

DIAGNOSTIC : Sténose pulmonaire congénitale sévère

Diagnostic prouvé et posé à 21 semaines de grossesse

AUTRES DIAGNOSTIQUES :

Valvuloplastie per-cutanée à 22 semaines de grossesse
 CIA importante avec shunt intracardiaque bidirectionnel
 Prééclampsie sévère débutant à 30 semaines
 Hémorragie du postpartum immédiat
 Bébé avec dysplasie de la valve tricuspide

Symptômes

Dyspnée à l'effort important. Classe fct 2/4. Acrocyanose légère.

Échographie cardiaque

	22 sem	Immédiatement Post valvuloplastie	33.5 sem
VD	Hypertrophie modérée/sévère. Dilatation modérée	Idem	Idem
Gradient AP-VD	110-150	60	70
Pression systolique VD		66	66
Pression artère pulmon.	Normale		
OD	Dilatée (modérée)	idem	idem
Aire valve pulmonaire	Sténose critique		
Saturation repos	93%	94%	95%
Saturation effort	87%	93%	89%
Shunt	Bidirectionnel	G→D> D→G	G→D> D→G

PRISE EN CHARGE PENDANT LA GROSSESSE

- (X) Non pharmacologique : repos
- (X) Médications : Adalat XL pour l'hypertension
- (X) Chirurgie : valvuloplastie à 22 semaines

ÉVOLUTION DE LA GROSSESSE

Amélioration post valvuloplastie. Induction pour raisons maternelles (prééclampsie et pathologie cardiaque) à 34.6 semaines. Péridurale reçue et bien tolérée. BB de petit poids sans retard de croissance. Hémorragie postpartum avec hypotension et désaturation temporaire.

Plan de traitement post accouchement : Dilater de nouveau la sténose pulmonaire et par la suite fermer la CIA.

COMMENTAIRES:

12% des femmes avec une cardiopathie congénitale présentent des complications cardiaques pendant une grossesse. Évidemment, le risque de mortalité maternelle (1 à 40%) et néonatale, et celui de prématurité dépend de la pathologie de base. 4 facteurs sont généralement considérés comme des éléments de pauvre pronostic pour les pathologies du cœur droit:

1. Saturation au repos <90%
2. HB > 150g/L avant la grossesse
3. Pression artère pulmonaire > 50 mmHg au repos
4. Dysfonction du ventricule droit

La pathologie qui a le plus de risque de présenter ces paramètres est le syndrome d'Eisenmenger avec shunt D→G et hypertension artérielle pulmonaire fixe.

La femme décrite ci-haut était relativement peu symptomatique de sa pathologie. La valvuloplastie a sauvé la grossesse et a permis d'avoir un bébé vivant. Dans la littérature, il existe beaucoup de papiers sur la valvuloplastie per-cutanée de la valve mitrale pendant la grossesse, mais assez peu de la valve pulmonaire. Nous pouvons supposer que ceci est expliqué par le fait que la sténose mitrale est plus problématique au point de vue hémodynamique et plus fréquente. La péridurale a dû être faite de façon 'douce' et progressive en raison du shunt important à travers la CIA. L'hémorragie du postpartum est probablement responsable de la désaturation par augmentation du shunt droit-gauche.

Articles à conseiller sur la pathologie

Cardiac disease in pregnancy. Clinical Medicine 2012;12 :553-560.