

# Prévalence de l'HTA gestationnelle chez les femmes enceintes Evaluation des facteurs de risque et des complications maternelles et fœtales

O.GUELLATI (1) ; W. GUELLATI (2) ; M.MIADI (3)

(1) Service de cardiologie CHU Annaba; (2)Service de gynécologie obstétrique CHU Annaba; (3) Service de néphrologie CHU Annaba. Algérie

## Introduction

L'hypertension artérielle (HTA) gestationnelle est une complication fréquente de la grossesse qui peut avoir des conséquences graves pour la mère et le fœtus. Cette communication vise à évaluer la prévalence de l'HTA gestationnelle chez les femmes enceintes en Algérie, les facteurs de risque associés et les complications maternelles et fœtales.

### Objectifs

- Identifier les principales complications de la PE et déterminer leurs incidences, leurs facteurs de risques et leurs facteurs pronostics.
- Identifier les facteurs de prédictions de risque permettant d'identifier les gestantes PE présentant un risque accru de décès ou de complications majeures.

### Type d'étude

-Il s'agit d'une étude interventionnelle,évaluative, des deux périodes avant et après l'introduction d'un protocole, visant à améliorer et homogénéiser la pratique du personnel soignant dans la prise en charge de la PE et ses complications.

## Résultats

Durant la période d'étude allant du « 1<sup>er</sup> janvier 2015 » au « 31 décembre 2018 », nous avons colligés 1254 cas de prééclampsie sur un total de 54830 accouchements.

La prééclampsie était classée **sévère** chez **64.9%** des patientes. Les complications les plus retrouvées sont le **hellp syndrome** dans **17.2%** ; **L'insuffisance rénale** dans **23.8%** ; **L'éclampsie** a compliquée **7.5%** des grossesses prééclampsie ; **l'HRP** dans **12.9%**

Tableau 1: Les issues materno- fœtales défavorables

Issues materno-fœtales défavorables	N	%
<b>Mortalité</b>		
Décès maternel	12	0.96
Hystérectomie	7	0.56
<b>Neurologique</b>		
Eclampsie	130	10.4
AVC	6	0.47
<b>Cardio-respiratoire</b>		
OAP	14	1.11
Instabilité TA	698	55.7
<b>Hépatique</b>		
HELLP Syndrome	223	24.4
HSCH	7	0.56
<b>Rénale</b>		
Insuffisance rénale	310	24.7
<b>Hématologique</b>		
Thrombopénie <50000/mm <sup>3</sup>	36	2.91
Transfusion sanguine	159	12.7
CIVD	36	2.86
HRP	178	14.2
<b>périnatale</b>		
RCIU	364	29.0
MFIU	167	13.3
Mortalité néonatale	191	15.2
Accouchement prématuré	734	58.6

Tableau 2: Facteurs prédictifs de survenu d'une IMD SELON LE TERRAIN

Variables	IMFD %	PAS %	RR IC à 95 %	Chi2	P
Provenance hors Wilaya	471 (60.2)	184 (39.0)	1.38 (1.26-1.52)	53.25	<0.0001
Admission par évacuation	481 (61.5)	139 (29.4)	1.63 (1.49-1.79)	121.0	<0.0001
Niveau d'instruction bas	300 (71.4)	120 (28.5)	1.35 (1.21-1.50)	22.12	<0.0001
ATCD familiaux HTA	129 (16.5)	23 (4.9)	1.48 (1.32-1.56)	37.3	<0.0001
ATCD médicaux	109 (14.0)	19 (4.0)	1.43 (1.31-1.55)	31.63	<0.0001
ATCD toxémie	53 (32.7)	61 (30)	.....		0.4998
Mauvais suivi prénatal	747 (95.5)	461 (97.7)	0.81 (0.69-0.96)	3.83	0.0502
Contraception	230 (29.4)	112 (23.7)	1.11 (1.02-1.22)	4.85	0.0276
Age maternel (moyenne)	32.22±5.6	31.81±4.9	.....		0.293
Obésité IMC>30	471 (60.2)	233 (49.4)	1.18 (1.08-1.29)	14.11	0.0002
Multiparité	170 (21.7)	70 (14.8)	1.17 (1.07-1.29)	9.07	0.0026
Nulliparité	312 (39.9)	269 (57.0)	0.76 (0.70-0.84)	34.6	<0.0001
Âge maternel ≥ 35 ans	292 (37.3)	128 (27.1)	1.18 (1.09-1.29)	15.03	0.0002
Âge maternel ≤ 24 ans	684 (87.5)	423 (89.6)	.....		0.2514
Grossesse multiple	170 (21.7)	70 (14.8)	1.17 (1.07-1.29)	9.07	0.0026
PA début de grossesse>14 /9	243 (31.1)	68 (14.4)	1.36 (1.26- 1.48)	111.9	<0.0001

## Bibliographie :

US Preventive Services Task Force. Screening for Hypertensive Disorders of Pregnancy: US Preventive Services Task Force Final Recommendation Statement. JAMA. 2023.  
Mancia G et al. 2023 ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension Endorsed by the European Renal Association (ERA) and the International Society of Hypertension (ISH). Journal of Hypertension. 2023.  
Bonnet MP et al. Reproduction de recommandations formalisées d'experts. Prise en charge de la patiente avec une pré-éclampsie sévère - RFE communes Société française d'anesthésie-réanimation (SFAR) - Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. 2022. (PDF)  
Bagou G et al. CNGOF, SFMU, SFAR. Prise en charge des urgences obstétricales en médecine d'urgence. Recommandations de Pratiques Professionnelles. 2022.

Tableau 3: lien entre les paramètres cliniques et la survenue d'une IMD

Données cliniques	IMD N=782	%	Pas IMD N=472	%	Total	%	RR (ICa95%)	P
Terme <34SA	320	40.8	54	11.4	374	29.8	1.63 1.51-1.75	<0.0001
Age gestationnel	34.13 ±3.55		36.87 ±2.43		35.16±3.44		.....	<0.0001
Céphalées	618	79.0	181	38.3	799	63.7	2.15 1.89-2.44	<0.0001
Troublesvisuels	416	53.2	107	22.7	523	41.7	1.59 1.46-1.73	<0.0001
TroublesAuditifs	340	43.5	100	21.2	440	35.1	1.42 1.31-1.54	<0.0001
BarreEpigastrique	141	18.0	8	1.7	149	11.9	1.63 1.53-1.74	<0.0001
Vomissement	99	12.7	6	1.3	105	8.4	1.59 1.48-1.70	<0.0001

Mortalité maternelle dans la PE

Le nombre de patientes décédées est de 12 soit une incidence de **0.95 %** dans la population de prééclampsie; **0.2%** accouchements ; 07 suite aux complications de l'éclampsie ,04 hellp syndrome, et un OAP massif ;

Dans notre étude 62.3% des patientes, sont arrivées au stade de complications. On attribue les décès à un transfert de cas graves à partir de structures sanitaires périphériques, avec prise en charge secondaire. Nous pouvons également inculper le suivi prénatal, et le rôle de la sage femme dans la prise en charge en réseau de la femme enceinte qui est presque inexistant.

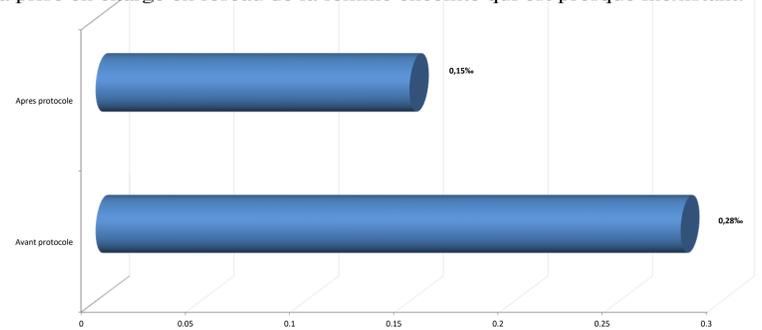


Tableau 4 :FACTEURS DE RISQUES D'ISSUE FŒTALE DEFAVORABLE

Variables	Oui N=191	non	RR ICa95 %	Chi2	p
Provenance hors Wilaya	135 (70.7)	426 (47.5)	2.26 1.69- 3.01	<b>33.74</b>	<b>&lt;0.0001</b>
Non accès aux soins	0.97	0.49-1.95	---	0.004	0.9497
primiparité	82 (42.9)	446 (49.8)	0.79 0.61-1.05	2.95	0.0857
MAF diminués	24 (12.6)	54 (6)	1.85 1.29- 2.66	<b>10.10</b>	<b>0.0014</b>
Age gestationnel <34SA	167 (87.4)	128 (14.3)	18.68 12.44- 28.05	<b>426.0</b>	<b>&lt;0.0001</b>
L'attitude conservatrice	77 (40.3)	186 (20.8)	2.11 1.64- 2.72	<b>32.82</b>	<b>&lt;0.0001</b>
HRP	20 (10.5)	49 (5.5)	1.72 1.16-2.55	<b>6.62</b>	<b>0.0100</b>
RCIU	84 (44)	210 (23.4)	2.11 1.64-2.72	<b>33.7</b>	<b>&lt;0.0001</b>
Eclampsie	53 (27.7)	69 (7.7)	3.03 2.35- 3.91	<b>63.5</b>	<b>&lt;0.0001</b>
Hellp syndrome	89 (46.6)	103 (11.5)	4.06 3.20- 5.15	<b>133.4</b>	<b>&lt;0.0001</b>
IRA	110 (57.6)	138 (15.4)	4.59 3.58- 5.89	<b>159.13</b>	<b>&lt;0.0001</b>
TA>160/110mmHg	71 (37.2)	174 (19.4)	2.03 1.57- 2.62	<b>28.42</b>	<b>&lt;0.0001</b>
Uricémie >450µmol/l	87 (45.5)	252 (28.1)	1.84 1.43- 2.38	<b>22.74</b>	<b>&lt;0.0001</b>
Protéinurie >3.5g/24h	79 (41.6)	130 (14.6)	2.96 2.31- 3.78	<b>72.83</b>	<b>&lt;0.0001</b>
Doppler pathologique	15 (23.4)	90 (18)	1.34 0.78-2.29	1.12	0.2906
POIDS NNE<1500	120 (62.8)	21(2.3)	11.34 8.97-14.33	<b>510.19</b>	<b>&lt;0.0001</b>

## Conclusion

L'HTA gestationnelle est une complication fréquente de la grossesse qui peut entraîner des conséquences graves pour la mère et le fœtus. L'identification précoce des facteurs de risque et la surveillance régulière de la mère et du fœtus sont essentielles pour prévenir et traiter les complications associées à cette affection. Les urgences obstétricales y compris la PE nécessitent vigilance, concentration et réactivité de la part du personnel soignant. il y'a donc une obligation pour la mise en place d'une organisation efficace.