

Titre: Time to **onset of cardiovascular and cerebrovascular outcomes after hypertensive disorders of pregnancy**: a nationwide, population-based retrospective cohort study

Auteurs: Simon E et coll

Source: AJOG 17 Mars 2023 PMID: 36935070

Type d'étude : rétrospective, multicentrique, banque de données, accouchement entre 1/2008 et 12/2010

Pays: France

Buts : Étudier le risque de maladie cardio- et cérébro-vasculaire après un trouble hypertensif de grossesse.

Méthodologie: Banque de données d'hospitalisation (99,6% des accouchements); **Exposition :** prééclampsie (PÉ) et HTA gestationnelle (HTAG) (définition non spécifiée). Contrôles : femmes normotendues. 1ère grossesse dans l'intervalle de temps et 1ère hospitalisation analysées. Suivi jusqu'en 2020.

Issues primaires : HTA et hospitalisation pour insuffisance cardiaque, MCAS, AVC, ICT, revascularisation carotidienne ou coronarienne et maladie artérielle périphérique (codes ICD-10); ensemble ou séparés

Inclusions : âge 12-57 ans.

Exclusions : HTA chronique, HTA non-spécifiée, décès pd l'hospitalisation

Statistiques : Régression de Cox, ajustement pour âge maternel (catégorie), DG, dyslipidémie, IMC ≥ 40 kg/m², tabac important, ROH, AP de maladie cardiovasculaire et parité (connu si accouchement vaginal=80% des accouchements en France) au moment de la grossesse. Sous-analyses selon l'âge gestationnel (précoce, pré-terme, terme); 7 analyses de sensibilité dt 1 en excluant HTAc de l'issue composite et une autre en insérant les femmes avec le diagnostic d'« HTA non spécifiée ». Courbe de Kaplan-Meier.

Résultats: 2 256 883 accouchements, 2 222 711 analysées dt 37 043 PÉ et 34 220 HTAG.

Femmes avec PÉ et HTAG **différentes** des normotendues : Âge plus élevé, + de comorbidités et de tabagisme.

Sur 10 ans, les femmes avec PÉ et HTAG ont une **augmentation des risques de toutes les complications** cardiovasculaires de 2x et +; la plus importante est HTAc (7,4% si PÉ, 9% si HTAG et 1% si normotendues).

Après ajustement **5x + pour l'issue composite et 7x+ pour l'HTAc.**

Au point de vue temporel, le risque le plus important se retrouve dans **la 1ère année : 18x+ HTAc vs 5x+ 5-10 ans plus tard** pour les femmes avec PÉ et **7x+ d'HTAc vs 4x+ 5-10 ans plus tard** pour celles avec HTAG.

Risque plus élevé si PÉ précoce (HRa 6,5) vs pré-terme (HRa 5) vs terme (HRa 4,2) de l'issue composite; Ds la 1ère année, **HTAc est 31x + présente** en cas de PÉ précoce vs 12x+ si PÉ pré-terme et 8x + si PÉ à terme.

Analyses de sensibilité ne modifient pas les résultats principaux. L'impact de l'HTA est de même magnitude que le DG ou de l'histoire personnelle de maladie cardiovasculaire.

Discussion des auteurs : Résultats compatibles avec données antérieures même si les issues ne sont pas basées sur les même critères.

Forces : banque validée; exclusion des femmes avec HTAc; Inclusion pd 2 ans seulement permettant une uniformité de diagnostic et de traitement; N important; analyses de sensibilité; utilisation de la régression de Cox par étapes permettant de voir l'effet du temps.

Limitations : erreurs de codage possibles; comorbidités pas toujours rapportées ou rapportées uniquement si extrêmes (ex : tabagisme important); impossible d'être sûre qu'aucune femme avec HTAc n'est pas incluse; impact de l'AAS impossible à connaître.

Conclusions des auteurs : Il faut mettre sur pied un système de surveillance dans le postpartum précoce.

Discussion du groupe : Nouveautés : considérer l'HTAc comme une issue plutôt que comme un facteur de confusion; taux très élevés de complication dans la 1ère année (phénomènes directement reliés à la PÉ plutôt qu'une complication plus lointaine? Ex : insuffisance cardiaque). Nous discutons de 1) possibilité d'HTAc préalable sous-estimée 2) l'inclusion de ces phénomènes précoces 3) de ne pas avoir ajusté pour le DB (pas juste le DG), les antécédents familiaux (connus). Très bonnes validités internes et externes.

Conclusions : Rien ne s'arrête à l'accouchement pour les femmes avec des problèmes hypertensifs. Il nous faut faire une place à ses femmes dans nos cliniques et transmettre cette problématique aux MD de famille.