

20^{ème} Congrès National de La Société Algérienne d'Anesthésie, de Réanimation, de Soins Intensifs et des Urgences



OAP et HTAP associés à une prééclampsie

Hôtel MERCURE
Bab Ezzouar Alger

Rachida MANSOURI, Nadia FELLAH C.H.U BAB EL OUED



Introduction

- L'OAP complication rare de la grossesse 0,08 %

Sciscione AC, et al Obstet Gynecol 2003;101:511—5.

- Étiologies multiples (tocolytiques, excès de remplissage, les cardiopathies préexistantes , les CMPP, et la prééclampsie)

- L'OAP complique 2,9 % des prééclampsies et impose alors l'accouchement

P. Dolley et al. j.igyn.2012

- Les modifications hémodynamiques de la grossesse jouent un rôle favorisant



Introduction

- Nous présentons le cas d'une femme âgée de 31 ans, pré-éclampsique qui a développé une CMPP au cours de sa 32^e semaine de gestation.
- La rareté du syndrome, ses conséquences potentielles nous ont incités à présenter ce cas.



Cas clinique

Mme LS, 31 ans, primigeste, adressée à 32 SA pour prise en charge d'une pré-éclampsie sévère. L'examen d'entrée montre:

- pression systolique entre 160 et 170 mm Hg,
- diastolique entre 100 et 110 mm Hg,
- poids = 98 kg (73 kg avant la grossesse) avec une prise de poids de 5 kg depuis une semaine (tableau d'anasarque).



Cas clinique

L'électrocardiogramme (ECG)



Tachycardie sinusale



Cas clinique

À ce stade la conduite retenue est :

- Traitement antihypertenseur à la PSE (Nicardipine)
- Magnésium
- Transfusion d'Albumine
- Réhydratation orale



Cas clinique

Après quelques heures...

- Détresse respiratoire
- TA 180/100 mmHg
- ↑FC
- Surcharge pulmonaire



Cas clinique

L'échographie cardiaque

objective clairement une cardiopathie dilatée (un ventricule gauche globalement hypokinétique, une dysfonction VG sévère)

- FEVG à 35%,
- IM modérée,
- IT sévère,
- OG dilatée à 138 ml, HTAP à 50 mmHg





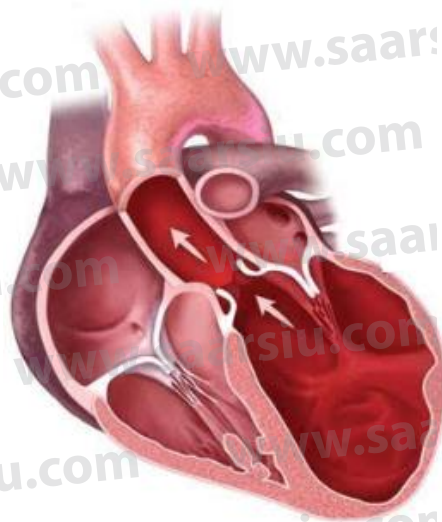
Cas clinique

hypothèse diagnostique

une prééclampsie sévère associé

à une cardiomyopathie dilatée du péripartum,

démasqué par la surcharge hydrique





Cas clinique

L'étiologie de l'OAP de notre patiente est expliqué par:

- la prééclampsie (PE) a cause des lésions endothéliales diffuses qui sont à l'origine d'une augmentation de la perméabilité capillaire et la baisse de la pression oncotique
- la surcharge liquidienne iatrogène: malade incité à boire a cause d'une IRA et donc une augmentation de la pression hydrostatique
- Et enfin par le dysfonctionnement ventriculaire gauche à cause de la cardiomyopathie dilatée



Cas clinique

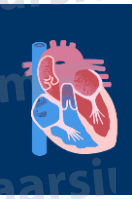
La prise en charge

- La césarienne en urgence sous AG
- Le traitement médical associant restriction hydrique, diurétique de l'anse, vasodilatateur veineux avant la césarienne
- Inhibiteur de l'enzyme de conversion et B Bloquant après la césarienne

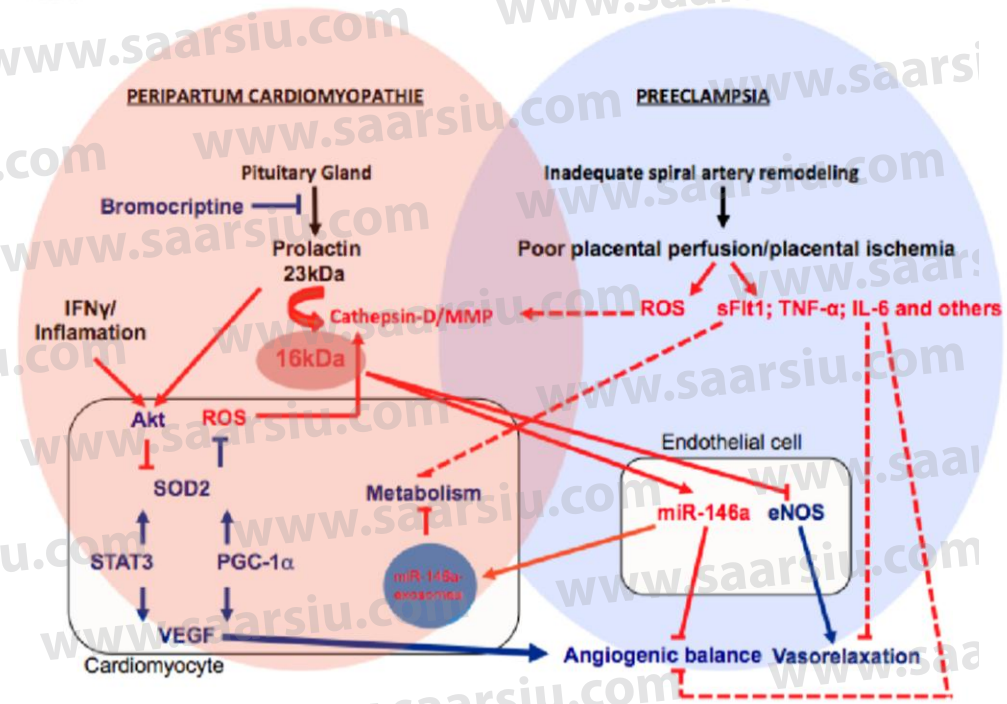
Evolution

marquée par une amélioration clinique et échocardiographique (FE est évalué à 50% après 6 mois de traitement)

Discussion



- Les troubles hypertensifs de la grossesse entraînent souvent une dysfonction cardiaque et ont été inclus de manière variable comme facteur de risque de cardiomyopathie péripartum (PPCM). Cependant, il y a un débat concernant la relation entre les deux entités.



Discussion



Chez notre patiente, l'ETT a montré une altération sévère de la fonction systolique (plutôt qu'une dysfonction diastolique) ce qui représentait une défaillance intrinsèque de la contractilité ventriculaire observée dans le CMPP plutôt qu'une réponse ventriculaire gauche secondaire à une augmentation de la post-charge caractéristique de l'insuffisance cardiaque de la pré-éclampsie.

Conclusion

Plusieurs facteurs de risque d'OAP existent pendant la grossesse et peuvent se surajouter:

- La prééclampsie,
- La pathologie cardiaque préexistante ou en rapport avec la grossesse

**Une surveillance étroite du bilan hydrique
est nécessaire en cas de pré-éclampsie**



Merci