

# Ne pas banaliser, traiter sans excès

Tel est le message du Pr Jean-Marie Krzesinski (CHU Liège) pour la prise en charge thérapeutique de l'hypertension chez la femme enceinte.

La fréquence de l'HTA chez la femme enceinte est de l'ordre de 6 à 8% avec 20% de pré-éclampsie (HTA+protéinurie >0,3g/24 heures) et 0,1% d'éclampsie. L'HTA se définit soit en chronique existant avant la grossesse et ne disparaissant pas 12 semaines après l'accouchement, soit en gestationnelle (2x à 6 heures d'inter-

valle) sans protéinurie après 20 semaines d'aménorrhée et disparaissant dans les 12 semaines après l'accouchement (sévère si PA = ou > à 160 et/ou 110 mm Hg), soit en pré-éclampsie surajoutée en cas d'apparition d'une

protéinurie après 20 semaines chez une patiente avec une HTA chronique. Le diagnostic de pré-éclampsie doit être évoqué chez des patientes hypertendues sans protéinurie mais présentant un des signes suivants: œdème d'apparition rapide, uricémie >350 µmol/l, augmentation des transaminases.

## Jamais vite, jamais fort

Le risque d'HTA en cours de grossesse est double: d'abord pour la mère (AVC hémorragique, OAP, IRA, décollement du placenta), ensuite pour le fœtus (RCIU, prématurité et mort). Le bilan à pratiquer comprend

les tests hépatiques, l'acide urique, les créatinines sériques, les taux de plaquettes, d'hémoglobine et d'hématocrite, les créatinines urinaires ou les urines de 24 heures et un dosage des protéines. Il faut aussi veiller à éliminer une HTA secondaire en cas de doute.

ré à sévère et/ou compliquée (sauf arrêter les bloqueurs du SRA). La prise en charge de l'HTA gestationnelle est controversée: le dilemme existe entre la protection de la mère (abaissement de la tension) ou du fœtus (éviter l'hypo-perfusion placentaire). Le traitement ne réduit en rien le risque de pré-éclampsie, de mort in utero, de petit poids de naissance ou de prématurité.

En cas d'HTA légère à modérée sans facteurs de risque associés, la recommandation est de décaler le traitement médicamenteux pour une PA >150/95 mmHg. Si l'HTA est associée à des facteurs de risque (protéinurie, diabète ou insuffisance rénale par exemple), le traitement est proposé au seuil de 140/90 mmHg. En cas de grossesse >37 semaines, mieux vaut induire l'accouchement.

L'objectif est la sécurité maternelle, le slogan est «jamais vite, jamais fort» sous peine de risque de mort fœtale. Sur le choix thérapeutique, les IEC et les ARA sont contre-indiqués en raison du risque de malformations congénitales, cardiovasculaires et cérébrales.

«L'HTA de grossesse ne doit pas être banalisée, elle doit être traitée sans excès avec arrêt immédiat des ISRA. En présence d'une PA fort élevée ou d'une protéinurie, l'hospitalisation est requise pour le suivi et un éventuel accouchement. Après une pré-éclampsie, les patientes doivent être suivies car elles sont à risque de troubles cardiovasculaires et rénaux. La prévention des récidives peut passer par de l'aspirine à faible dose», conclut le Pr Krzesinski.