

Hypertension artérielle et grossesse: pronostic materno-fœtal



DMA Randriambololona*¹, ZA Botolahy¹,
FE Randrianantoanina¹, R Randriamahavonjy²,
A Hery Rakotovo¹

¹ Service de Gynécologie Obstétrique Befelatanana, CHU d'Antananarivo, Madagascar

² Service de Gynécologie Obstétrique, Centre Hospitalier de Soavinandriana Antananarivo, Madagascar

Résumé

Introduction: Les désordres hypertensifs de la grossesse demeurent une pathologie fréquente et grave malgré de nettes avancées dans la connaissance de leur physiopathologie. Ils représentent la troisième cause de mortalité maternelle et la première cause de mortalité périnatale.

Objectif: Evaluer le retentissement maternel et néonatal dans l'association hypertension artérielle et grossesse.

Patientes et méthodes: C'est une étude rétrospective, descriptive et analytique, réalisée dans le Service de Gynécologie Obstétrique du Centre Hospitalier de Soavinandriana (CENHOSOA) Antananarivo, de juin 2005 à mai 2008, concernant toutes les patientes enceintes hospitalisées pour hypertension artérielle et dont l'issue de la grossesse est connue.

Résultats: La prévalence de l'hypertension artérielle chez les femmes enceintes était de 2,99%. Ces grossesses étaient non ou mal suivies dans 58,6% des cas. La morbidité maternelle était représentée par l'hématome rétroplacentaire dans 5,3% des cas, le HELLP syndrome dans 2,7% et l'éclampsie dans 1,3%. Aucun décès maternel n'était déploré. La morbidité fœtale était importante avec 48% des nouveau-nés prématurés, 38,7% hypotrophes et 14,7% présentant une asphyxie néonatale. Le taux de mortalité périnatale était de 18,7%. La protéinurie était un marqueur de valeur dans la prédiction du risque de morbidité périnatale en termes de prématurité et d'hypotrophie.

Conclusion: Le dépistage de l'hypertension artérielle est primordial au cours des consultations prénatales. Une prise en charge rapide et efficace des cas diagnostiqués peut diminuer la morbidité materno-fœtale grâce à un diagnostic précoce de l'apparition de complications.

Mots-clés: Grossesse; Hypertension artérielle; Pronostic fœtal; Pronostic maternel

Hypertension and pregnancy: Maternal and foetal prognosis

Summary

Introduction: Hypertension is a common and serious disease during pregnancy in spite of better knowledge of its physiopathology. It is the third cause of maternal mortality and the first cause of perinatal mortality.

Aim: To evaluate maternal and neonatal repercussions of hypertension during pregnancy.

Patients and methods: We led a retrospective survey at the Gynaecologic and Obstetric ward of Soavinandriana Antananarivo hospital between June 2005 and May 2008. It concerned all pregnant patients hospitalized for hypertension and which the outcome of the pregnancy is known.

Results: Hypertension occurs in 2.99% of pregnancies. These pregnancies were badly or not followed-up in 58.6% of cases. Maternal morbidity was represented by abruption in 5.3% of cases, HELLP syndrome in 2.7% and eclampsia in 1.3%. None maternal death was met. On the other hand, foetal morbidity was important. Forty eight percent of newborns were premature, 38.7% were hypotrophic and 14.7% presented neonatal asphyxia. Proteinuria's value was important on predicting perinatal morbidity concerning prematurity and hypotrophy.

Conclusion: Screening for hypertension is essential during prenatal consultation. An early management of diagnosed cases can reduce maternal and foetal morbidity by a strict surveillance of complications appearing.

Keywords: Foetal prognosis; Hypertension; Maternal prognosis; Pregnancy

Introduction

L'hypertension artérielle gravidique (HTAG) se caractérise par une pression artérielle systolique supérieure ou égale ($\geq$) à 140mmHg et/ou une pression artérielle diastolique supérieure ou égale à 90mmHg, observée à 4 heures d'intervalle, à partir de 20 semaines d'aménorrhée (SA) [1]. La prééclampsie associe une HTAG et une protéinurie significative ($\geq 300\text{mg}/24\text{h}$) [1]. Les désordres hypertensifs de la grossesse représentent une pathologie fréquente et dangereuse car constituent la troisième cause de mortalité maternelle et la première cause de mortalité périnatale [2]. Malgré de nettes avancées dans la compréhension de la physiopathologie de la prééclampsie, son traitement final demeure l'arrêt de la grossesse et la délivrance du placenta [1]. Devant la gravité persistante de cette pathologie, nous avons réalisé une étude rétrospective afin de déterminer le pronostic maternel et fœtal en termes de

morbidité et de mortalité dans l'association hypertension artérielle (HTA) et grossesse.

Patientes et méthodes

Notre étude a été réalisée dans le Service de Gynécologie Obstétrique du Centre Hospitalier de Soavinandriana (CENHOSOA) Antananarivo. Elle s'est étendue sur une période de 3 ans, allant de juin 2005 à mai 2008. C'est une étude rétrospective, descriptive et analytique réalisée à partir d'études de dossiers. Nous avons inclus toutes les patientes enceintes hospitalisées qui ont présenté une tension artérielle systolique supérieure ou égale à 140mmHg et/ou une tension artérielle diastolique supérieure ou égale à 90mmHg. Les patientes hospitalisées dont l'issue de la grossesse n'est pas connue ont été exclues. Différents paramètres ont été analysés. Concernant la mère, nous avons étudié l'âge, la parité, le type d'HTA pendant la grossesse, le nombre de consultations prénatales (CPN), les complications rencontrées et les taux d'uricémie et de protéinurie juste avant l'accouchement. Concernant le nouveau-né, ont été analysés l'âge gestationnel, la voie d'accouche-

* Auteur correspondant

E-mail: randriambololonad@yahoo.fr (DMA Randriambololona).

¹ Adresse actuelle: Service de Gynécologie Obstétrique Befelatanana, CHU d'Antananarivo, Madagascar

ment, le poids de naissance, l'indice d'Apgar à 5 minutes de vie et l'évolution à court terme. Les grossesses dont le nombre de CPN n'excède pas quatre ont été considérées comme mal suivies. L'asphyxie néonatale a été définie par un indice d'Apgar inférieur à 7 à 5 minutes de vie. Les enfants ayant un poids de naissance inférieur au 10^{ème} percentile ont été considérés hypotrophes.

Résultats

Sur 2508 patientes hospitalisées pour un motif obstétrical, 75 avaient présenté une HTA, donnant une prévalence de 2,99%. Dans 52% des cas, il s'agissait d'HTA gravidique, dans 30,7% de prééclampsie, dans 12% d'HTA chronique et dans 5,3% de prééclampsie surajoutée. L'âge moyen des parturientes était de $32,6 \pm 12$ ans avec des extrêmes de 18 et de 45 ans. Concernant la parité, 49,4% des patientes étaient des paucipares et 33,3% des primipares. Dans 58,6% des cas, les grossesses étaient non ou mal suivies (nombre de CPN ≤ 4). Les complications maternelles rencontrées étaient de trois ordres : l'hématome rétroplacentaire dans 5,3% des cas, le HELLP syndrome (Hemolysis, Elevated Liver enzyme, Low Platelet count) dans 2,7% et l'éclampsie dans 1,3%. Aucun décès maternel n'était déploré. Le taux d'uricémie maternelle juste avant l'accouchement était supérieur à 322 $\mu\text{mol/l}$ chez 34% des patientes et 36% des parturientes avaient présenté une protéinurie significative ($\geq 300\text{mg/24h}$). Concernant les nouveaux-nés, l'âge moyen de l'accouchement était de $36 \pm 4\text{SA}$. La voie haute était préconisée dans 96% des cas et 14,7% des nouveaux-nés avaient présenté une asphyxie néonatale. Le taux de prématurité était de 48% et l'hypotrophie était observée dans 38,7% des cas. Les complications fœtales à type de prématurité et d'hypotrophie avaient été en relation avec le taux de protéinurie maternelle avant l'accouchement ($p=0,00004$; $p=0,0003$) (Tableau 1); par contre, il n'y avait pas de relation entre la survenue de ces complications et le taux d'uricémie maternelle ($p=0,11$; $p=0,28$). Le taux de mortalité périnatale était de 18,7%. L'état du nouveau-né à la sortie de la Maternité était en relation avec l'âge de la grossesse au moment de l'accouchement ($p=0,000003$) (Tableau 2).

Discussion

Une HTA survient dans 6 à 15% des grossesses [3]. L'HTAG est le type le plus fréquemment rencontré, observé dans 4 à 17% des grossesses selon les auteurs suivi de la prééclampsie rencontrée dans 2 à 5% [3,4,5]. Prééclampsie et éclampsie sont plus fréquentes dans les pays en voie de développement [3]. La prévalence de l'HTA chez la femme enceinte retrouvée lors de notre étude était de 2,99%. L'âge maternel élevé est reconnu comme un facteur de risque de prééclampsie bien que modeste [3,6]. De même l'HTAG et la prééclampsie surviennent plus fréquemment chez les primipares [3,6]. Toutes les études s'accordent à dire qu'une bonne surveillance de la grossesse est un meilleur facteur de pronostic fœtal en matière d'HTA et grossesse, ceci concernant autant le nombre que la qualité des CPN [4]. Sur le plan de la morbidité, les principales complications maternelles de la prééclampsie sont représentées par l'éclampsie, observée dans moins de 0,1% des grossesses, l'hématome rétroplacentaire dans

Protéinurie (g/24h)	<0,3	0,3–0,99	≥ 1	Total
Complications fœtales				
Prématurés	9	6	21	36 (48%)
Hypotrophes	5	6	18	29 (38,7%)

Tabl. 1: Morbidité fœtale en fonction de la protéinurie chez la mère

Age de la grossesse	<32 SA	32-36 SA 6j	≥ 37 SA	Total
Etat du nouveau-né				
Enfant vivant	0	23	38	61 (81,3%)
Mort-né	3	8	0	11 (14,7%)
Mort in utéro	1	1	1	3 (4%)

Tabl. 2: Etat du nouveau-né en fonction de l'âge de la grossesse au moment de l'accouchement

moins de 1% des prééclampsies, le HELLP syndrome dans 10 à 15% des prééclampsies, l'insuffisance rénale aiguë dans 2% des prééclampsies et 8% des HELLP syndromes [7]. Concernant la voie d'accouchement, le taux de césarienne était très élevé (96%) dans notre série. Il s'agissait en effet de grossesse compliquée ou à haut risque, non suivie ou mal suivie dans 58,6% des cas. Dans une étude marocaine similaire, le taux de césarienne était moins élevé, de l'ordre de 40% [4]. Devant une prééclampsie, pour autoriser une voie basse, il est nécessaire de tenir compte des critères maternels, fœtaux et des modalités d'accouchement. Toutes les situations où l'état maternel est d'une grande instabilité contre-indiquent la tentative d'induction du travail. Pour le fœtus, une première condition pour autoriser la voie basse est l'absence de signes d'hypoxie, le rythme cardiaque fœtal et/ou le score biophysique de Manning doivent être satisfaisants [6]. Malgré le recours fréquent à la voie haute, 14,7% des nouveaux-nés avaient présenté une asphyxie néonatale lors de notre étude. Ce taux est comparable à celui de l'étude marocaine qui est de 18% [4]. Les facteurs prédisposant à l'asphyxie lors de ces études étaient la souffrance fœtale chronique, l'hypotrophie, la prématurité et les complications maternelles de l'HTA. Le taux de prématurité rencontré dans notre étude était important (48%). Dans la littérature, ce taux est variable allant de 32% à 65% [4,8]. Il est communément admis que l'HTAG est une situation à haut risque d'accouchement prématuré que celui-ci soit spontané ou médicalement décidé pour sauvetage maternel et/ou fœtal [4]. De même, une hypotrophie était observée dans 38,7% des cas lors de notre étude. Ce taux d'hypotrophie est aussi variable dans la littérature, pouvant aller de 27% à 60% selon les séries [4,8]. L'insuffisance placentaire, qui est à la base de la prééclampsie, est responsable d'une diminution du débit utéro-placentaire perturbant les échanges [9]. Ceci est responsable d'une souffrance fœtale chronique qui va réduire le potentiel de croissance du fœtus aboutissant à un retard de croissance in utero d'où hypotrophie fœtale [9]. Contrairement à de nombreuses études, les complications fœtales (hypotrophie, prématurité) n'étaient pas corrélées avec le taux d'uricémie maternelle [2,8]. Par contre, elles étaient corrélées avec le taux de protéinurie, confirmant une étude

guinéenne faite à Conakry [8]. Le taux de mortalité périnatale (morts in utéro et mort-nés) était de 18,7%. La mort fœtale in utéro concerne 2 à 5% des femmes enceintes atteintes d'HTA [2]. Elle survient soit après une longue évolution de la souffrance fœtale chronique, soit brutalement sans aucun signe annonciateur, en particulier lors d'un à-coup hypertensif. La mort néonatale précoce est la conséquence de la prématurité, soit spontanée soit iatrogène, dans un tableau de souffrance fœtale [2].

Conclusion

Les désordres hypertensifs de la grossesse demeurent une pathologie fréquente et une menace maternelle et fœtale grave. La protéinurie était un marqueur de valeur dans la prédiction du risque de morbidité périnatale en termes de prématurité et d'hypotrophie, ce risque augmentant proportionnellement à la valeur de ce paramètre. Devant cette association redoutable HTA et grossesse, certains impératifs s'avèrent d'une absolue nécessité, tels que le dépistage précoce de l'HTA et une prise en charge rapide, adaptée et efficace des cas diagnostiqués.

Références

- 1- Haddad B, Beaufils M, Bavoux F. Prise en charge de la prééclampsie. *Encycl Méd Chir, Obstétrique* 2006; 5-036-A-20: 1-11.
- 2- Lansac J, Berger C, Magnin G. Hypertension et grossesse. *Obstétrique pour le praticien* 2003: 149-59.
- 3- Beaufils M, Haddad B, Bavoux F. Hypertension artérielle pendant la grossesse : aspects physiopathologiques et pronostic à long terme. *Encycl Méd Chir, Obstétrique* 2006; 5-036-A-10: 1-10.
- 4- Barkat A, Kabiri M, Lamdouar Bouazzaoui N. Hypertension artérielle et grossesse. Morbidité et mortalité néonatales. A propos de 300 cas. <http://www.santetropicale.com/santemag/maroc/htag.htm>.
- 5- Beaufils M. Hypertensions gravidiques. *Encycl Méd Chir, Obstétrique* 2002: 927-38.
- 6- Audibert F, Aya G, Bayoumeu F, Benhamou D, Boehm G, Branchu P, et al. Réanimation des formes graves de pré-éclampsie. In : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. Conférence d'experts. Paris: Elsevier; 2000: 1-260.
- 7- Pourrat O. Prééclampsie et éclampsie: progrès thérapeutiques. *Actualités néphrologiques*. Paris: Flammarion Médecine Sciences; 2004: 177-89.
- 8- Bah AO, Diallo MH, Conde AM, Keita N. Hypertension artérielle et grossesse : mortalité maternelle et périnatale. *Médecine d'Afrique Noire* 2001; 48 : 461-3.
- 9- Beaufils M. L'hypertension artérielle de la femme enceinte. *Ann Med Interne* 1999; 150: 425-31.