



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



CAS CLINIQUE

Grossesse chez les patientes ayant un antécédent de cardiopathie ischémique – Série de cas et revue de la littérature

Pregnancy in patients with a history of ischaemic heart disease – Case series and literature review

M. Matura-Bedouhene^{a,*}, A. Maatouk^{b,e}, F. Moulin^d, E. Welter^b,
O. Morel^{a,c}, E. Perdrille-Galet^{a,c}

^a Service de gynécologie-obstétrique, maternité régionale universitaire, 10, rue du Docteur-Heydenreich, 54000 Nancy, France

^b Service de gynécologie-obstétrique, CHR de Metz-Thionville, 1-3, rue du Friscaty, 57100 Thionville, France

^c Inserm U947, laboratoire IADI, 54500 Vandœuvre-lès-Nancy, France

^d Institut Lorrain du cœur et des vaisseaux, 5, rue du Morvan, 54500 Vandœuvre-lès-Nancy, France

^e Service de gynécologie-obstétrique, centre hospitalier Saint-Charles, 1, cours Raymond-Poincaré, 54520 Toul, France

Reçu le 13 avril 2015 ; avis du comité de lecture le 8 juin 2015 ; définitivement accepté le 18 juin 2015

MOTS CLÉS

Cardiopathie ischémique ;
Grossesse ;
Accouchement ;
Restriction de croissance intra-utérine ;
Revue de la littérature

Résumé Les cardiopathies compliquent 1 à 3 % des grossesses et sont la principale cause de décès maternel d'origine non obstétricale. Les antécédents de cardiopathie ischémique chez les femmes enceintes sont en augmentation mais les données de la littérature sont peu nombreuses sur le sujet et il n'existe pas de recommandations, françaises ou internationales, pour la prise en charge de ces patientes. Les spécificités de la prise en charge de ces patientes pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum, qui sont fonction de la sévérité de l'évènement cardiaque précurseur et de ses conséquences, sont discutées et illustrées par quatre cas récents de grossesses pris en charge par notre équipe. La première patiente avait un antécédent d'infarctus du myocarde avec une fonction ventriculaire gauche (FEVG) conservée. La deuxième patiente avait un antécédent de syndrome de Tako-Tsubo avec une FEVG à 45 %. La troisième patiente avait un antécédent de cardiopathie ischémique avec une FEVG à 30 %. La quatrième patiente avait un antécédent de syndrome coronarien aigu avec une FEVG à 20 %.

* Auteur correspondant.

Adresses e-mail : matura.magda@gmail.com (M. Matura-Bedouhene), a.maatouk@chu-nancy.fr (A. Maatouk), f.moulin@chu-nancy.fr (F. Moulin), e.welter@chr-metz-thionville.fr (E. Welter), olivier.morel@chu-nancy.fr (O. Morel), e.perdrille-galet@chu-nancy.fr (E. Perdrille-Galet).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jgyn.2015.06.031>

0368-2315/© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Pour citer cet article : Matura-Bedouhene M, et al. Grossesse chez les patientes ayant un antécédent de cardiopathie ischémique – Série de cas et revue de la littérature. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) (2015), <http://dx.doi.org/10.1016/j.jgyn.2015.06.031>

Un suivi multidisciplinaire est nécessaire, surtout chez les patientes ayant une dysfonction ventriculaire sévère. Le risque de restriction de croissance intra-utérine semble augmenté, et il paraît justifié de réaliser un suivi échographique rapproché.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Ischaemic heart disease;
Pregnancy;
Delivery;
Fetal growth retardation;
Literature review

Summary Heart diseases complicate 1 to 3% of pregnancies and are the leading cause of indirect maternal deaths. Prior ischaemic heart event in pregnant patients is increasing. Most knowledge is based on few reports and there are no French nor international recommendations about the specific management of these patients. The specificity of the management of these patients during pregnancy, delivery and post-partum depends on the severity of the prior cardiac event and its consequences. This will be illustrated by the report of four recent cases managed in our hospital. First patient had myocardial infarction with normal left ventricular ejection fraction (LVEF). Second patient had a Tako-Tsubo syndrome with LVEF 45%. Third patient had ischemic cardiopathy with LVEF 30%. Fourth patient had myocardial infarction with LVEF 20%. A multidisciplinary follow-up should be required, especially in patients with severe ventricular dysfunction. The risk of fetal growth restriction appears to be increased, suggesting that closer ultrasound monitoring is necessary.

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Les cardiopathies toutes causes confondues compliquent 1 à 3 % des grossesses [1,2]. Elles constituent la principale cause indirecte de décès maternel, soit 20 % de la mortalité maternelle d'origine non obstétricale [2] et 35 % de la mortalité cardiovasculaire féminine globale [3]. En plus du risque maternel, les cardiopathies ischémiques peuvent avoir des effets défavorables sur la croissance et la survie fœtale.

Le type et la sévérité des atteintes cardiaques pendant la grossesse sont variables. Les pathologies congénitales représentant 75 % d'entre elles sont le sujet de la plupart des articles retrouvés dans la littérature [1,2,4–7]. Cependant, les cardiopathies ischémiques pendant la grossesse sont en constante augmentation, due à la prévalence accrue de l'obésité, de l'hypertension, du diabète, du tabagisme féminin, et à un âge plus tardif de conception [2,3].

Les recommandations de la Société européenne de cardiologie (ESC) [8] mentionnent la prise en charge du syndrome coronarien aigu (SCA) pendant la grossesse, mais ne donnent pas d'éléments de prise en charge pour les patientes enceintes ayant un antécédent de cardiopathie ischémique. Il n'existe pas à ce jour en France de recommandations concernant la prise en charge et la voie d'accouchement de ces patientes. Actuellement celle-ci est proposée au cas par cas en fonction de la sévérité de la pathologie maternelle et d'un éventuel retentissement fœtal.

La grossesse est associée à des changements hémodynamiques physiologiques significatifs (Tableau 1), qui peuvent entraîner une décompensation cardiaque chez ces patientes [7], la période la plus à risque étant la fin de la grossesse [1]. L'accouchement et le post-partum sont particulièrement critiques du fait des contractions utérines, des efforts de poussée, de l'anxiété et des pertes sanguines [9]. L'autotransfusion de 500 mL qui a lieu après la délivrance peut ne pas être tolérée [2].

Le traitement médical a pour but de réguler la fréquence cardiaque, de réduire la surcharge cardiaque et d'améliorer la contractilité myocardique. Les traitements pouvant être utilisés pendant la grossesse sont les antiagrégants plaquettaires (acide acétylsalicylique, clopidogrel), les bêtabloquants (bisoprolol, labetalol, propranolol, metoprolol), les dérivés nitrés, la digoxine, les inhibiteurs calciques, les antihypertenseurs (antihypertenseurs centraux et bêtabloquants), les héparines (fractionnée et de bas poids moléculaire) et la danaparoïde sodique. Les diurétiques, les IEC, les ARA II, les AVK, la cordarone et les statines sont contre-indiqués pendant la grossesse et doivent être arrêtés. Il est recommandé d'effectuer un relais des AVK par une héparine (HBPM ou héparine non fractionnée) dès que possible [1,7,9,10].

La classification NYHA (New York Heart Association) est l'outil standard pour décrire le retentissement fonctionnel d'une insuffisance cardiaque chez un patient [11]. La morbi-mortalité fœto-maternelle chez les patientes porteuses de cardiopathie est corrélée à leur stade NYHA. Aux stades I ou II, la mortalité maternelle est inférieure à 1 % ; aux stades III ou IV, elle atteint les 5 à 15 % [1,10,12]. La mortalité fœtale atteint 30 % chez les patientes stade IV [13].

Siu et al. [4] ont mis au point en 2001 un score prédictif du risque de survenue de complication cardiaque majeure utilisant quatre items chez les patientes porteuses de cardiopathie congénitale (score CARPREG – Cardiac Disease in Pregnancy) (Tableau 2). Pour chaque facteur prédictif présent, un point est attribué. Les patientes sont classées à haut risque si au moins un facteur est présent, à bas risque sinon. Le risque estimé d'évènement cardiaque majeur pour 0, 1 et > 1 point est de 5 %, 27 % et 75 %, respectivement. Un évènement cardiaque majeur est défini par la survenue d'un œdème aigu pulmonaire, d'une tachycardie ou bradycardie symptomatique nécessitant un traitement, d'un accident vasculaire cérébral, d'un arrêt cardiaque, ou d'un décès par défaillance cardiaque. Mais ce score n'est validé qu'en cas

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3272138>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3272138>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)