

Hypertension non contrôlée chez une femme enceinte à 20 semaines d'aménorrhée révélant une dysplasie des artères rénales



Miruna Banu, Julien Doublet, Romain Boulestreau, Gosse Philippe, Antoine Cremer
Centre d'excellence d'HTA, Hôpital Saint André, CHU Bordeaux

Contexte clinique

Mme D. **41 ans enceinte à 20 semaines d'aménorrhée** a été hospitalisée dans le service pour un bilan d'une hypertension non contrôlée.

Elle n'a pas d'antécédent cardiovasculaire significatif, mais présentait des pressions de consultation avant la grossesse actuelle autour de 140/90 mmHg. Sur le plan obstétrical la patiente a déjà présenté huit grossesses pour sept accouchements non compliqués et une fausse couche spontanée précoce.

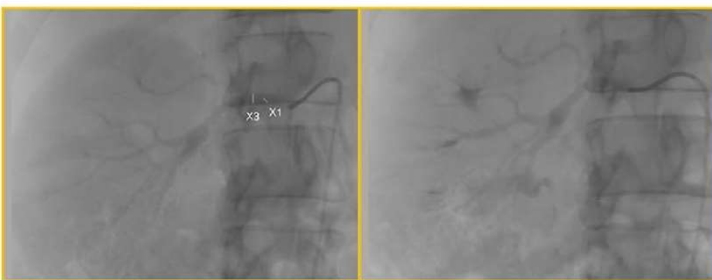
Lors de son suivi obstétrical il a été constaté à 18 semaines d'aménorrhée, une hypertension artérielle sévère associée à une hypokaliémie qui a nécessité une hospitalisation en néphrologie.

Le bilan hormonal initial retrouvait un hyperaldostéronisme secondaire. L'échodoppler des artères rénales objectivait une accélération nette du flux au niveau de l'artère rénale droite et une démodulation des flux en aval. L'angio-IRM relevait une **atteinte dysplasique des artères rénales prédominante à droite**.

Pendant l'hospitalisation elle présentait un profil tensionnel non contrôlé en pression de consultation malgré une **trithérapie à pleine dose** ainsi qu'une hypokaliémie nécessitant une supplémentation intraveineuse et orale.

Nous l'avons admise dans le service pour évaluer son profil tensionnel. La mesure ambulatoire de pression artérielle retrouvait une moyenne à **132/81 mm Hg** mais des pressions de consultation **très variables**, fréquemment élevées à plus de 170 mm Hg. Cela laissait présager des difficultés de contrôle et de suivi du profil tensionnel.

Artériographie rénale diagnostique et thérapeutique chez une femme enceinte



Avant dilatation de l'artères rénale droite

Après dilatation de l'artère rénale droite

Deux alternatives étaient envisageables. La première était de poursuivre un traitement médicamenteux maximal sans pouvoir utiliser d'IEC ni ARA2 avec une surveillance rapprochée du profil tensionnel et du retentissement d'organe. La seconde option était de réaliser une procédure endovasculaire par angioplastie qui permet fréquemment hors contexte de grossesse une guérison de l'hypertension artérielle.

Après discussion avec nos collègues obstétriciens, radiologues interventionnels et radiophysiciens, la stratégie de dilatation de l'artère rénale droite paraissait être la meilleure solution à la condition de limiter l'irradiation de la procédure à 100 mGy, et de restreindre le volume d'injection en produit de contraste pour limiter le risque d'hypothyroïdie néonatale. Cette procédure a été réalisé avec 12 cc de produit de contraste et 12.2 mGy.

Résultats

La patiente est sortie du service le lendemain de la dilatation artérielle rénale sans traitement antihypertenseur et avec un arrêt de la supplémentation potassique.

Nous l'avons revue 10 semaines après la procédure de dilatation de l'artère rénale droite. La patiente était toujours sans traitement et sans supplémentation potassique. L'EDAR de contrôle et la MAPA étaient satisfaisantes.

La patiente n'a pas présenté d'événements obstétricaux dans l'intervalle.

MAPA post procédure	Jour et nuit	jour	nuit
moyenne	115/65	120/65	106/64

Perspectives

Nous n'avons jamais fait l'expérience de cette situation clinique dans notre centre. La dilatation artérielle rénale en per partum est une procédure exceptionnelle et très peu décrite dans la littérature. Ceci étant, cela est réalisable avec une bonne efficacité tensionnelle et une faible irradiation. La grossesse ne doit pas être une contre-indication à cette procédure en cas de situation d'hypertension non contrôlée.

Le diagnostic de dysplasie des artères rénales devrait idéalement être posé avant la grossesse, pour envisager une dilatation percutanée en toute sérénité.

Si vous souhaitez plus amples informations, vous pouvez nous contacter : julien.doublet@chu-bordeaux.fr

<https://www.instagram.com/cardio.hta.bdx/>

<https://twitter.com/CEDHABordeaux>



JHTA202300096– Miruna BANU

