

HUG: Hôpital cantonal de Genève

mardi 16 août 2022

Patiente hypertendue enceinte : quelles valeurs de tension viser ?

Dre A. Pechère

Les troubles hypertensifs de la grossesse sont fréquents avec 10-20% des grossesses concernées. Ils augmentent le risque de pré-éclampsie, d'atteinte d'organes et du bébé à naître.

Le traitement réduit la survenue des HTA sévères, mais il n'y a pas de preuve de résultat sur les issues maternelles et foetales.

Il n'est donc pas clair s'il faut arrêter le traitement avant la grossesse jusqu'à ce que la tension remonte à un niveau sévère pour traiter, ou s'il faut maintenir le traitement.

La prévalence d'hypertension gestationnelle augmente de plus en plus depuis les années 70, ce qui semble être dû aux grossesses > 35 ans, à l'obésité, au tabagisme, à la précarité...

Cela concerne deux fois plus de femmes d'origines africaines que d'autres origines.

Les troubles hypertensifs de la grossesse augmentent les risques cardio-vasculaires et rénaux, le risque d'hypertension hors grossesse, d'AVC et de troubles cognitifs.

Malheureusement, il y a très peu d'études sur la tension pendant la grossesse...

Aux USA, le traitement est initié dès 160 mmHg et la cible est très large (120-160/80-110)... alors qu'en Europe l'initiation se fait des 140 mmHg avec une cible de 140/80.

L'étude [CHIPS](#) a évalué un contrôle strict vs non-strict de la tension et ne rapporte pas d'effet défavorable sur le fœtus lors du contrôle strict.

C'est dans ce contexte que l'étude [CHAP](#) prend place, avec comme objectif d'évaluer les bénéfices et la sécurité du traitement durant la grossesse.

Les critères de jugement sont tous composites:

Primaires

- maternels: Pré-éclampsie sévère (\leq 2S post-partum), provocation < 35SA, rupture placentaire, mort in utero ou décès post-natal.
- de sécurité: Petit bébé pour l'âge gestationnel < 10e percentile, RCIU

Secondaires

- Décès maternel ou atteinte d'organes: prématurité, pré-éclampsie...
- Néonataux: dysplasie pulmonaire, rétinopathie...

C'est une étude ouverte, randomisée et multicentrique, avec 30000 patientes filtrées mais dont la majorité sont inéligibles (TA trop haute/basse ou grossesse avancée).

Inclusion: < 23SA avec HTA chronique ou HTA nouvellement diagnostiquée, entre 140/90 et 160/105 mmHg.

Exclusion: > 1 traitement antihypertenseur, HTA secondaire, grossesse multiple, co-morbidité qui demande une cible plus basse...

A la randomisation, 2400 patientes sont réparties sur chaque bras avec un ratio 1:1. Un groupe reçoit un traitement actif (labetalol/nifédipine retard ou améthylodopa/amlodipine). Le deuxième groupe est sans traitement sauf en cas de tension > 160 mmHg.

Résultats

La population comprend 48% de femmes africaines et une haute prévalence de diabète à 16% dans chaque groupe.

Durant l'étude, les tensions des femmes sous traitement sont légèrement plus basses que dans le groupe contrôle (130/79 vs 133/82 mmHg) la différence est plus grande en début d'étude et les valeurs se rejoignent vers 34 semaines.

Le traitement actif montre une réduction significative de l'issue primaire composite, avec moins d'instrumentalisation, de pré-éclampsie, de rupture placentaire... et cela, sans impact sur le poids à la naissance.

L'analyse de sous-groupe montre qu'il y a peu de bénéfice pour les HTA nouvellement diagnostiquées et les patientes avec un BMI >40, qui ont un ratio de risque proche de 1.

Pour le critère composite secondaire maternel, il n'y a pas de différence d'incidence notable entre les deux groupes.

L'HTA sévère survient chez 36% du groupe actif et 44% du groupe contrôle, et il y avait moins de pré-éclampsie également (24% vs 31%).

Pour le critère composite secondaire foetal, il a moins de prématurité (27.5%) dans le groupe actif vs le groupe contrôle (31.4%) et les bébés ont un meilleur poids, avec seulement 19% d'enfants < 2500g vs 23%.

Par contre, pas de différence de fréquence pour les issues sévères néonatales ou l'admission aux SI.

Forces:

- large échantillon
- Multicentrique (70 centres)
- Monitoring des données et de la sécurité indépendant et serré
- Allocation centralisée en aveugle - permet de confirmer les outcomes clefs
- Diversité d'âge, et d'ethnies représentatives

Limitations:

- Approche open label: Néanmoins appropriée au vu du défi éthique et logistique
- 12 patientes dépistées pour 1 patiente enrôlée: généralisation? Cependant, les caractéristiques des patientes filtrées sont similaires aux patientes enrôlées.

- Pas de mesures tensionnelles à domicile, alors que les femmes enceintes sont sujettes à l'effet blouse blanche...

Conclusion

Un traitement anti-HTA avec une cible plus basse < 140/90 mmHg a amélioré les outcomes de ces grossesses hypertensives, sans entraîner de dommages chez les enfants à naître.

Cette étude a le potentiel de modifier les recommandations de pratique clinique de l'HTA modérée dans la grossesse.

Q: Sur l'analyse de sous-groupe: est-ce le fruit du hasard comme souvent, et à confirmer?

R: Effectivement, c'est probablement le fruit du hasard... une HTA nouvellement diagnostiquée a le même potentiel de dégénérer.

