



Journal Homepage: - www.journalijar.com

INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI: 10.21474/IJAR01/17099

DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/17099>



RESEARCH ARTICLE

CARDIOMYOPATHIE DE PÉRIPARTUM À PROPOS D'UN CAS

Rhemimet Chaimaa, Yousraa Boucherif, Rim Raissouni, Ameurasmaa, Houda Souilk, Pr. I. Fellat and Pr. Cherti

Service de Cardiologie B, CHU Maternité Souissirabat, Maroc.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 15 April 2023

Final Accepted: 19 May 2023

Published: June 2023

Abstract

La cardiomyopathie du péri-partum est une cardiomyopathie idiopathique présentant une insuffisance cardiaque secondaire à une dysfonction systolique du ventricule gauche en fin de grossesse ou dans les mois suivant l'accouchement. Nous rapportons le cas d'une jeune femme de 35ans, ayant présenté une poussée d'insuffisance cardiaque gauche révélant une cardiomyopathie du péri-partum cinq mois après son accouchement. A travers ce cas on profitera de revoir la physiopathologie, le diagnostic, traitement et le pronostic de cette pathologie peu connue.

Copy Right, IJAR, 2023.. All rights reserved.

Observation:-

Nous rapportant le cas d'une femme âgée de 35ans, sans FDRcvx ou d'habitudes toxiques, sans ATCDs particuliers, G4P4, 4EV, déroulement de grossesse normale, à terme, accouchement par voie basse, qui a installé au cours de dernier mois de sa grossesse une dyspnée stade II à III de la NYHA négligée initialement par la patiente, l'évolution a été marquée par l'aggravation progressive de sa dyspnée devenant stade VI de NYHA, l'examen trouve à l'admission une patiente orthopnéique, supportant mal le décubitus dorsal, TA : 80/60mmhg, extrémités chaudes, avec des râles crépitants aux bases, à la biologie : BNP élevée, sérologies bactériennes et virales négatives, l'ECG inscrit une FA avec CVM à 120bpm (figure 1), et le diagnostic de CMD a été posé par l'ETT qui a montré un VG dilaté, une dysfonction bi ventriculaire, avec (FEVC à 25%), dilatation bi atriales (figure 2), l'IRM a confirmé l'absence de rehaussement tardif éliminant ainsi une myocardite ou séquelle d'ischémie (figure 3)

La patiente a été mise sous diurétiques pour sa congestion et le reste de traitement de l'insuffisance cardiaque, un anticoagulant avec surveillance proche, l'évolution clinique était favorable mais le contrôle échographique les 2 premiers mois n'a pas révélé une amélioration de sa FEVG

Corresponding Author:- Rhemimet Chaimaa

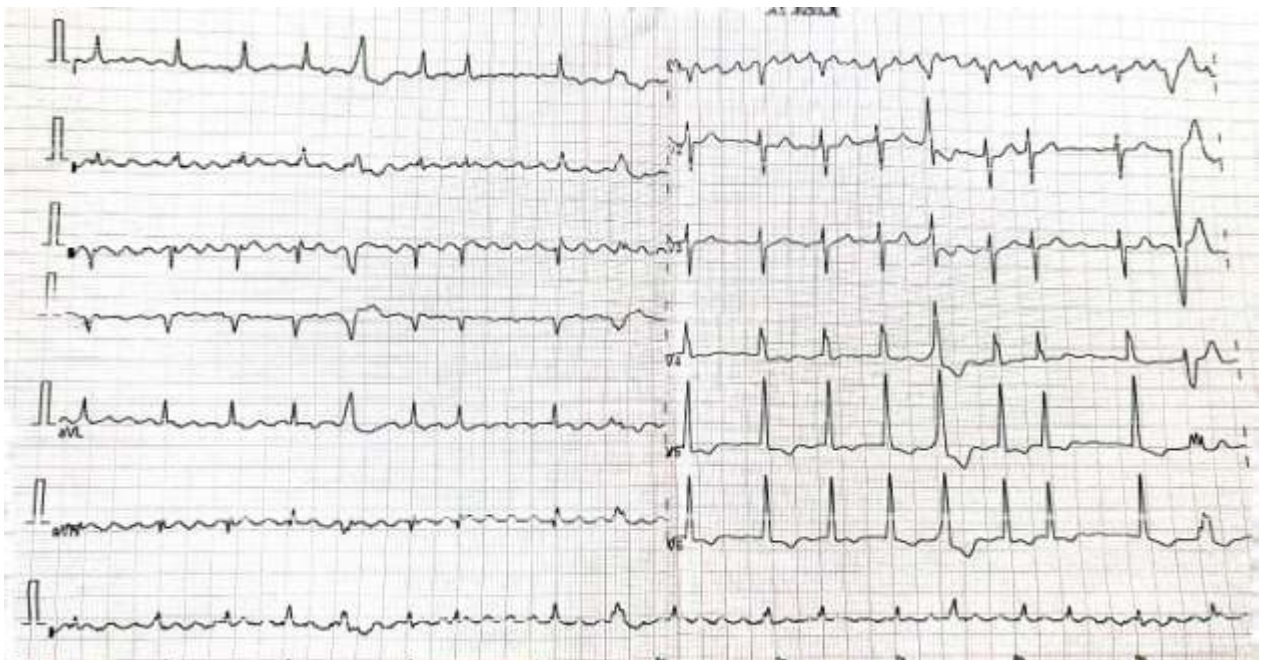


Figure 1:- ECG inscrit une FA avec une FC à 120bpm avec ESV isolées.

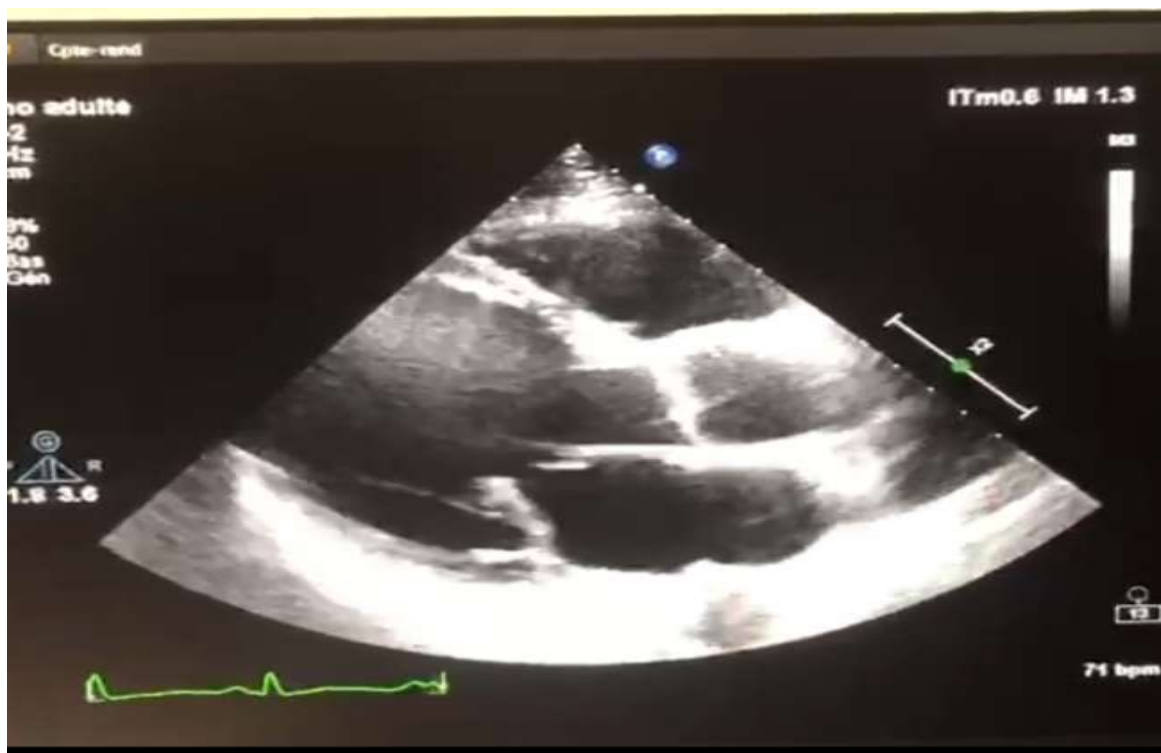


Figure 2:- Coupe parasternale grand axe montrant une dilatation biventriculaire avec une hypokinésie globale et une dysfonction VG sévère à 25% (SBP).

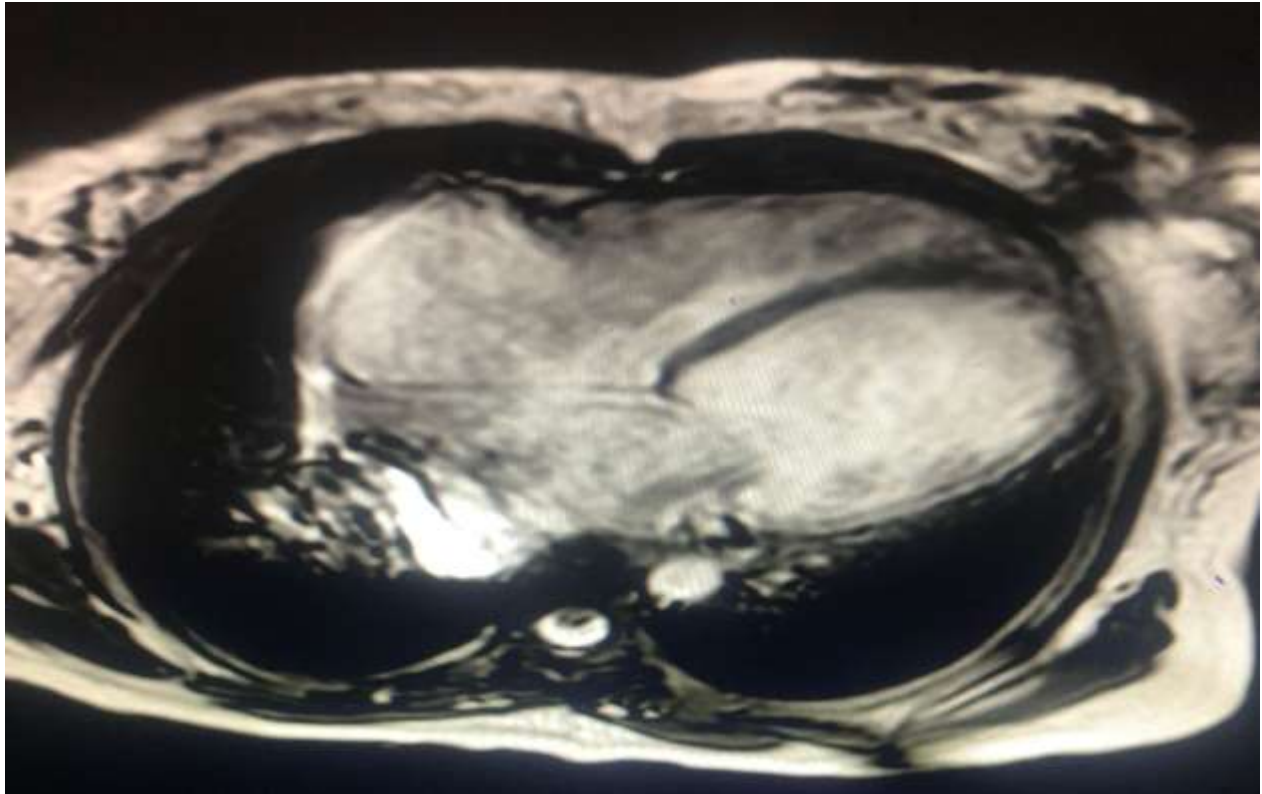


Figure 3:- Coupe 4 cavités montrant un VG dilaté sans rehaussement tardif.



Figure 4:- Coupe petit axe montrant un VG de grande taille sans rehaussement tardif après injection de gadolinium éliminant une myocardite.

Discussion:-

L'insuffisance cardiaque au cours de la grossesse a été individualisée comme étant une cardiomyopathie particulière au cours des années 1930 (1)

La cardiomyopathie du péripartum (CMPP) est définie par la Société Européenne de Cardiologie (ESC), par « une cardiomyopathie dilatée se manifestant dans la période du péripartum chez une patiente préalablement en bonne santé » (2)

La définition de l'ESC repose sur l'association de 4 points (3) :

- La survenue d'une insuffisance cardiaque congestive dans le mois précédent ou les 5 mois suivant l'accouchement
- L'absence d'étiologie retrouvée à la cardiomyopathie malgré un bilan exhaustif
- L'absence de cardiopathie connue avant l'apparition des premiers symptômes
- La présence de signes échocardiographiques attestant la dysfonction ventriculaire gauche, avec une FEVG < 45 % et/ou une fraction de raccourcissement < 30 % et/ou une dilatation cavitaire avec un diamètre télédiastolique ventriculaire > 2,7 cm/m² de surface corporelle

Le mécanisme précis de survenue de la CMPP demeure mal défini, plusieurs hypothèses physiopathologiques ont été proposées (4, 5) : facteurs liés à des risques de maladies cardio vasculaires (hypertension artérielle, diabète, tabac), facteurs liés à la grossesse (âge, nombre de grossesses, parité, malnutrition) (6).

Plus récemment, une théorie hormonale suggère le rôle important d'un fragment 16Kda, produit de clivage de la prolactine par la cathepsine d, dans la genèse de la CMPP (7,8), le stress oxydatif semble être l'activateur de la cathepsine d dans les cardiomyocytes. Cette enzyme va cliver la prolactine et libérer un fragment de 16 Kda qui a des propriétés anti-angiogéniques et pro-apoptotiques (8),

Des théories inflammatoire, virale (myocardite) et auto-immune ont été également évoquées.

Il s'agit d'un diagnostic d'exclusion, Le tableau classique est celui d'une insuffisance cardiaque globale, parfois purement gauche, d'installation rapide, des formes avec des symptômes mineurs sont possibles

L'ECG peut montrer une hypertrophie ventriculaire gauche systolique, des anomalies du segment ST ou de l'onde T ou des arythmies qui sont possibles et peuvent expliquer certains cas de mort subite en péripartum (9)

Le risque thrombo-embolique existe au cours de la CMPP, particulièrement en cas d'altération profonde de la fonction ventriculaire gauche (fraction d'éjection (Fe) inférieure à 35%), un accident thrombo-embolique peut être donc la première manifestation de la maladie (10)

Le dosage du BNP est augmenté d'une façon non spécifique comme réponse à l'augmentation de la pression de remplissage ventriculaire

L'échocardiographie Trans thoracique permet de mesurer les DTS et DTD du ventricule gauche, de calculer la FE et de rechercher un thrombus intracavitaire, un diamètre télédiastolique supérieur à 60mm et une FE inférieure à 30% sont de mauvais pronostic quant à une éventuelle récupération. Cet examen sera répété périodiquement après la sortie de la patiente, généralement tous les mois, afin d'évaluer l'efficacité du traitement (4)

L'IRM permet l'élimination du principal diagnostic différentiel ; la myocardite. en effet, l'étude du rehaussement tardif après injection du gadolinium permet d'écarter aisément ce diagnostic

Les principes du traitement de la CMPP sont similaires à ceux applicables à une insuffisance cardiaque d'étiologie différente (4)

Un traitement par resynchronisation cardiaque et la mise en place d'un défibrillateur automatique implantable peuvent être discutés après 6 mois de suivi, si la patiente demeure symptomatique sous traitement médical optimal avec des QRS larges

Une récurrence de CMP-PP lors d'une grossesse ultérieure survient dans 25 à 100 % des cas selon les études (11). La Société Européenne de Cardiologie préconise (12) :

- de déconseiller une future grossesse chez une patiente présentant des séquelles ventriculaires post CMPP
- de contre-indiquer la grossesse en cas de FEVG < 50 % ;
- de procéder à une interruption thérapeutique de grossesse en cas de dégradation de la FEVG < 50 % au cours du 1er ou 2^e trimestre, en raison du risque de décompensation cardiaque pouvant mettre en jeu le pronostic maternel ;
- de réaliser une échocardiographie de dépistage et un suivi régulier pendant la grossesse chez les patientes aux antécédents de CMPP avec normalisation de la FEVG, ainsi que chez les patientes présentant des antécédents familiaux de cardiomyopathie dilatée ou de CMPP chez les ascendants et collatéraux du premier degré.

Conclusion:-

La CMPP est une pathologie grave et rare dont le diagnostic initial peut être difficile. L'échographie cardiaque reste l'examen de choix, permettant ainsi le diagnostic rapide et l'établissement d'un pronostic en fonction de la gravité de l'atteinte de la fraction d'éjection du ventricule gauche.

Liste des abréviations :

CMPP : cardiomyopathie de péripartum
 FDRcvx : facteur de risque cardiovasculaire
 ATCD : antécédent
 ECG : électrocardiogramme
 IRM : imagerie par résonance magnétique
 GP : grossesse / paternité
 EV : enfant vivant
 DTS et DTD : diamétre télésystolique et diamétre télédiastolique

Références:-

1. lampert MB, langrM. Peripartum cardiomyopathy. AmHeart J 1995;130:860-870
2. Oakley C., Child A., Lung B. et al. Task Force on the Management of Cardiovascular Diseases During Pregnancy of the European Society of Cardiology: Expert consensus document on management of cardiovascular diseases during pregnancy. Eur Heart J 2003 ; 24 : 761-81.
3. Pearson G.D., Veille J.-C., Rahimtoala S. et al. Peripartum cardiomyopathy: National Heart, Lung and Blood Institute and Office of Rare Diseases (National Institutes of Health) workshop recommendations and review. JAMA 2000 ; 283 : 1183-8.
4. sliwa K, Hilifiker-Kleiner d, Petrie MC et al. Current state of knowledge on etiology, diagnosis, management and therapy of peripartum cardiomyopathy: a position statement from the Heart Failure association of the European Society of Cardiology Working group on peripartum cardiomyopathy. Eur Heart J 2010; 12:767-778..
5. . Fett Jd, Christie Ig, Carrawayrd, Murphy Jg. Five-year prospective study of the incidence and prognosis of peripartum cardiomyopathy at a single institution. Mayo Clin Proc 2005;80:1602-1606.
6. arany Z, elkayamu. Circulation. 2016 apr 5;133(14):1397-409.
7. Hilifiker-Kleiner d, Kaminsky K, Podewski e et al. a cathepsin-cleaved 16Kda form of prolactin mediates postpartum cardiomyopathy. Cell 2007; 128:589-600.
8. silwa K, Fett J, el kayam u. Peripartum cardiomyopathy. lancet 2006;368 :687-693.
9. (1). Oakley C., Child A., Lung B. et al. Task Force on the Management of Cardiovascular Diseases During Pregnancy of the European Society of Cardiology: Expert consensus document on management of cardiovascular diseases during pregnancy. Eur Heart J 2003 ; 24 : 761-81.
10. Desai d, Moodley J, naidood. Peripartum cardiomyopathy: experiences at king Edward VIII Hospital, durban, south africa and a review of literature. Trop doct 1995; 25:118-

123. silwa K, Forster o, libhaber e et al. Peripartumcardiomyopathy: inflammatory markers as predictors of outcome in 100 prospectively studied patients. *eur Heart J*2006; 27:441-446.
11. Oakley C., Child A., Lung B. et al. Task Force on the Management of Cardiovascular Diseases During Pregnancy of the European Society of Cardiology: Expert consensus document on management of cardiovascular diseases during pregnancy. *Eur Heart J*2003 ; 24 : 761-81
12. Bahloul M., Ben Ahmed M.N., Laaroussi L. et al. Myocardiopathie du péripartum : incidence, physiopathologie, manifestations cliniques, prise en charge thérapeutique et pronostic. *Ann Franc Anes Réa* 2009 ; 28 : 44-60.