



ROYAUME DU MAROC Université
Mohammed V - Rabat Faculté de Médecine
et de
RABAT

Pharmacie



Année 2021

N° : MS1402021

Mémoire de fin d'études

Pour L'obtention du Diplôme National de Spécialité En
: « **GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE** »

Intitulé

CARDIOPATHIE ET GROSSESSE A PROPOS DE 12 CAS

Présenté par :

Docteur Fatim-azzahra KAMRI

Sous la direction du
Professeur Samir BARGACH

A TOUS NOS MAITRES

VOUS AVEZ GUIDÉ NOS PAS ET ILLUMINÉ NOTRE CHEMIN VERS LE SAVOIR. VOUS NOUS AVEZ PRODIGUÉ AVEC PATIENCE ET INDULGENCE INFINIE, VOS PRÉCIEUX CONSEILS.

VOUS ÉTIEZ TOUJOURS DISPONIBLES ET SOUCIEUX DE NOUS DONNER LA MEILLEURE FORMATION QUI PUISSE ÊTRE. QU'IL NOUS SOIT PERMIS DE VOUS RENDRE UN GRAND HOMMAGE ET DE VOUS FORMULER NOTRE PROFONDE GRATITUDE.

NOUS VOUS RESTONS ÉTERNELLEMENT RECONNAISSANTS,
SINCÈREMENT RESPECTUEUX ET
TOUJOURS DISCIPLES DÉVOUÉS

ABREVIATIONS

ACFA	: ARYTHMIE COMPLETE PAR FIBRILLATION AURICULAIRE
AVS	: AVORTEMENT SPONTANE
BPM	: BATTEMENT PAR MINUTE
CEC	: CIRCULATION EXTRACORPORELLE
CIA	: COMMUNICATION INTER AURICULAIRE
CMCF	: COMMISSUROTOMIE MITRALE A CŒUR FERME
CMD	: CARDIOMYOPATHIE DILATEE
CMPP	: CARDIOMYOPATHIES DU PERIPARTUM
HTAP	: HYPERTENSION ARTERIELLE PULMONAIRE
IAO	: INSUFFISANCE AORTIQUE
IC	: INSUFFISANCE CARDIAQUE
IEC	: INHIBITEURS DE L'ENZYME DE CONVERSION
IM	: INSUFFISANCE MITRALE
IRA	: INSUFFISANCE RESPIRATOIRE AIGUË
ITG	: INTERRUPTION THERAPEUTIQUE DE LA GROSSESSE
MFIU	: MORT FCËTALE INTRA UTERINE
NYHA	: NEW YORK HEART ASSOCIATION
OAP	: ŒDEME AIGUË DU POUMON
PA	: PRESSION ARTERIELLE

RAA : RHUMATISME ARTICULAIRE AIGUË
RAO : RETRECISSEMENT SERRE
RM : RETRECISSEMENT MITRAL
SA : SEMAINE D'AMENORRHEE

Résumé :

Titre :

CARDIOPATHIE ET GROSSESSE : À PROPOS DE 12 CAS.

Auteur :

FATIM-AZZAHRA KAMRI

Type d'étude :

Notre étude est rétrospective faite sur 12 patientes cardiaques, qui ont été suivies à la consultation prénatale du service de gynécologie obstétrique oncologie et grossesse à risque de la maternité Souissi de Rabat Maroc, sur une période de 2 ans de janvier 2018 à décembre 2019.

Conclusion :

Chez les parturientes atteintes d'une valvulopathie ou d'une autre maladie cardiaque est liée à la gravité de la pathologie. Il est recommandé d'optimiser le traitement médical pour améliorer l'état fonctionnel de la femme cardiaque avant d'envisager la conception. Une collaboration multidisciplinaire impliquant un cardiologue, un obstétricien, un réanimateur, un néonatalogiste efficace, associée aux progrès des traitements et des outils de surveillance permettrait de réduire ce risque et d'améliorer le pronostic materno-fœtal.

Mots clés :

Cardiopathie. Maladie valvulaire. Grossesse.

Abstract:

Title: CARDIOPATHY AND PREGNANCY: ABOUT 12 CASES.

Author: FATIM-AZZAHRA KAMRI

Study type:

a retrospective study based on the analysis of the records of 12 cardiac parturients, who were followed at the prenatal consultation in the Department of Gynecology

Obstetrics Oncology and High Risk Pregnancy of the Maternity Souissi of Rabat Morocco, over a period of 2 years from January 2018 to December 2019.

Conclusion :

Pregnancy in pregnant women with valve disease or other heart disease is associated with a highly variable risk depending on the nature and severity of the disease. It is recommended that medical treatment be optimized to improve the functional status of the cardiac woman before considering conception. Multidisciplinary collaboration involving an effective cardiologist, obstetrician, resuscitator, neonatologist, combined with advances in treatment and monitoring tools would reduce this risk and improve the maternal-fetal prognosis.

Keywords: cardiopathy. Valve disease.

Pregnancy.

المخلص:

العنوان:

. أمراض القلب والحمل: حوالي 12 حالة*

المؤلف:

نوع الدراسة:

دراسة بأثر رجعي تستند إلى تحليل سجلات 12 حالة ولادة قلبية، تمت متابعتهم في استشارة ما قبل الولادة في قسم أمراض النساء والتوليد والأورام والحمل عالي الخطورة للأمومة السويسي بالرباط المغرب ، على مدى عامين من يناير 2018 إلى ديسمبر 2019

: استنتاج

يرتبط الحمل عند النساء الحوامل المصابات بمرض الصمام أو أمراض القلب الأخرى بمخاطر متغيرة للغاية اعتمادًا على طبيعة المرض وشدته. يوصى بتحسين العلاج الطبي لتحسين الحالة الوظيفية للمرأة القلبية قبل التفكير في الحمل. إن التعاون متعدد التخصصات الذي يشمل طبيب قلب وطبيب توليد وطبيب إنعاش وطبيب حديثي الولادة ، بالإضافة إلى التقدم في أدوات العلاج والمراقبة من شأنه أن يقلل من هذه

المخاطر ويحسن تشخيص الأم والجنين.

: الكلمات الرئيسية

القلب. مرض الصمام. حمل

SOMMAIRE

INTRODUCTION	7
RAPPEL	9
I. PHYSIOLOGIE HEMODYNAMIQUE DE LA GROSSESSE	10
II. EVALUATION CARDIOVASCULAIRE DE LA FEMME ENCEINTE ...	18
III. RETENTISSEMENT GRAVIDOCARDIAQUE :	
..... 20	
MATERIEL ET METHODES	
..... 31	
RESULTAS	33
I- EPIDEMIOLOGIE	34
II- PROFIL CLINIQUE ET OBSTETRICAL	36
DISCUSSION	42
I. PARAMETRES EPIDEMIOLOGIQUES :	43
II - ANTECEDENTS DES PARTURIENTES :	46
III NATURE DE LA CARDIOPATHIE	49
IV COMPLICATIONS MATERNELLES AU COURS DE LA GROSSESSE :	52
V COMPLICATIONS FETALES :	55
CONCLUSION	57
BIBLIOGRAPHIE	59

INTRODUCTION

I- INTRODUCTION

LA GROSSESSE CHEZ UNE FEMME AYANT UNE CARDIOPATHIE EST RELATIVEMENT RARE ET STABLE (ENVIRON 1% DES GROSSESSES DEPUIS 1930), MAIS CONSTITUE UNE CAUSE IMPORTANTE DE MORBIDITE, VOIRE DE MORTALITE MATERNELLE [01]. EN EFFET, AU COURS DE LA GROSSESSE ET DU POST-PARTUM SE PRODUIT D' IMPORTANTES MODIFICATIONS CARDIO-CIRCULATOIRES SUSCEPTIBLES D' AGGRAVER LA CARDIOPATHIE. DANS LES PAYS DEVELOPPES LA REPARTITION DES CARDIOPATHIES A CONNU UN CHANGEMENT DEPUIS 30 ANS EN RAISON DE L' AMELIORATION DES CONDITIONS SANITAIRES, DE LA REDUCTION DE L' INCIDENCE DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU ET DE L' AUGMENTATION DE L' ESPERANCE DE VIE AVEC PREDOMINANCE DES CARDIOPATHIES CONGENITALES.

ALORS QUE DANS LES PAYS EN VOIE DE DEVELOPPEMENT Y COMPRIS LE MAROC LES CARDIOPATHIES RHUMATISMALES DEMEURENT DOMINANTES AVEC PRISE EN CHARGE FAIBLE PAR MANQUE D' INFORMATION, DE MOYENS FINANCIERS, UN RETARD DIAGNOSTIC, MAIS EGALEMENT DES DIFFICULTES DE PRISE EN CHARGE DES RAA.

LA GROSSESSE DE CES PATIENTES DOIT IDEALEMENT ETRE PLANIFIEE AFIN D' OPTIMISER LE STATUT FONCTIONNEL AVANT LA

CONCEPTION. LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES AYANT UNE CARDIOPATHIE DOIT ETRE MULTIDISCIPLINAIRE ASSOCIANT CARDIOLOGUE, OBSTETRICIEN ET ANESTHESISTE-REANIMATEUR POUR PERMETTRE LE MEILLEUR COMPROMIS ENTRE L ' ETAT

MATERNEL ET LE PRONOSTIC FOETAL [02].

MATERIEL ET METHODES

CE MEMOIRE EST RETROSPECTIF FAIT SUR L'ETUDE DES DOSSIERS DE 12 PATIENTES ENCEINTES CARDIAQUES, QUI ONT ETE SUIVIE A LA CONSULTATION PRENATALE DANS LE SERVICE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE CANCEROLOGIE ET GROSSESSE A HAUT RISQUE DE LA MATERNITE SOUISSI DE RABAT MAROC, SUR UNE PERIODE DE 2 ANS S'ETALANT DE JANVIER 2018 AU DECEMBRE 2019 , A L'EXCLUSION DES CARDIOPATHIES HYPERTENSIVES. LES PARAMETRES ANALYSES ETAIENT LA GESTITE ET PARITE DES PARTURIENTES, LE TYPE DE LA CARDIOPATHIE, LE MODE D'ACCOUCHEMENT ET LE PRONOSTIC FOETAL.

CRITERES D'INCLUSIONS :

PATIENTES ENCEINTES AYANT CARDIOPATHIES CONNUE OU DECOUVERTE AU COURS DE SUIVI DE GROSSESSE AYANT DES ANTECEDENTS MEDICAUX, OBSTETRICAUX OU CHIRURGICAUX.

CRITERES D'EXCLUSION :

PATIENTES ENCEINTES AYANT DES CARDIOPATHIES HYPERTENSIVES

PATIENTES PERDUES DE VUE AU COURS DE LEUR SUIVI DE GROSSESSE
CHACUN DE CES PATIENTES A BENEFICIE D'UN SUIVI RIGOUREUX ET
METHODIQUE AVEC UN SUIVI MULTIDISCIPLINAIRE ANESTHESIOLOGIES-
CARDIOLOGIQUE-OBSTETRIQUE.

RESULTAS

I- ÉPIDEMIOLOGIE

1 FREQUENCE

DU 1^{ER} JANVIER 2018 AU 31 DECEMBRE 2019, 12 FEMMES ENCEINTES AYANT
UNE CARDIOPATHIE ONT ETE SUIVI SUIVIE A LA CONSULTATION
PRENATALE DANS LE SERVICE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
CANCEROLOGIE ET GROSSESSE A HAUT RISQUE DE LA MATERNITE
SUISSE DE RABAT MAROC SUR UNE SERIE DE 890 PARTURIENTES, SOIT UNE
FREQUENCE DE 1.3 %.

2 CARACTERISTIQUE DES PARTURIENTES

LES PARTURIENTE AYANT UNE MALADIE CARDIAQUE ONT ENTRE 21 ET 40 ANS, AVEC UNE MOYENNE DE 30 ANS ET AVEC UN RISQUE ACCRU ENTRE 36 ET 40 ANS.

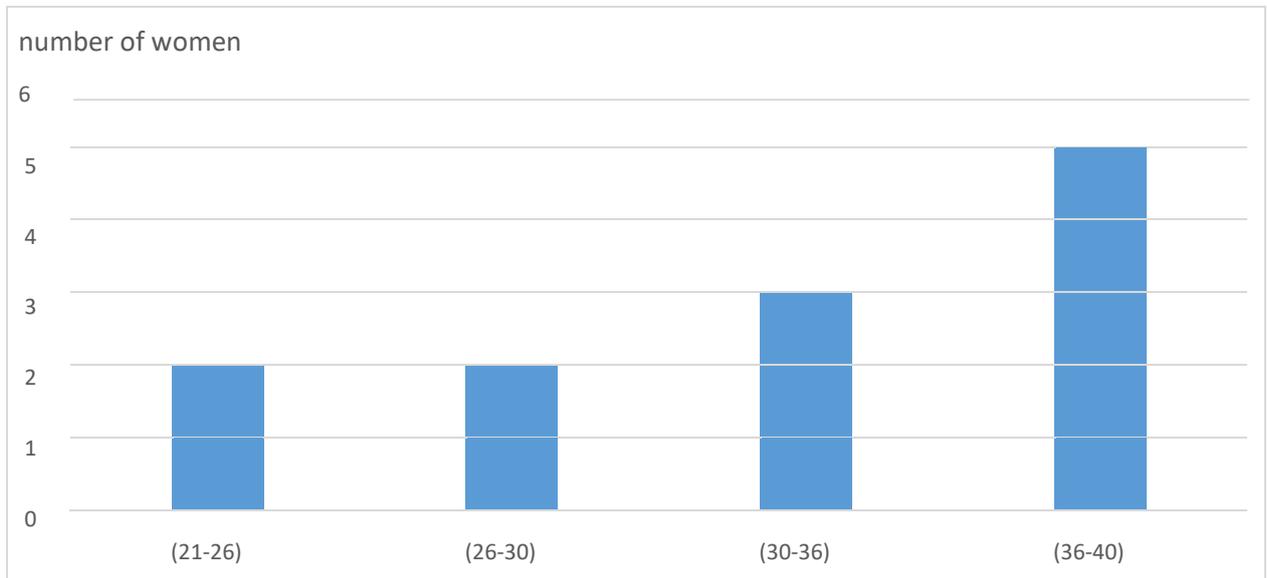


DIAGRAMME 1 : DISTRIBUTION D'AGE DE NOTRE POPULATION D'ETUDE.

30% DES FEMMES ETAIENT DES PRIMIPARES ET 30% DES DEUXIEMES PARES ET 40% DES MULTIPARES.

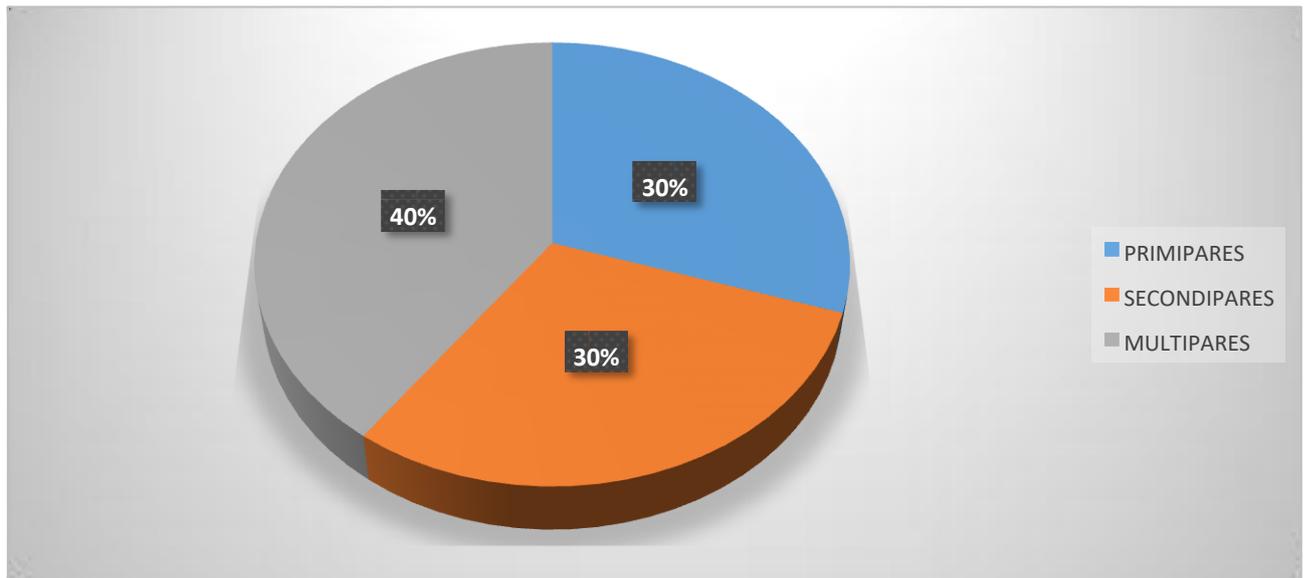


DIAGRAMME 2 : DISTRIBUTION DES CARDIOPATHIES CHEZ LES FEMMES SELON LA PARITE

3 ANTECEDENTS DES PARTURIENTES :

5 FEMMES ENCEINTES AYANT UNE CARDIOPATHIE AVAIENT DES ANTECEDENTS D'AVORTEMENT SOIT UNE FREQUENCE DE 41,66%.
 8 FEMMES ENCEINTES AYANT UNE CARDIOPATHIE AVAIENT DES ANTECEDENTS RAA, SOIT UNE FREQUENCE DE 66%.
 2 FEMMES ENCEINTES ONT ETE OPEREES POUR LEUR CARDIOPATHIE

4 NATURE DE LA CARDIOPATHIE

LES CARDIOPATHIES RHUMATISMALES ETAIENT LES PLUS FREQUENTES, ELLES TOUCHAIENT 83,33% DES FEMMES ENCEINTES AYANT UNE CARDIOPATHIE.

L'ATTEINTE MITRALE ETAIT LA PLUS FREQUENTE DES VALVULOPATHIES SOIT DANS 80% DES VALVULOPATHIES. LE RETRECISSEMENT MITRAL ETAIT RETROUVE DANS 5 CAS SOIT DANS 50% DES VALVULOPATHIES.

L'INSUFFISANCE MITRALE DANS 2 CAS SOIT DANS 20% DES VALVULOPATHIES.

LA MALADIE MITRALE DANS UN SEUL CAS SOIT 10% DES VALVULOPATHIES.

LE RETRECISSEMENT AORTIQUE DANS UN SEUL CAS SOIT DANS 10% DES VALVULOPATHIES.

UNE POLY VALVULOPATHIES DANS UN SEUL CAS SOIT DANS 10 % DES VALVULOPATHIES.

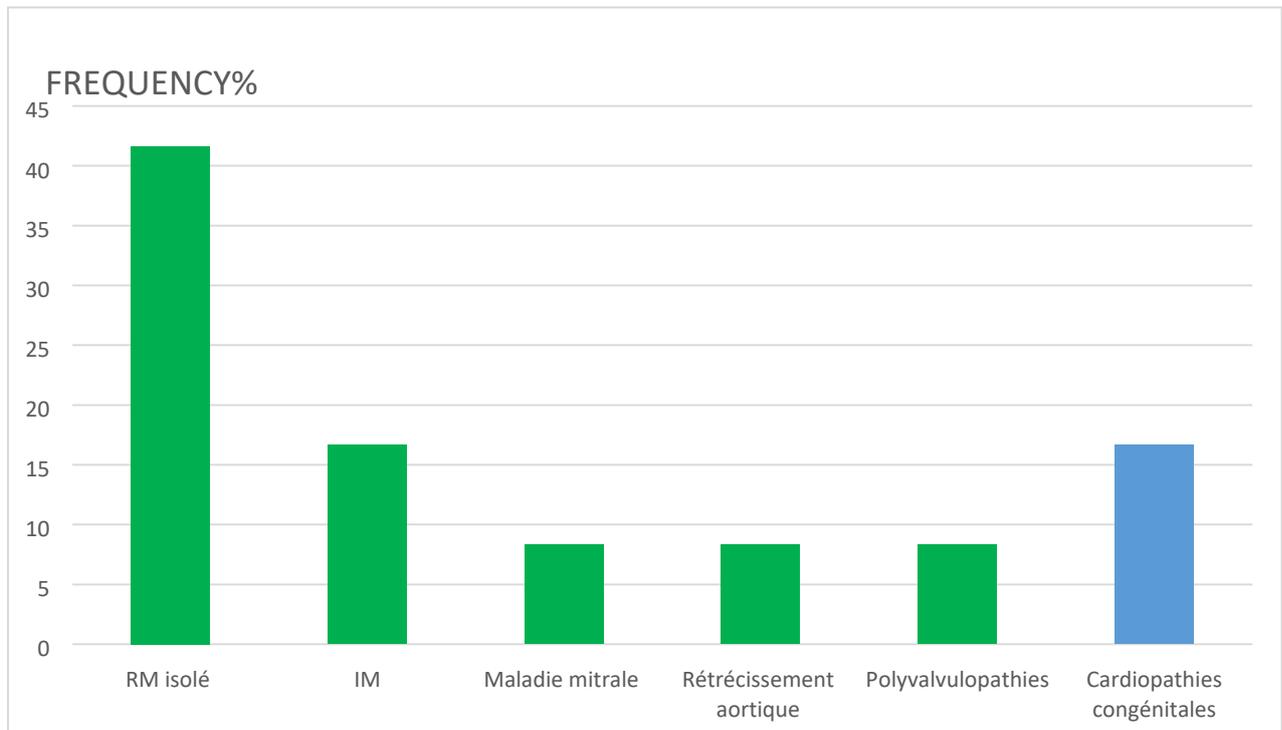


DIAGRAMME 3: REPARTITION DES VALVULOPATHIES SELON LEUR FREQUENCE

II- PROFIL CLINIQUE ET OBSTETRICALE

TOUTES LES FEMMES ETAIENT SUIVIES CONJOINTEMENT PAR OBSTETRICIEN, UN CARDIOLOGUE ET UN ANESTHESISTEREANIMATEUR .

8 FEMMES ONT DECOUVERT LEURS CARDIOPATHIE AVANT LA GROSSESSE SOIT (66,66%).

5 FEMMES ONT DECOUVERT LA CARDIOPATHIE LORS DE LA GROSSESSE SOIT 41,66%.

7 FEMMES ONT BENEFICIE D'UNE ECHOTRANSTHORACIQUE (ETT),

SOIT 58,33%.

OG EST DILATEE >40 MM CHEZ 3 FEMMES SOIT 42,85% DES FEMMES AYANT REALISEES UNE ETT.

FE EST CONSERVE CHEZ LA TOTALITE DES FEMMES

LA DYSPNEE CHEZ LA MAJORITE DES PARTURIENTES, AYANT UNE CARDIOPATHIE VALVULAIRE, EST SYMPTOMATIQUE (NYHA SUPERIEUR OU EGAL A II).

4 DES 12 PARTURIENTES AYANT STADE III DE NYHA SOIT 33,33%

UNE FEMME SOIT 8,33% ETAIT AU STADE IV DE LA NYHA, QUI PRESENTAIT UNE POLYVALVULOPATHIE RHUMATISMALE COMPLIQUEE D'UNE IC GAUCHE.

STADE I DE NYHA SOIT 25%

STADE II DE NYHA SOIT 33,33%

STADE III DE NYHA SOIT 33,33%

STADE IV DE LA NYHA SOIT 8,33%

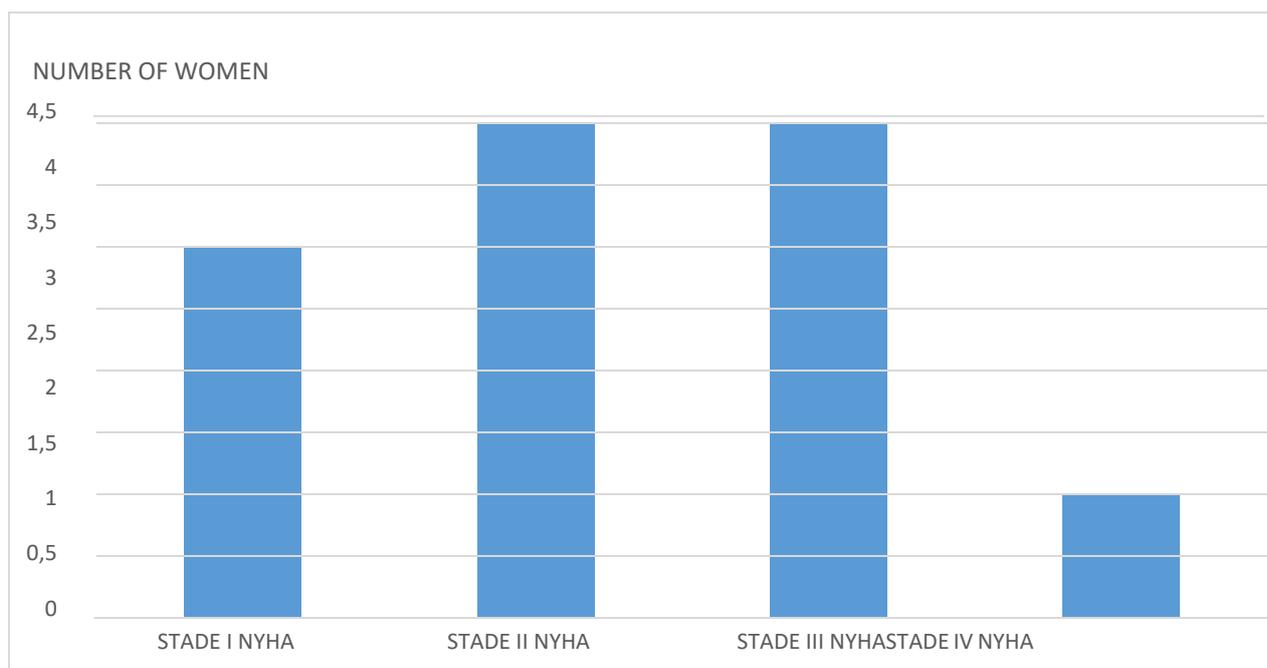


DIAGRAMME 4 : CLASSIFICATION DES PARTURIENTES SELON LA NYHA

AU COURS DE LA GROSSESSE 7 FEMMES, SOIT 58,33 %, ONT ETE SOUS TRAITEMENT MEDICAL. 2 FEMMES, SOIT 16,66%, ETAIENT SOUS EXTENCILLINE.

COMPLICATIONS MATERNELLES

5 FEMMES, SOIT 41,66% DES PARTURIENTES, PRESENTAIENT UNE COMPLICATION AU COURS DE LA GROSSESSE. 3 FEMMES PRESENTAIENT UNE INSUFFISANCE CARDIAQUE GAUCHE SOIT 25% DES PARTURIENTES 2 FEMME PRESENTAIT UNE HTAP SOIT 16.66% DES PARTURIENTES

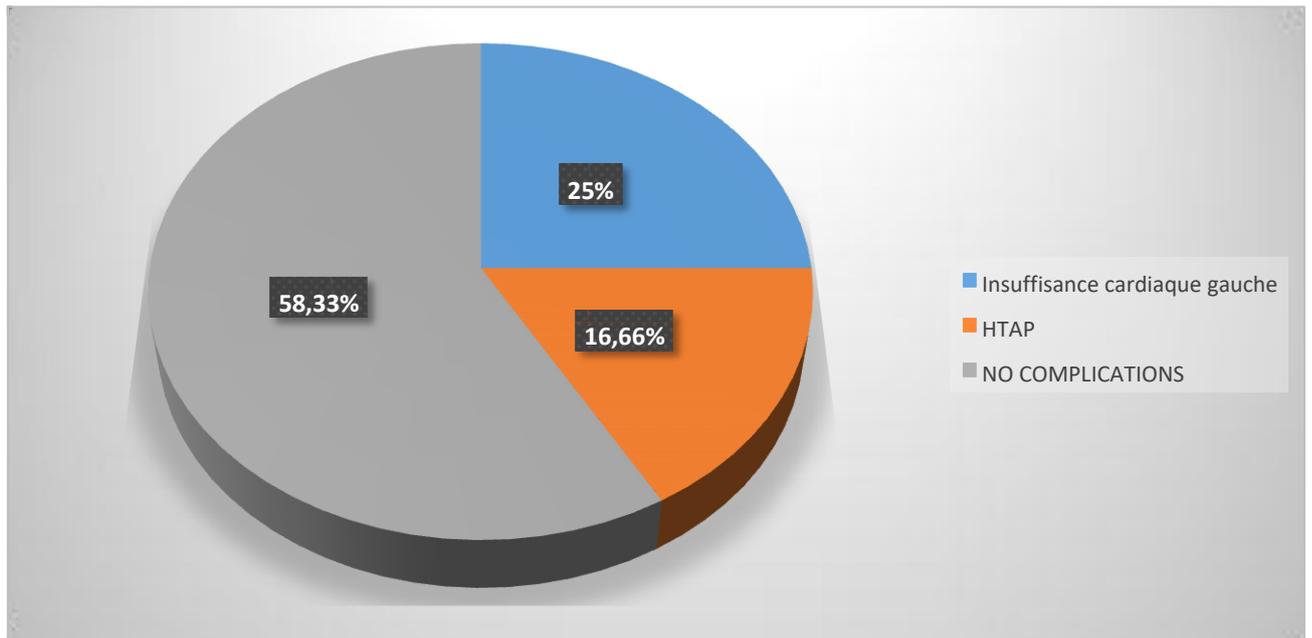


DIAGRAMME 5 : REPARTITION DES COMPLICATION MATERNELLES AU COURS DE LA GROSSESSE

MODE D ACCOUCHEMENT

9 FEMMES SOIT 75 % DES GROSSESSES ONT ETE MENEES JUSQU'AU TERME

L'ACCOUCHEMENT PREMATURE A ETE RETROUVE CHEZ 2 FEMMES SOIT 16,66%

UNE SEULE DE NOS PARTURIENTES ADMISES POUR MFIU A EXPULSE 8 FEMMES AVAIENT ACCOUCHE PAR VOIE BASSE SOIT 58,33%.

4 FEMMES AVAIENT ACCOUCHE PAR CESARIENNE SOIT 33,33%

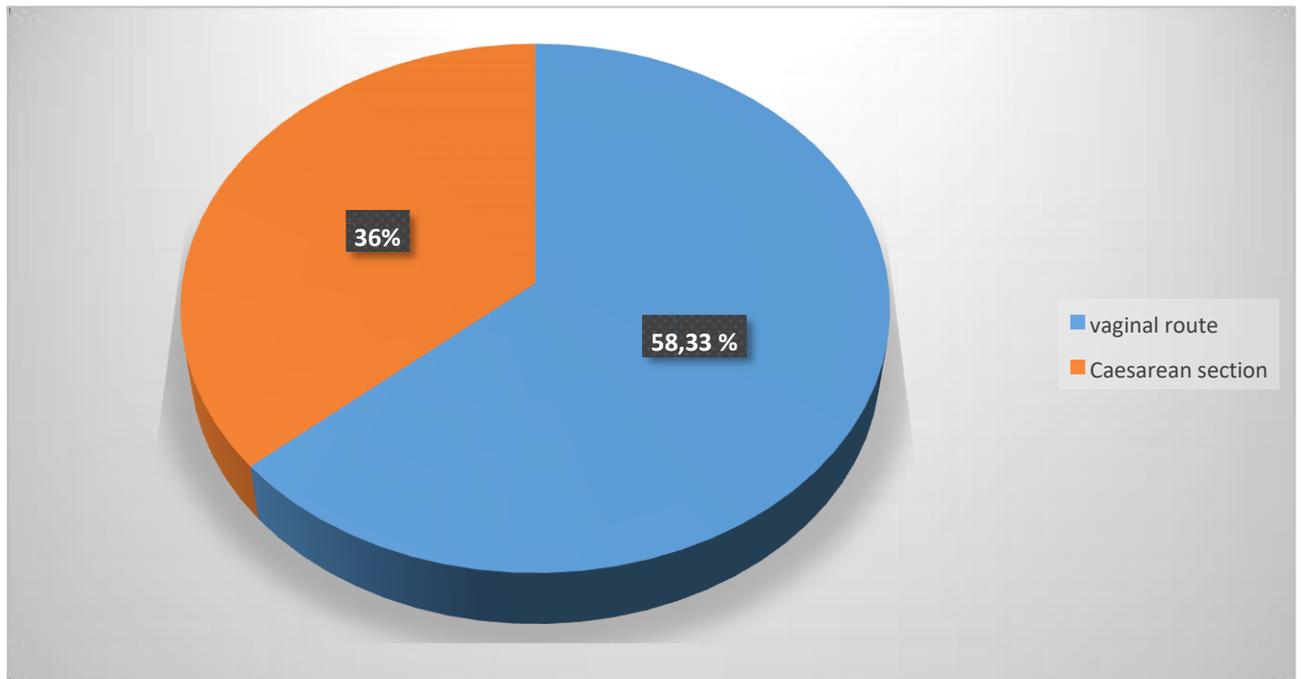


DIAGRAMME 6 : REPARTITION DES PATIENTS SELON LE MODE D'ACCOUCHEMENT.

2 CESARIENNE POUR CARDIOPATHIE DECOMPENSEE INSUFFISSANCE CARDIAQUE GAUCHE

1 CESARIENNE POUR MACROSOMIE

1 CESARIENNE POUR CARDIOPATHIE MITRALE ET CONTREINDICATION A LA VB VUE SON STADE NYHAI

COMPLICATIONS FOETALES

LA MORTALITE FETALE ETAIT DE L'ORDRE DE 8,33%. UN MORT NE CHEZ UNE FEMME D'UN POIDS DE 880G

2 NOUVEAUX NES SOIT 16,66 % ETAIENT DES PREMATURES DONT L'AGE EST ESTIME A 34 SA L'UN D'UN POIDS DE 1180G, ET 2250G.

LE POIDS MOYEN DES ENFANTS ETAIT DE 2960 G AVEC UN MINIMUM DE 880G CHEZ UN NOUVEAU NE ET MAXIMUM DE 4200G CHEZ UN NOUVEAU-NE .

QUATRE ENFANTS SOIT 33,33% AVAIENT UN POIDS < 2500 G.

8 ENFANTS SOIT 66,66% AVAIENT UN POIDS COMPRIS ENTRE 2501 ET 3600G.

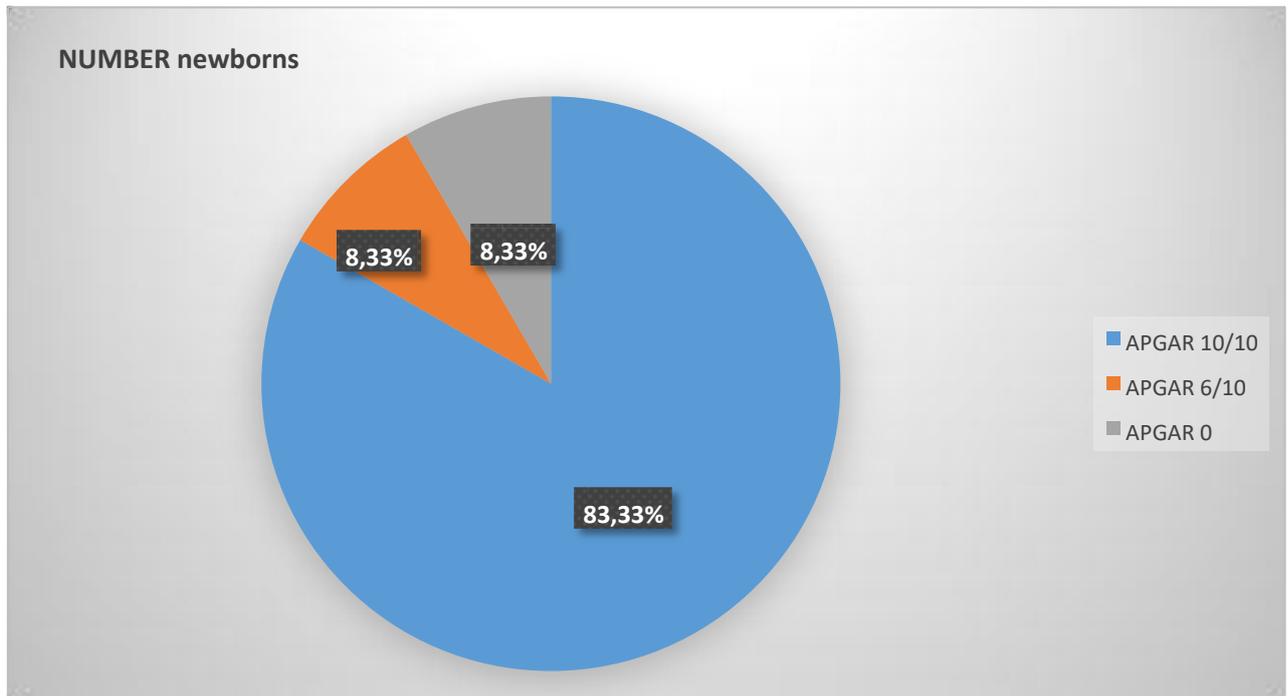


DIAGRAMME 7 REPARTITION DES APPGAR DES NOUVEAU NE

10 ENFANTS SOIT 83,33% DES ACCOUCHEMENTS REALISES AVAIENT UN APGAR A LA NAISSANCE A 10/10.

1 ENFANTS SOIT 8,33% AVAIT UN APGAR 6/10 CORRESPOND AU PREMATURE DONT L'AGE EST ESTIME A 34 SA L'UN D'UN POIDS DE 1180G

1 ENFANTS SOIT 8,33% AVAIT UN APGAR 0 C'ETAIT LE MORT-NE.

DISCUSSION

I. PARAMETRES EPIDEMIOLOGIQUES :

1. FREQUENCE :

DANS LA LITTERATURE ET DEPUIS 1930, L'INCIDENCE DES PATHOLOGIES CARDIAQUES CHEZ LES FEMMES ENCEINTES EST STABLE ENTRE 1% ET 2% AVEC DES ESTIMATIONS PLUS RECENTES ENTRE 0,1 ET 1,4% [3,4]

ELLE REPRESENTE DANS NOTRE SERIE 1,30 % DE L'ENSEMBLE DES ACCOUCHEES, CE QUI EST PROCHE DE 0,99 % PRESENTE DANS LA SERIE DE CASABLANCA [5] ET QUI REJOINT LES STATISTIQUES RAPPORTEES DANS CERTAINES SERIES EUROPEENNES < PAYS DEVELOPPES > ET EGYPTIENNE <PAYS SOUS DEVELOPPES>.

SERIES	FREQUENCE (%)
ANGLAISE (UK ; LONDON) [6]	< 1
EGYPTE [7]	0,89
YASSINE (MAROC) [8]	0,96
LARARCHI (MAROC) [5]	0,99
YOUNES (MAROC)[9]	1,2
NOTRE SERIE	1,3

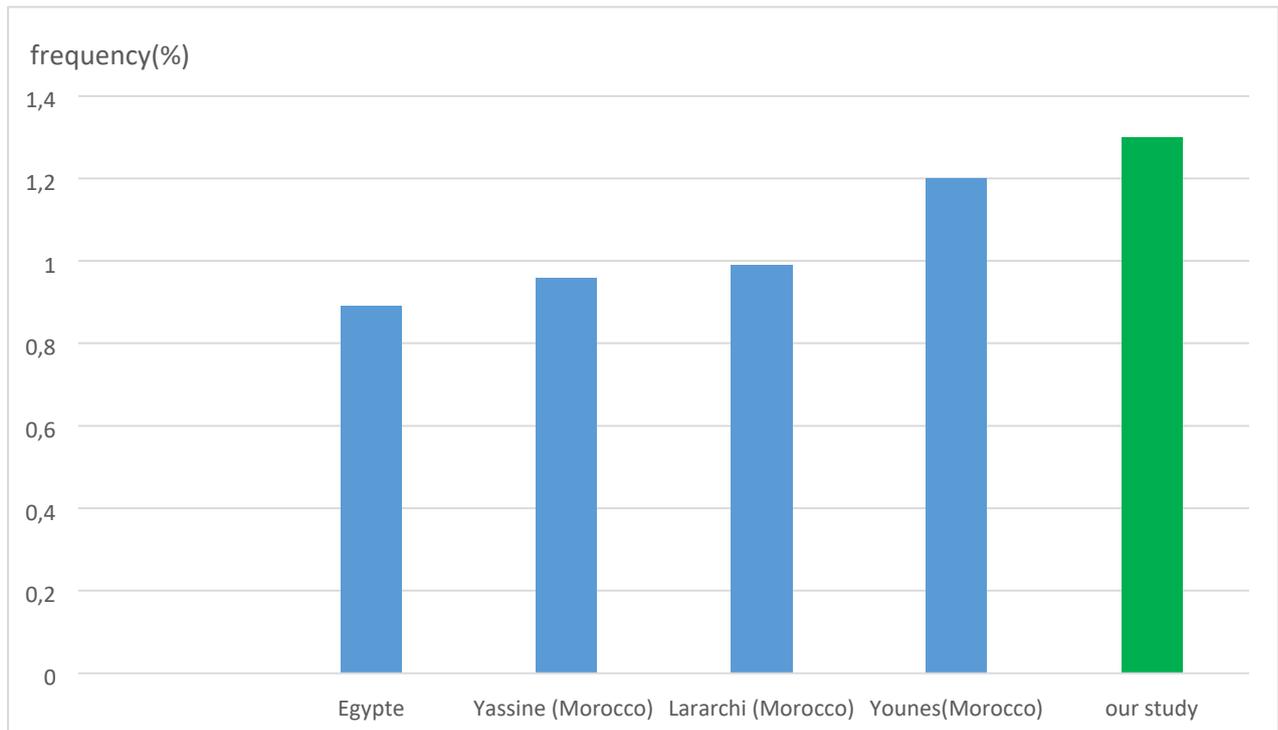


DIAGRAMME 8 : FREQUENCES DES CARDIOPATHIES DANS LES SERIES MONDIALES.

2- CARACTERISTIQUES DES PATIENTES

L'AGE DE LA PATIENTE INTERVIENT LARGEMENT DANS L'EVALUATION DU RISQUE MATERNELLE.

L'AGE MOYEN DES PARTURIENTES CARDIAQUES EST SIMILAIRE DANS TOUTES LES SERIES MAROCAINES. OR, L'AGE MOYEN DANS LES SERIES SENEGALAISES ET ALLEMANDES EST INFERIEUR AUX SERIES MAROCAINES,

SERIES	AGE MOYEN
ALLEMANDE(BERLIN) [11]	28,1 ANS
DIAO (SENEGAL) [12]	28.4 ANS
YASSINE (MAROC) [8]	32 ANS
LARARCHI (MAROC) [5]	31 ANS
YOUNES(FES) 9	31 ANS
NOTRE SERIE	30 ANS

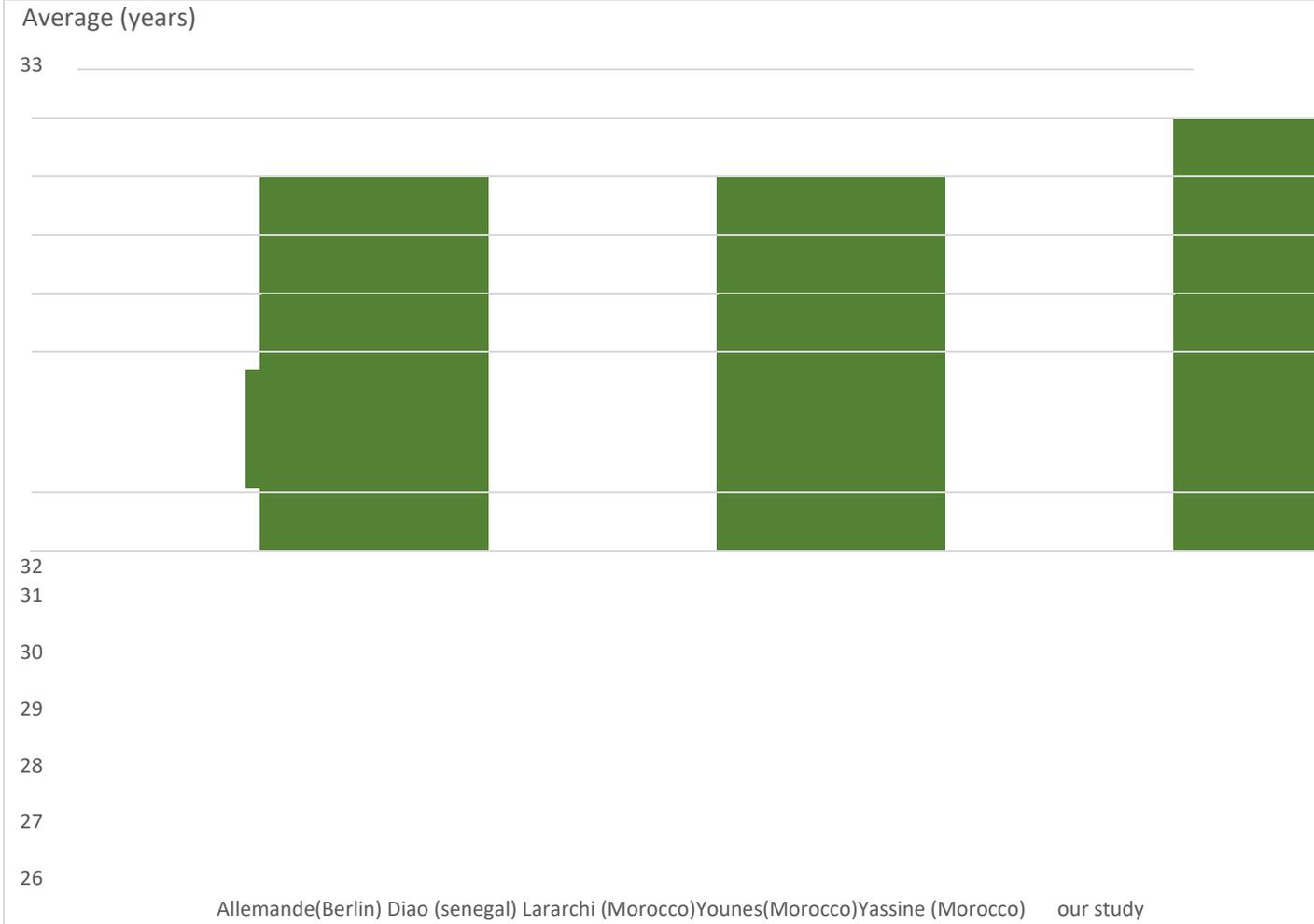


DIAGRAMME 9 : DISTRIBUTION DE L'AGE MOYEN PAR SERIE.

DANS CERTAINES PATHOLOGIES CARDIAQUES, LA MULTIPARITE REPRESENTÉ UN RISQUE IMPORTANT DE COMPLICATIONS MATERNO-FŒTALE.

DANS LES SERIES ETUDIEES, ON NOTE QUE LA MULTIPARITE EST UN CARACTERE COMMUN EST MAJORITAIRE DANS TOUTES LES SERIES D'AFRIQUE CONTRAIREMENT A LA SERIE DE LA GRANDE BRETAGNE OU LE CARACTERE DE PRIMIPARITE EST LE DOMINANT.

TABLEAU N°3 : FREQUENCE DE LA PARITE DES PARTURIENTES EN FONCTION DES SERIES

SERIE S	PRIMIPARITE (%)	MULTIPARITE (%)
UEBING (GB) [13]	86,8	13,2
MATHIEU (SENEGAL) [14]	30	70
LARARCHI (MAROC) [5]	27	73
YOUNES (FES) [9]	26,9	73,1
NOTRE SERIE	30	70

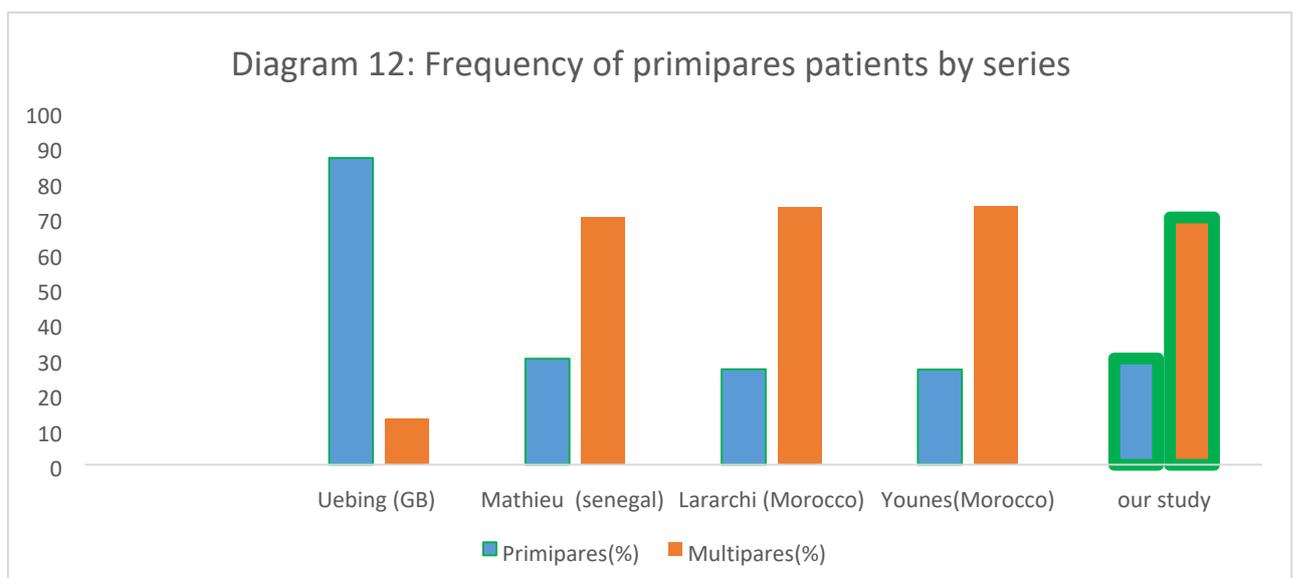


DIAGRAMME 10 : FREQUENCE DES PATIENTS PRIMIPARES ET MULTIPARES PAR SERIE.

II -ANTECEDENTS DES PARTURIENTES :

L'ENSEMBLE DES AUTEURS SOULIGNENT LA PREDOMINANCE DES CARDIOPATHIES RHUMATISMALES DANS L'ASSOCIATION DES CARDIOPATHIES ET GROSSESSE DANS LES PAYS SOUS DEVELOPPES. L'ANTECEDENT DE RAA EST ASSEZ IMPORTANT DANS LES SERIES MAROCAINES ET LA SERIE SENEGALAISE ETUDIEES. ALORS QUE POUR LES PAYS DEVELOPPES, CETTE PATHOLOGIE EST DEVENUE EXCEPTIONNELLE

TABLEAU N°4 : FREQUENCE D'ANTECEDENT DE RAA DES PARTURIENTES EN FONCTION DES SERIES

SERIE S	RAA (%)
SERIE CHINOISE [15]	0,69%
DJOU (MAROC) [16]	37,3
MOUKAFIH (MAROC) [1]	38
MATHIEU (SENEGAL) [14]	56,66
YONESS (FES) (09)	42,3
NOTRE SERIE	66

EN COMPARANT LA SERIE ETUDIEE PAR MALHOTRA [17] (FEMMES CARDIAQUES) AVEC 22,1% ET LA SERIE TEMOIN (FEMMES NON CARDIAQUES) AVEC 5,2%, NOUS DEDUISONS QUE LE RISQUE D'AVS EST TRES ELEVE CHEZ LES FEMMES CARDIAQUES, CE QUI EXPLIQUE LE TAUX ELEVE D'AVS DANS NOTRE SERIE AVEC 41,66% ET CELUI DE FES AVEC 42,31% ET 48,48% DANS LA SERIE DES USA [18].

LA MEME DEDUCTION POUR LA MORTINATALITE EST QUE SELON MALHOTRA [17] LE TAUX DE MORTINATALITE PASSE DE 0,62% DANS LA SERIE TEMOIN A 6,4% DANS LA SERIE ETUDIEE, CE QUI EXPLIQUE AUSSI LES RESULTATS DE LA SERIE DE CASABLANCA

TABLEAU N°6 : REPARTITION DES PARTURIENTES EN FONCTION DES ANTECEDENTS SELON LES SERIES

SERIE S	YOUNES (MAROC) [09]	LARARCHI (MAROC) [5]	SERIE ETUDIEE MALHOTRA [17]	SERIE TEMOIN DE MALHOTRA [17]	AFSHAN USA [18]	NOTRE SERIE
AVORTEMENT SPONTANE (AVS)	42,31%	22%	22,1%	5,2%	48,48%	41,66%
MORTINE	0%	4%	6,4%	0,62%	0%	0%

DANS NOTRE SERIE LES ANTECEDENTS DE MORTALITE NEONATALE ET LES MFIU SONT NULS ET EXCEPTIONNELS CE QUI COMPATIBLE AVEC LES RESULTATS DE FES ET MALHOTRA DANS LES 2 SERIES.

III NATURE DE LA CARDIOPATHIE

LES CARDIOPATHIES RHUMATISMALES RESTENT TRES DOMINANTES ET PREOCCUPANTES DANS LES PAYS EN VOIE DE DEVELOPPEMENT (92% EN SENEGAL [12] ET 82,2% [8] AU MAROC), CE QUI EXPLIQUE LE TAUX DE 83,33% DANS NOTRE SERIE.

LES SERIES	CARDIOPATHIES RHUMATISMALES (%)	CARDIOPATHIES CONGENITALES (%)	AUTRES (%)
ANGLAISE (GB) 1998 [6]	20	77	2
VERENA(GERMANY) [11]	10,8	81,7	7,5
STEPHANIE (GB) [19]	3,81	77,1	19,09
YASSINE (MOROCCO) [8]	82,2	8,9	8,6
DIAO (SENEGAL) [12]	92	8	0
YOUNESS (MOROCCO) [09]	92,32	3,84	3,84
NOTRE SERIE	83,33	8,33	8,33

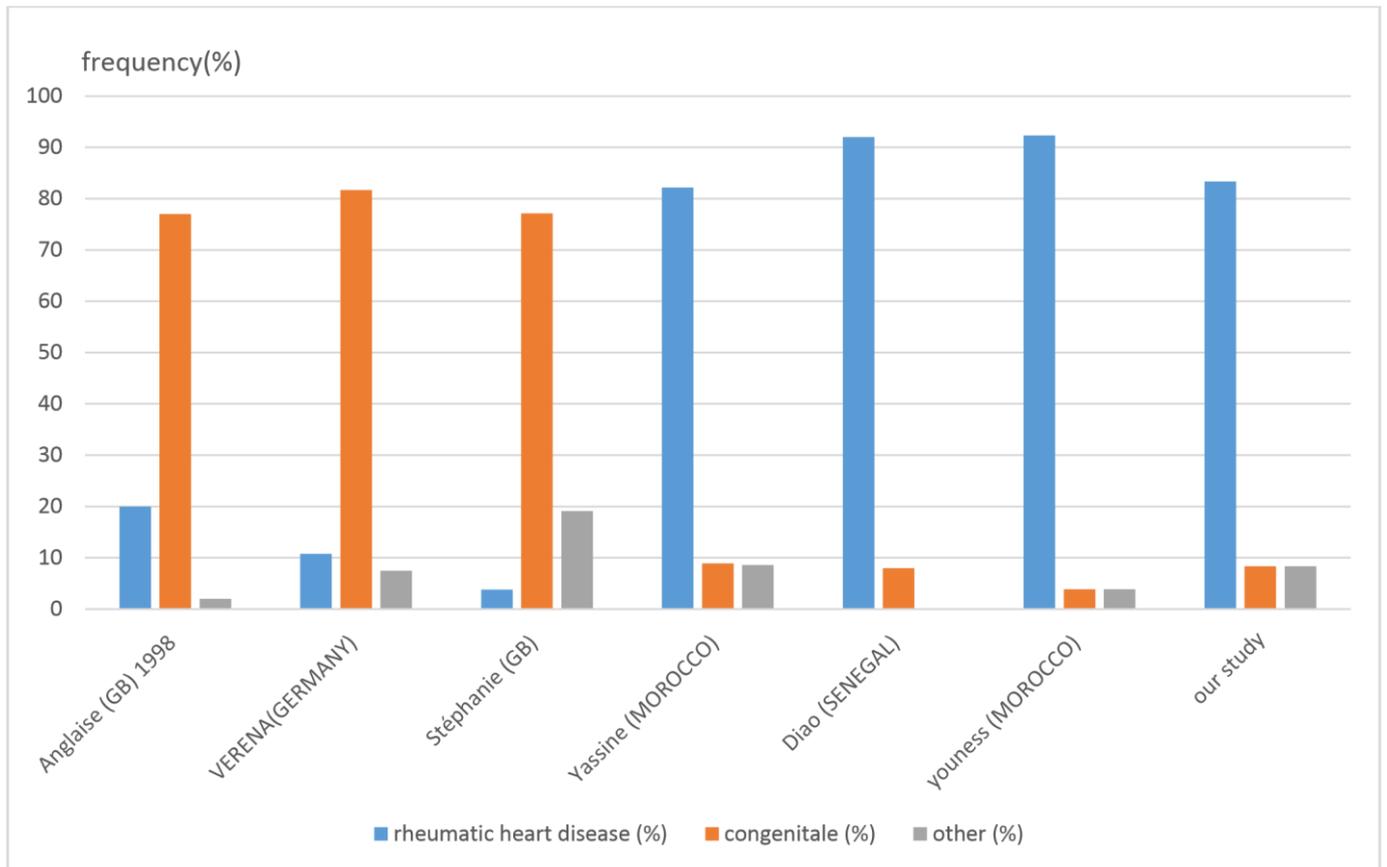


DIAGRAMME 11 : FREQUENCE DES DIFFERENTS TYPES DE MALADIES CARDIAQUES PAR SERIE

L'ATTEINTE MITRALE DOMINE L'ATTEINTE VALVULAIRE RHUMATISMALE AVEC FREQUENCE ENTRE (38 ET 90%) [20] AVEC PREDOMINANCE DU RETRECISSEMENT MITRAL QUI RESTE LA PREDOMINANTE ET LA PLUS SEVERE AU COURS DE LA GROSSESSE. [21]

LA GROSSESSE CONSTITUE UN FACTEUR CERTAIN DE DECOMPENSATION DU RETRECISSEMENT MITRAL SERRE. [11]

UN RETRECISSEMENT MITRAL DECOMPENSE EXPOSE AU RISQUE D'INSUFFISANCE CARDIAQUE GAUCHE AVEC SES MANIFESTATIONS : DYSPNEE D'EFFORT PUIS DE DECUBITUS, TOUX D'EFFORT, HEMOPTYSIE VOIR MEME L'ŒDEME AIGU DU

POUMON. [22,23]

TABLEAU N°8: FREQUENCE DU RM SELON LES SERIES

SERIE S		FREQUENCE (%)
BAHTLA (INDE) [24]	34,3	YASSINE (MAROC) [8] 36,5
MALHOTRA (INDE) [17]		52,6
BORNA (IRAN) [25]		82
AFSHAN [18]		68,75
SERIE (FES) [09]		53,86
NOTRE SERIE		50

SELON LES RESULTATS DE NOTRE SERIE LA MOITIE DES PARTURIENTES 58,33% SUPPORTE LEURS CARDIOPATHIES (STADE I ET II) ALORS QUE CHEZ 41,67% DES PARTURIENTES NE SUPPORTENT PAS LEURS CARDIOPATHIES CONTRAIREMENT AUX AUTRES SERIES OU UNE MINORITE DE FEMMES ONT ATTEINT LE STADE III ET IV.

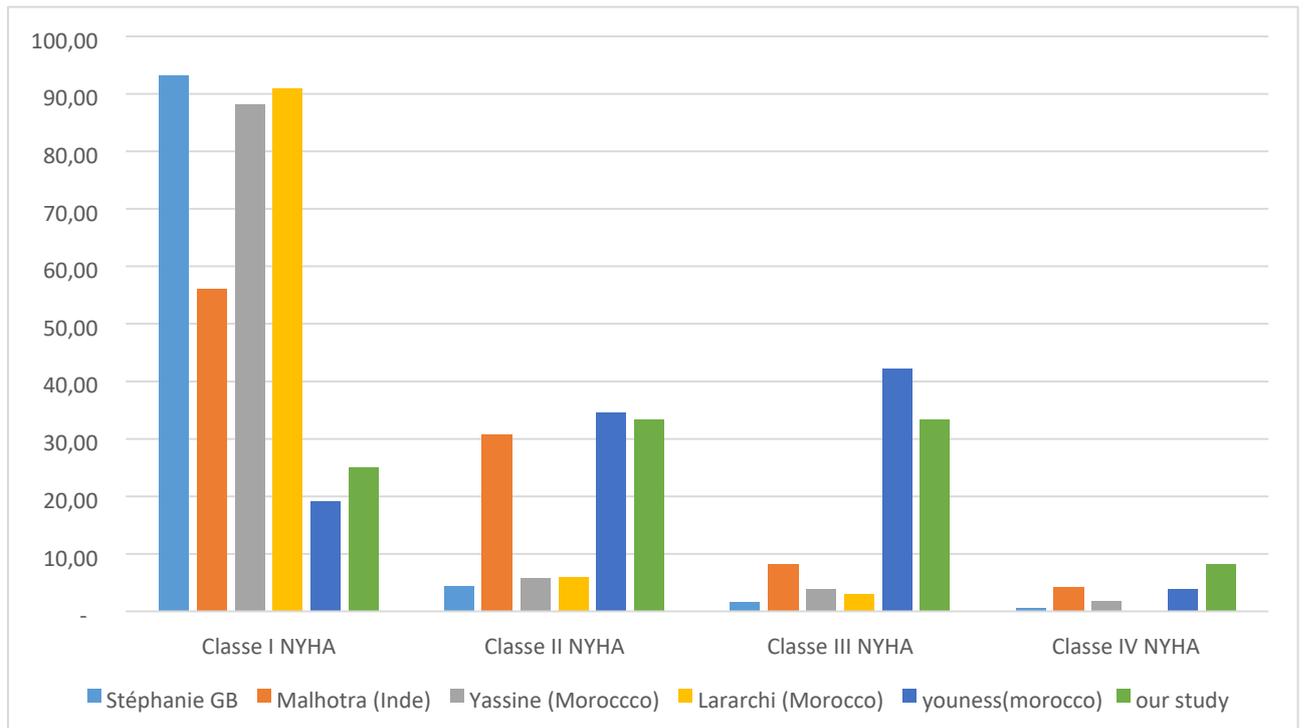


DIAGRAMME 12: REPARTITION DE LA CLASSIFICATION NYHA SELON LES SERIES

IV COMPLICATIONS MATERNELLES AU COURS DE LA GROSSESSE :

LES RISQUES MATERNELS SONT EN FONCTION DE LA NATURE DE LA CARDIOPATHIE ET DE SA TOLERANCE FONCTIONNELLE AVANT LA CONCEPTION QUI PEUT ALLER DE LA DETERIORATION DE LA FONCTION VENTRICULAIRE A L'INSUFFISANCE CARDIAQUE VOIRE AU DECES.

LES NIVEAUX DE MORTALITE LES PLUS ELEVES ENTRE 25-50% SONT OBSERVES CHEZ LES PATIENTES ATTEINTES DE CARDIOPATHIES AVEC HTAP, DE CARDIOPATHIES CONGENITALES CYANOGENES ET DE CARDIOPATHIES OBSTRUCTIVES GAUCHES SEVERES, VALVULAIRES OU HYPERTROPHIQUES.

LE PRONOSTIC MATERNEL DEPEND PRINCIPALEMENT DE LA CLASSE FONCTIONNELLE NYHA : LA MORTALITE MATERNELLE A ETE EVALUEE A < 1% POUR LES PATIENTES EN CLASSE I OU II AVANT GROSSESSE ET A 6 A 7% POUR LES STADES III OU IV. [26]

L'AGE DES PATIENTES INTERVIENT LARGEMENT DANS L'EVALUATION DU RISQUE AINSI QUE LA PARITE ET LE DEROULEMENT D'EVENTUELLES GROSSESSES ANTERIEURES.

[10]

NOUS AVONS NOTE DANS NOTRE SERIE, 5 FEMMES QUI ONT PRESENTEES DES COMPLICATIONS AU COURS DE LA GROSSESSE SOIT 41,66% DES PARTURIENTES CE QUI EST PROCHE DE LA SERIE SENEGALAISE DOUMBIA. [27].

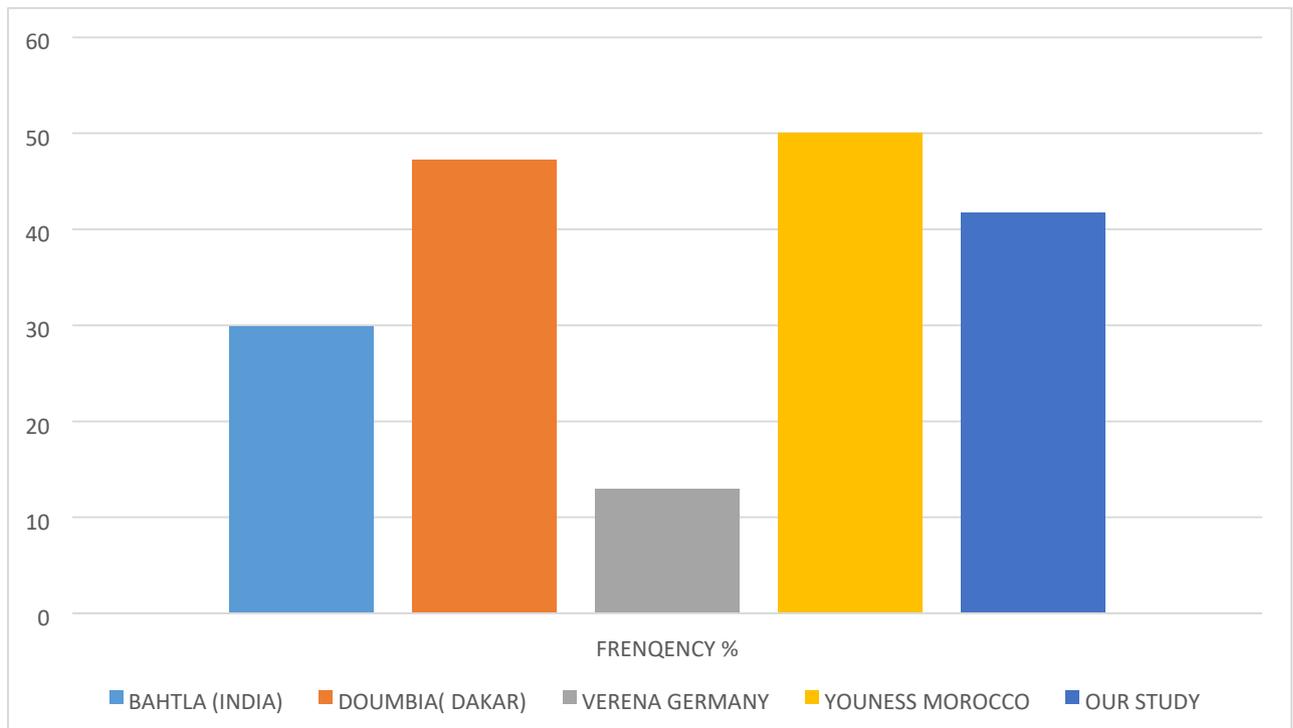


DIAGRAMME 13 REPARTITION DES COMPLICATIONS MATERNELLES AU COURS DE LA GROSSESSE SELON LES

SERIES

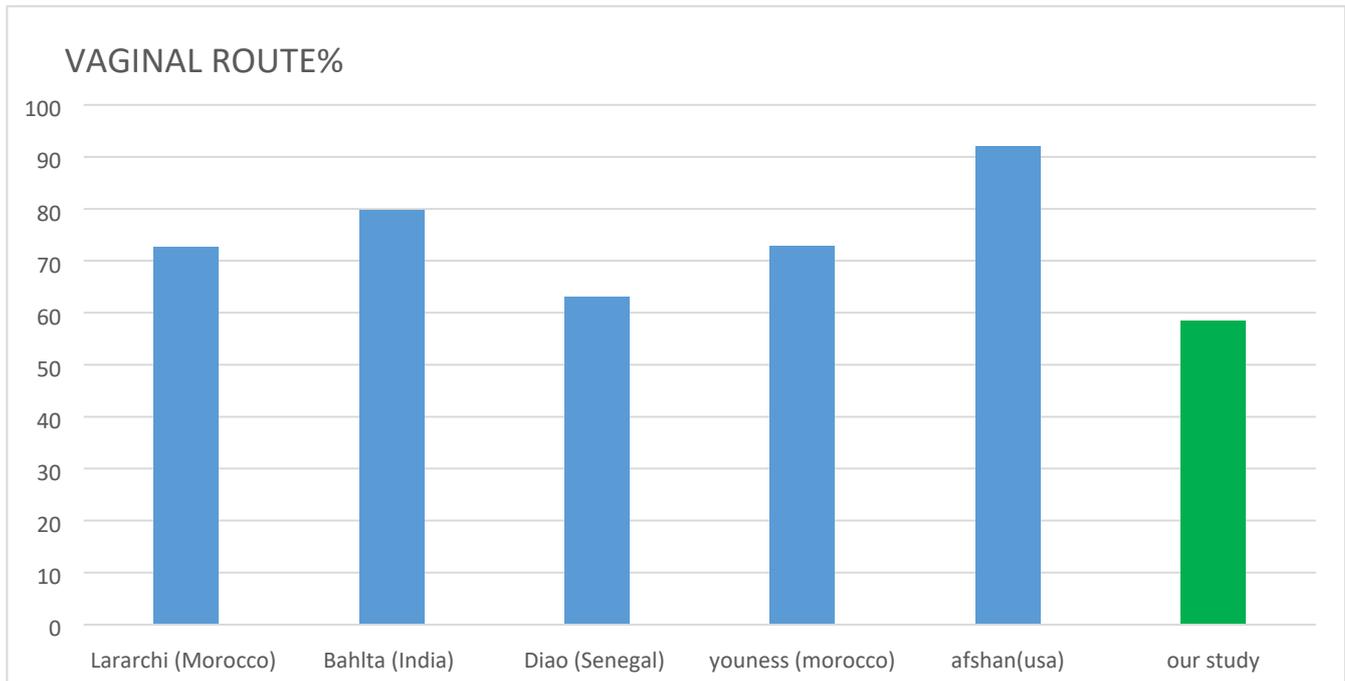


DIAGRAMME 14 ACCOUCHEMENT PAR VOIE BASSE DES PARTURIENTES SELON LES SERIES

SELON LA LITTERATURE LA VOIE BASSE EST PRECONISEE SI LA MALADIE CARDIAQUE EST CONTROLEE (NYHA STADE I ET II). [28]

EN COMPARANT TOUTES LES SERIES ETUDIEES ON DEDUIT QUE LA VOIE BASSE EST PRECONISEE ET LES RESULTATS REJOIGNENT LA LITTERATURE.

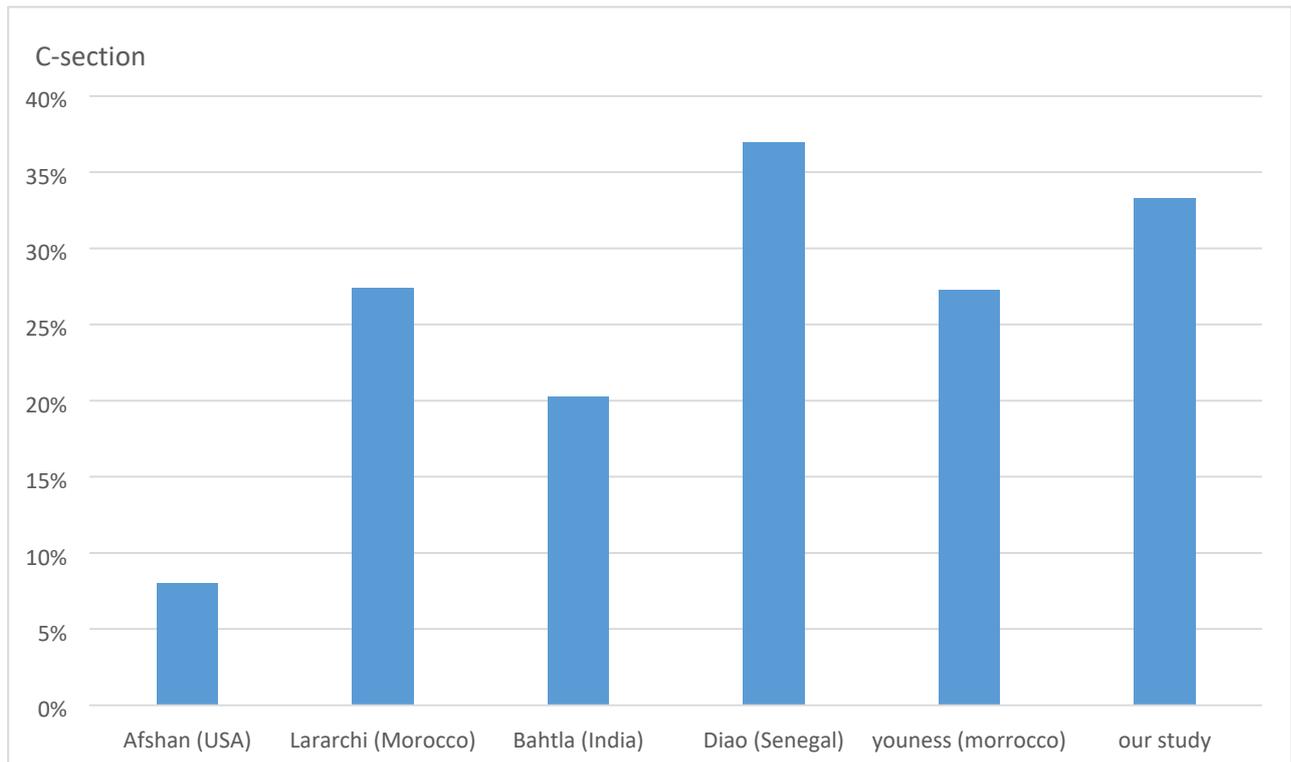


DIAGRAMME 15 ACCOUCHEMENT PAR VOIE HAUTE DES PARTURIENTES SELON LES SERIES

V COMPLICATIONS FŒTALES :

LE RISQUE D'ACCOUCHEMENT PREMATURE CHEZ LES FEMMES CARDIAQUES EST PLUS ELEVE QUE DANS LA POPULATION GENERALE. CE QUI EST DEMONTRE DANS L'ETUDE DE MALHOTRA AVEC 48,3% CHEZ LA SERIE DE FEMMES CARDIAQUES CONTRE 20,5% CHEZ LA SERIE DES FEMMES NON CARDIAQUES.

AINSI QUE DANS L'ETUDE ALLEMANDE [11], LA PREMATURITE EST RENCONTREE CHEZ 64,7% DES FEMMES CARDIAQUES A HAUT RISQUE ET 16,4% CHEZ LES FEMMES A FAIBLE RISQUE.

MALGRE QUE LE TAUX DE PREMATURETE DANS NOTRE SERIE EST 16,66 % QUI EST LARGEMENT FAIBLE QUE DANS LES SERIES DE MALHOTRA ET LA SERIE ALLEMANDE, MAIS RESTE PLUS IMPORTANTE QUE LA FREQUENCE GENERALE DE PREMATURETE A LA MATERNITE DE IBN TOUFAL DE MARRAKECH AVEC 1,5% [29] OU EN FRANCE AVEC 6,8% CE QUI SE CONCORDE AVEC LA LITTERATURE.

SELON LES AUTEURS, LE RISQUE D'AVORTEMENT SPONTANE EST PRESENT EN CAS DE CARDIOPATHIE COMPLIQUEE.

LE TAUX DE MORTALITE PERINATALE SERAIT DIRECTEMENT LIE A LA SEVERITE ET AU GENRE DE LA VALVULOPATHIE DE LA MERE [30]. ELLE EST MOINDRE POUR LES PARTURIENTES EN STADE I ET II DE LA NYHA, MAIS TOUCHE LES 30% POUR LES STADES IV (DECES SPONTANEE ET AVRT MEDICAL POUR INTOLERANCE CONFONDUS)

[31]

DANS NOTRE ETUDE LE TAUX DE DECES FETALE EST DE 8,33% CONTRE 19,6% DANS LA SERIE DE DAKAR. [15]

CONCLUSION

CHEZ LA PARTURIENTE ATTEINTE D'UNE MALADIE CARDIAQUE LIÉ A UN RISQUE TRES VARIABLE SELON LE GENRE ET LA GRAVITE DE CELLE-CI. CECI DEPEND AUSSI DE LA QUALITE DE LA PEC.

UNE ASSOCIATION MULTIDISCIPLINAIRE IMPLIQUANT CARDIOLOGUE, OBSTETRICIEN, REANIMATEUR, NEONATOLOGISTE PARFAITE ASSACIEE AUX AVANCES DES THERAPIES ET DES MOYENS DE SURVEILLANCE PERMETTRAIT DE REDUIRE CE RISQUE ET D'AMELIORER LE PRONOSTIC MATERNO-FETAL.

AU MAROC COMME DANS LES AUTRES PAYS DU TIERS MONDE, L'AMELIORATION DU PC CHEZ LES PARTURIENTES CARDIAQUE ATTEINTE DE VALVULOPATHIE PASSE NECESSAIREMENT PAR L'AMELIORATION DE LA PREVENTION DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGUE, MALADIE DONT LES DEGATS SONT LOURDS MEDICALEMENT ET SOCIO-ECONOMIQUEMENT.

BIBLIOGRAPHIE

- [1]. EL RIFAI A. ABDELHADY ES, EL-SHAMY M,
LE DEVENIR MATERNELLE ET PRENATALE DES GROSSESSES
COMPLIQUEES PAR LES PATHOLOGIES CARDIAQUES
INT J GYNECOL OBSTET 2005; 90: 21-25.
- [2] FOURNIE A, LAFFITTE A, PARANT O, KIVOK KO.
THE MODIFICATIONS OF MATERNAL BODY IN PREGNANCIES.
EMC. GYNECOL OBSTET 1999; 10: 8.
- [3] J.FAIVRE,N.VERROUST,S.GHIGLIONE,A.MIGNON CARDIOPATHIES
ET GROSSESSE
RÉANIMATION 2009 18; 215-222.
- [4]KAREN K STOUT AND CATHERINE M OTTO GROSSESSE CHEZ LES
PATIENTES VALVULAIRES 2007;93;552-558
- [5]LARARCHI A.GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT CHEZ LA FEMME
CARDIAQUE.THESE DE MEDECINE 2008, N° 219 CASABLANCA
- [6] PATRICK O'BRIEN AND MICHAEL DE SWIET HEART DISEASES AND
PREGNANCY
LONDON, UK VOLUME 30, ISSUE 7, 2002, 1P JULY 2002, 195-198P, 2002
ELSEVIER.
- [7]. ABDELHADY ES, EL-SHAMY M, EL RIFAI A.
PREGNANCIES COMPLICATED BY CARDIAC DISEASE.
INT J GYNECOL OBSTET 2005; 90:21-25
- [8] YASSINE A. CARDIOPATHIES ET GROSSESSE : EXPERIENCE DU
SERVICE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE DE L'HMIM V A
PROPOS DE 101 CAS

THESE DE MEDECINE 2007, N° M1002007 RABAT

[9] CARDIOPATHIES ET GROSSESSE A PROPOS DE 26 CAS THESE DE MEDECINE 2012, N° 115 FES

[10] L. CABANE CŒUR ET GROSSESSE ANALE DE CARDIOLOGIE 53 (2004), 91-96 N°131 -2001-

[11] VERENA STANGL, JOHANNA SCHAD, GABRIELE GÖSSING , ADRIAN BORGES, GERT BAUMANN ET KARL STANGL

MATERNAL HEART DISEASE AND PREGNANCY OUTCOME: A SINGLE-CENTRE EXPERIENCE OXFORD JOURNALS, VOLUME 10 ,ISSUE 9 P 855-860

[12] M.DIAO PREGNANCY IN WOMEN WITH HEART DISEASE IN SUB SAHARAN AFRICA ARCHIVES OF CARDIOVASCULAR DISEASE (2011) 104, 370—374

[13] ANSELM UEBING , PANAGIOTIS ARVANITIS , WEI LI , GERHARD PAUL DILLER , SONYA V. BABU-NARAYAN , DARLINGTON OKONKO , EVDOKIA KOLTSIDA , MICHAEL PAPADOPOULOS , MARK

R. JOHNSON, MARTIN G. LUPTON ,STEVE M. YENTIS , PHILIP J. STEER , MICHAEL A. GATZOULIS EFFECT OF PREGNANCY ON CLINICAL STATUS AND VENTRICULAR FUNCTION IN WOMEN WITH HEART DISEASE

INTERNATIONAL JOURNAL OF CARDIOLOGY 139 (2010) 50–59

[14] M.JEAN BAPTISTE SY RELATION CARDIOPATHIE GROSSESSE THESE DE MEDECINE 2005, N° 32 DAKAR

[15] JONATHAN R. CARAPETIS, MBBS, PHD, FRACP, FAFPHM RHEUMATIC HEART DISEASE IN ASIA AMERICAN HEART ASSOCIATION,2008

[16] DJOU EKOUGHON R. CARDIOPATHIES EVOLUEE PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE. THÈSE DE MÉDECINE 2007, N° 48

[17] M. MALHOTRA*, J.B. SHARMA, R. TRIPATHII, P. ARORA, R. ARORA MATERNAL AND FETAL OUTCOME IN VALVULAR HEART DISEASE

INTERNATIONAL JOURNAL OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS 84

(2004) 11–16

[18] AFSHAN HAMEED, OMAR R. WANI, MUROHY GOODWIN

THE EFFECT OF VALVULAR HEART DISEASE ON MATERNAL AND FETAL OUTCOME OF PREGNANCY JOURNAL OF THE AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY VOL 37, N° 3, 2001

[19] STEPHANIE L. CURTIS A, , JOANNA MARSDEN-WILLIAMS B, CHARLOTTE SULLIVAN B, SUSAN M. SELLERS B, JOHANNA TRINDER B, MARK SCRUTTON B, A. GRAHAM STUART CURRENT TRENDS IN THE MANAGEMENT OF HEART DISEASE IN PREGNANCY

INTERNATIONAL JOURNAL OF CARDIOLOGY 133 (2009) 62–69

[20] M. MOUKAFIH VALVULOPATHIES ET GROSSESSE A PROPOS DE 50 CAS. THESE DE MEDECINE 2008, N° 66 FES

[21] C. ALMANGE. CARDIOPATHIES ET GROSSESSE ENCYCLOPEDIE MEDICO-CHIRURGICALE 11-940-K-40 (2009)

[22] GUIDICELLI B., OLUVIER S ET GAMERRE M. CARDIOPATHIE ET GROSSESSE. GYNECOL OBSTET 1998, 5-044-A-10, P : 6.

[23] TOMASO JAVARS. PREGNANCY AFTER HEART VALVE

REPLACEMENT. J. CARDIOL 1994, 5 : 731-740.

[24] BAHTLA, LAL S., BEHERA G., KRIPLANI A., MITTAL S., AGARWAL N., ET AL. CARDIAC DISEASE IN PREGNANCY. SCIENCE DIRECT INT J GYNECOL OBSTET : CARDIAC DISEASE 2003.

[25] BORNA S, BORNA H, HAN TOOSHZADEH S. PREGNANCY OUTCOMES IN WOMEN WITH HEART DISEASE. INTER J GYNECOL

OBSTET 2006; 92: 122-123.

[26] C. ALMANGE. DESIR DE GROSSESSE ET CARDIOPATHIE AMC PRATIQUE N° 186 MARS 2010

[27] A.S DOUMBIA, M. DIAO, A. KANE, A. MBAYE, S.M DIOUF COMPLICATIOIS GRAVIDO-CARDIAQUES CHEZ 36 FEMMES

PRESENTANT UNE VALVULOPATHIE RHUMATISMALE

CARDIOLOGIE TROPICALE 2003 29/N°116

[28] PIERRE-GUY CHASSOT PRECIS D'ANESTHESIE CARDIAQUE
2012. CHAPITRE 22 ANESTHESIE CARDIAQUE ET GROSSESSE

[29] A. ABOUSSAD, M. BOURROUS, M. ELHADDARI, H. BELQAS, S.
DOUMANA COMMUNICATION SCIENTIFIQUE PRISE EN CHARGE
DES PREMATURES A MARRAKECH

UNITE DE NEONATOLOGIE, MATERNITE IBN TOFAIL, CHU
MOHAMMED VI MARRAKECH - 19 NOVEMBRE 2001

[30] CHELLI HELA, BADIS CHANOUI, CHELLI DAENDA MATERNAL
DEATHS; CARDIAC DISEASE AND PREGNANCY THE XVEMES
INTERNATIONAL DAYS

[31] BRADY K, DUFF RAA IN
PREGNANCY. CLIN OBSTET GYNECOL 1989; 32: 21-39.