

CARDIOPATHIE ET GROSSESSE

COUR SEME ANNÉE MEDECINE

PR BENHABIB R
GYNECO-OBSTETRIQUE

I\INTRODUCTION

Pendant la grossesse , l'accouchement et le post-partum ;l'appareil cardio-vc est soumis a de profonde modification hémo-dynamique , biologique et humorale . dans les conditions physiologique le cœur et vc s'adaptent sans dommage a des contrainte d'insatallation souvent rapide ; par contre le fonctionnement du cœur défaillant peut être gravement compromis par le surcroit du travail induit par la gestation et l'accouchement .

La prise en charge d'une grossesse cardiaque impose de prendre en consideration le risque maternelle et foëtale , et justifie une collaboration entre cardiologue et obstétricien et anesthésiste réanimateur .

II\Les principales modifications hémodynamique liés a la grossesse

1)-LE DÉBIT CARDIAQUE :

Augmentation rapide de 30% a 50% a la fin du 1^{er} trimestre et ce stabilise au 6eme mois puis il chute durant les 8 derniers semaines

L'elevation du débit cardiaque est liées a une augmentation du volume d'ejection systolique et de la fréquence cardiaque .

2)- LA CONTRACTILITÉ MYOCARDIQUE :

Est augmenté par diminution des résistance périphérique et l'effet des hormones stéroïdes .

3)- LE VOLUME SANGUIN PLASMATIQUE :

Augmenté a raison de 50% , les raisons de cette augmentation sont: la rétention hydro-sodées et une augmentation des volume plasmatique ce qui entraine une anémie .

4)-LE RETOUR VEINEUX :

Il existe une gêne de retour veineux par stase périphérique et compression cave .

5)-LES RÉSISTANCES ARTÉRIELLES :

Elle sont diminué ce qui induit en association avec l'hemo-dilution et la chute de la viscosité sanguine , un meilleur fonctionnement cardiaque .

III\EPIDEMIOLOGIE

1)-**FRÉQUENCE** : 0.5 a 2% de grossesse .

2)-**LES DIFFÉRENTES CARDIOPATHIES** :

A)-CARDIOPATHIE VALVULAIRE : Leur fréquence 0.5 a 1 % de l'ensemble des accouchées dominée par la pathologie mitrale le plus souvent secondaire a un raa .

B)-CARDIOPATHIE CONGÉNITALES : La gravité de ces atteintes es en rapport avec leur mode expression cyanogène ou accompagnée d'une htap .

C)-AUTRES PATHOLOGIE : Les arythmies , cardiopathie ischémiques ,et les cardiomyopathie .

5)- les B-Bloquants : Ne sont pas CI .

6)- les Coronaro-protecteur : Seuls les DERIVÉS NITRÉS et la TRINITRINE sont autorisé .

7)- les Thrombolytique :

*Prudence avec les STREPTOKINASE .

*les UROKINASE sont interdite .

8)-les Anti-agregant Plaquettaires :

*L'aspirine est autorisés.

*Ticlid est ci .

9)-les Anticoagulants .

IV\Principaux médicaments utilisés chez les femme cardiaque enceintes

1)- **LES TONICARDIAQUES** : Les digitaliques , l'isuprel , la DOPAMINE le DOBUTREX . peuvent être utilisé au cour de la grossesse sans risque fœtales .

2)- **LES VASOPRESSEUR** : Aramine : sans risque .

3)- **LES DIURÉTIQUES** : Les thiazidique et spironolactone , sans risque , le diflurex est contre indiqué .

4)- **LES ANTI-ARYTHMIQUES** :

* Les quinidiniques , la xylocaine , le ritmodon utilisée sans risque fœtales .

* la cordarone est utilisée avec prudence .

* la flecaine et le dihidan sont ci .

V\Les complications de la grossesse chez la cardiaque

A)-MATERNELLES :

1-mortalité maternelle 1-10%.

2-decompensation cardiaque : nécessite un traitement digitalo-diuretique .

3-l'alitement et l'état cardio-vx précaire augmentent le risque de thrombose veineuse , d'embolie pulmonaire d'hémorragie en per et post-partum .

B)-FCÉTALE :

1-mortalité péri-natale 19_33% .

2-map et ap .

3-rciu .

4-malformation foetale cardiaque congenitale .

VI\Cat au cours de la grossesse

La prise en charge d'une cardiaque nécessite une collaboration entre obstétricien et cardiologue .

1)-BILAN INITIAL :

->A)- Préciser la nature de la Cardiopathie .

->B)-LA TOLERANCE : Classification de NYHA :

=>STADE 1: Pas de trouble fonctionnel ; activité normal ; pronostic excellent .

=> STADE 2: Dyspnée d'effort ; activité peu modifié ; Cardiopathie bien compensé .

=> STADE 3: Dyspnée de décubitus ; activité restreinte ; Cardiopathie décompenser .

=> STADE 4: Activité nulle ; risque d'accident aigue ; grossesse inacceptable .

2)-AU TERME DU BILAN :

A)-BONNE TOLÉRANCE FONCTIONNELLE : Grossesse compatible => surveillance materno-fœtale attentive pendant toute la grossesse :

*MATERNELLE : Grossesse a risque :

-> consultation tous les 3 semaines .

-> arrêt de toute activité professionnelle si intolérance installée .

->hospitalisation systématique en fin de grossesse .

-> mesure hygiéno-dietetique .

->I' anemie doit être recherché et traité de même une rétention hydro sodée .

->toute infection doit être traité car=>une décompensation et d'autre part => MAP de traitement délicat (b2mimetiques surtout ci ; préconisé repos +AINS).

*FŒTAL:

-> Surveillance échographique (malformations congénital , RCIU).

-> RCF=>SFC.

->C)- Age de la patiente : Meilleur pc : femme jeune .

->D)- Parité et évolution des grossesse antérieur . Il ya risque de reproduction sur mode aggravée des accidents antérieur .

->E)-Condition cardiaque et hemodynamique .

->F)-Environnement socio-economique : Permet de juger le degré d'acceptation du régime .

B)-MAUVAISE TOLERANCE FONCTIONNELLES : Décision thérapeutique

1)- ITG: C'est un ABRT a risque réalisé sur un organisme fragile .

➔ AVANT 12 SA => ASPIRATION .

➔ APRES 12SA => MINI-CESARIENNE SUIVI D'UNE LIGATURE DES TROMPE .

2)-CHIRURGIE CARDIAQUE AU 2EME TRIMESTRE Indiqué en cas de RM PURE OU SERRÉ , STÉNOSE DE L'AORTE , CARDIOPATHIE CYANOGENÈ .

VII \ L'accouchement

3)-CARDIOMYOPATHIE DE LA GROSSESSE ET DU POST-PARTUM SD MEADOWS :

C'est une défaillance cardiaque survenant au cours de la grossesse et post-partum sans cause évidente et sans cardiopathie connue. Elle est non obstructive et non ischémique.

→ Freq : 3_4 pour 10000.

→ Mortalité maternelle importante.

→ Cliniquement se caractérise par :

- > sa survenue 2 mois avant l'accouchement jusqu'à 6 mois pp.
- > Icg avec dyspnée ; tachy-arythmie, œdème et cardiomégalie.
- > évolution souvent vers la mort ou régression de la cardiomégalie.
- > traitement : repos, régime sans sels, digitalo-diurétiques, anticoagulant + anti-arythmique.
- > le risque de récurrence est de 50 à 90% grossesse ultérieure.

L'accouchement par les voies naturelles est toujours préférable chez la cardiaque.

A)- LA CESARIENNE : Les risques de la césarienne sont :

- hémorragique.
- instabilité hémodynamique.
- effets néfastes de l'ileus paralytique.

***INDICATION :** Bassin rétréci, p siège, RPM avec contamination bactérienne du liquide amniotique, aggravation des conditions cardiaques et hémodynamique éventuelle.

B)- ACCOUCHEMENT PAR VOIE BASSE : Nécessite :

- préparation psychologique.
- anesthésiste réa présent.
- recourir à l'analgésie péridurale (diminution du stress et douleur).
- surveillance intensive du travail par monitoring fœtal et scope maternelle.
- direction du travail + O₂.
- l'expulsion doit être facilitée par épisiotomie + forceps.

VIII \ Suite de couche

→ Il faut craindre : l'endocardite b+ → atb à large spectre (risque THROMBO-EMBOLIQUE).

→ L'ALLAITEMENT MATERNELLE est à éviter → infection décompensation.

→ CONTRACEPTION : 1)-LDT : *multipare >35ans pas de désir de grossesse.

*cardiopathie mal tolérée.

*Cardiopathie grave interdisant toute grossesse.

2)-LA CONTRACEPTION LOCALE (diaphragme, préservatifs, et spermicides) innocuité totale, efficacité +/- satisfaisante.

3)-LE STÉRILET : bonne efficacité et bonne acceptabilité par rapport au risque hémorragique chez les femmes sous anti-coagulants et risque infectieux dans les valvulopathies aortiques et IM.

4)-les oestro-progestatifs : sont contre-indiqués comportent toujours un risque thrombo-embolique et hypertensifs.

5)-les micro-progestatifs : sont autorisés.

6)-les progestatifs normo-dosés : sont contre-indiqués en raison de leur retentissement glucido-lipidique et hydro-sodés.

MERCI DE VOTRE ATTENTION