

Cardiopathies et Grossesse

I. INTRODUCTION :

Pendant la grossesse, l'accouchement et le post partum, l'appareil cardiovasculaire est soumis à une profonde modification hémodynamique, biologique et humorale. Dans les conditions physiologiques, le cœur et les vaisseaux s'adaptent sans dommage, par contre le fonctionnement d'un cœur défaillant peut être compromis. L'accouchement chez une cardiopathe doit être considéré comme un accouchement à risque pour la mère et le fœtus.

La planification des grossesses chez la cardiopathe grâce à une éducation contraceptive est un véritable impératif thérapeutique.

II. Modifications cardiovasculaires normales de la grossesse :

A. Pendant la grossesse :

Modifications hémodynamiques : augmentation du débit cardiaque de 30 à 50 %, augmentation de la contractilité myocardique ; sous l'effet inotrope positif des stéroïdes, augmentation du volume sanguin par augmentation du volume plasmatique. D'où hémodilution et anémie physiologique. Diminution des résistances vasculaires systémiques et augmentation de la pression de la VCI.

Modifications cliniques et radiologiques : le cœur a tendance à s'horizontaliser et subit une rotation en avant en raison de la surélévation de la coupole diaphragmatique, on a une augmentation du volume du cœur lié à l'hypertrophie myocardique. Le rythme cardiaque est accéléré à 100 Bpm majoré en cas de grossesse multiple. L'auscultation retrouve un dédoublement fréquent de B1 , B3 à partir du 6 ème mois de grossesse, souffle d'éjection systolique, accentuation du B2.

Modifications de la coagulation : l'hémostase primaire ne semble pas être modifiée, les facteurs de la coagulation sont augmentés et le système de fibrinolyse diminué.

B. Pendant le travail :

Modifications hémodynamiques : le débit cardiaque augmente avec un effet optimal pendant les contractions utérines. Le rythme cardiaque s'accélère à cause de l'augmentation du débit cardiaque mais aussi à cause de la peur et la douleur que ressent la femme, la TA augmente dans les parties supérieures du corps à cause de la position.

C. En post partum :

le débit cardiaque retrouve sa valeur normale en 6-10 semaines. La perte sanguine de la délivrance facilite le travail cardiaque cependant le VES reste augmenté pendant longtemps.

D. Actions des drogues :

Béta mimétiques : si menace d'accouchement prématuré : ils augmentent le débit cardiaque, leur emploi nécessite une bonne fonction ventriculaire et une bonne oxygénation myocardique.

Ocytocine : vasodilatation périphérique.

Ergotamine : (Methergin) : vasoconstriction HTA →

Les bêtabloquants : sont utilisés avec toute sécurité en cas d'HTA gravidique ; anti arythmique et anti ischémique ; préférentiellement BB cardio sélectifs.

Inhibiteurs calciques : nicardipine est utilisé dans les menaces d'accouchement prématuré.

IEC : sont formellement contre indiqué durant toute la grossesse car risque de RCIU ; prématurité ; oligoamnios et malformation osseuse.

Diurétiques : l'insuffisance cardiaque congestive est la seule indication des diurétiques au cours de la grossesse.

Anticoagulants :

LES AVK ont un effet tératogène avec risque d'avortement spontané dans les premières semaines de la grossesse avec risque d'accident hémorragique de la mère lors de l'accouchement et de la délivrance.

Héparine non fractionné ne passe pas la barrière placentaire donc pas d'effet tératogène mais risque de thrombopénie pour la mère.

III. Physio-path des accidents gravido-cardiaque :

Les accidents gravido-cardiaques dépendent du type de la cardiopathie, en général une cardiopathie bien tolérée avant la grossesse assure un bon pronostic fœto-maternel, cependant elle peut décomposer.

A. Risques maternel :

Cardiopathies qui contre indiquent une grossesse :

1. Cardiopathies congénitales complexes dont la correction n'a pu être complète.
2. Syndrome d'Eisenmenger:HTA pulmonaire fixe des cardiopathies congénitales avec shunt.
3. Hypertension pulmonaire primitive.
4. Toute cardiopathie dilatée hypocinétique.
5. Marfan compliqué de dilatation de l'aorte ascendante.
6. Les pathologies valvulaires sténosantes.

Cardiopathies valvulaire acquises :

- IM : généralement bien tolérée, accidents seulement en cas d'HVG= arythmie complète donc risque thromboembolique et des greffes bactériennes.
- RM : 60% des valvulopathies .va s'aggraver au cours de la grossesse avec risque de survenue tôt des complications
- IAo :en règle bien tolérée.
- RAo : souvent mal toléré, le fait de l'ischémie myocardique+risque de greffe bactérienne en post partum.

Myocardiopathie du peripartum(syndrome de meadows)

C'est une myocardiopathie d'étiologie inconnue.

Survenant le dernier mois de grossesse et cinquième mois du postpartum.

Dysfonction systolique documentée par technique d'imagerie.

Peut se compliqué d'un OAP ; troubles du rythme auriculaire ou ventriculaire.

Le pronostic : en fonction de la normalisation de la taille et la fonction du ventricule gauche les 6 mois qui suivent la délivrance ; chez la moitié des patientes la dysfonction persiste et la mortalité est estimée à 85% à 5 ans. une nouvelle grossesse est contre indiquée chez les patientes aux antécédents de cardiomyopathie du péripartum.

Infarctus du myocarde :

rare chez la femme enceinte mais sa prévalence augmente en raison de la fréquence des grossesses tardives.

Il est plus volontiers le fait de la multipare de plus de 30ans au cours du troisième trimestre.

Pronostic : est réservé avec mortalité hospitalière pour la mère du fait :

Diagnostic tardif ; perturbation hémodynamique gravidique ; méthodes de reperfusion qui toujours sous utilisé chez la femme enceinte.

Troubles du rythme cardiaque :

Les troubles du rythme cardiaque préexistant ont tendance à s'aggraver au cours de la grossesse qu'il existe ou non une cardiopathie sous jacente.

Tous l'anti arythmique passant la barrière placentaire et se trouvent dans le lait maternel. En cas de tachycardie mal tolérée la cardioversion peut et doit être réalisé à tous les stades de grossesse.

B. RISQUES FCETAUX :

Avortement spontané si cardiopathie cyanogène.

Risque de prématurité.

Risque de malformation congénital et de mort fœtal in utero.

IV. Conclusion :

La prise en charge d'une femme enceinte cardiopathe nécessite :

- Connaissance des modifications hémodynamique au cours de la grossesse;
- La physiopathologie de la cardiopathie en cause et sa compatibilité avec ces modifications.