

## Le dossier – Les hypertensions de la grossesse

### Éditorial

# Hypertension artérielle et grossesse : ce que doit savoir le cardiologue



#### J. BLACHER

Société Française d'Hypertension Artérielle ;  
Maison du Cœur, PARIS.  
Centre de Diagnostic et de Thérapeutique,  
Unité Fonctionnelle Hypertension Artérielle,  
Prévention et Thérapeutique Cardiovasculaire,  
Hôtel-Dieu, AP-HP, Université Paris-Descartes,  
PARIS.

La Société Française d'Hypertension Artérielle (SFHTA) veut jouer pleinement son rôle de société savante, c'est-à-dire aider à la transmission des données actuelles de la science, aider les médecins à mieux prendre en charge ce "tueur silencieux", aider les patients à prendre conscience de leur maladie chronique et, enfin, aider les décideurs à mettre en œuvre les décisions de santé publique les plus adaptées en matière de parcours de soins des patients. Dans cet esprit, ces dernières années, la SFHTA a publié plusieurs recommandations dans différentes situations d'HTA [1-3].

La problématique de l'HTA de la grossesse est une problématique beaucoup moins prévalente que d'autres problématiques d'HTA, notamment en cardiologie libérale. Néanmoins, la Société a tout de même voulu mettre en place un groupe de travail pour la réalisation de recommandations dans cette thématique puisqu'il a été considéré que les patientes présentant une HTA lors d'une grossesse avaient une prise en charge fortement hétérogène, pas toujours optimale et, enfin, que des complications gravissimes pourraient probablement être évitées par une prise en charge plus adaptée et/ou une meilleure organisation des soins.

En effet, l'HTA au cours de la grossesse est le premier marqueur de risque de morbidité et de mortalité maternelle et fœtale [4-8]. Dans une étude récente de population, la mortalité maternelle a été de 12/100 000 pour les femmes ayant eu une hypertension en comparaison à 2,8/100 000 si la pression artérielle était normale [4]. La disparité est cependant telle entre les régions du monde [5, 9, 10] que ce consensus n'a abordé que la problématique observée dans les pays développés où, selon l'Organisation des Nations Unies, elle représente 16 % de la mortalité maternelle [6, 9]. Sa fréquence (6 à 10 % des grossesses aux États-Unis et en Europe) [11] et la gravité potentielle des pathologies auxquelles l'HTA est associée, à la fois pour la mère et pour l'enfant, nécessitent d'uniformiser et d'optimiser les pratiques médicales. C'est l'objectif principal de ce consensus.

En effet, la survenue d'une hypertension au cours de la grossesse perturbe l'organisation "classique" des soins. Plusieurs intervenants sont sollicités : le médecin généraliste, l'obstétricien, le gynécologue, la sage-femme, le cardiologue, le néphro-

## Le dossier – Les hypertensions de la grossesse

logue. Il n'y a pas toujours de coordonnateur des soins et les décisions sont parfois prises avec retard. Ces éléments ont incité la SFHTA, en partenariat avec le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), à élaborer un consensus proposant des recommandations simples et opérationnelles. Sensibiliser les femmes et tous les professionnels de santé à l'HTA et à sa prise en charge, conforme aux données actuelles de la science, est l'un des enjeux majeurs de ce consensus.

Afin de favoriser l'utilité pour la pratique quotidienne de ce consensus, le groupe a volontairement limité le nombre de recommandations et leur rédaction a été la plus synthétique possible. Enfin, les recommandations ont été soumises à un groupe de lecture comprenant des médecins hospitaliers et libéraux, généralistes et spécialistes, et des sages-femmes. Pour chaque recommandation, ont été évaluées la précision, la pertinence, l'applicabilité, la correspondance à la pratique et l'utilité en employant une échelle discontinue graduée de 1 à 9 [12]. L'ensemble des relecteurs a donné sa validation finale conduisant à la publication du document.

Le groupe de travail réuni autour de sa présidente, le professeur Claire Mounier-Vehier, était un groupe de travail multidisciplinaire. La cardiologie a bien entendu été intégrée à la réflexion puisque, le plus souvent, ces femmes sont suivies par leur médecin généraliste, mais un avis cardiologique est fréquemment demandé. Les membres du groupe ont travaillé intensément en tentant d'être le plus près possible à la fois des faits prouvés mais aussi des hypothèses et des perspectives les plus raisonnables à ce jour. L'enthousiasme de la présidente explique

en partie l'implication des membres du groupe et la qualité du document final [13]. Les recommandations issues de ces réflexions ont bien entendu vocation à être diffusées auprès des généralistes et des cardiologues, des autres spécialistes de l'HTA, des sages-femmes, des gynécologues et des obstétriciens.

Nous avons l'ambition que ces recommandations puissent favoriser une optimisation du parcours de soins de la femme enceinte hypertendue. Dans ce dossier de *Réalités cardiológicas*, nous avons synthétisé les argumentaires de la partie la plus cardiologique de ces recommandations, bref, ce que tout cardiologue prenant en charge une femme enceinte hypertendue devrait savoir.

Bonne lecture !

### BIBLIOGRAPHIE

1. Société française d'hypertension artérielle. Guidelines of the French Society of Hypertension: blood pressure measurements in the diagnosis and monitoring of hypertensive patients. *Presse Med*, 2012;41:221-224.
2. Blacher J, Halimi JM, Hanon O *et al*. Société française d'hypertension artérielle. Management of arterial hypertension in adults: 2013 guidelines of the French Society of Arterial Hypertension. *Presse Med*, 2013;42:819-825.
3. DENOLLE T, CHAMONTIN B, DOLL G *et al*. Management of resistant hypertension. Expert consensus statement from the French Society of Hypertension, an affiliate of the French Society of Cardiology. *Presse Med*, 2014;43:1325-1331.
4. THORNTON CE, DAHLEN HG, OGLE R *et al*. Birth outcomes and induction success in hypertensive women: A population based data linkage study (2000-2011). *Pregnancy Hypertens*, 2015;5:73.
5. Kassebaum NJ, Bertozzi-Villa A, Coggeshall MS *et al*. Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*, 2014;384:980-1004.
6. MAGEE LA, PELS A, HELEWA M, REY E *et al*. SOGC Hypertension Guideline Committee. Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can*, 2014;4:105-145.
7. Ananth CV, Peltier MR, Kinzler WL *et al*. Chronic hypertension and risk of placental abruption: is the association modified by ischemic placental disease? *Am J Obstet Gynecol*, 2007;197:273.e1-7.
8. MCCOWAN LM, BUIST RG, NORTH RA *et al*. Perinatal morbidity in chronic hypertension. *Br J Obstet Gynaecol*, 1996;103:123-129.
9. KHAN KS, WOJDYLA D, SAY L *et al*. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet*, 2006;367:1066-1074.
10. RONSMANS C, WENDY J GRAHAM, on behalf of The Lancet Maternal Survival Series steering group. Maternal mortality: who, when, where, and why? *Lancet*, 2006;368:1189-1200.
11. GILLON TE, PELS A, VON DADELSZEN P *et al*. Hypertensive disorders of pregnancy: a systematic review of international clinical practice guidelines. *PLoS One*, 2014;9:e113715.
12. LIKERT RA. A technique for the development of attitude scales. *Educational and psychological measurement*, 1952;12:313-315.
13. MOUNIER-VEHIER C, AMAR J, BOIVIN JM *et al*. Hypertension and pregnancy. Expert consensus statement from the French Society of Hypertension, an affiliate of the French Society of Cardiology. *Presse Med*, 2016;45:682-699.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.