



# Mortalité maternelle par pathologies cardiovasculaires. Résultats de l'enquête nationale française confidentielle sur la mortalité maternelle, 2010-2012<sup>☆,☆☆</sup>

D. Chassard<sup>a</sup>, E. Verspyck<sup>b</sup>

Disponible sur internet le :  
11 janvier 2018

a. Département d'anesthésie-réanimation, hôpital Femme-Mère-Enfant, 59, boulevard Pinel, 69677 Bron cedex, France

b. Clinique gynécologique et obstétricale, CHU de Rouen, 1, rue de Germont, 76031 Rouen cedex, France

## Correspondance :

E. Verspyck, Département d'anesthésie-réanimation, hôpital Femme-Mère-Enfant, 59, boulevard Pinel, 69677 Bron cedex, France.  
[eric.verspyck@chu-rouen.fr](mailto:eric.verspyck@chu-rouen.fr)

## Mots clés

Mort maternelle  
Diagnostic  
Cardiopathie congénitale  
Myocardiopathie du péripartum  
Infarctus du myocarde

## Résumé

Entre 2010 et 2012, 29 décès maternels ont été causés par une maladie cardiovasculaire soit un ratio de mortalité maternelle global de 1,2 pour 100 000 naissances vivantes. Les décès sont survenus dans un contexte de cardiopathie préexistante à la grossesse ( $n = 19$ ), de myocardiopathie du péripartum ( $n = 5$ ) et de rupture vasculaire ( $n = 5$ ). Les soins ont été considérés comme étant non optimaux chez trois patientes parmi cinq qui présentaient une cardiopathie congénitale opérée dans l'enfance du fait d'un retard de la prise en charge par des équipes spécialisées. Les patientes enceintes porteuses d'une cardiopathie doivent être considérées comme étant à haut risque de mortalité ou de complications cardiovasculaires et donc orientées le plus précocement possible vers un centre périnatal disposant de l'expertise de ces pathologies. Un retard à la prise en charge avec un diagnostic initialement erroné ou non posé à été rapporté chez trois patientes avec une myocardiopathie du péripartum. Une myocardiopathie du péripartum doit être évoquée en cas de défaillance ventriculaire gauche sévère à l'échographie cardiaque si la cause est indéterminée et chez une patiente sans cardiopathie préexistante. Un cas d'infarctus du myocarde n'a jamais été retenu malgré la présence de critères cliniques et paracliniques très évocateurs. Une symptomatologie thoracique d'allure coronarienne chez toute femme enceinte et dans le post-partum immédiat, et indépendamment de l'existence ou non de facteurs de risque cardiovasculaire, doit entraîner sans délai la réalisation d'un ECG et d'un dosage de troponine.

## DOI de l'article original :

<https://doi.org/10.1016/j.gofs.2017.10.019>

\* Nous reproduisons ce texte initialement paru dans la revue *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie* pour en assurer la plus large diffusion auprès des anesthésistes-réanimateurs. Toute référence à ce texte devra renvoyer à la référence princeps, comme suit: *Gynecol Obstet Fert Senol* 2017;45(12 Suppl.):S61-S64.

\*\* 5<sup>e</sup> rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (2010-2012).

## Keywords

Maternal death  
Diagnosis  
Congenital heart disease  
Peripartum  
cardiomyopathy  
Myocardial infarction

## ■ Abstract

### Maternal deaths due to cardiovascular disease. Results from the French confidential enquiry into maternal deaths, 2010-2012

*Between 2010 and 2012, 29 maternal deaths were caused by cardiovascular disease, i.e. an overall maternal mortality ratio of 1.2 per 100,000 live births. Deaths occurred in pre-existing heart disease (n = 19), peripartum cardiomyopathy (n = 5), or arterial rupture (n = 5). Care was considered non-optimal in three of five patients with congenital heart disease and due to delayed management by specialized teams. Pregnant patients with heart disease should be considered to be at high risk of mortality or severe cardiovascular complications and therefore reoriented as soon as possible to a perinatal center with the expertise of these pathologies. A delay in the management related to incorrect diagnosis was reported in three patients with peripartum cardiomyopathy. Peripartum cardiomyopathy should be considered in patients with severe left ventricular failure on cardiac ultrasound and particularly in women without pre-existing cardiac disease. A diagnosis of myocardial infarction was never suspected despite suggestive clinical and paraclinical criteria. A suggestive symptomatology of myocardial infarction reported in any pregnant woman and during the immediate postpartum period, and regardless of cardiovascular risk factors, should be promptly investigated and managed.*

## 1. Introduction/Contexte

La grossesse entraîne de profondes modifications hémodynamiques qui apparaissent dès le premier trimestre. Le volume circulatoire ainsi que le débit cardiaque vont augmenter globalement de 30 à 50 % et se stabiliser à la fin du deuxième trimestre de la grossesse. Parallèlement, la pression artérielle diminue par la réduction des résistances vasculaires périphériques. Les cardiopathies congénitales représentent les malformations les plus fréquentes à la naissance avec une fréquence estimée de 0,8 %. Du fait des progrès considérables de la chirurgie cardiaque néonatale et pédiatrique, un grand nombre de jeunes femmes porteuses de cardiopathies congénitales atteignent maintenant un âge suffisant pour pouvoir procréer [1]. Ces patientes doivent être évaluées au cas par cas pour déterminer les risques maternels et fœtaux encourus au cours de la grossesse. La mortalité maternelle attendue est globalement de 1 % toutes causes confondues, soit 100 fois supérieure à la population générale. Les cardiopathies contre-indiquant la grossesse sont essentiellement toutes les situations associées à une hypertension artérielle pulmonaire, les pathologies génétiques à haut risque de dissection aortique avec une aorte dilatée > 45 mm (maladie de Marfan et syndrome de Turner), les obstacles sévères de la voie gauche (sténose et coarctation de l'aorte) et les dysfonctionnements sévères ventriculaires avec des fractions d'éjection < 30 % [2,3].

Les myocardopathies du péripartum (MCPP) ont été rapportées dans ce chapitre car elles concernent le système cardiovasculaire mais elles sont généralement considérées comme

étant des causes directes car spécifiquement liées à la grossesse. Leur incidence est très variable suivant les pays avec une prévalence plus élevée dans les pays en voie de développement suggérant la conjonction de facteurs génétiques et environnementaux. Elles surviennent classiquement au dernier mois de la grossesse et pendant les cinq premiers mois du post-partum mais majoritairement dans le post-partum. Les manifestations cliniques des MCPP sont non spécifiques et peuvent être attribuées aux signes fonctionnels classiquement rapportés au cours de la grossesse. Elles occasionnent une dyspnée à type d'orthopnée et de dyspnée paroxystique nocturne, une toux persistante, une distension abdominale et des palpitations. Leur diagnostic repose sur l'échographie cardiaque qui objective une défaillance ventriculaire gauche sévère et sans cause associée retrouvée (hypertension artérielle sévère, embolie pulmonaire, cardiomyopathie dilatée et complications obstétricales telles la prééclampsie et l'embolie amiotique) [4].

La cardiomyopathie obstructive représente la principale cause génétique de cardiopathie qui est fréquemment diagnostiquée au cours de la grossesse. Les risques de mort subite sont élevés dans ce contexte et particulièrement à l'effort par un obstacle à l'éjection cardiaque et/ou par l'apparition de troubles du rythme cardiaques ventriculaires [5].

L'infarctus du myocarde est rarement rapporté pendant la grossesse. Cependant, on considère que la grossesse multiplie par 3 le risque de survenue d'un infarctus du myocarde qui représenterait l'une des principales causes de mortalité maternelle cardiovasculaire. La létalité est de l'ordre de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8610463>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8610463>

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