
COMMENT AIDER VOTRE PATIENTE

À AMÉLIORER SA SANTÉ
À LA SUITE D'UNE
GROSSESSE COMPLIQUÉE
D'HYPERTENSION



TROUBLES HYPERTENSIFS DE LA GROSSESSE

RAPPEL DES DÉFINITIONS

Hypertension chronique

Hypertension connue avant la grossesse ou qui s'est déclarée avant 20 semaines.

- Essentielle pour la plupart, certaines femmes peuvent par contre avoir une cause secondaire.
- Dans la plupart des cas, la pression artérielle diminue dès le début de la grossesse pour remonter vers la fin de la grossesse.
- Une prééclampsie surajoutée à ce type d'hypertension est possible.

Hypertension gestationnelle

Hypertension qui se déclare entre 20 et 40 semaines ou en postpartum et qui disparaît à l'intérieur de six semaines postpartum.

- Il s'agit de la forme la plus fréquente d'hypertension en grossesse, apparaissant dans 5 à 6 % des grossesses. L'hypertension gestationnelle peut évoluer vers une prééclampsie, surtout si elle est présente avant 34 semaines.

Prééclampsie, incluant le syndrome HELLP

Hypertension accompagnée d'une protéinurie et/ou d'un état indésirable ou d'une complication grave (symptômes maternels, anomalies du bilan sanguin, atteinte fœtale).

- Elle survient dans 1 à 3 % de toutes les grossesses et peut aussi survenir en postpartum.



CE QU'IL FAUT SAVOIR

Les facteurs de risque de l'hypertension gestationnelle et de la prééclampsie :

- Nulliparité
- Première grossesse avec un nouveau partenaire
- Moins de 2 ans ou plus de 10 ans depuis une grossesse antérieure
- Antécédent personnel de prééclampsie
- Antécédents familiaux de prééclampsie (1^{er} degré)
- Présence d'une maladie avant la grossesse (exemple : hypertension, diabète, pathologie rénale, histoire de thrombose ou de lupus érythémateux disséminé...)
- Âge maternel avancé (plus de 40 ans)
- Obésité
- Grossesse multiple
- Traitement de fertilité

Quel est le risque de récurrence d'une complication hypertensive lors d'une future grossesse?

- Une femme ayant présenté un trouble hypertensif de la grossesse se trouve plus à risque d'une récurrence lors d'une prochaine grossesse.
- Plus la femme présente un grand nombre de facteurs de risque pour un trouble hypertensif de la grossesse, plus son risque de récurrence est grand. Le risque est particulièrement accru chez une femme présentant une histoire de prééclampsie précoce (avant 34 semaines) ou récidivante. Le risque de récurrence est moins élevé dans le cas d'une histoire de prééclampsie à terme (à 37 semaines ou plus) ou d'une HTA gestationnelle sans complication.
- **Si aucune intervention n'est faite, les femmes ayant présenté une prééclampsie précoce ont jusqu'à 40 % de risque de récurrence lors d'une prochaine grossesse. La moitié de ces récurrences seront moins graves et se présenteront plus tard en grossesse.** Pour les femmes ayant présenté des formes moins précoces et moins graves, entre 15 et 25 % d'entre elles auront une récurrence lors d'une grossesse subséquente. **Il est important de rappeler que ces femmes ont plus de chance d'avoir une grossesse subséquente normale qu'anormale.**

Comment diminuer le risque de récurrence de troubles hypertensifs lors d'une prochaine grossesse?

Avant la grossesse

- Un délai d'au moins deux ans entre le début de la première grossesse et le début de la suivante permet de diminuer le risque de récurrence. Ainsi, il est à conseiller qu'une femme attende que son premier enfant soit âgé d'au moins 15 mois avant de tomber enceinte d'un autre enfant.
- Le surplus de poids faisant partie des facteurs de risque modifiables les plus importants, il est recommandé qu'une femme atteigne son poids santé ou un poids le plus proche possible de celui-ci avant de tomber enceinte.

Pendant la grossesse

- Il est important d'offrir un suivi approprié durant la grossesse, surtout après 20 semaines, qui inclut des visites fréquentes et des échographies pour vérifier la croissance et le bien-être du bébé. La prise de tension artérielle à la maison peut aider à monitorer l'augmentation de la tension artérielle durant la grossesse.
- Un apport suffisant en calcium (3 à 4 portions de produits laitiers par jour) diminue le risque de prééclampsie et est recommandé à toutes les femmes enceintes.
- L'Aspirin® à faible dose (80-120 mg par jour pris préférentiellement au coucher) peut être prescrit et doit être commencé idéalement entre 8 et 16 semaines de grossesse si la femme est considérée à risque de prééclampsie dès le début de la grossesse.

La patiente ayant présenté une prééclampsie précoce ou grave lors d'une grossesse antérieure devrait être référée en médecine obstétricale ou en obstétrique-gynécologie (grossesse à risque élevé) ou en préconception dès le début d'une nouvelle grossesse.

ET LE FUTUR...

Les risques pour la santé future à la suite d'une grossesse compliquée d'hypertension

Il est maintenant connu qu'une femme ayant souffert de prééclampsie, surtout si celle-ci s'est déclarée préterm, a plus de risque de problèmes de santé dans le futur. C'est aussi le cas des femmes ayant de l'hypertension artérielle chronique. Le risque est plus faible pour les femmes ayant fait seulement de l'hypertension gestationnelle.

TABLEAU 1 - RISQUES AUGMENTÉS APRÈS UNE PRÉÉCLAMPSIE

- Hypertension chronique
- Maladie rénale
- Diabète
- Maladies cardiovasculaires :
 - Maladie cardiaque athérosclérotique (MCAS)
 - Accident vasculaire cérébral (AVC)
 - Thromboembolie veineuse

L'importance de connaître les risques pour la santé future

Les maladies cardiovasculaires sont la première cause de mortalité chez les femmes adultes. Il peut être utile de rappeler aux femmes qu'il n'y a souvent aucun symptôme pendant plusieurs années jusqu'à ce que la maladie soit avancée et cause des complications tels un infarctus du myocarde ou un accident vasculaire cérébral. Les facteurs de risques sont :

TABLEAU 2 - FACTEURS DE RISQUE ASSOCIÉS AUX MALADIES CARDIOVASCULAIRES

Facteurs de risque traditionnels	Facteurs de risque liés à la grossesse	
	Risque faible	Risque élevé
<ul style="list-style-type: none">• L'hérédité• Le tabac• L'hypertension chronique• Le diabète• L'obésité et l'embonpoint• La dyslipidémie• La sédentarité	<ul style="list-style-type: none">• HTA gestationnelle sans comorbidité ou non récidivante (RR : 1,60)• Prééclampsie non grave à terme (> 37 sem.) sans comorbidité ou récidive (RR : 2,00)	<ul style="list-style-type: none">• HTA gestationnelle avec comorbidité(s) et/ou récidive• Prééclampsie non grave à terme (> 37 sem.) avec comorbidité(s) et/ou récidive• Prééclampsie avant-terme (< 37 sem.) (RR : 5,36)• Prééclampsie grave (avant ou à terme) (RR : 2,99)

RR : risque relatif; comorbidité = facteur(s) de risque traditionnel(s).

Mis à part l'hérédité, tous ces facteurs sont modifiables. Ainsi, en les modifiant précocement, on peut prévenir et ralentir la maladie cardiovasculaire et ses conséquences dans 80 % des cas.

Conseils utiles pour promouvoir la santé à long terme

S'informer des antécédents familiaux

Obtenir des informations détaillées à propos des problèmes de santé que présentent ou ont présenté des membres de la famille des femmes permet de surveiller et de mieux prévenir les différentes complications reliées à la grossesse.

Garder ou obtenir un poids santé

Une nutrition saine combinée à de l'activité physique régulière sont les principales recommandations qui permettent d'y arriver. Le retour au poids d'avant la grossesse devrait être atteint en 6 à 12 mois et il est important d'encourager la femme à atteindre son poids santé avant une future grossesse. Il est cependant déconseillé de suivre des régimes sévères pendant les premières semaines postpartum ou pendant l'allaitement. L'allaitement peut aider à perdre du poids.

Faire de l'activité physique

On recommande de faire de l'activité physique d'intensité modérée à élevée plusieurs fois par semaine (objectif : 30 à 60 minutes par jour ou 150 minutes par semaine).

Avoir une bonne alimentation

Pour la plupart des femmes, suivre le guide alimentaire canadien est suffisant pour perdre du poids et améliorer son état de santé.

Pendant l'allaitement, il faut ajouter 2 à 3 portions aux recommandations de base du Guide alimentaire canadien.

En cas d'hypertension chronique, le régime DASH (approche alimentaire permettant de contrôler l'hypertension) combiné à une réduction des apports en sel est à adopter :

- Manger plus de légumes
- Éviter les gras
- Manger des viandes rouges 2 fois par semaine au maximum
- Éviter les boissons sucrées
- Boire de l'eau ou du lait 0 % ou 1 %

Arrêter de fumer

Le tabac est certainement le facteur de risque des maladies cardiovasculaires le plus important que l'on peut modifier. Rappeler l'importance de protéger ses enfants de la fumée secondaire est un argument très convaincant pour la cessation du tabagisme.

Visiter régulièrement son médecin traitant et son équipe

Dans la première année post-partum, un suivi rapproché **(aux 3 mois)** peut aider les femmes présentant un **risque élevé** de maladies cardiovasculaires à modifier leurs habitudes de vie, cette période étant particulièrement propice aux changements.

Par la suite, il est recommandé que les femmes voient leur professionnel de la santé pour un suivi périodique **chaque année ou aux 2 ans**. Il s'agit d'une opportunité pour mesurer la tension artérielle ainsi qu'offrir de l'aide pour perdre du poids et arrêter de fumer.

La dyslipidémie et le diabète devraient être dépistés chez toutes les patientes ayant eu une grossesse compliquée d'hypertension **tous les 2 ou 3 ans** et traités selon les recommandations usuelles.

Références pouvant aider vos patientes

- Guide alimentaire canadien | www.canada.ca/fr/sante-canada/services/guides-alimentaires-canada.html
- Société québécoise d'hypertension | www.hypertension.qc.ca
- Société canadienne d'hypertension | www.hypertension.ca
- Fondation des maladies du cœur | www.coeuretavc.ca
- Ici Radio-Canada, site Internet « Vivez mieux » | www.cbc.ca/liverightnow/fr/outils
- Diététistes du Canada | www.dieticians.ca
- Arrêt du tabac | www.defitabac.qc.ca et www.jarrete.qc.ca

Auteurs et révision

Nadine Sauvé et les membres des départements de gynéco-obstétrique, de périnatalité, de néonatalogie et de médecine obstétricale du CIUSSS de l'Estrie-CHUS

Révision et mise en page

Service des communications

Marc Brazeau, designer graphique

Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques

© Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, 2018

santeestrie.qc.ca

Juin 2015

Mise à jour février 2018

Ce document d'information a été développé et validé grâce au soutien financier du Fonds Brigitte-Perreault destiné à la qualité et à la sécurité des soins.

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie – Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke**

Québec 

**CENTRE DE
RECHERCHE**

CHUS


**Fondation
du CHUS** | Fonds
Brigitte-Perreault
DÉDIÉ À LA QUALITÉ ET À LA SÉCURITÉ DES SOINS