Journal of african clinical cases and reviews / Journal africain des cas cliniques et revues

www.jaccrafrica.com ISSN 2712-6412 Open access

Article original

Cardiopathies et grossesse : aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques au Centre Hospitalier Universitaire Aristide Le Dantec de Dakar (Sénégal)

Heart disease and pregnancy: epidemiological, diagnostic, therapeutic and prognostic aspects at the teaching hospital center Aristide Le Dantec in Dakar, Senegal

AD Moutele Mongo*[1], MM Niang[2], MTE Diadhiou[2], ME Faye Dieme[3]

Résumé

Objectifs : Déterminer les aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques des femmes enceintes porteuses de cardiopathies à la Maternité du Centre Hospitalier Universitaire Aristide Le Dantec de Dakar.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude transversale par collecte rétrospective des données. Elle a concerné toutes les femmes enceintes porteuses d'une cardiopathie confirmée à l'échographie Doppler cardiaque, ayant accouché à la Maternité du Centre Hospitalier Universitaire Aristide Le Dantec entre le 25 Mars 2018 et le 30 Avril 2022 et dont les dossiers médicaux étaient exploitables. Les paramètres étudiés étaient épidémiologiques, cliniques de la cardiopathie et de l'accouchement, ainsi que les complications maternelles et périnatales.

Résultats : Durant la période d'étude, nous avons retrouvé 46 cas d'association cardiopathies et grossesse parmi 6899 parturientes, soit une proportion de 0,66%. Seules 36 patientes (78%) ont pu être incluses à l'étude faute de la mauvaise tenue de 10 dossiers médicaux. La moyenne d'âge était de 29,17 ans avec des extrêmes de 18 et 42 ans, 89% étaient mariées, 66,7% exerçaient une profession libérale. Le nombre moyen de gestité était de 2 grossesses et une parité moyenne de 1 accouchement. La majorité étaient primipares (61,1%). L'antécédent d'avortement représentait 11,1% des cas et celui d'une chirurgie cardiaque dans 30,6% des cas. Les cardiopathies rhumatismales étaient les plus fréquentes (77,7%). Dans notre série, durant leur grossesse, seules 5 patientes (14%) étaient suivies par un Obstétricien dont 4 simultanément par un Obstétricien et un

Cardiologue. Pour les autres patientes (86%) le suivi pendant la grosses était fait par une sage-femme. Le terme moyen de la grossesse était de 35 semaines d'aménorrhée (SA) et 3 jours avec des extrêmes de 9SA à 41SA+6jours. La grossesse était à terme dans 58,3% des cas. L'interruption thérapeutique de grossesse était réalisée chez 4 patientes (11,1%) et l'indication était une cardiopathie décompensée. La césarienne était le mode d'accouchement le plus fréquent (58,3%). Un cas de grossesse gémellaire était retrouvé. Un score d'Apgar supérieur à 7 à la cinquième minute était retrouvé chez 26 nouveau-nés (70,3%). Le poids de naissance moyen était de 2373g avec des extrêmes de 1995g et 3600g. Dix-sept patientes (47,2%) présentaient des complications. Il s'agissait le plus souvent d'une insuffisance cardiaque globale (13,9%), d'un OAP (11,1%), des INR au-delà de la cible thérapeutique (11,1%). Nous avons enregistré 30 naissances vivantes (91%) et on notait une mortinatalité de 100 pour 1000 naissances vivantes. Les complications périnatales étaient dominées par la prématurité (33,3%) puis le retard de croissance intra-utérin (24,2%) et de l'asphyxie périnatale (15,1%). Le suivi des nouveau-nés nous a permis de constater que parmi les 30 naissances vivantes, 15 nouveau-nés (50%) sont vivants et bien portants, 14 (46,7%) sont perdus de vue et nous avons enregistré un décédé à 6 mois de vie pour une pathologie pulmonaire non documentée. Dans notre série, 21 patientes (58,3%) avaient bénéficié d'une contraception. Les méthodes choisies étaient réparties comme suit : dix-sept (80,9%) implants libérant un progestatif, trois (14,2%) ligature-section des trompes et un (4,9%) DIU à 6 semaines post-partum.

Conclusion : Dans notre pratique, l'association cardiopathie et grossesse est responsable de nombreuses complications maternelles et périnatales en particulier l'insuffisance cardiaque et la prématurité. L'amélioration du pronostic maternel et périnatal nécessite une planification des grossesses et une prise en charge associant au moins un cardiologue et un obstétricien.

Mots-clés : Cardiopathie, Grossesse,Complications maternelles, Complications fœtales.

Abstract

Objectives: To determine the epidemiological, diagnostic, therapeutic and prognostic aspects of pregnant women with heart disease at the Maternity of the teaching hospital center Aristide Le Dantec.

Methodology: This was a cross-sectional study involving retrospective data collection. It involved all pregnant women with heart disease confirmed by cardiac Doppler ultrasound, who had given birth at the Maternity of the teaching hospital center Aristide Le Dantec between March 25, 2018 and April 30, 2022, and whose medical records were usable. The parameters studied were epidemiological, clinical of heart disease and delivery, as well as maternal and perinatal complications.

Results: During the study period, we found 46 cases of association between heart disease and pregnancy among 6899 parturients, representing a proportion of 0.66%. Only 36 patients (78%) could be included in the study, due to poor maintenance of 10 medical records. The average age was 29.17 with extremes of 18 and 42, 89% were married, 66.7% were self-employed. The average number of pregnancies was 2, with an average parity of 1 birth. The majority were primiparous (61.1%). Previous abortion accounted for 11.1% of cases, and previous cardiac surgery for 30.6%. Rheumatic heart disease was most frequent (77.7%). In our series, during pregnancy, only 5 patients (14%) were followed by an obstetrician, including 4 simultaneously by an obstetrician and a cardiologist. For the other patients (86%), follow-up during pregnancy was carried out by a midwife. The average term of pregnancy was 35 weeks' amenorrhea (SA) and 3 days, with extremes ranging from 9SA to 41SA+6 days. Pregnancy was at term in 58.3% of cases. Therapeutic termination of pregnancy was performed in 4 patients (11.1%), the indication being decompensated heart disease. Caesarean section was the most frequent mode of delivery (58.3%). There was one case of twin pregnancy. An Apgar score greater than 7 at five minutes was found in 26 newborns

(70.3%). Mean birth weight was 2373g, with extremes of 1995g and 3600g. Seventeen patients (47.2%) presented complications. These were most often congestive heart failure (13.9%), OAP (11.1%), INRs above the therapeutic target (11.1%). We recorded 30 live births (91%), with a stillbirth rate of 100 per 1000 live births. Perinatal complications were dominated by prematurity (33.3%), followed by intrauterine growth retardation (24.2%) and perinatal asphyxia (15.1%). Newborn follow-up showed that of the 30 live births, 15 newborns (50%) were alive and well, 14 (46.7%) were lost to follow-up, and one died at 6 months of age from an undocumented pulmonary pathology. In our series, 21 patients (58.3%) had benefited from contraception. The methods chosen were as follows: seventeen (80.9%) progestin-releasing implants, three (14.2%) tubal ligation-section and one (4.9%) IUD at 6 weeks post-partum.

Conclusion: In our practice, the association of heart disease and pregnancy is responsible for numerous maternal and perinatal complications, in particular heart failure and prematurity. Improving maternal and perinatal prognosis requires pregnancy planning and management involving at least one cardiologist and one obstetrician.

Keywords: Fetal complications, Heart disease, Maternal complications, Pregnancy.

Introduction

La prévalence de l'association cardiopathie et grossesse varie selon les auteurs. En effet, dans nos pays en développement notamment au Sénégal, les cardiopathies rhumatismales sont prédominantes et représentaient 83,3% en 2005 [1], 90,9% en 2020 [2], et 79% en 2022 [3] des cardiopathies. Cependant, dans les pays occidentaux cette proportion est plus faible de l'ordre de 41% des cardiopathies en France en 2019 [4]. Il s'agit d'une association à haut risque de complications maternelles et périnatales. Les progrès enregistrés ces dernières années sur le plan thérapeutique en particulier l'accès à la chirurgie cardiaque d'une part et la césarienne d'autre part ont permis d'améliorer le pronostic maternel et périnatal de cette association. Nous avons voulu à travers ce travail déterminer la proportion de de l'association cardiopathie et grossesse à la Maternité du Centre Hospitalier Universitaire Aristide Le Dantec, mettre à jour le profil épidémiologique des femmes enceintes porteuses d'une cardiopathie, préciser les types de cardiopathies rencontrées chez les femmes enceintes, et apprécier le pronostic maternel et périnatal.

Méthodologie

- *Type et période de l'étude*

Il s'agissait d'une étude transversale par collecte rétrospective des données, allant du 25 Mars 2018 au 30 Avril 2022 (49 mois).

- *Critères d'inclusion*

Etaient incluses les femmes enceintes porteuses d'une cardiopathie confirmée à l'echographie Doppler cardiaque et ayant accouchées à la Clinique Gynécologique et Obstétrique du CHU Aristide Le Dantec reçues durant la période d'étude.

- *Critères d'exclusion*

Etaient exclues les patientes ayant un dossier incomplet et/ou inexploitable.

- *Recueil, saisie et analyse des données*

Les données étaient recueillies grâce à une revue documentaire à partir des registres et des dossiers d'hospitalisation de la maternité du CHU Aristide Le Dantec. L'outils de saisi un formulaire en support papier. L'exploitation des données étaient effectuées avec le logiciel EPINFO version 7.2.2.6. Elle a consisté en une analyse descriptive des variables qualitatives en fréquences absolues et relatives et des variables quantitatives en moyenne, minimum et maximum.

- *Variables d'étude*

Nous avons étudié les caractéristiques socio-démographiques (état civil, âge, profession et statut matrimonial), les antécédents (gynécologiques, obstétricaux, médicaux et de chirurgie cardiaque), l'âge à la découverte de la cardiopathie, le type de

cardiopathie, les données cliniques et paracliniques, les données néonatales et puerpérales (le score d'Apgar et le poids de naissance) et le pronostic maternel et fœtal.

Résultats

- ***Fréquence de l'association cardiopathie et grossesse***

Durant la période d'étude, nous avons recensé 46 cas d'association cardiopathie et grossesse parmi 6899 parturientes, soit une fréquence de 0,66% des accouchements. Seules 36 patientes (78%) répondaient à nos critères d'inclusion et constituaient notre échantillon d'étude.

- ***Caractéristiques socio-démographiques***

L'âge moyen des patientes était de 29,17 ans avec des extrêmes de 18 et 42 ans. La tranche d'âge prédominante était celle de 20 à 30 ans (50%). Les patientes mariées étaient majoritaires avec 89% des cas. La profession libérale était prédominante (66,7%).

- ***Données cliniques***

- Antécédents

Sur le plan obstétrical, la gestité moyenne était de 2 grossesses avec des extrêmes de 1 et 7 grossesses. Les primigestes comptaient pour 50% et la parité moyenne était de 1 avec une prédominance de primipares (61,1%). Un antécédent d'avortement était noté chez 4 patientes (11,1%).

Sur le plan cardiologique, 11 patientes (30,6%) avaient bénéficié d'une chirurgie cardiaque. Il s'agissait d'un remplacement valvulaire mécanique (16,7%) (Tableau I).

- Examen cardiovasculaire

Dans notre série, la plupart des patientes (75%) avaient une pression artérielle normale. Une HTA était retrouvée chez 9 patientes (25%) et il s'agissait le plus souvent d'une HTA grade 1 (19,4%) selon la classification de l'hypertension artérielle de la ESC/ESH 2018. La fréquence cardiaque était comprise entre 53 et 135 battements par minute avec une moyenne de 90 battements par minute. Une bradycardie était notée chez une patiente (2,8%) et une tachycardie chez 13 d'entre elles (36,1%). On notait une fréquence respiratoire supérieure à 20 cycles par minute chez 9 patientes (25%). A l'examen physique, 21 patientes (58,3%) présentaient un souffle cardiaque en rapport avec leurs pathologies, 13 patientes (36,1%) avaient des œdèmes aux membres inférieurs. Une anémie clinique étaient notées chez 4 patientes (11,1%). On retrouvait une dyspnée de stade 1 ou 2 de la classification de la NYHA chez 77,8% et de stade 3 ou 4 dans chez 22,2% d'entre elles.

- Examen obstétrical

Dans notre étude, 14% des patientes étaient suivies par un Obstétricien dont 4 (11,1%) simultanément avec un Cardiologue. Vingt patientes (55,6%) avaient bénéficié d'au moins 3 consultations prénatales. Le terme moyen de la grossesse était de 35 semaines d'aménorrhée et 3 jours avec des extrêmes de 9SA et 41SA+6jours. La grossesse était à terme dans 58,3% des cas. La majorité des parturientes (97,2%) avaient une grossesse unique. Nous avons noté par ailleurs un cas de grossesse gémellaire (2,86%). La plupart des patientes (75%) n'étaient pas en travail. Parmi les 9 patientes en travail (25%), 7 étaient en phase de latence et 2 à la phase active du travail

- ***Données paracliniques***

- Electrocardiogramme (ECG)

L'ECG avait été réalisé chez 17 patientes (47,2%), et il était pathologique chez 15 d'entre elles. Les principales pathologies retrouvées étaient des troubles du rythme cardiaque (47%) et l'hypertrophie ventriculaire gauche (41,2%).

- Echographie cardiaque

L'échocardiographie cardiaque avait été réalisée chez toutes les patients et avait permis de confirmer les pathologies cardiaques sous-jacentes. Aussi, on notait une altération de la fraction d'éjection systolique du ventricule gauche chez 3 patientes (8,3%) et une hypertension pulmonaire modérée à sévère dans 16,6% des cas.

- ***Caractéristiques et types de cardiopathies***

Dans notre série, 87,5% des cardiopathies étaient connues avant la grossesse contre 12,5% découvertes

au cours de la grossesse. Les cardiopathies rhumatismales étaient les plus fréquentes (77,7%) suivies des cardiomyopathies (13,9%) et des cardiopathies congénitales (8,4%) (Tableau II). Aussi, une patiente atteinte de cardiopathie rhumatismale présentait également un trouble du rythme à type de tachyarythmie complète par fibrillation atriale.

- ***Aspects thérapeutiques***

- Prise en charge cardiologique

L'état cardiaque était stable chez 52,8% des patientes. 8 patientes (22,2%) avaient été mise sous diurétiques et 13 patientes (36,1%) initialement sous anti-vitamine K (AVK) avaient été mise sous héparine de bas poids moléculaire à l'admission.

- Prise en charge obstétricale

Une césarienne était programmée chez 14 patientes (38,9%), 9 patientes (25%) étaient entrées spontanément en travail et 13 (36,1%) avaient bénéficié d'un déclenchement artificiel du travail. La césarienne était le mode d'accouchement le plus fréquent et concernait 21 patientes (58,3%). Nous avons par ailleurs réalisé 15 accouchements par voie basse (41,7%) dont 2 avec une extraction instrumentale. Le type d'anesthésie au cours des césariennes n'était pas précisé sur le dossier obstétrical de 14 patientes (66,6%). Pour le reste des patientes ayant accouché par césarienne, 3 avaient bénéficié d'une anesthésie générale et 4 d'une rachianesthésie.

- Interruption thérapeutique de grossesse

Dans notre série l'interruption thérapeutique de grossesse (ITG) était réalisée chez 4 patientes (11,1%). Le terme de la grossesse à l'ITG était compris entre 9 et 21 SA avec une moyenne de 15 SA. L'indication était une cardiopathie décompensée dont deux cas de rétrécissement mitral serré, une maladie mitrale et une polyvavulopathie associant maladie mitrale et maladie aortique.

- ***Caractéristiques du nouveau-né***

Dans notre série, le score d'Apgar à la première minute était compris entre 0 et 9 avec une moyenne de 7,11. A la cinquième minute, il était compris entre 0 et 10 avec une moyenne 7,86. Un score d'Apgar supérieur à 7 à la cinquième minute était retrouvé chez 26 nouveau-nés (70,3%). Dans notre série, le poids de naissance moyen était de 2373g avec des extrêmes de 1995g et 3600g. Un poids de naissance inférieur à 2500g était retrouvé chez 48,7% des nouveau-nés.

- ***Aspects pronostiques***

- Pronostic maternel

Dans notre étude, dix-sept patientes (47,2%) avaient présenté des complications. Il s'agissait le plus souvent d'une insuffisance cardiaque globale (ICG) (13,9%), de troubles de la coagulation (11,1%) et d'un OAP (11,1%) (Tableau III). Onze patientes étaient référées dont 5 (13,9%) en Réanimation, 3 (8,3%) dans un autre Service de Gynécologie-Obstétrique et 3 (8,3%) autres en Cardiologie. On ne note pas de cas de décès maternel.

- Pronostic périnatal

Dans notre étude, nous avons enregistré 30 naissances vivantes (91%), deux morts fœtales in utero, un décès intra-partum et un décès néonatal précoce à J2 de vie. La mortinatalité était de 100 pour 1000 naissances vivantes. Les complications périnatales étaient dominées par la prématurité (33,3%) suivie du retard de croissance intra-utérin (RCIU) (24,2%) et de l'asphyxie périnatale (15,1%). Dix nouveau-nés (27%) étaient transférés en Néonatologie.

- Pronostic à long terme

Le suivi des nouveau-nés nous a permis de constater que parmi les 30 naissances vivantes, 15 (50%) sont actuellement vivants et bien portants, 14 (46,7%) sont perdus de vue et nous avons enregistré un décédé à 6 mois de vie pour une pathologie pulmonaire non documentée.

- ***Contraception***

Dans notre série, 21 patientes (58,3%) avaient bénéficié d'une contraception. Les méthodes choisies étaient réparties comme suit : dix-sept (80,9%) implants libérant un progestatif, trois (14,2%) ligature-section des trompes et un (4,9%) DIU à 6 semaines post-partum. Une patiente (2,8%) avait refusé d'adopter une méthode contraceptive et la raison du refus n'était pas connue. Pour les 14 autres patientes les données de la contraception n'étaient mentionnées sur le dossier.

Tableau I : Répartition selon les antécédents de chirurgie cardiaque des patientes prises en charge pour cardiopathie et grossesse à la Maternité de l'HALD entre Mars 2018 et Avril 2022 (N=36).

Antécédents de chirurgie cardiaque	Fréquence absolue (n)	Fréquence relative (%)
Aucun	25	69,4
Remplacement valvulaire mécanique	06	16,7
Dilatation mitrale percutanée	02	5,6
Plastie mitrale	01	2,8
Type de chirurgie non précisé	02	5,6

Tableau II : Répartition selon le type de cardiopathies chez les femmes enceintes prises en charge pour cardiopathie et grossesse à la CGO de l'HALD entre Mars 2018 et Avril 2022 (N=36).

Nature de la cardiopathie	Fréquence absolue (n)	Fréquence relative (%)
Cardiopathies rhumatismales		
Rétrécissement mitral	05	13,9
Insuffisance mitrale	05	13,9
Maladie mitrale	04	11,1
Insuffisance aortique	03	8,3
Maladie aortique	01	2,8
Polyvalvulopathies	10	27,7
Cardiopathies congénitales		
Communication interauriculaire	01	2,8
Communication interventriculaire	01	2,8
Persistance du canal artériel	01	2,8
Cardiomyopathie		
Cardiomyopathie dilatée	03	8,3
Cardiomyopathie du peri-partum	01	2,8
Non compaction du ventricule gauche	01	2,8

Tableau III : Répartition selon les complications maternelles retrouvées chez les patientes prises en charge pour cardiopathie et grossesse à la CGO de l'HALD entre Mars 2018 et Avril 2022 (N=36).

Complications maternelles	Fréquence absolue (n)	Fréquence relative (%)
Insuffisance cardiaque globale	05	13,9
Œdème aigu du poumon	04	11,1
Trouble coagulation	04	11,1
Hémorragie du postpartum	02	5,6
Prééclampsie sévère	02	5,6
Choc cardiogénique	02	5,6
Complications infectieuses	01	2,8

Discussion

- *Fréquence*

La prévalence de l'association cardiopathie et grossesse était de 0,66% dans notre étude. Ce résultat est comparable à celui de l'étude menée par KAMIL [3] en 2022 qui retrouvait une prévalence de 0,5%. Cependant il est supérieur à celui de GUEYE [6] avec un taux de 0,038%. Cette différence s'explique par le fait que l'étude était réalisée au CHN de Pikine qui ne dispose pas d'un Service de Cardiologie contrairement au CHNU Aristide Le Dantec qui abrite un Service de Cardiologie de référence national qui permet la prise en charge pluridisciplinaire des patientes. En Tunisie en 2015 KHEMIRI [7] rapportait une prévalence de 0,285% inférieure à celle de notre étude. Cependant, d'autres études retrouvaient une prévalence supérieure à la nôtre notamment celle menée en 2021 par KAMRI [8] qui retrouvait une prévalence de 1,3%. De même aux Etats-Unis la prévalence varie entre 1% et 4% [7]. L'âge moyen des patientes de notre série était de 29,17 ans. Il est comparable à ceux rapportés pars d'autres auteurs [1,3,4,6,7,9]. Dans notre série, 61,1% des patientes étaient primipares, résultat semblable à ceux rapportés par d'autres études [2,3]. Cette faible parité chez les cardiotaphes pourrait s'expliquer par le fait que chez ces patientes, les grossesses doivent être planifiées et sont souvent limitées pour éviter les complications cardiovasculaires. Aussi, la présence d'une cardiopathie maternelle augmente le risque de survenue d'un avortement dû à une insuffisance circulatoire placentaire [10]. En effet, des antécédents d'avortements étaient retrouvés dans 11,1% des cas de notre série, taux inférieur à ceux retrouvés dans la littérature. La grossesse chez une patiente opérée d'une valvulopathie a généralement un bon pronostic hémodynamique [11]. Dans notre étude, 30,6% des patientes avaient bénéficié d'une chirurgie cardiaque. Le remplacement valvulaire était l'intervention la plus retrouvée et il représentait 16,7% des chirurgies cardiaques, taux comparable à d'autres études menées au Sénégal [1–3],. Selon les auteurs, cette intervention est fréquente et privilégiée chez les sujets jeunes en raison de son efficacité à long terme (13). Aussi, La dilatation mitrale percutanée chez la femme enceinte constitue une procédure efficace sans risque majeur de complications materno-fœtales, le but étant d'entraîner une amélioration hémodynamique autorisant la

poursuite de la grossesse et l'accouchement [12].

- *Types de cardiopathies*

Les cardiopathies rhumatismales étaient majoritairement retrouvées chez nos patientes (77,7%). Elles constituent une complication du rhumatisme articulaire aigu encore fréquentes dans nos pays en développement (88,33% au Sénégal en 2005 [1], 96% au Maroc en 2012 [9], 62,5% en Tunisie en 2015 [7], 90,90% au Sénégal en 2020 [2], 83,33% au Maroc en 2021 [8]) contrairement aux pays occidentaux 41,6% en France en 2019 [4].

Le RM est la forme clinique la plus péjorative dans l'association cardiopathie et grossesse. En effet, l'augmentation du débit cardiaque entraîne une augmentation marquée du gradient transvalvulaire et donc de la pression dans la cavité cardiaque d'amont et, la tachycardie qui l'accompagne raccourcit la diastole, ce qui contribue encore à majorer le gradient mitral. La grossesse crée donc des conditions favorables à sa décompensation [13]. Aussi, la fréquence des poly valvulopathies pourrait s'expliquer par le taux élevé de rhumatisme articulaire aigu (RAA) dans nos pays en développement [13]. Dans notre série, les cardiopathies congéniales étaient plus rares. En occident, il s'agit de la forme clinique la plus fréquente chez les femmes enceintes. En effet JASTROW [14] en Suisse retrouvait 81,4% de cas de cardiopathies congénitales. Ceci s'explique par la raréfaction du RAA dans les pays développés du fait de bonnes politiques de vaccination, de dépistage et de prise en charge des cas [15].

La cardiomyopathie était noté dans 13,9% des cas dont 2,8% de cas de cardiomyopathie du peri-partum (CMPP). Au Sénégal, BA [2] retrouvait une prévalence de 4,55% de CMPP. A l'échelle mondiale celle-ci était d'un cas pour 1000 grossesses [16]. En effet, il est reconnu que l'incidence de la CMPP est plus élevée chez les femmes noires africaines et afro-américaine [17].

La plupart des patientes (52,8%) avaient une cardiopathie bien compensée ce qui explique le faible taux de traitement médical observé dans notre série. En effet, le traitement médical a pour but de réguler la fréquence cardiaque, de réduire la surcharge cardiaque et d'améliorer la contractilité myocardique et ainsi le pronostic maternel et fœtal [13].

- *Prise en charge de la grossesse et de l'accouchement*

Dans notre série, seules 5 patientes (13,9%) étaient suivies par un Obstétricien et 4 (11,1%) d'entre-elles avaient bénéficié d'une prise en charge multidisciplinaire en collaboration avec un Cardiologue. Dans la série de GUEYE [6] cette prise en charge multidisciplinaire était inexistante. Cet aspect de la prise en charge devrait donc être amélioré dans notre pratique. Une bonne collaboration entre cardiologue et obstétricien permettrait d'une part de mieux programmer les grossesses dans une période où la cardiopathie est bien compensée par le biais de la contraception et d'autre part d'améliorer le pronostic materno-fœtal. Au cours du suivi prénatal une ITG était préconisée et réalisée chez 4 patientes (11,1%). Selon une étude réalisée en 2019 en Normandie, 46% des indications ITG étaient associées à une pathologie cardiaque maternel préexistantes mettant en péril la santé de la femme [18]. L'âge gestationnel moyen dans notre série était de 35 semaines d'aménorrhée et 3 jours et nous avons enregistré 41,7% de prématurité dont 11,1% de très grande prématurité, 2,8% de grande prématurité et 27,8% de moyenne prématurité. L'accouchement prématuré est une complication fréquente de l'association cardiopathie et grossesse. En effet, il s'agit souvent d'une prématurité induite en raison d'une décompensation cardiaque ou d'une complication fœtale telle que le RCIU qui nous oblige à interrompre la grossesse. On notait 58,3% d'accouchements par césarienne dont 38,9% étaient programmées avant le début du travail. Le même constat était fait dans les séries africaines alors qu'en France l'accouchement par voie basse était plus fréquent [2]. Cette différence pourrait s'expliquer par une meilleure planification de la grossesse chez les

cardiotaphes dans les pays occidentaux. En effet, dans l'association cardiopathie et grossesse, la césarienne est recommandée en cas d'insuffisance cardiaque réfractaire et pour les cardiopathies à haut risque en particulier le syndrome de Marfan, la dissection aortique, et l'hypertension pulmonaire sévère [19].

- *Pronostic maternel*

Dans notre série, les complications maternelles retrouvées chez 17 patientes (47,2%) étaient dominées par l'insuffisance cardiaque (25% dont 13,9% d'insuffisance cardiaque globale et 11,1% d'OAP), suivies de la coagulopathie (11,1%), de la PES (5,6%) et de l'hémorragie du post-partum (5,6%). Nos résultats sont comparables à ceux enregistrés par KAMRI [8] au Maroc en 2021 et KAMIL [3] au Sénégal en 2022. Par contre, notre taux est inférieur à ceux rapporté par SY [1] au Sénégal et YOUNES [9] au Maroc qui étaient de 46,6% et 46,16%. En France et dans la plupart des pays développés, les taux de décompensation cardiaque sont plus faibles. En effet, FLIPO à Lyon [4] rapportait dans son étude un taux de 4,7% d'ICG, de loin moins élevé que le nôtre. Cette différence relative au pronostic cardiovasculaire serait certainement dûe à la meilleure planification de la grossesse mais également et surtout au suivi cardiologique qui serait mieux respecté dans les pays développés du fait d'un plateau technique plus élevé et accessible et d'une meilleure disponibilité des ressources humaines. Concernant l'hémorragie du post-partum, notre taux est comparable à celui de FLIPO à Lyon [4] qui était de 5,3% et il était moins élevé que celui retrouvé par RICHARDSON à Lille [20] qui était de 20,4%. Il s'agit d'une complication fréquente en cas de cardiopathie chez la femme enceinte [14]. Elle pourrait résulter d'une part d'une mauvaise gestion du traitement anticoagulant et d'autre part d'une atonie utérine. Nous n'avons enregistré aucun décès maternel.

- *Pronostic périnatal*

Dans notre série, les complications périnatales étaient dominées par la prématurité (33,3%) suivie du retard de croissance intra-utérin (24,2%) et de l'asphyxie périnatale (15,1%). Notre taux de prématurité est plus élevé que ceux retrouvés dans la littérature. KHEMIRI (Tunisie) [7] en Tunisie et RICHARDSON à Lille [20] retrouvaient des taux respectifs de 7,15% et 20,1% de prématurité. L'accouchement prématuré est un accident fréquent dans l'association cardiopathie et grossesse souvent observé en cas de décompensation cardiaque avec hypoxie sévère. On notait chez 18 (48,2%) nouveau-nés un poids inférieur à 2500g. La forte proportion de faible poids de naissance que nous avons observé serait dû à la fréquence de la prématurité mais aussi à celui du RCIU qui, dans ce contexte, est souvent secondaire à l'hypoxie maternelle. Concernant l'asphyxie néonatale, notre taux est comparable à celui rapporté par YOUNES [9] qui était de 12,5% et il est inférieur à ceux retrouvés par GUEYE [6] qui étaient de 33,3%. Une bonne appréciation du pronostic de l'accouchement en particulier l'évaluation de l'état fœtal mais aussi celle de la situation obstétricale permettrait de réduire ce taux d'asphyxie néonatale. En effet, dans notre série, près de la moitié des nouveau-nés étaient soit prématurés (33,3%) ou présentaient un RCIU (24,2%). Dans ces deux situations, le fœtus est « fragile », supporte moins les contractions utérines et est donc plus exposé à l'hypoxie. Dans notre série, la mortinatalité était de 100 pour 1000 naissances vivantes. Elle est comparable à celle de YOUNES [9] en 2012 au Maroc qui était de 12%. Par contre, notre taux est plus élevé que ceux rapportés par KAMRI [8] en 2021 au Maroc, SY [1] en 2005 et BA [2] en 2020 au Sénégal qui étaient respectivement de 8,3%, 3,3% et 5,8%. Cette mortinatalité élevée que nous avons retrouvée serait certainement en rapport avec la proportion élevée de la prématurité et du RCIU notée dans notre série.

Conclusion

L'association cardiopathies et grossesse reste fréquente dans notre contexte. Ces cardiopathies étaient majoritairement secondaires au rhumatisme

articulaire aigu qui demeure un problème de santé publique dans les pays en développement. L'atteinte valvulaire la plus retrouvée et ayant un moins bon pronostic était le rétrécissement mitral. Les complications maternelles étaient dominées par la survenue d'une insuffisance cardiaque. La voie d'accouchement la plus retrouvée était celle par césarienne. S'agissant du pronostic périnatal on note de nombreuses complications dominées par la prématurité et la mortinatalité reste élevée dans notre contexte. A la lumière de nos résultats nous émettons comme recommandation d'améliorer la planification des grossesses et renforcer la coopération pluridisciplinaire.

Ce qui est connu sur le sujet :

La majorité des patientes sont des primipares (61,1%). Les cardiopathies rhumatismales étaient les plus fréquentes (77,7%).

Ce que notre étude apporte de neuf :

La proportion de l'association cardiopathie et grossesse était de 0,66%

Seules 5 patientes (14%) étaient suivies par un Obstétricien dont 4 simultanément par un Obstétricien et un Cardiologue. Pour les autres patientes (86%) le suivi pendant la grosses était fait par une sage-femme.

Dix-sept patientes (47,2%) présentaient des complications.

L'interruption thérapeutique de grossesse était réalisée chez 4 patientes (11,1%). Le terme de la grossesse à l'ITG était compris entre 9 et 21 SA avec une moyenne de 15 SA. L'indication de l'interruption thérapeutique de grossesse était une cardiopathie décompensée dont deux cas de rétrécissement mitral serré, une maladie mitrale et une polyvavulopathie associant maladie mitrale et maladie aortique.

***Correspondance :**

Axelle Désire MOUTELE MONG

mouteledesire@gmail.com

Disponible en ligne : 30 Mars 2026

1 : Service de Cardiologie, Hôpital Fann, Faculté de Médecine Pharmacie et Odontologie,
2 : Université Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal
3 : Service de Gynécologie et Obstétrique, Institut d'Hygiène Sociale Polyclinique, Faculté de
4 : Médecine Pharmacie et Odontologie, Université Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal
5 : Service de Gynécologie et Obstétrique, Hôpital Principal, Faculté de Médecine Pharmacie et Odontologie, Université Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal

© Journal of african clinical cases and reviews 2026

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

[1] Sy MJ-B. Relation cardiopathie et grossesse [thèse de doctorat en médecine n°32]. Dakar: Université Cheikh Anta Diop, Faculté de Médecine; 2005. Disponible sur: http://bibnum.ucad.sn/viewer.php?c=thm&d=thm%5f44915

[2] Ba MD. Cardiopathie et grossesse: à propos de 22 cas colligés à la Clinique Cardiologique Le Dantec, à la Clinique Cardiologique de Fann et à la Clinique Gynéco-Obstétricale Le Dantec [mémoire d'études spéciales en cardiologie n°243]. Dakar: Université Cheikh Anta Diop; 2020. Disponible sur: http://bibnum.ucad.sn/viewer.php?c=mmoires&d=memm%5f2021%5f0162

[3] Ahmed KK. Prise en charge péri-opératoire des parturientes cardiaques pour césarienne au CHU Aristide Le Dantec [mémoire d'études spéciales en anesthésie et réanimation n°120]. Dakar: Université Cheikh Anta Diop; 2022. Disponible sur: http://bibnum.ucad.sn/viewer.php?c=mmoires&d=memm%5f2022%5f0446

[4] Flipo A. Cardiopathie et grossesse: étude

rétrospective de morbi-mortalité bi-centrique de 2011 à 2017 [thèse de doctorat en médecine]. France: Université Clermont Auvergne; 2019. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02445514

[5] Jastrow N, Irion O, Bouchardy J, George L. Cardiopathies maternelles et grossesse: une prise en charge multidisciplinaire. Rev Med Suisse. 2011. Disponible sur: https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2011/revue-medicale-suisse-314/cardiopathies-maternelles-et-grossesse-une-prise-en-charge-multidisciplinaire

[6] Gueye N. Cardiopathie et grossesse: aspects épidémiologiques et pronostiques au Centre Hospitalier National de Pikine [thèse de doctorat en médecine n°242]. Dakar: Université Cheikh Anta Diop; 2020. Disponible sur: http://bibnum.ucad.sn/viewer.php?c=thm&d=thm%5f2020%5f0460

[7] Khemiri K, Jenayah AA, Boudaya F, Hamdi A, Meskhi S, Sfar E, et al. Profil épidémiologique des femmes enceintes cardiaques dans le centre de maternité de Tunis: expérience du service A. Pan Afr Med J. 2015 Jun 22;21:140. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4546776/

[8] Kamri FA. Cardiopathie et grossesse: à propos de 12 cas [mémoire d'études spéciales en gynécologie-obstétrique n°MS1402021]. Maroc: Université Mohammed V; 2021. Disponible sur: https://toubkal.imist.ma/xmlui77/handle/123456789/17223

[9] Younes A. Cardiopathie et grossesse: à propos de 26 cas [thèse de doctorat en médecine n°115/12]. Maroc: Université Mohammed Ben Abdellah; 2012. Disponible sur: https://toubkal.imist.ma/handle/123456789/22605

[10] Almange C. Désir de grossesse et cardiopathie. Arch Mal Coeur Vaiss Prat. 2010 Mar 1;2010(186):15-22. Disponible sur: https://www.em-consulte.com/article/248175/desir-de-grossesse-et-cardiopathie

[11] Chassard D, Bonnefoy E. Comment prendre en charge une femme enceinte atteinte d'une coronaropathie. Prat Anesth Reanim. 2013;17(4):174-9. Disponible sur: https://www.em-consulte.com/article/832489/comment-prendre-en-charge-une-femme-enceinte-attei

[12] Zairi I, Mzoughi K, Mroua F, Ben Moussa F, Amri I, Kammoun S, et al. Résultats de dilatation mitrale percutanée chez la femme enceinte: à propos de 12 cas. Ann Cardiol Angeiol. 2016;107:7. Disponible sur: https://www.em-consulte.com/article/1196519/resultats-de-la-dilatation-mitrale-percutanee-chez

[13] Lupoglazoff JM, Magnier S, Casasoprana A. Cardiopathies rhumatismales. Disponible sur: https://www.em-consulte.com/article/3705/cardiopathies-rhumatismales

[14] Jastrow N, Meyer P, Khairy P, Mercier LA, Dore A, Marcotte F, et al. Prediction of complications in pregnant women with cardiac diseases referred to a tertiary center. Int J Cardiol. 2011 Sep 1;151(2):209-13.

[15] Almange C. Pathologies cardiaques chez la femme enceinte. Prat Anesth Reanim. 2008 Dec 1;12(6):391-7.

[16] Karaye KM, Ishaq NA, Sa'idu H, Balarabe SA, Talle MA, Isa MS, et al. Incidence, clinical characteristics, and risk factors of peripartum cardiomyopathy in Nigeria: results from the PEACE Registry. ESC Heart Fail. 2020;7(1):236-44. Disponible sur: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20659773/

[17] Gibelin P. Cardiomyopathie du péripartum. 2020;7. Disponible sur: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2666479820300987

[18] Le Grand C, Huet J, Dreyfus M, Benoist G. Interruptions médicales de grossesse pour indications maternelles: analyse rétrospective en Normandie occidentale (2010–2019). Gynecol Obstet Fertil Senol. 2021 Mar 1;49(3):166-71. Disponible sur: https://www.em-consulte.com/article/1431534/interruptions-medicales-de-grossesse-pour-indicati

[19] Cabanes L. Synthèse des recommandations ESC 2018 pour la prise en charge des pathologies cardiovasculaires pendant la grossesse. Disponible sur: https://e-cordiam.fr/archives/16016

[20] Richardson M, Bonnet J, Gonzalez M, Coulon C, Constans B, Gautier S, et al. Prise en charge des patientes enceintes porteuses de cardiopathie par une équipe cardio-obstétricale: étude de cohorte au sein du CHU de Lille. Gynecol Obstet Fertil Senol. 2022 May 1;50(5):441-2. Disponible sur: https://www.em-consulte.com/article/1520997/prise-en-charge-des-patientes-enceintes-porteuses-

Pour citer cet article

AD Moutele Mongo, MM Niang, MTE Diadhiou, ME Faye Dieme. Cardiopathies et grossesse : aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques au Centre Hospitalier Universitaire Aristide Le Dantec de Dakar (Sénégal). Jaccr Women's Health 2026; 1(1): 6-17

https://doi.org/10.70065/2611.jaccrWomenshealth.002L013003