

HYPERTENSION ARTERIELLE GRAVIDIQUE PREECLAMPSIE

Avertissement : nous attirons votre attention sur le fait que les fiches concernant l'HTA sont en cours de validation par MR le Dr DUFRESNE anesthésiste réanimateur au CH d'Orange

A - GENERALITES

- L'H.T.A. est un symptôme d'une maladie et non sa cause
- L'élévation de la pression artérielle n'est qu'un moyen d'adaptation de l'organisme maternel afin de maintenir un débit sanguin utéro-placentaire correct
- Si l'H.T.A. et la prééclampsie se révèlent dans la deuxième moitié de la grossesse, le phénomène initial survient en tout début de grossesse. Le traitement ne sera que symptomatique
- Le pronostic foetal n'est pas ou peu modifié par le traitement anti-hypertenseur
- Le traitement anti-hypertenseur diminue le risque de complications maternelles
- Les objectifs de la prise en charge médicale sont les suivants :
 - ✓ Eviter les complications maternelles graves :
 - . éclampsie, HELLP, DPPNI
 - ✓ Eviter l'hypoxie foetale.

HYPERTENSION ARTERIELLE GRAVIDIQUE PREECLAMPSIE

En cours de validation

B - DEFINITIONS

1. Hypertension artérielle gravidique - HTAG

HTA PAS > 140 mm Hg et/ou PAD > 90 mm Hg

- Isolée, sans protéinurie
- Apparue à partir de 20 SA
- En l'absence d'antécédents

2. Prééclampsie

HTAG et Protéinurie > 0,3 g/24 h ou > 2 croix et de façon variable

- Oedèmes d'apparition ou d'aggravation brutale
- Uricémie > 350 μ mole/l
- Augmentation des ASAT (SGOT)
- Plaquettes < 150.000/mm³
- RCIU

3. Prééclampsie sévère

HTA grave PAS > 160 mm Hg et/ou PAD > 110 mm Hg

ou

HTA associée à un ou plusieurs signes

- Douleurs épigastriques, nausées, vomissements
- Céphalées, troubles visuels (phosphènes), acouphènes
- Protéinurie > 3,5 g/24 h
- Créatininémie > 100 μ mol/l
- Oligurie
- Hémolyse
- ASAT > 3 fois la normale
- Thrombopénie < 100.000/m³

HYPERTENSION ARTERIELLE GRAVIDIQUE PREECLAMPSIE

En cours de validation

F – PRISE EN CHARGE DE LA PREECLAMPSIE SIMPLE

1. Définition

- HTA gravidique et Albuminurie et hyper uricémie, augmentation des transaminases, diminution plaquettes, RCIU

2. Objectifs de la prise en charge

- Eliminer une forme sévère
- Eviter les complications maternelles et fœtales
- Eviter les complications iatrogènes fœtales

3. Prise en charge initiale

- **Hospitalisation conventionnelle**

- **Bilan :**

- Vérification tensionnelle : Dynamap 2 à 3 fois/j
- Bilan biologique initial : albuminurie de 24h
Bandelette urinaire
Ionogramme sanguin – acide urique
Transaminases – LDH
NF plaquettes
Bilan de coagulation
- Echographie : Biométrie
Liquide amniotique
Doppler ombilical (éventuellement cérébral)
Doppler utérin
- RCF

HYPERTENSION ARTERIELLE GRAVIDIQUE PREECLAMPSIE

En cours de validation

➤ **Traitement**

- Hospitalisation au moins 48 h
- Repos

- **Traitement hypotenseur** : traitement initial uniquement en cas de poussées hypertensive avec :

PAS > 160 MG Hg et/ou PAS > 100 MG Hg

CATAPRESSAN*	2 à 6 cp/j en 3 prises (débuter à 2 cp/j)
ou ALDOMET*	3 à 6 cp/j en 3 prises (débuter à 2 cp/j)
ou LOXEN* 20 mg	3 cp/j en 3 prises
ou TRANDATE*	2 à 4 cp/j en 2 prises (débuter à 2 cp/j)

* CHOISIR de préférence **LOXEN ou TRANDATE**

➤ **Si échec du traitement**

- LOXEN + TRANDATE
- ou CATAPRESSAN + LOXEN
- ou CATAPRESSAN + TRANDATE

- **Si poussées hypertensives sévères** : envisager le recours à la voie intraveineuse (cf. PE grave)

4. Prise en charge ultérieure

- Faire le point des facteurs de risques élevés :
 - HTA instable troubles biologiques maternels
 - RCIU
 - Anomalie du RCF.
- **Envisager de mettre un terme à la grossesse vers 36-37 semaines**

HYPERTENSION ARTERIELLE GRAVIDIQUE PREECLAMPSIE

En cours de validation

- **En l'absence de facteurs de risques et si TA stabilisée et terme inférieur à 37 SA :**
 - . retour à domicile possible avec
 - Consignes de repos
 - Surveillance pression artérielle tous les 2 jours médecin généraliste ou sage-femme
 - RCF tous les deux jours
 - Bilan biologique 2 fois par semaine : albuminurie de 24 h, acide urique, plaquettes, transaminases, consultation hospitalière ou bilan de jour 1 fois / semaine.

HYPERTENSION ARTERIELLE GRAVIDIQUE PREECLAMPSIE

En cours de validation

- **Si T.A. mal stabilisée
ou surveillance impossible à domicile
ou facteurs de risque maternel ou fœtal et terme < 37 SA :**
- Poursuite de l'hospitalisation jusqu'à l'accouchement
 - Poursuite du traitement
 - Bilan biologique tous les 3 jours
 - Echographie et Doppler ombilical :
 - si normal : à répéter 1 fois/semaine
 - si Doppler ombilical anormal, Doppler cérébral :
 - si normal : à répéter 1 à 2 fois/semaine
 - si anormal : enregistrement informatisé RCF 3 fois/j (OXFORD)
 - Enregistrement informatisé RCF 2 fois/j
 - **Envisager d'interrompre la grossesse vers 37 SA**
 - césarienne si indication formelle
 - déclenchement syntocinon* si col favorable
 - maturation éventuelle, si col non favorable (cf. protocole spécifique)
 - discuter corticothérapie avant 34 SA.

HYPERTENSION ARTERIELLE GRAVIDIQUE PREECLAMPSIE

En cours de validation

