

# CŒUR ET GROSSESSE

- 1/ HTA
  - Fréquente : 5 à 10% des grossesses
  - Grave : 16% de mortalité et est un FRV ! suivi à distance .
- 
- 2/ VALVULOPATHIES et éventuels problèmes de l' anticoagulation .

# HTA ET GROSSESSE : Définitions

SFHTA 2015 Claire Mounier

- HTA lors de la grossesse:  $\geq 140$  ou  $90$  mm de Hg \*
- HTA sévère : HTA  $\geq 160$  ou  $110$  mm de Hg
- HTA chronique : avant la 20<sup>ème</sup> SA
- HTA gestationnelle : après la 20<sup>ème</sup> SA
- Pré-éclampsie : HTA avec Pr+ (découverte après la 20<sup>ème</sup> SA )
- Pré-éclampsie sévère: HTA non contrôlée par 3 ATHTA ou une AOC.
- Eclampsie : crise tonico-clonique dans un contexte d'HTA de grossesse

# Pré éclampsie sévère

- **Rein: oligurie** (<500cc).PR> 3g/24h.créatinémie >135 mmol/l
- **Cœur: OAP**
- **Foie :** douleur en barre épigastrique (hématome sous capsulaire du foie)
- **Utérus:** hématome rétro-placentaire
- **Neurologique** : troubles visuels ; ROT vifs , céphalées
- **HELLP syndrome:** cytolyse hépatique , thrombopénie et hémolyse intravasculaire

# HTA ET GROSSESSE : Dg et PEC

## DIAGNOSTIC : TA ; Protéinurie

### PE HTA chronique : Programmer la grossesse

-Interrompre les médicaments CI : Alphaméthylidopa : Aldomet°; Nifédipine : Adalate°;  
Nicardipine : Loxen°; Labétalol: Trandate°

-Aspirine 100 mg/j **atcd de pré éclampsie** avant la 20<sup>ème</sup>SA - 35<sup>ème</sup>SA.

-Insister sur un suivi rapproché

## Consultation du premier mois: TA et Bandelette

- - PAD <85 et PAS <160 : Diminuer ou arrêter le traitement
- - PAD >110 et PAS > 160 : Majorer le traitement immédiatement
- - 85 < PAD <110 et PAS <160 : **confirmer et traiter si FRV**  
( diabète gestationnel ou maladie rénale ou score de risque CV élevé)
- - **Protéinurie >300 mg /24h = pré éclampsie**

# Pré-éclampsie

- **Pas d'indication à un RSS** ni à un remplissage vasculaire. Classe1
- **Aspirine 100 mg** débuté avant la 20ème semaine et jusqu'à la 35ème semaine **uniquement** si atcds d'éclampsie . Classe1
- traitement par **bétaméthasone injectable** pour accélérer la maturité foetale si délivrance envisagée . Classe 1
- **Administration de sulfate de magnésium :**
  - visée maternelle en cas de signes neurologiques. classe 1
  - visée foetale si délivrance avant 33 semaines. classe 2
- **Date de la délivrance :**seul tt du HELLP
  - avant la 24 SA : IVG à discuter si PE Sévère
  - entre la 24 et 34 SA : tenter de maintenir la grossesse sauf si PE sévère
  - au delà de la 37SA :prévoir accouchement quelque soit la gravité de la PE

# POST PARTUM

- **Contraception:**

Pas d'oestro progestatifs pendant les 6 semaines du post partum.  
Classe1

Préférer un DIU. Classe1

- **Allaitement :**

Peuvent être prescrits : les mêmes + IEC (si l'enfant n'a pas de prématurité ou d'insuffisance rénale ) Enalapril et Captopril

- **Prévention secondaire :**

- prévention lors d'une nouvelle grossesse
- Rechercher une étiologie de l'HTA
- Savoir que c'est un risque cardiovasculaire indépendant bien établi

# VALVULOPATHIES ET GROSSESSE

Magalie Ladouceur HGP

- **RM et RA** : **Grossesse à très haut risque (classe 4) =**
  - programmer la grossesse : évaluation de la valvulopathie .EE +++.
  - suivi mensuel puis hebdomadaire dès la 24<sup>ème</sup> SA.
  - avec accouchement dès la 37<sup>ème</sup> SA .

Les régurgitations sont bien tolérées

- **Modifications hémodynamique pendant la grossesse**
  - Pendant la grossesse: Fc + ; Qc ++ ; RP --
  - Pendant l'accouchement : Qc ++ à chaque contraction; rachianesthésie diminue la post charge , forceps ++.
  - Pendant le post partum: retour du sang utérin avec risque d'OAP dans les 48h ; Prévention de l'EO ?

# RETRECISSEMENT MITRAL

Complications : arythmies et OAP

## Traitement:

Restreindre activité physique ++++

Bétabloquants sélectifs

Diurétiques

Dilatation mitrale > 20 SA si PAP > 50 mm Hg

Anticoagulants :

Anti arythmiques.....Choc électrique (monitoring foetal)

CEC : mortalité foétale : 40% maternelle 10%

Interruption de grossesse

## Accouchement par voie basse

Césarienne :déperdition sanguine, indication obstétricale.

Dose de diurétique pré accouchement .Pas de bêtamimétiques.

Forceps++, épisiotomie

Monitoring pendant 12 à 24 h :OAP



# Rétrécissement aortique

- Congénitale , bicuspidie , rhumatismale
- Les complications sont surtout foétales: prématurité et récurrence (écho morphologique)
- Accouchement par voie basse
- sauf si aorte dilatée  $> 45\text{mm}$  = césarienne

# Anticoagulation et grossesse

## Programmer la grossesse / choix de l'AVK

- Embryopathies: 7% dose dépendant++++
- QI bas
- versus beaucoup moins de décès et complications hémorragiques ++

## Monitoring TCA ou INR toutes les semaines ++++

## Programmer l'accouchement : 24- 37<sup>ème</sup> SA

Préférer la voie basse , faire un Switch de 48 h avec HBPM , puis HNF avec fenêtre de 10 à 16 H , puis HBPM, AVK .

0 décès : registre de 34 patientes : équipe médico chirurgicale