

## Cardiomyopathie du post-partum chez une Sénégalaise : cas clinique

### Observation

Une femme de 29 ans, Sénégalaise, sans antécédent pathologique connu, est admise à 'Hôpital Principal de Dakar pour une dyspnée d'effort progressivement croissante. La symptomatologie est apparue deux semaines après un accouchement non compliqué. Il s'agit de la troisième grossesse. Les deux premières grossesses se sont déroulées normalement.

A l'examen, la patiente est au stade IV de la *New York Heart Association* (NYHA). Il n'existe ni cyanose, ni anémie clinique. La tension artérielle est à 120/80 mmHg, le pouls à 106/mn. Il existe une hépatomégalie douloureuse avec reflux hépato-jugulaire et des œdèmes bilatéraux des membres inférieurs. A l'auscultation, on note un B4, un souffle proto-méso-systolique 2/6 à l'endapex. Il n'y a pas de frottement péricardique. A l'auscultation pulmonaire, il existe des râles de stase aux 2 bases. Le reste de l'examen est sans anomalie.

### Examens paracliniques

Electrocardiogramme : rythme sinusal à 100/mn, nombreuses extrasystoles ventriculaires, hypertrophie ventriculaire gauche

Téléthorax : cardiomégalie développée aux dépens du ventricule gauche (VG) et du ventricule droit (VD). Le rapport cardio-thoracique est à 0,65. Redistribution vasculaire vers les sommets, stase périhilaire bilatérale.

Echocardiographie : hypokinésie globale, dilatation du VG et du VD, miniaturisation et excentration de la valve mitrale, absence d'épanchement péricardique, thrombus intraventriculaire (figure 1).

NFS : globules rouges : 3 900 000/mm<sup>3</sup>, taux d'Hb : 12 g/dl, globules blancs : 7 600/mm<sup>3</sup>, polynucléaires neutrophiles : 50%, éosinophiles : 3%, lymphocytes : 45%.

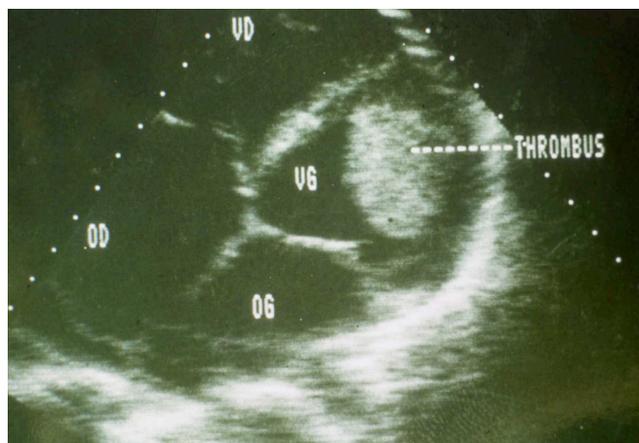


Figure 1. Echocardiographie transthoracique en incidence sous-costale : volumineuse dilatation du ventricule gauche, présence d'un thrombus intraventriculaire gauche.

### Questions

- 1- Quel est votre diagnostic ?
- 2- Quel(s) examen(s) complémentaire(s) sont utiles pour confirmer le diagnostic ?
- 3- Quelles sont les principales caractéristiques de cette maladie ?
- 4- Quelle en est l'étiopathogénie ?
- 5- Quel traitement allez-vous prescrire ?
- 6- Quelle est l'évolution attendue sous traitement médical ?

## Discussion

1- Il s'agit d'une défaillance cardiaque globale chez une femme jeune, multipare, apparue dans les suites immédiates d'un accouchement normal.

On discute :

- une embolie pulmonaire survenant dans le post-partum : la présence de signes d'insuffisance ventriculaire gauche permet d'écarter cette hypothèse;
- une valvulopathie décompensée : valvulopathie mitrale méconnue, mais il n'existe aucun antécédent pathologique, la grossesse et l'épreuve d'effort du travail se sont déroulés sans incident, le souffle systolique perçu à l'endapex ne présente pas les caractères d'un souffle d'insuffisance mitrale;
- une cardiomyopathie décompensée est l'éventualité la plus probable. La survenue d'une insuffisance cardiaque globale due à une cardiopathie dilatée dans le contexte du post-partum chez une femme noire, multipare permet, en l'absence de pathologie cardiaque antérieure, de retenir le diagnostic de cardiomyopathie du post-partum ou du peri-partum (CMPP) ou maladie de Meadow (décrite en 1960).

2- L'échocardiographie est l'examen indispensable pour le diagnostic de CMPP : aspect de cardiomyopathie dilatée à parois non épaissies avec dilatation du VG globalement hypokinétique, mise en évidence d'une éventuelle thrombose intra-cavitaire. Cette cardiopathie hypokinétique permet, compte tenu du contexte, le diagnostic de CMPP. Une échographie Doppler cardiaque serait utile : elle montrerait un flux de remplissage auriculo-ventriculaire inversé témoignant d'un trouble de la relaxation, et l'absence de valvulopathie significative.

3- La CMPP est une affection rare, sauf en Afrique noire : 1 cas pour 1 200 accouchements en milieu hospitalier à Dakar. C'est une maladie de la femme noire, en général de plus de 30 ans, rurale, multipare, de bas niveau socio-économique.

La CMPP peut se voir à la première grossesse, mais en général il s'agit d'une affection de la multipare après trois grossesses. La grossesse gémellaire est un facteur favorisant.

Le tableau clinique est celui d'une insuffisance cardiaque gauche ou globale d'évolution rapide, de type cardiomyopathie dilatée en apparence primitive. Il importe, avant de retenir le diagnostic de CMPP, d'éliminer toutes les cardiomyopathies secondaires (valvulaire, ischémique, hypertensive, congénitale, ...), ainsi que les myocardies nutritionnelles (avitaminose B1) ou anémique (taux d'hémoglobine < 8g/dl).

La CMPP se complique d'insuffisance cardiaque irréductible, d'embolie pulmonaire ou cérébrale, de troubles du rythme ventriculaire. Une thrombose intra-ventriculaire est présente dans environ 20% des cas et confère à cette cardiomyopathie un caractère volontiers emboligène. L'hypokinésie ventriculaire, associée à la mise en évidence récente de taux élevé d'interleukine-6 dont on connaît les propriétés d'activation plaquettaire, rend compte de la propension à la thrombose de cette affection.

4- L'étiologie des la cardiomyopathie du postpartum est inconnue. Les étiologies infectieuse, nutritionnelle, immunologique ne sont pas retenues. L'hypothèse actuelle est l'émergence clinique dans le post-partum d'une insuffisance cardiaque qui serait latente chez toute femme dans le post-partum (prouvée par des explorations cardiologiques). L'émergence clinique de la CMPP serait due à des facteurs variables : états inflammatoires, infections, carences, excès de travail physique, poussée tensionnelle, ...

5- Le traitement comporte le traitement symptomatique de toute cardiopathie décompensée : mesures hygiéno-diététiques : repos strict et prolongé au lit, condition impérative dans une CMPP, régime sans sel ; diurétiques (furosémide); inhibiteurs de l'enzyme de conversion ; anticoagulants prescrits systématiquement, vu la fréquence des embolies ; bêtabloquants, après stabilisation hémodynamique. La plus grande prudence est recommandée dans le maniement des digitaliques vu les extrasystoles ventriculaires.

6- L'évolution sous traitement est toujours préoccupante. La mortalité à court terme atteint un tiers des cas par œdème pulmonaire, insuffisance cardiaque réfractaire, troubles du rythme cardiaque, embolies. Dans un tiers des cas, l'évolution à moyen terme est celle d'une cardiomyopathie dilatée définitive avec une mortalité de 85% à 5 ans. Une transplantation cardiaque doit être alors proposée, mais c'est une intervention lourde et coûteuse avec une fréquence élevée de rejet, inaccessible dans les régions où sévit la CMPP. Il y a dans le dernier tiers une régression complète clinique et échocardiographique aboutissant à une guérison sans séquelles, l'évolution favorable se dessinant dans les 3 mois après le début, mais il y a toujours un risque de rechute lors d'une grossesse ultérieure, d'où l'obligation d'une contraception.

Dans le cas présenté, on a noté sous traitement médical symptomatique de l'insuffisance cardiaque, à l'exception des digitaliques, une rapide stabilisation suivie par échocardiographies avec normalisation de la fonction ventriculaire gauche au troisième mois. Une ligature des trompes a été acceptée par cette jeune

femme, déjà mère de trois enfants.

### Références

- Aubry P., Touze J.E. Myocardiopathie du post-partum. Cas cliniques en Médecine Tropicale. La Duraulié édit., 1990, pp. 196-197.
- Bertrand E. La cardiomyopathie du post-partum. *Méd. Trop.* , 1996, 56, 45S, 46S.
- Cloatre G., Guy P.M., Niang B et coll. Particularités étiopathogéniques échographiques et évolutives de la myocardiopathie du post-partum. *Méd. Trop.*, 1996, 56, 376-380.
- Touze J.E., Peyron F., Malvy D. Une dyspnée dans le post-partum. Médecine Tropicale au quotidien. 100 cas cliniques. Format Utile. Editions Varia, 2001, pp. 268-270.
- Sliwa K., Fett J., Elkayam V. Peripartum cardiomyopathy. *Lancet*, 2006, 368, 687-603.

Professeur Pierre Aubry. Texte revu le 03/01/2014.