

Le dossier – Les hypertensions de la grossesse

Hypertensions de la grossesse : définitions et classification

RÉSUMÉ : Une augmentation de la pression artérielle (PA) est fréquente au cours de la grossesse, en particulier au cours de la première grossesse. Il n’y a pas une hypertension au cours de la grossesse mais des “hypertensions”, de mécanismes et de conséquences différents pour la mère et le fœtus. Connaître le niveau de PA avant la grossesse est essentiel pour différencier les hypertensions chroniques préexistantes des hypertensions gestationnelles dont la physiopathologie dépend d’une anomalie de la perfusion utéro-placentaire. L’apparition d’une protéinurie définit la prééclampsie qui, dans ses formes sévères, témoigne d’une atteinte viscérale.

Il existe une grande différence en ce qui concerne la prévalence de l’hypertension artérielle (HTA) et de ses complications au cours de la grossesse entre les différentes régions du monde si bien que nous n’aborderons dans ce document que la problématique observée dans les pays développés.



J.-P. FAUVEL

Service de Néphrologie, Hypertension et Dialyse, Hôpital Édouard Herriot, Université Cl Bernard Lyon 1, LYON.

Aspects épidémiologiques

La fréquence de l’hypertension artérielle au cours de la grossesse est estimée entre 6 et 10 % des grossesses aux États-Unis et en Europe [1] :

- une hypertension chronique préexistante est observée dans 1 à 5 % des grossesses ;
- une hypertension gestationnelle sans protéinurie apparaît dans 5 à 6 % des grossesses ;
- une prééclampsie se développe dans 1 à 4 % des grossesses, mais beaucoup plus fréquemment en présence de facteurs de risque. Le risque de récurrence d’une prééclampsie au cours des grossesses ultérieures est de 20 à 25 % [2].

L’hypertension artérielle au cours de la grossesse reste, par ses complications, la première cause de morbidité et mortalité maternelles [3, 4] et fœtales [3]. 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 PA était normale [3].

Définitions

L’hypertension artérielle lors de la grossesse ou dans le *post-partum* immédiat (période couvrant les 6 semaines qui suivent l’accouchement) est définie comme suit (**tableau I**).

Définitions de l’HTA au cours de la grossesse	
HTA lors de la grossesse	PAS ≥ 140 mmHg ou PAD ≥ 90 mmHg
HTA légère à modérée	PAS = 140-159 mmHg ou PAD = 90-109 mmHg
HTA sévère	PAS ≥ 160 mmHg ou PAD ≥ 110 mmHg

Tableau I : HTA : hypertension artérielle. PAS : pression artérielle systolique. PAD : pression artérielle diastolique.

Le dossier – Les hypertensions de la grossesse

Elle peut se présenter sous l'un des trois aspects suivants :

- **Hypertension artérielle chronique** (préexistante à la grossesse ou constatée avant la 20^e SA). La survenue d'une protéinurie après la 20^e SA, chez une femme ayant une HTA chronique, définit l'HTA chronique avec prééclampsie surajoutée.

- **Hypertension artérielle gestationnelle** sans élévation pathologique de la protéinurie (constatée après la 20^e SA).

- **Prééclampsie** définie par une HTA (contrôlée ou non) associée à une protéinurie pathologique découverte après la 20^e SA chez des femmes précédemment normotendues, non protéinuriques [2, 5]. La fréquence de la prééclampsie augmente chez les patientes à haut risque (hypertension chronique sévère, HTA gestationnelle, antécédent de prééclampsie, Doppler utérin pathologique, grossesse multiple, diabète insulino-dépendant) [6]. La prééclampsie est dite "précoce" lorsqu'elle survient avant 34 SA. Une prééclampsie peut survenir dans le *post-partum* immédiat.

Une recherche de protéinurie par bandelette ou recueil urinaire doit être réalisée au moins une fois par mois chez toute femme enceinte. Un résultat supérieur ou égal à 1+ à la bandelette nécessite une confirmation au laboratoire sur un échantillon matinal ou sur un recueil urinaire des 24 heures. Une protéinurie supérieure à 300 mg/24 h ou un ratio protéinurie/créatininurie \geq 30 mg/mmol (ou \geq 300 mg/g) sont pathologiques.

La prééclampsie est sévère [6] lorsqu'elle est associée à au moins l'un des critères suivants :

- Une HTA sévère.
- Une atteinte viscérale définie par au moins l'un des critères suivants :
 - une oligurie inférieure à 500 mL par 24 heures, ou une créatininémie supérieure à 135 μ mol/L, ou une protéinurie supérieure à 3 g par 24 heures ;
 - un œdème aigu du poumon ;
 - une douleur en barre épigastrique persistante ;
 - des signes neurologiques persistants (troubles visuels, céphalées, réflexes ostéo-tendineux vifs et polycinétiques, convulsions) ;
 - un hématome rétroplacentaire ;
 - un HELLP syndrome.

Le HELLP syndrome est une prééclampsie grave s'accompagnant d'une hémolyse intravasculaire et d'une cytolysé hépatique. Sa fréquence est d'environ 1 pour 100 000 grossesses aux États-Unis et en Europe [4].

L'éclampsie se caractérise par des crises convulsives tonico-cloniques. Elle survient habituellement au décours d'une grossesse compliquée de prééclampsie mais elle peut être inaugurale et précéder l'HTA et la prééclampsie. L'éclampsie est rare en Europe, avec une incidence de 1,5 à 3 pour 10 000 grossesses. L'incidence de la mortalité maternelle associée à une éclampsie est faible (0,4-1,4 %) dans les pays occidentaux, et même nulle en Finlande [7]. La mortalité périnatale, en

cas d'éclampsie, récemment rapportée à 6 pour 100 éclampsies en Finlande [7], reste très élevée, même dans les pays industrialisés bénéficiant de réanimations néonatales performantes [8].

BIBLIOGRAPHIE

1. 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.
2. STEEGERS EA, VON DADELSZEN P, DUVEKOT J *et al.* Pre-eclampsia. *Lancet*, 2010; 376: 631-644.
3. 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.
4. MAGEE LA, PELS A, HELEWA M *et al.* SOGC Hypertension Guideline Committee. Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy: executive summary. *J Obstet Gynaecol Can*, 2014;36:575-576.
5. ESH/ESC Task Force for the Management of Arterial Hypertension. 2013 Practice guidelines for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and the European Society of Cardiology (ESC): ESH/ESC Task Force for the Management of Arterial Hypertension. *J Hypertens*, 2013;31:1925-1938.
6. SIBAI B, DEKKER G, KUPFERMINTZ M. Pre-eclampsia. *Lancet*, 2005;365:785-799.
7. JAATINEN N, EKHOLM E. Eclampsia in Finland; 2006 to 2010. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2016;95:787-792.
8. DOUGLAS KA, REDMAN CW. Eclampsia in the United Kingdom. *BMJ*, 1994; 309:1395-1400.

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