un **carnet de suivi** « grossesse et hypertension artérielle » ou dossier prénatal partagé afin d'optimiser le parcours de soins coordonné (médecin généraliste, spécialiste, équipe obstétricale, pharmacien).

	DOCUMENT OPERATIONNEL	GO-DO-051
	HYPERTENSION ARTERIELLE ET GROSSESSE	
	Version 03 du 04 sept. 2023	
page 4/6		
Entité émettrice : POLE FEMME ENFANT\Gynécologie Obstrétrique		

Prescription d'un appareil d'automesure tensionnelle (AMT) homologué de type HUMERAL


- **Suivi échographique de la croissance fœtale** à partir de 20-24 SA = **28, 32 et 36 SA**
- **Suivi médical** plus rapproché, à partir de **de 36 SA**
 - o À adapter en fonction de la situation clinique (ATCD, sévérité de l'HTA, facteurs de comorbidité)
 - o Au minimum **1 fois par semaine** : Rendez-vous de 36 SA au COS pour contrôle concomitant de la croissance fœtale, puis suivi possible en libéral en fonction de la situation clinique
- **Déclenchement artificiel du travail**
 - o En cas d'HTA chronique
 - **A envisager à partir de 39 SA**
 - **Adapter à la situation** clinique (antécédents, sévérité/contrôle de l'HTA, facteur de comorbidités) **et aux conditions obstétricales** (parité et Bishop, utérus cicatriciel)
 - **Terme maximal : 41 SA**
 - o En cas d'HTA gravidique
 - Réévaluation au **COS à 39 SA avec dosage rapport sFLT1/PIGF**
 - **Si < 38** : poursuite de la surveillance hebdomadaire et maturation/déclenchement au plus tard à 41 SA
 - **Si > 38** : maturation/déclenchement **entre 39 et 40 SA** devant le risque augmenté de prééclampsie tardive

POST-PARTUM

- **Allaitement maternel** = antihypertenseurs à privilégier : labétolol, propranolol, nicardipine, nifépidine, alpha-méthyl dopa, IEC (bénazepril, captopril, énalapril, quinapril sauf si l'enfant est né prématuré ou s'il a une insuffisance rénale).

SORTIE d'HOSPITALISATION d'une femme hypertendue traitée ou non :

- o **Contraception :**
 - Pas de contraception hormonale oestro-progestative dans les 6 premières semaines du postpartum en raison du sur-risque thrombotique veineux ou artériel.
 - En cas d'HTA non stabilisée par un traitement approprié : contraception non hormonale
 - En cas de normalisation rapide de la pression artérielle après l'accouchement : contraception progestative seule (par voie orale, implant ou intra-utérine) ou DIU au cuivre.
- o **Automesure tensionnelle**
- o **Poursuite du parcours de soins** : contrôle de la pression artérielle par médecin traitant et/ou SF libérale (courrier +/- appel téléphonique), ajustement du traitement.

	DOCUMENT OPERATIONNEL	GO-DO-051
	HYPERTENSION ARTERIELLE ET GROSSESSE	
	Version 03 du 04 sept. 2023	
page 5/6		
Entité émettrice : POLE FEMME ENFANT\Gynécologie Obstrétrique		

CONSULTATION DU POST-PARTUM

- Par obstétricien et par médecin référent de la patiente (cardiologue ou néphrologue)
- Evaluer et informer des **risques pour la prochaine grossesse** = récurrence d'HTA (si HTA gravidique) ou de prééclampsie ou de RCIU ou de prématurité
- Expliquer le lien entre HTA durant la grossesse et **risque cardio-vasculaire et rénal** ultérieur.
- Insister sur l'importance d'un **suivi coordonné multidisciplinaire**,
- **Mesures de prévention ciblées** sur l'hygiène de vie et le contrôle des facteurs de risque cardiovasculaires et rénaux.
- Proposer chez les femmes ayant eu une HTA au cours de leur grossesse : surveillance de la pression artérielle au long cours de façon annuelle au minimum (même en cas de retour des chiffres de pression artérielle à la normale après l'accouchement), de la créatinémie et de la protéinurie ; bilan étiologique de l'HTA à voir avec cardiologue ou néphrologue ; adaptation du traitement anti-hypertenseur si nécessaire.

5. REFERENCES EXTERNES ET INTERNES

HTA et grossesse. Consensus d'Experts de la Société Française d'Hypertension Artérielle (SFHTA), décembre 2015.
RPC CNGOF 2023 : Prééclampsie modérée.

6. HISTORIQUE DU DOCUMENT

<i>Dernière version</i>	<i>Objet de la révision</i>
03 - 04 sept. 2023	31/08/2023 : suppression "cf logigrammes" (page 3 - TRAITEMENT ET PARCOURS DE SOINS)
<i>Historique des révisions</i>	
01 - 04 mars 2016 - création du document sous format électronique, 02 - 24 avr. 2023 - 14/03/2023 - mise à jour des modalités de la prise en charge	

7. EVALUATION


Néant

Groupe de relecture :

Obstétriciens : Dr Justine Huet (rédacteur), Dr Anne-Sophie Lafitte, Pr M Dreyfus

Anesthésiste : Dr T Simonet

Cardiologues : Dr F Labombarda

	DOCUMENT OPERATIONNEL	GO-DO-051
	HYPERTENSION ARTERIELLE ET GROSSESSE	Version 03 du 04 sept. 2023
		page 6/6
Entité émettrice : POLE FEMME ENFANT\Gynécologie Obstrétrique		

CYCLE DE VALIDATION		
Rédaction	Vérification	Approbation
<i>Anne sophie LAFITTE</i> Médecin - CHU\POLE FEMME ENFANT\Gynécologie-Obstétrique <ACT_PARTICIPANTS_DATE_SIGN1>	<i>Christine DENOUAL ZIAD</i> Chef de Service - CHU <ACT_PARTICIPANTS_DATE_SIGN2>	<i>Aurore BOUQUEREL (par Marc MANGIN)</i> Directeur - CHU\DIRECTION DE LA QUALITE, GESTION DES RISQUES ET DES USAGERS <ACT_PARTICIPANTS_DATE_SIGN3>