

CARDIOLOGIE

Conférences scientifiques®

COMPTE RENDU DES CONFÉRENCES
SCIENTIFIQUES DE LA DIVISION DE
CARDIOLOGIE, HÔPITAL ST. MICHAEL'S,
UNIVERSITÉ DE TORONTO

La cardiopathie valvulaire pendant la grossesse

Par AFSANEH POURDOWLAT, M.D.

La prise en charge de la grossesse chez les patientes atteintes de cardiopathie valvulaire continue de poser des problèmes aux cliniciens. La cardiopathie valvulaire peut avoir un impact important sur la santé du fœtus et de la mère pendant la grossesse, le travail et l'accouchement. Sa présence peut être reconnue pour la première fois pendant la grossesse lorsque des changements hémodynamiques associés à la grossesse causent des symptômes chez une patiente antérieurement asymptomatique ou accentuent une affection préexistante. La cause la plus fréquente de la cardiopathie valvulaire chez la femme enceinte qui était rhumatismale a changé au cours de ces dernières années et est devenue congénitale. Cependant, chez de nombreuses femmes immigrantes, la cardiopathie rhumatismale demeure la cause la plus fréquente.

Changements hémodynamiques pendant la grossesse

Brièvement, les changements cardiovasculaires pendant la grossesse comprennent :

- Une augmentation du débit cardiaque.
- Une augmentation du volume sanguin qui commence dès la 6^e semaine de la grossesse et continue progressivement jusqu'à ce qu'il atteigne 150 % de son niveau initial.
- Une augmentation du volume plasmatique qui est hors de proportion par rapport au volume des globules rouges entraînant une anémie physiologique.
- Une augmentation du volume d'éjection systolique de la 6^e à la 28^e semaine de grossesse.
- Une augmentation du débit cardiaque au 3^e trimestre due à une augmentation de la fréquence cardiaque.
- Une baisse de la pression pulmonaire accompagnée d'une baisse de la résistance vasculaire pulmonaire.
- Une diminution du retour veineux en raison de la compression progressive de la veine cave inférieure au 3^e trimestre.

En outre de tous les changements ci-dessus, les contractions utérines pendant le travail sont associées à une augmentation de la tension artérielle (TA), de la fréquence cardiaque, du débit cardiaque et de la consommation d'oxygène. Ces changements sont résumés dans la figure 1¹.

Signes et symptômes associés à la cardiopathie valvulaire pendant la grossesse

Les symptômes sur lesquels on se fonde couramment pour évaluer la cardiopathie (p. ex. fatigue, dyspnée, orthopnée, présyncope, syncope et œdème du pied) sont fréquemment présents pendant une grossesse normale. Le tableau 1 résume les signes cliniques et les changements spécifiquement associés à la cardiopathie valvulaire pendant la grossesse.

Effets de la grossesse sur la cardiopathie valvulaire préexistante

On a fait les observations générales suivantes concernant les effets de la grossesse sur la cardiopathie valvulaire préexistante.

Vous recevrez ce numéro de mars, ainsi que les prochains numéros d'avril et de mai de *Cardiologie – Conférences scientifiques*, en retard. Ce retard est dû aux mesures d'urgence imposées dans la plupart des hôpitaux à Toronto durant mars et avril en raison du SARS. Durant cette période, presque toutes les conférences universitaires ont été annulées. Nous vous prions de bien vouloir nous excuser pour le retard avec lequel ces publications vous parviendront.

Gordon Moe, MD
Rédacteur, *Cardiologie – Conférences scientifiques*

Division de cardiologie

Beth L. Abramson, MD
Warren Cantor, MD
Luigi Casella, MD
Robert J. Chisholm, MD
Chi-Ming Chow, MD
Paul Dorian, MD
David H. Fitchett, MD (rédacteur-adjoint)
Michael R. Freeman, MD
Shaun Goodman, MD
Anthony F. Graham, MD
Robert J. Howard, MD
Stuart Hutchison, MD
Victoria Korley, MD
Michael Kutryk, MD
Anatoly Langer, MD
Howard Leong-Poi, MD
Gordon W. Moe, MD (rédacteur)
Juan C. Monge, MD (rédacteur-adjoint)
David Newman, MD
Trevor I. Robinson, MD
Duncan J. Stewart, MD (chef)
Bradley H. Strauss, MD

Hôpital St. Michael's

30 Bond St.,
Suite 7049, Queen Wing
Toronto, Ont. M5B 1W8
Télécopieur: (416) 864-5941

Les opinions exprimées dans cette publication ne reflètent pas nécessairement celles de la Division de Cardiologie, St. Michael's Hospital, l'Université de Toronto, du commanditaire de la subvention à l'éducation ou de l'éditeur, mais sont celles de l'auteur qui se fonde sur la documentation scientifique existante. On a demandé à l'auteur de révéler tout conflit d'intérêt potentiel concernant le contenu de cette publication. La publication de *Cardiologie – Conférences scientifiques* est rendue possible grâce à une subvention à l'éducation sans restrictions.



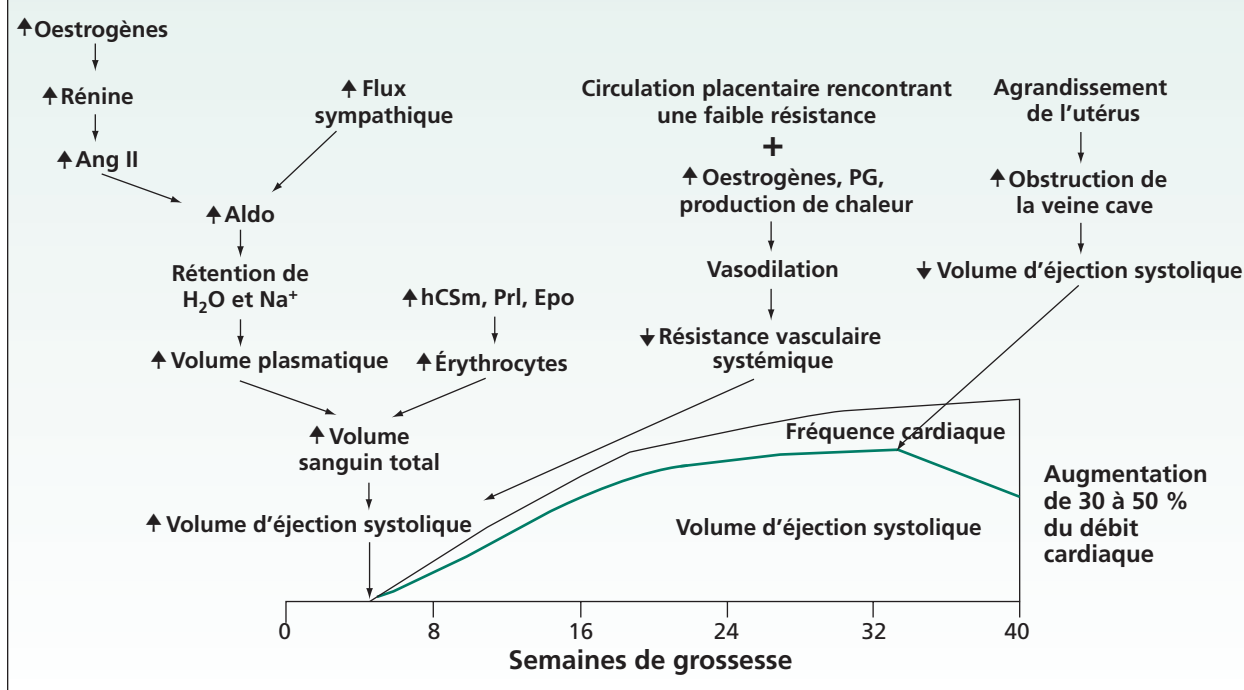
Leading with Innovation
Serving with Compassion

ST. MICHAEL'S HOSPITAL

A teaching hospital affiliated with the University of Toronto



Figure 1 : Changements hémodynamiques pendant la grossesse¹



hCSm = somatomammotropine choriontrophique humaine; Prl = prolactine; Epo = érythropoïétine; PG = prostaglandine

- Les lésions causées par la régurgitation sont mieux tolérées que les lésions dues à une sténose pendant la grossesse.
- Les patientes qui sont asymptomatiques ou légèrement symptomatiques avant la grossesse tolèrent habituellement bien leur grossesse².
- Idéalement, la cardiopathie valvulaire symptomatique doit être traitée avant la grossesse.

Les auteurs d'une étude effectuée en Californie et publiée dans le *Journal of the American College of Cardiology*³ ont suivi 66 grossesses chez 64 femmes atteintes de cardiopathie valvulaire qu'ils ont appariées en fonction de l'âge, de l'origine ethnique, des antécédents obstétricaux et médicaux, etc. avec des témoins. Les résultats suivants ont été obtenus. On a noté une incidence significativement plus élevée d'insuffisance cardiaque congestive, d'arythmies et d'hospitalisations chez les femmes atteintes de cardiopathie valvulaire. Les patientes atteintes de cardiopathie valvulaire nécessitaient des médicaments cardioactifs qui comprenaient dans un ordre de fréquence des diurétiques, des bêta-bloquants, des bloqueurs des canaux calciques (BCC), de la digoxine, de l'héparine et de l'hydralazine. Le mode d'accouchement était vaginal chez 92 % des femmes atteintes de cardiopathie valvulaire comparativement à 87 % des témoins. Un œdème pulmonaire après l'accouchement est survenu chez 3 patientes présentant une sténose mitrale modérée à sévère et chez 2 patientes présentant une sténose aortique sévère. L'impact sur le fœtus était une augmentation marquée du taux de retard de croissance intra-utérin (RCIU) et un poids moins élevé à la naissance. Bien que l'on ait noté une augmentation de l'incidence des naissances avant terme, celle-ci n'a pas atteint une signification clinique.

Les figures 2 et 3 montrent la modification de la classe de la NYHA entre la première visite et la visite de suivi pendant la grossesse chez les femmes atteintes d'une maladie de la valve mitrale ou d'une maladie de la valve aortique.

Étant donné que la sténose mitrale et la sténose aortique causent des complications et sont souvent plus prononcées pendant la grossesse, ces deux affections sont examinées ci-dessous en tant que sous-groupes de la cardiopathie valvulaire pendant la grossesse.

Sténose mitrale

Une enquête sur les accouchements de 1970 à 1983 aux États-Unis a démontré un taux de cardiopathie maternelle dans 1,3 % des naissances, dont 60 % étaient de nature rhumatismale. La sténose mitrale, qui peut avoir une histoire naturelle de 20 à 25 années sans symptômes, est de loin la cardiopathie valvulaire rhumatismale la plus fréquente pendant la grossesse¹.

Le gradient de pression à travers l'orifice rétréci entre l'oreillette gauche (OG) et le ventricule gauche (VG) est fonction de l'aire de l'orifice valvulaire et du carré de la vitesse du flux à travers celle-ci. Une augmentation de 50 % du débit cardiaque pendant la grossesse peut causer une augmentation marquée du gradient de pression à travers la valve. Les patientes souffrant d'une sténose mitrale modérée à sévère (aire valvulaire mitrale [AVM] < 1,5 cm) présentent un risque accru d'œdème pulmonaire dramatique et parfois mortel. Combinée à la fréquence cardiaque rapide lors d'une réponse physiologique, les paramètres hémodynamiques cardiovasculaires sont considérablement affectés par une baisse du temps de remplissage diastolique et une augmentation de la pression de l'OG. On a documenté une incidence accrue d'arythmies pendant les grossesses normales qui, avec une pression accrue de l'OG, peuvent causer une augmentation importante du taux des arythmies auriculaires, une perte de la contractilité auriculaire et une réponse ventriculaire rapide⁴.

Rarement, les patientes souffrant d'une sténose mitrale sévère présentent une résistance vasculaire pulmonaire gravement élevée et une hypertension pulmonaire, entraînant une insuffisance ven-

Tableau 1 : Effets de la grossesse sur les observations associées aux lésions valvulaires

	Bruits du cœur	Souffle	Autre	Échocardiographie Doppler
Sténose aortique (SA)	B2 réduit ou unique – inchangé	Intensité et durée accrues	Clic d'éjection systolique inchangé	Augmentation du gradient Doppler SVA inchangée
Insuffisance aortique (IA)	B2 réduit – inchangé	Réduit ou inchangé	Augmentation de la pression différentielle accrue ou inchangée	Les dimensions du VG peuvent augmenter en raison de la grossesse et non de l'IA
Sténose mitrale (SM)	B1 fort – accru P2 – inchangé	Accru	Intervalle B2 – claquement d'ouverture accru ou inchangé	Augmentation du gradient Doppler, réduction du demi-temps de pression et augmentation de l'aire valvulaire mitrale calculée
Régurgitation mitrale (RM)	B1 réduit – inchangé	Réduit ou inchangé	B3 inchangé	Les dimensions du VG peuvent augmenter en raison de la grossesse et non de l'insuffisance mitrale
Sténose pulmonaire (SP)	P2 réduit – inchangé	Intensité et durée accrues	Clic d'éjection systolique inchangé	Augmentation du gradient Doppler
Insuffisance pulmonaire (IP)	P2 réduit – inchangé	Réduit ou inchangé	N/A	Les dimensions du VD peuvent augmenter en raison de la grossesse et non de l'IP
Sténose tricuspидienne (ST)	N/A	Accru	N/A	N/A
Régurgitation tricuspидienne (RT)	N/A	Réduit ou inchangé	N/A	Les dimensions du VD peuvent augmenter en raison de la grossesse et non de la RT

triculaire droite (VD) et un faible débit cardiaque. Dans ces cas, on devrait envisager de mettre fin à la grossesse.

Évaluation clinique

Dans les cas de sténose mitrale, les symptômes sont généralement liés à une insuffisance cardiaque gauche. Les observations cliniques habituelles sont la tachycardie, l'élévation de la pression de la veine jugulaire, des râles thoraciques, le soulèvement du VD avec un P2 palpable, des signes d'ascite, un œdème périphérique et des signes à l'auscultation (tableau 1).

Tests diagnostiques

L'ÉCG peut montrer des signes d'hypertrophie auriculaire gauche, de déviation axiale droite du QRS et occasionnellement une hypertrophie du VD.

La radiographie thoracique montre un petit cœur, une grande oreillette gauche et une congestion pulmonaire. Cependant, il n'est pas recommandé d'effectuer une radiographie dans le cadre de l'investigation de routine, à moins qu'elle ne soit cliniquement indiquée pour exclure la pneumonie ou pour l'évaluation de l'hémoptysie.

L'échocardiographie est le principal outil diagnostique. Cependant, pour prévenir les erreurs, on doit se fonder sur le gradient transmitral ou utiliser la méthode de l'équation de continuité plutôt que le demi-temps de pression pour évaluer la gravité.

Traitement

Le traitement de la femme enceinte présentant une sténose mitrale comprend :

- La limitation des activités pour éviter la tachycardie
- La restriction de l'apport de sel

- L'utilisation de diurétiques avec prudence
- Le ralentissement de la fréquence cardiaque avec des bêta-bloquants (la digoxine n'est pas un bon choix, étant donné que des stimuli du système nerveux sympathique tels que l'exercice ou le stress émotionnel peuvent annuler le faible effet vagotonique de la digoxine)
- Le traitement anticoagulant chez les femmes souffrant de fibrillation auriculaire
- La continuation de l'antibiothérapie prophylactique contre les streptocoques bêta-hémolytiques dans les cas de sténose mitrale rhumatismale

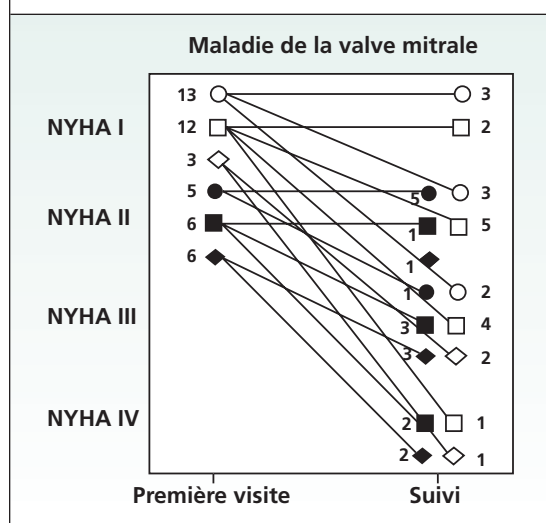
Recommandations générales pour la prophylaxie de l'endocardite bactérienne

Les recommandations pour la prophylaxie de l'endocardite bactérienne chez la femme enceinte souffrant de cardiopathie valvulaire, selon les lignes directrices de l'AHA/ACC sont résumées dans le tableau 2⁶.

Lorsque les symptômes persistent malgré le traitement médical, une thérapie interventionnelle peut être nécessaire. Des études antérieures ont démontré que la commissurotomie ouverte et la réparation ou le remplacement valvulaire sont associés à un taux de mortalité fœtale de 20 à 33 % en raison de la perfusion placentaire réduite et de l'hypoxie fœtale, le taux de mortalité maternelle étant aussi élevé que 5 %⁷.

L'intervention de choix pour améliorer l'hémodynamique dans les cas de sténose mitrale est la valvuloplastie mitrale percutanée au moyen d'une sonde à ballonnet (VMPSB)⁸⁻¹¹. Les complications de cette intervention comprennent la tamponnade cardiaque, l'arythmie maternelle associée à une détresse fœtale, l'initiation de contractions utérines et l'insuffisance mitrale^{9,11,12}. Pour réduire l'exposition au rayonnement,

Figure 2 : Modification de la classe fonctionnelle de la NYHA entre la première visite et la visite de suivi pendant la grossesse chez des patientes souffrant d'une maladie de la valve mitrale prédominante³



Cercles : sténose mitrale (SM) légère. **Carrés :** SM modérée; **losanges :** SM sévère. **Symboles clairs :** Classe fonctionnelle I de la NYHA lors de la première visite; **symboles foncés :** Classe II de la NYHA lors de la première visite.

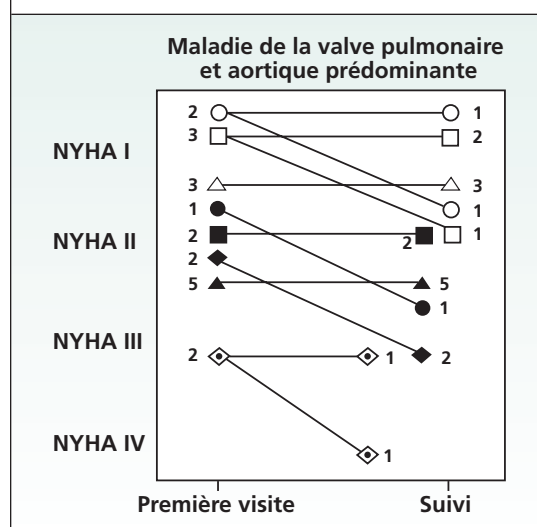
l'abdomen et le bassin doivent être protégés ou l'intervention peut être réalisée avec l'aide d'une échocardiographie transoesophagienne¹⁰.

Une étude publiée par de Souza et coll. a comparé les résultats de la VMPSB à ceux de la commissurotomie ouverte de la valve mitrale de 1985 à 1995 chez 45 patientes enceintes appartenant à la classe III ou IV de la NYHA, malgré leur hospitalisation et leur traitement médical¹¹. Parmi ces patientes, 21 ont fait l'objet d'une VMPSB et 24 ont subi une chirurgie cardiaque ouverte. Parmi les 24 patientes qui ont subi une chirurgie cardiaque ouverte, 8 qui avaient besoin d'un remplacement de la valve mitrale ont été exclues de l'étude. La VMPSB a été un succès chez 95 % des patientes. Une complication de la VMPSB – une nouvelle insuffisance mitrale – est apparue chez 4 patientes et chez 1 patiente, l'insuffisance mitrale est passée d'un faible degré à un degré modéré. On a noté un décès maternel dans le groupe ayant subi l'intervention, ainsi que 6 décès fœtaux et 2 décès néonataux. Chez les patientes ayant subi une VMPSB, on a noté un décès néonatal chez un enfant prématuré souffrant d'une malformation oesophagienne. Dans l'ensemble, la différence combinée entre la mortalité fœtale et néonatale dans les deux groupes était significative ($p = 0,025$).

Dans les cas de sténose mitrale, le mode d'accouchement recommandé est la voie vaginale à moins qu'une césarienne soit indiquée sur le plan obstétrique. Avant l'accouchement, il est nécessaire d'assurer un apport hydrique adéquat et pendant le travail, la patiente doit être en décubitus latéral et recevoir de l'oxygène.

Une anesthésie épidurale doit être effectuée pour l'accouchement et le travail. Dans les cas de sténose mitrale

Figure 3 : Modification de la classe fonctionnelle de la NYHA entre la première visite et la visite de suivi pendant la grossesse chez des patientes souffrant d'une maladie de la valve pulmonaire et aortique prédominante



Cercles : sténose aortique (SA) légère; **carrés :** SA modérée; **losanges :** SA sévère; **triangles :** sténose pulmonaire. **Symboles clairs :** Classe fonctionnelle I de la NYHA lors de la première visite **symboles foncés :** Classe fonctionnelle II de la NYHA lors de la première visite.

modérée à grave, on recommande la surveillance des paramètres hémodynamiques pour maintenir la pression de remplissage du VG à environ 14 mm Hg.

Sténose aortique

Cette affection est moins fréquente pendant la grossesse et est principalement causée par les anomalies congénitales de la valve aortique. La triade classique des symptômes associés à la sténose aortique et leur gravité – dyspnée, douleur thoracique et syncope – n'est pas très utile, étant donné que la dyspnée et la présyncope sont des symptômes fréquents même dans les grossesses normales. Les symptômes de la sténose aortique apparaissent généralement aux 2^e et 3^e trimestres. L'incidence de l'œdème pulmonaire est bien inférieure à celle observée dans la sténose mitrale.

Le meilleur outil diagnostique est l'échocardiographie, qui permet d'estimer l'aire de la valve aortique (AVA) et l'association de l'hypertrophie du VG et de l'insuffisance aortique. On doit considérer que les patientes dont la fraction d'éjection (FÉ) est < 55 % présentent un risque d'apparition d'une insuffisance cardiaque significative.

Recommandations concernant le traitement et le suivi^{11,12,13}

Si le gradient transvalvulaire initial est > 50 mm Hg ou si la patiente souffre de symptômes lors de la première visite, il est nécessaire de répéter l'échocardiographie au deuxième trimestre. Étant donné que l'obstruction de la voie de chasse conjointement aux anomalies de la valve aortique congénitales sont héréditaires, il existe un risque de 15 % d'anomalies fœtales chez ces patientes. Une

Tableau 2 : Recommandations du groupe de travail de l'AHA/ACC sur l'antibiothérapie prophylactique pour des lésions valvulaires choisies ⁶		
Lésion valvulaire par risque d'endocardite	Accouchement vaginal	Césarienne
Risque élevé d'endocardite <ul style="list-style-type: none"> • Valves cardiaques prothétiques (comprend les valves bioprothétiques et les homogreffes) • Endocardite bactérienne antérieure • Cardiopathie congénitale cyanogène complexe* • Shunts ou conduits pulmonaires systémiques construits chirurgicalement 	Optionnel	Non recommandé
Risque modéré d'endocardite <ul style="list-style-type: none"> • La plupart des autres malformations cardiaques congénitales • Dysfonction valvulaire acquise (p. ex. cardiopathie rhumatismale) • Cardiomyopathie hypertrophique • Prolapsus de la valve mitrale avec épaissement des feuillets et/ou régurgitation 	Non recommandé	Non recommandé
Risque négligeable d'endocardite <ul style="list-style-type: none"> • Prolapsus de la valve mitrale sans régurgitation valvulaire • Souffles physiologiques ou fonctionnels • Fièvre rhumatismale antérieure sans dysfonction valvulaire 	Non recommandé	Non recommandé

*Comprend les états associés à un ventricule unique, la transposition des grandes artères, la tétralogie de Fallot
 AHA/ACC = American Heart Association/American College of Cardiology

échocardiographie fœtale est indiquée dans le cadre de l'investigation de suivi. Les patientes souffrant d'un degré modéré à sévère de sténose sont sujettes aux arythmies cardiaques. Pour exclure la possibilité d'arythmies asyptomatiques malignes, une surveillance électrocardiographique ambulatoire doit être envisagée.

Le cathétérisme cardiaque n'est réalisé que conjointement à une valvuloplastie percutanée au moyen d'une sonde à ballonnet ou lorsque l'évaluation de la patiente sur la base de ses symptômes, d'un examen physique et de données non invasives n'est pas concluante.

Le traitement de ces patientes comprend la limitation de l'activité physique. Les patientes présentant une sténose modérée (gradient maximal de 50 à 75 mm Hg ou AVA de 1,0 à 1,5 cm³) répondent généralement au traitement médical. Cependant, dans le cas de sténose aortique sévère avec un gradient maximal > 75 mm Hg ou une AVA < 1,0, il faut envisager une thérapie interventionnelle. L'intervention de choix chez les patientes présentant une sténose aortique, comme dans le cas de la sténose mitrale, est la valvuloplastie percutanée au moyen d'une sonde à ballonnet.

Conclusion

La cardiopathie valvulaire pendant la grossesse est un problème rare, mais posant des défis. Les patientes atteintes de cardiopathie valvulaire doivent être soigneusement suivies et hospitalisées pour leur accouchement ou d'autres affections médicales dans un centre de soins tertiaires où il existe un service de consultation de cardiologie. Les patientes qui sont asymptomatiques avant leur grossesse tolèrent

habituellement bien leur grossesse. En outre, les lésions dues à une régurgitation sont mieux tolérées que les lésions dues à une sténose. Les patientes atteintes d'une cardiopathie valvulaire qui prévoient devenir enceintes doivent être évaluées avec soin avant de devenir enceintes. Les cliniciens doivent garder à l'esprit que la cardiopathie valvulaire est un problème progressif chronique et que les patientes s'habituent et s'adaptent aux symptômes. Si une patiente éprouve des symptômes modérés avant la grossesse, les cliniciens doivent être conscients du fait que ces symptômes s'aggraveront significativement pendant sa grossesse. Par conséquent, il est raisonnable d'envisager à l'avance la valvuloplastie avec cathéter à ballonnet. Si une patiente présente pendant sa grossesse des symptômes importants qui ne répondent pas au traitement médical, une valvuloplastie percutanée avec cathéter à ballonnet guidée par échocardiographie transoesophagienne avec une protection abdominopelvienne est l'intervention de choix. Cette affection ne nécessite pas que l'on considère de modifier le mode d'accouchement. Cependant, nombre de ces patientes auront besoin d'une étroite surveillance pendant le travail et l'accouchement.

Références

1. Teerlink JR, Foster E. Valvular heart disease in pregnancy. A contemporary perspective. *Cardiol Clin* 1998;16(3):573-598.
2. Siu SC, Sermer M, Harrison DA, et al. Risk and predictors for pregnancy-related complications in women with heart disease. *Circulation* 1997;96:2789-2794.
3. Hameed A, Karaapl IS, Tummala PP, et al. The effect of valvular heart disease on maternal and fetal outcome of pregnancy. *J Am Coll Cardiol* 2001;37(3):893-899.

- Shotan A, Ostrzega E, Mehra A, et al. Incidence of arrhythmias in normal pregnancy and relation to palpitations, dizziness, and syncope. *Am J Cardiol* 1997;79:1061-1064.
- Rokey R, Hsu HW, Moise KJ Jr, et al. Inaccurate non-invasive mitral valve area calculation during pregnancy. *Obstet Gynecol* 1994;84:950-955.
- Dajani AS, Taubert KA, Wilson W, et al. Prevention of bacterial endocarditis. Recommendations by the American Heart Association. *Circulation* 1997;96:358-366.
- Rossouw CJ, Knott-Craig CJ, Barnard PM, et al. Intracardiac operation in seven pregnant women. *Ann Thorac Surg* 1993;55:1172-1174.
- Ben Farhat M, Maatouk F, Betbout F, et al. Percutaneous balloon valvuloplasty in eight pregnant women with severe mitral stenosis. *Eur Heart J* 1992;13:1658-1664.
- Jung B, Cormier BV, Elias J, et al. Usefulness of percutaneous balloon commissurotomy for mitral stenosis during pregnancy. *Am J Cardiol* 1994;73:398-400.
- Ribeiro PA, Fawzy ME, Awad M, et al. Balloon valvotomy for pregnant patients with severe pliable mitral stenosis using the Inoue technique with total abdominal and pelvic shielding. *Am Heart J* 1992;124:1558-1562.
- de Souza JA, Martinez EE Jr, Ambrose JA, et al. Percutaneous balloon mitral valvuloplasty in comparison with open mitral valve commissurotomy for mitral stenosis during pregnancy. *J Am Coll Cardiol* 2001;37(3):900-903.
- Oakley CM. Pregnancy and valvular heart disease. In: Al Zaibag M, Duran CNG (Eds). *Valvular Heart Disease*. New York: Marcel Dekker; 1994:479-502.
- Oakley CM. Valvular disease in pregnancy. *Curr Opin Cardiol* 1996;11:155-159.

Résumé scientifique d'intérêt connexe

Issue de la grossesse chez des femmes atteintes de la tétralogie de Fallot

VELDTMAN GR JR, CONNOLLY HM, GROGAN M, AMMASH NA, WARNES CA, MAYO CLINIC, ROCHESTER MN

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX : L'issue de la grossesse chez des patientes atteintes de la tétralogie de Fallot n'est pas complètement définie.

MÉTHODOLOGIE : Les données cliniques et hémodynamiques figurant dans le dossier de patientes âgées de plus de 18 ans atteintes de la tétralogie de Fallot ont été examinées lors de la première évaluation, de la dernière visite à la clinique et avant et après la grossesse à terme.

RÉSULTATS : 72 patientes atteintes de la tétralogie de Fallot ont répondu à notre questionnaire. 43 patientes (âge moyen 26 ans \pm 5 ans) ont eu 112 grossesses (gamme de 1-5 par patiente); 82 ont eu une issue favorable. 17 patientes (41 %) présentaient antérieurement un shunt et ont subi une réparation chirurgicale. 8 grossesses (chez 3 patientes) sont survenues avant la réparation. 16 patientes ont été réopérées (6 avant la grossesse). Lors de la première évaluation des patientes âgées de plus de 18 ans, la pression du VD (PSVD), disponibles chez 37 patientes, était de 20-35 mm Hg chez 13, 36-60 mm Hg chez 15 et > 60 mm Hg chez 9; parmi celles dont la PSVD était élevée, 6 souffraient d'hypertension de l'AP. Trois patientes présentaient une dysfonction systolique modérée du VD et 13 présentaient une dilatation du VD modérée ou sévère due à une régurgitation de la veine pulmonaire (RP). 16 patientes ont eu 29 (26 %) avortements spontanés au premier trimestre et 1 une mortinaissance à terme. Le poids moyen global de naissance était de 3,2 kg (gamme de 2,1-4,2). Un poids de naissance plus élevé était corrélé avec une absence d'anomalies de l'AP ($r = 0,425$), une plus faible PSVD ($r = 0,358$) et un âge maternel plus élevé ($r = 0,303$). Parmi les 6 patientes atteintes d'hypertension artérielle pulmonaire, 2 ont présenté des événements cardiovasculaires et 1 ont fait l'objet de 4 fausses couches au premier trimestre. Six des 43 patientes ont présenté des complications cardiovasculaires, 2 patientes ont présenté une tachycardie supraventriculaire (1 avait une pression de l'AP de 122 mm Hg et l'autre était atteinte de RP sévère, de dilatation du VD sévère, de dysfonction modérée); 2 patientes présentaient une insuffisance cardiaque congestive (due à une cardiomyopathie chez 1 et à une prééclampsie chez une autre), 1 présentait une embolie pulmonaire avec hypertension artérielle pulmonaire et 1 patiente présentait une dilatation progressive du VD avec une RP antepartum sévère. On n'a noté aucun décès périnatal. Cinq (7 %) nourrissons présentaient des anomalies congénitales, 1 une communication interventriculaire, 1 une hypoplasie du cœur gauche, 1 un prolapsus de la valve mitrale, 1 un hippocratisme digital, un strabisme, un bec-de-lièvre et une fissure du palais et 1 nourrisson une sténose pylorique.

CONCLUSIONS : Les patientes atteintes de la trilogie de Fallot présentent une perte foetale accrue et leur enfant a plus d'anomalies congénitales que la population générale. L'absence d'anomalies de l'AP, l'âge maternel plus élevé et une PSVD plus basse sont associés à un poids de naissance plus élevé. Les événements indésirables chez la mère sont rares et peuvent être associés à la préexistence d'hypertension artérielle pulmonaire ou à une surcharge de volume du VD. *J Am Coll Cardiol* 2003;41(6)suppl A:490 A, Résumé : 1192-159.

Réunions scientifiques à venir

30 août au 2 septembre 2003

25^e Congrès annuel de la Société européenne de cardiologie

Vienne, Autriche

Renseignements : Bureau des inscriptions

Tél. : 33-0-492-947-612

Fax : 33-0-492-947-610

Courriel : registration@escardio.org

21 au 24 septembre 2003

7^e Réunion scientifique annuelle de la Heart Failure Society of America

Las Vegas, Nevada

Renseignements : Gail Brophy, directrice de projets – HFSA

Tél. : 973-248-3332 ou 651-642-1633

Fax : 973-248-3334 ou 651-642-1502

Site Web : www.hfsa.org

24 au 27 octobre 2003

19^e Congrès interaméricain de Cardiologie (conjointement avec la Société canadienne de cardiologie)

Toronto, Ontario

Renseignements : Secrétariat de la Société canadienne de cardiologie

Tél. : 1 (613) 238-2870

Fax : (973) 248-3334 ou (651) 642-1502

Courriel : iacc2003@intertaskconferences.com

25 au 29 octobre 2003

Congrès canadiens sur les maladies cardiovasculaires

Toronto, Ontario

Renseignements : Mme Stéphanie Mutschler, CMP (directrice des réunions)

Tél. : (613) 238-2304; sans frais 866 317-8461

Fax : (613) 326-2727

Courriel : meetings@ccs.ca ou

cardiocongress@intertaskconferences.com

Site Web : www.cardiocongress.org

Les avis de changement d'adresse et les demandes d'abonnement *Cardiologie – Conférences Scientifiques* doivent être envoyés par la poste à l'adresse B.P. 310, Station H, Montréal (Québec) H3G 2K8 ou par fax au (514) 932-5114 ou par courrier électronique à l'adresse info@snellmedical.com. Veuillez vous référer au bulletin *Cardiologie – Conférences Scientifiques* dans votre correspondance. Les envois non distribuables doivent être envoyés à l'adresse ci-dessus.

La version française a été révisée par le Dr George Honos, Montréal.

L'élaboration de cette publication a bénéficié d'une subvention à l'éducation de

Novartis Pharma Canada Inc.

© 2003 Division de Cardiologie, Hôpital St. Michael, Université de Toronto, seule responsable du contenu de cette publication. Éditeur : SNELL Communication Médicale Inc. en collaboration avec la Division de Cardiologie, Hôpital St. Michael, Université de Toronto. *Cardiologie – Conférences scientifiques* est une marque déposée de SNELL Communication Médicale Inc. Tous droits réservés. L'administration des traitements décrits ou mentionnés dans *Cardiologie – Conférences scientifiques* doit toujours être conforme aux renseignements thérapeutiques approuvés au Canada. SNELL Communication Médicale Inc. se consacre à l'avancement de la formation médicale continue de niveau supérieur.