



Rétrécissement mitral et grossesse

Mitral stricture and pregnancy

ضيق الصمام التاجي و الحمل

K. Guelzim, N. El Malki Berrada, J. Kouach, A. Meklaâ, D. Moussaoui, M. Dehayni

الملخص : يعتبر حدوث الحمل عند المرأة المصابة بضيق الصمام التاجي حالة غير نادرة وتشكل خطورة بالنسبة للأم والجنين، ومن خلال إحدى و خمسين حالة تم تتبعها في المستشفى العسكري محمد الخامس بالرباط. سوف نسلط الضوء على كيفية معالجتها.

لتفادي الأخطار الناجمة عن هذا المرض يجب:

- تبني سياسة وقائية من الرثية المفصلية الحادة:

- المتابعة الدقيقة طوال مدة الحمل وبرمجة الولادة في إطار تعاون واستشارات بين الأطباء المختصين في الولادة، التخدير، أمراض القلب، جراحة القلب وأطباء الأطفال.

الكلمات الأساسية : الحمل، ضيق الصمام التاجي،

Résumé : La survenue d'une grossesse chez une femme présentant un rétrécissement mitral est une situation fréquente et à risque materno-foetal. A travers 51 patientes suivies à l'hôpital Militaire Mohamed V, nous allons faire le point sur leur suivi ainsi que leur prise en charge. La prévention des complications exige :

- La mise en œuvre d'une stratégie efficace de prévention du rhumatisme articulaire aigue pour en réduire la fréquence,

- Un suivi rigoureux de l'état de santé des patientes et la programmation de leur accouchement dans le cadre d'une collaboration multidisciplinaire (obstétricien, réanimateur, cardiologue, chirurgien cardiaque, pédiatre)

Mots clés : rétrécissement mitral, grossesse.

Abstract : Arisen of a pregnancy at a woman representing a mitral stricture is a frequent situation with a materno-foetal risk. Though 51 patients followed-up at the military hospital Mohammed V, we will review their follow-up as well as their medical care. The prevention of the complications requires:

- Implement of an effective strategy of prevention of the acute rheumatic arthritis to reduce its frequency;

- Rigorous follow-up of the patient's health state and programming their childbirth (delivery) within a framework a multidisciplinary collaboration (obstetrician, resuscitor, cardiologist, heart surgeon and pediatrician).

Key Words : Mitral stricture, pregnancy.

Tiré à part : K. Guelzim : Service de gynécologie obstétrique, Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V, Rabat - Maroc

Introduction

La survenue d'une grossesse chez une femme ayant une cardiopathie est une situation fréquente puisqu'elle représente entre 0,5% et 1% de l'ensemble des accouchées. Cette situation à haut risque materno-fœtal est majorée par le rétrécissement mitral qui occupe la première place parmi les cardiopathies observées au cours de la gestation. La prise en charge d'une femme enceinte ayant un rétrécissement mitral est multidisciplinaire et doit être menée dans un centre spécialisé, permettant la réanimation de la mère et de l'enfant [2].

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective menée au service de gynécologie obstétrique durant la période allant du 1^{er} janvier 2000 au 31 décembre 2006. Sont incluses toutes les femmes enceintes présentant un rétrécissement mitral isolé qui sont suivies en consultation prénatale.

Résultats

Durant la période d'étude, nous avons accouché 51 parturientes avec un rétrécissement mitral. L'âge moyen de nos patientes est de 32 ans (20-43 ans), 26 femmes sont des primipares et toutes les grossesses étaient monofoetales, 44 parturientes se sont présentées au stade I de NYHA, 5 au stade II et 2 au stade III. L'âge gestationnel était compris entre 28 et 36 SA, 3 patientes ont été hospitalisées au service de cardiologie pour une dilatation percutanée.

L'accouchement par voie basse a été accepté chez 40 parturientes dont la plupart ont eu un travail spontané et 12 un déclenchement au cytotec. Onze femmes ont bénéficiées d'une césarienne prophylactique pour des indications obstétricales. Dans les accouchements par voie basse, l'expulsion a été facilitée chez 33 femmes par ventouse et épisiotomie avec une délivrance dirigée chez toutes les parturientes. Quatre hémorragies de la délivrance ont été notées, deux suite à une inertie utérine et deux par déchirures cervicales.

Discussion

La diminution de la surface de l'orifice mitral gêne le remplissage du ventricule gauche. La pression veineuse pulmonaire s'élève et il y aura une transsudation du liquide dans l'espace interstitiel pulmonaire, le travail respiratoire augmente et la dyspnée d'effort s'installe. Du fait de l'augmentation de la résistance vasculaire pulmonaire en permanence, le ventricule droit s'hypertrophie et induit une insuffisance tricuspide. Au cours de la grossesse l'augmentation du volume et du débit cardiaque détériore l'état fonctionnel de 1 à 2 classes de la NYHA. La dyspnée survient en général au deuxième trimestre et peut aboutir rapidement à l'œdème pulmonaire ou un passage en fibrillation auriculaire qui est parfois révélatrice du rétrécissement mitral [1, 3, 5].

La première consultation obstétricale est très importante parce qu'elle permet d'établir un pronostic maternel et fœtal et ainsi de juger la possibilité de garder cette grossesse. Cette décision sera prise en collaboration étroite avec le cardiologue et en fonction de certains éléments :

- L'état cardiaque antérieur.
- L'âge de la mère, pour certains à partir de 30 ans le risque des accidents gravido-cardiaques s'accroît.
- La parité : au-delà de 3 grossesses, le pronostic s'aggrave.
- L'évolution des grossesses antérieures.
- La possibilité de repos, de discipline et du respect du régime et du traitement.

La chirurgie cardiaque au cours de la grossesse :

Le geste chirurgical devrait en principe être réalisé avant la grossesse, mais la chirurgie devient nécessaire si des complications surviennent au cours de la grossesse.

- La valvuloplastie mitrale percutanée :

L'avènement de la dilatation mitrale par Inoue en 1984 a considérablement modifié la prise en charge du rétrécissement mitral. A partir de 1988 et en raison du risque d'exposition du fœtus aux irradiations au moment du geste de dilatation, on utilise un cache en plomb protecteur étendu du diaphragme de la mère au pelvis. Les complications de cette valvuloplastie sont celle du geste lui-même : hémopé-

ricarde, fuite mitrale et embolie [8].

- La chirurgie sous circulation extracorporelle :

L'indication chirurgicale sous circulation extracorporelle doit être le résultat d'une décision collégiale associant cardiologue, obstétricien, chirurgien cardiaque, anesthésiste réanimateur et pédiatre ; les principales circonstances conduisant à cette situation sont : l'insuffisance cardiaque congestive réfractaire au traitement médical, la thrombose de la prothèse valvulaire, l'endocardite infectieuse et l'angor instable. Le pourcentage de mort fœtale entraînée par CEC est tout de même élevé, estimé à 9,5% à l'heure actuelle. Trois facteurs semblent influencer le pronostic fœtal : le terme de l'intervention, les caractéristiques de la CEC et la surveillance du RCF. Au troisième trimestre les auteurs préconisent d'effectuer la chirurgie cardiaque dans le même temps que la césarienne ce qui évite les risques de la CEC pour le fœtus [9].

Concernant le suivi de la femme pendant la grossesse, la première consultation obstétricale est importante car elle permet d'établir le pronostic maternel et fœtal en fonction de l'état cardiaque antérieur, la parité, l'âge de la mère, l'évolution et du respect du traitement. Dans tous les cas, l'avis du cardiologue est nécessaire et toute décision sera prise en étroite collaboration.

En fonction des résultats du bilan, trois attitudes sont possibles :

- Interruption thérapeutique de grossesse, si la grossesse est contre-indiquée.
- Indication de chirurgie cardiaque de la grossesse.
- Consultations mensuelles obstétricales et cardiaques de façon alternée pendant les six premiers mois puis une fois par quinze jours pendant le dernier trimestre avec hospitalisation en fin de grossesse.

Le déroulement de l'accouchement chez la femme porteuse de rétrécissement mitral :

Voie basse

Il est indispensable d'éviter l'épreuve d'effort d'un travail long et douloureux, ainsi que les efforts expulsifs. L'analgésie péridurale, seule ou associée à la rachianesthé-

sie, a donc largement sa place. Le traitement de l'hypotension artérielle par phényléphrine à faibles doses évite l'aggravation de la tachycardie maternelle sans risque pour la perfusion utérine [1,5]. Dans notre série seul 5 femmes ont bénéficié de la péridurale. La patiente est placée en position proclive latéralisée à gauche afin de prévenir le syndrome de compression cave.

La direction du travail

- La position demi assise.
- L'oxygénothérapie est systématique.
- Les apports liquidiens et la diurèse doivent être strictement comptabilisés afin d'éviter toute surcharge.
- L'antibioprophylaxie : la difficulté à anticiper une complication obstétricale et les conséquences potentiellement désastreuses d'une endocardite amènent certains auteurs à élargir ses indications à toute les patientes valvulaires accouchant par voie basse.
- L'ocytocine doit être injectée lentement en raison du risque d'hypotension artérielle.
- La durée du travail : le travail de la parturiente doit être de courte durée.
- L'expulsion : cette période est la plus dangereuse ; elle doit être facilitée pour éviter les efforts expulsifs devant toute fatigue maternelle [4,7].
- La délivrance dirigée reste une excellente indication en évitant toute surcharge liquidienne.

La césarienne

Elle comporte un risque anesthésique important, un risque hémorragique, source d'instabilité hémodynamique les effets néfastes de l'iléus paralytique entraînant une gêne respiratoire, un risque thromboembolique et les greffes valvulaires. La césarienne est réservée à des indications essentiellement obstétricales ou en cas d'aggravation des conditions cardiaques et hémodynamiques maternelles [4,6].

Références

1. Hameed A, karaal I, Tummala P, Wani O. The effect of valvular heart disease on maternal and foetal outcome of pregnancy. *J Am Coll Cardiol* 2001; 37: 893-9.
2. Merger G, Blanc B, Ruf H. Cardiopathies et grossesse. Etude rétrospective de 100 observations. *Rev Franç Gynécol* 1983; 689-95
3. Bathla N, Lal S, Behera G, Kriplani A, Mittal S, Agarawal N and Talwar K. Cardiac disease in pregnancy. *International Journal of Gynecology and Obstetrics: Cardiac disease* 2003.
4. Cabanes L. Coeur et Grossesse *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie*. 2004; 53: 91-6
5. Hunter S, Robson SC. Adaptation of maternal heart in pregnancy. *Br Heart J*. 1992; 68: 540-3
6. Presbitero P, Prever SB, Brusca A. International cardiology in pregnancy *Eur Heart J*. 1996; 192-8
7. Crepin G, Pauchant M, Delahosse, Vennin P. Les aspects cliniques et évolutifs actuels de la grossesse chez la cardiaque. *J Gynecol Obstet Biol Repr*. 1980 ; 9 : 675-85
8. Fellat I, Oukerraj I, Doghmi N, Benani R, Fellat N, ElHaitem N, Benomar M. valvuloplastie mitral percutanée chez la femme enceinte: Expérience marocaine. *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie*. 2003 ; 52 : 139,42.
9. Schaub B, Sainte Rose D, Brunet Ap, Hag B. Chirurgie cardiaque sous circulation extra-corporelle durant la grossesse. *Revue de la littérature à propos d'un cas. J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 1991 ; 20 : 562-7