

Cardiopathies et grossesse

Le point de vue de l'Obstétricien et de l'Anesthésiste

Henri Marret Marc Lafon*

Département de Gynécologie, Obstétrique, Médecine fœtale et Reproduction humaine.

Hôpital Bretonneau 37044 Tours cedex 1. Tel : 02 47 47 47 41 Fax : 04 47 47 38 01

*Département d'Anesthésie Clinique du Beffroi 37100 Tours

Email : h.marret@bretonneau.chu-tours.fr

Les pathologies cardiaques pendant la grossesse font peur, car elles mettent en jeu le pronostic vital de la patiente et du fœtus. L'analyse de la littérature et l'expérience personnelle du CHU de Tours confirment les dangers de ces pathologies, mais aussi les possibilités de mener à terme une grossesse.

En 2001, 15 patientes se sont présentées au CHU de Bretonneau avec une pathologie cardiaque de gravité diverse pour 1570 accouchements soit 1% des grossesses :

12 simples : 2 coarctations aortiques dont une opérée, 1 CIA opérée, 1 CIV opérée avec sténose pulmonaire gradient à 17/6mmHg, 1 CAV opéré avec hypertrophie septale et fuite mitrale, 7 Troubles du rythme : 2 syndromes de Wolf Parkinson White dont un traité par Béta bloquant, 2 Tachycardies de Bouveret Béta bloquant /Tildiem, 1 Tachycardie sinusale, 1 Tachycardie sous salbutamol ayant nécessité une prise en charge cardiologique, 1 ESV avec dysplasie mitrale (Béta bloquant)

3 graves :

1 Transposition des gros vaisseaux corrigée avec CIV, sténose pulmonaire serrée + dextrorotation, dyspnée stade I / II avec fuite mitrale. Tachycardie supraventriculaire sous Avlocardyl 40mg x3, césarienne sous anesthésie générale, suite simple.

2 Discrète cardiomyopathie hypertrophique avec dilatation de l'oreillette gauche, Malaise avec PC en cours de grossesse et constatation d'une Cardiopathie hypertrophique + HTAP à 60 mmHg à l'échographie, non confirmé par un cathétérisme droit

Césarienne sous rachianesthésie, décompensation cardiaque lors de l'extraction fœtale, OAP, choc cardiogénique, trouble du rythme cardiaque, échec de réanimation, Décès à 6 heures en postopératoire.

3 Infarctus du Myocarde septale en 1999 de l'Artère diagonale et plaque de l'IVA

Foramen ovale perméable ou phénomène spastique ; Risque de 2 à 5 % de rupture ventriculaire Inhibiteur calcique et anti agrégant, pendant la grossesse, héparine de bas poids moléculaire en fin de grossesse. Césarienne sous péridurale lente. Suites simples.

Les 12 cardiopathies simples n'ont pas posé de problème, et ont été césarisées pour quatre d'entre elles, deux pour la cardiopathie entre autre, et les autres pour motif obstétrical, les 8 autres ont accouché sans problème par voie basse sous péridurale.

Les pathologies cardiaques représentent 1% des grossesses prises en charge dans la littérature, elles sont post rhumatismales dans 60 à 80% des cas. Pour ces séquelles de rhumatisme streptococcique, il y avait 50% de mortalité si l'atteinte était sévère, 15 à 50 % de dégradation pendant la grossesse et 40% des insuffisances cardiaques congestives étaient asymptomatiques avant la grossesse. Le Rétrécissement Mitral est le plus fréquent, le Rétrécissement Aortique le plus grave. Désormais, prises en charge avant la grossesse par chirurgie ou par dilatation, ces valvulopathies ont une faible mortalité et une morbidité de l'ordre de 10%. Le risque thromboembolique, hémorragiques ou malformatif a remplacé celui de la décompensation hémodynamique.

Un point demeure important pour ces cardiopathies valvulaires, le risque d'endocardite, avec la prévention par antibioprophylaxie. La fréquence des endocardites pendant la grossesse est de 9/10 000 traduisant l'efficacité de la prévention. L'anticoagulation efficace en cas de prothèse mécanique pose le problème des anticoagulants en raison de la contre-indication des anti vitamine K pendant la grossesse de la 6^{ème} à la 12^{ème} semaine d'aménorrhée.

Ces pathologies étaient les plus fréquentes, elles justifiaient l'auscultation cardiaque obligatoire en début de grossesse lors de la déclaration. Actuellement, dans les pays industrialisés, les cardiopathies les plus fréquentes sont les malformations congénitales opérées. En effet l'amélioration de la prise en charge pédiatrique et de la chirurgie cardiaque, est responsable d'une augmentation de la survie des cardiopathies congénitales, allant de 80% de survie pour les cardiopathies complexes, à 95% pour les cardiopathies simples. La grossesse chez ces patientes est mal connue et nécessite une formation continue. Les patientes suivies par un cardio pédiatre, arrive à l'âge adulte et en période de conception, des équipes de cardiologues adultes doivent alors les prendre en charge, et peu de service de cardiologie possèdent de référent en la matière. L'expérience de Tours fait état de ce type de cardiopathies. Leur pronostic semble globalement bon, les patientes ayant survécu ayant probablement un bon pronostic.

Les modifications physiologiques de la grossesse sont principalement une augmentation du volume plasmatique et une diminution des résistances périphériques (-20%), l'ensemble aboutit à une augmentation du débit cardiaque de 50% et de la fréquence cardiaque de 25%. Il y a de même une augmentation de 50% de la masse myocardique. Ces modifications vont être tolérées de manière variable par un myocarde pathologique. L'accouchement et la délivrance en augmentant le débit cardiaque de 25% constituent un risque de décompensation supplémentaire. En conséquences, certaines cardiopathies vont constituer en présence de ces modifications un risque de voir survenir des complications majeures. D'autres, s'adapteront et ne nécessiteront qu'une surveillance rapprochée.

Les cardiologues ont ainsi réparti les cardiopathies en plusieurs groupes en fonction du risque de décompensation pendant la grossesse :

Bas risque : Shunt Gauche/Droit, correction chirurgicale et Fraction d'éjection Normale, Prolapsus Valve Mitrale isolé, bicuspidie Aortique sans sténose, Rétrécissement Pulmonaire modéré, régurgitation valvulaire sans Insuffisance Cardiaque, NYHA (New York Heart Association classification) de groupe I et II.

Risque intermédiaire : Cardiopathie cyanogène non corrigée, shunt G/Dt large, coarctation Aortique, Rétrécissement Mitral et Rétrécissement Aortique, Rétrécissement Pulmonaire, valve mécanique, Insuffisance cardiaque, Cardiomyopathie du post-partum à Fraction d'éjection Normale du ventricule gauche.

Risque élevé : NYHA III et IV, Hypertension Artérielle Pulmonaire, Marfan et dilatation Aortique, Rétrécissement Aortique serré, Cardiomyopathie du post-partum à Fraction d'éjection altérée du ventricule gauche, transplantée cardiaque.

L'Infarctus du myocarde en dehors de la grossesse, s'il est sans séquelle fonctionnelle est de bon pronostic ainsi que les Troubles du Rythme traités.

Le danger principale est l'HTAP ou hypertension artérielle pulmonaire et le Eisenmenger Syndrome ainsi que la myocardiopathie obstructive. En effet le risque de mortalité dans le contexte de la grossesse peut atteindre 30% pour ces pathologies, il est maximal vers 30-32 SA et dans le péri partum et peut justifier l'interruption de la grossesse. Il faut savoir refuser une grossesse à certains couples qui pourtant mènent en dehors de la grossesse une vie presque normale. Encore faut-il les convaincre des risques démesurés qu'ils sont parfois prêts à prendre.

Les contre indications reconnues pour une éventuelle grossesses sont : l'Hypertension artérielle pulmonaire, les cardiopathies avec cyanose $SaO_2 < 85/90\%$, l'insuffisance cardiaque congestive sévère, un infarctus récent, un syndrome de Marfan avec dilatation aortique et une sténose mitrale ou aortique serrée.

Un problème particulier est celui de la cardiomyopathie du peri-partum (dernier mois de grossesse à 5 mois de post partum), chez une patiente saine de tout antécédent cardiaque, dont l'étiologie n'est pas connue et avec une mortalité sévère de 18 à 56%. Sa fréquence est de l'ordre de 1/3000 à 1/4000 naissances. Une grossesse ultérieure ne peut être envisagée que si la fonction cardiaque est redevenue normale et elle expose, dans cette situation à un risque de 20% de récurrence avec morbidité foetomaternelle.

Au total, une des causes de mortalité et de morbidité lourdes pour la mère et pour le fœtus, 562 patientes avec 13% de complications graves pour une grosse série canadienne. 25% des enfants ont une complication, lorsque la mère présente une cardiopathie, essentiellement un retard de croissance ou une prématurité. Ce risque est pondéré par la gravité de la cardiopathie : plus le risque maternel est grand, plus le risque fœtal l'est également.

L'évaluation du risque materno-fœtal chez les patientes ayant une cardiopathie congénitale ou acquise nécessite de connaître parfaitement la cardiopathie sous-jacente et sa sévérité.

Dans la majorité des cas, la grossesse justifie une surveillance habituelle.

En cas de risque élevé ou intermédiaire, un conseil prénatal est recommandé et la surveillance à confier à un centre de référence

Il faut savoir accepter une grossesse mais aussi la récuser voir l'interrompre, cette décision doit être prise conjointement par le cardiologue et l'obstétricien, la prise en charge doit ensuite être régulière et toujours conjointe. Le choix de la voie d'accouchement et de l'analgésie voir de l'anesthésie doit également être discuté entre l'obstétricien, le cardiologue et l'anesthésiste. La patiente et le couple doivent être informés des risques encourus. C'est à ce prix que l'on pourra minimiser la mortalité et la morbidité foetomaternelle de ces cardiopathies.

Bibliographie

Prospective multicenter study of pregnancy outcomes in women with heart disease. Siu SC et al
Circulation 200;1 104: 515-21.

Pregnancy and heart disease : a review. Thilen U and Olsson SB. European J Obstet Gynecol
Reprod Biol. 1997; 75: 43-50.

Cardiac disease in pregnancy. Ramsey PS, et al. Am J Perinatol 2001; 18: 245-66.

Management of critically ill cardiac patient. Naidoo DP, Moodley J. Best Pract Res Clin Obstet
Gynecol 2001; 15 / 523-44.

Anesthesia and analgesia for the critically ill parturient. Rout CC. . Best Pract Res Clin Obstet
Gynecol 2001; 15 / 507-22.