




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
www.em-consulte.com



TRAVAIL ORIGINAL

Évolution et complications thromboemboliques de la myocardiopathie idiopathique du péripartum au CHU de Dakar : étude prospective à propos de 33 cas

Evolution and thromboembolic complications of the idiopathic peripartal cardiomyopathy at Dakar University Hospital: Forward-looking study about 33 cases

Ad. Kane^a, M. Mbaye^{b,*}, M.B. Ndiaye^a, M. Diao^a, P.-M. Moreira^b, C. Mboup^a, I.B. Diop^a, M. Sarr^a, A. Kane^a, J.-C. Moreau^b, S.A. Ba^a

^a Clinique cardiologique, université Cheikhe-Anta-Diop, CHU Aristide-Le-Dantec, BP 21448 Ponty, Dakar, Sénégal

^b Clinique gynécologique et obstétricale, université Cheikhe-Anta-Diop, CHU Aristide-Le-Dantec, BP 3001, Dakar, Sénégal

Reçu le 6 août 2009 ; avis du comité de lecture le 25 décembre 2009 ; définitivement accepté le 6 janvier 2010
Disponible sur Internet le 15 mai 2010

MOTS CLÉS

Myocardiopathie idiopathique du péripartum ;
Thromboses ;
Contraste spontané ;
Échocardiographie transœsophagienne ;
Dakar

Résumé L'objectif de ce travail était d'identifier les caractéristiques maternelles au cours de la myocardiopathie idiopathique du péripartum (MIPP), d'étudier ses complications, notamment thromboemboliques, et de déterminer son évolution.

Méthodologie. – Il s'agit d'une étude prospective longitudinale, à propos de 33 patientes, réalisée au CHU Aristide-Le-Dantec de Dakar durant la période allant de janvier 2001 à novembre 2004.

Résultats. – L'âge moyen de nos patientes était de 26 ans, la gestité moyenne de 3,39. Les signes d'insuffisance cardiaque étaient constants et quatre patientes (12%) avaient présenté un accident vasculaire cérébral ischémique. Nous avons relevé un cas de fibrillation auriculaire et de tachycardie atriale multifocale. L'échocardiographie transthoracique (ETT) avait retrouvé un aspect de myocardiopathie dilatée hypokinétique avec altération de la fonction systolique du ventricule gauche, un thrombus chez dix patientes (30,3%) et un contraste spontané dans deux cas (6%). L'échocardiographie transœsophagienne (ETO) était superposable à l'ETT en ce qui concerne les dimensions des cavités cardiaques et la détection de thrombus ; mais sa sensibilité était supérieure (100% contre 66%) en ce qui concerne la détection des contrastes spontanés. Toutes les patientes avaient bénéficié du traitement d'une insuffisance cardiaque congestive associé à un traitement anticoagulant. L'évolution était marquée par une disparition des signes d'insuffisance cardiaques. Le thrombus et le contraste spontané avaient disparu chez toutes

* Auteur correspondant.

Adresses e-mail : damskane@hotmail.com (Ad. Kane), magatte4@yahoo.fr (M. Mbaye).

KEYWORDS

Idiopathic myocardial infarction of the peripartum;
Thrombosis;
Spontaneous contrast;
Transoesophageal echocardiography;
Dakar

les patientes. L'absence d'anémie et la présence de contraste spontané ($p=0,003$) étaient plus corrélées à la présence de thrombose ($p=0,05$).

Conclusion. – Affection relativement fréquente en zone soudano-sahélienne, les complications de la MIPP sont dominées par la thrombose. Notre étude confirme la supériorité de l'ETO dans la détection du contraste spontané intracardiaque. L'évolution peut être favorable sous réserve d'une prise en charge rigoureuse et d'une surveillance régulière.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary The aims of this work are to study the nursery futures during idiopathic myocardial infarction of peripartum (IMPP), to measure the prevalence of thromboses and spontaneous contrast during the IMPP and to determine their evolution.

Methodology. – It is about a longitudinal exploratory study carried out with the Aristide-Le-Dantec teaching hospital of Dakar, beginning January 2001 to November 2004, having included 33 patients.

Results. – The average age of the patients was 26 years; the average pregnancy was of 3.39 gestures. The signs of cardiac insufficiency were constant and four patients (12%) had presented an ischemic cerebral vascular accident. We had raised an auricular case of fibrillation and tachycardia atrial multifocal. The transthoracic echography (ETT) noted an aspect of hypokinetic myocardial infarction dilated with deterioration of the systolic function of the left ventricle, a thrombus in ten patients (30.3%) and a spontaneous contrast in two cases (6%). The transoesophageal echocardiography (ETO) was superposable with the ETT with regard to dimensions of the cardiac cavities and the presence of thrombus but its sensitivity was higher (100% against 66%) with regard to the detection of contrasts spontaneous. All the patients had the treatment of a congestive heart failure associated to an anticoagulant treatment. The evolution was marked by an improvement of the heart failure. The thrombus and spontaneous contrast had disappeared in all the patients. The absence of anaemia and the presence of spontaneous contrast ($p=0.003$) were correlated with the presence of thrombosis ($p=0.05$).

Conclusion. – The idiopathic myocardial infarction of the peripartum is a relatively frequent affection in zone Soudano-Sahelian. Occurrence of thromboses is frequent at the time of this affection. Our study confirms the superiority of the echocardiography transoesophageal in the detection of intracardiac spontaneous contrast. The evolution can be favourable subject to a rigorous care and a regular surveillance.

© 2010 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

La myocardiopathie idiopathique du péripartum (MIPP), responsable d'une dysfonction systolique ventriculaire gauche, survient dans le dernier trimestre de la grossesse ou dans les six mois suivant l'accouchement en l'absence de cardiopathie, d'une anémie sévère (taux d'hémoglobine inférieur à 7 g/dL) ou de toute autre pathologie pouvant expliquer la défaillance cardiaque (maladies endocriniennes ou maladies de système). Les complications redoutables font que cette affection, largement sous-estimée, demeure une préoccupation majeure dans nos pays en voie de développement où la prise en charge est difficile car très coûteuse pour des populations défavorisées.

Ce travail prospectif avait pour objectifs d'étudier les facteurs favorisant la survenue de la MIPP, d'étudier ses complications notamment thromboemboliques et de déterminer son évolution.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude prospective longitudinale réalisée à la clinique cardiologique du CHU Aristide-Le-Dantec de Dakar durant la période allant de janvier 2001 à novembre 2004 et

qui a colligé 33 cas de MIPP inclus dans les dix jours suivant le diagnostic.

Nous avons inclus les patientes qui présentaient des signes d'insuffisance cardiaque (dyspnée ou signes d'insuffisance cardiaque congestif associés à une altération de la fonction systolique du ventricule gauche [FE] à l'échocardiographie transthoracique [ETT]) dans le péripartum (trois mois avant et six mois après l'accouchement) et nous avons exclu toutes les patientes ayant présenté un autre facteur pouvant expliquer la défaillance cardiaque du péripartum (valvulopathies, hypertension artérielle, maladies endocriniennes, maladies de système, anémie avec taux d'hémoglobine inférieur à 7 g/dL).

Pour chaque patiente, les paramètres suivants avaient été étudiés :

- les données épidémiologiques : l'âge, le niveau socioéconomique, les antécédents ;
- le délai de consultation (temps séparant le début des symptômes du premier jour de consultation) et les données cliniques ;
- les données biologiques avec l'hémogramme, la vitesse de sédimentation, la fibrinémie, le taux de prothrombine, le temps de céphaline activée (TCA), la glycémie, l'azotémie, la créatininémie et l'ionogramme sanguin ;

- le scanner cérébral réalisé chez les patientes ayant présenté un accident vasculaire cérébral ;
- le télécoeur de face et l'électrocardiogramme standard ;
- l'ETT, réalisée grâce à un appareil HP Sonos 1000, avait permis d'apprécier la morphologie des différentes tuniques cardiaques, les dimensions des structures cardiaques, les paramètres de fonction systolique ventriculaire gauche, le volume d'éjection systolique ainsi que l'index cardiaque, l'existence de contraste spontané intracardiaque qui est un état préthrombotique et qui apparaît sous forme de volutes dans les cavités cardiaques ou de thromboses dont le diagnostic est basé sur la classification d'Asinger et al. [1] des masses échogènes intraventriculaires gauches qui distinguent cinq grades :
 - le grade 0 : bonne échogénéité, pas de thrombus à l'évidence,
 - le grade 1 : masse échogène, probablement pas un thrombus mais échogénéité insuffisante pour conclure,
 - le grade 2 : masse échogène, aspécifique,
 - le grade 3 : masse échogène probablement un thrombus mais échogénéité insuffisante pour l'affirmer,
 - le grade 4 : bonne échogénéité, masse échogène ayant tous les critères d'un thrombus ;
- l'échocardiographie transœsophagienne (ETO) a été réalisée à l'aide d'une sonde multifréquence. Elle avait permis de compléter l'ETT et d'étudier la fonction de l'auricule gauche appréciée au Doppler, l'existence de thromboses et de contrastes spontanés intracardiaques ;
- les données évolutives : s'il existait ou non une thrombose, un contraste spontané ou une fibrillation auriculaire. Une ETT et transœsophagienne, ainsi qu'une évaluation clinique étaient réalisées tous les mois jusqu'à la correction de ces anomalies. En l'absence de thrombose, de contraste spontané et de fibrillation auriculaire, les patientes avaient bénéficié d'une évaluation clinique et échocardiographique transthoracique mensuelle pendant deux mois, puis bi-mensuelle jusqu'à la normalisation de leurs paramètres échocardiographiques.

En ce qui concerne l'analyse statistique, nous avons réalisé un test de comparaison des moyennes et un test de χ^2 pour comparer les proportions entre les patientes ayant une thrombose et celles qui n'en avaient pas. Pour déterminer les facteurs favorisant la survenue de thrombose, nous avons réalisé une analyse de régression multivariée tenant compte des différents paramètres étudiés à l'inclusion à savoir les données épidémiologiques, cliniques et paracliniques. Nous avons pris comme seuil de signification une valeur de $p \leq 0,05$.

Résultats

Durant cette période, 33 patientes colligées avaient respecté les critères d'inclusion sur un nombre d'accouchement moyen de 7288 par an représentant une fréquence de 0,11% des accouchements et 1,62% des admissions à la clinique cardiologique. Les principales données épidémiologiques et cliniques sont résumées dans le [Tableau 1](#). Aucun antécédent pathologique particulier n'avait été retrouvé. Le suivi obstétrical classique était

Tableau 1 Caractéristiques épidémiologiques et cliniques de la population d'étude.

Epidemiological and clinical characteristics of the population of study.

Paramètres épidémiologiques et cliniques	Valeurs moyennes (ou %)
Âge moyen	26 ± 8 ans (17–44)
Gestité moyenne	3,3 ± 3 (1–11)
Parité moyenne	3,18 ± 3 (0–10)
Bas niveau socioéconomique	30 patientes (90,9)
Présence d'ICG	30 cas (90)
Présence d'AVC	4 cas (12)
Stade de la dysnée	Stade III : 6 cas (18%) Stade IV : 27 cas (81,8%)
Type de grossesse	Gemellaire 3 cas (9,1) Monofœtale 30 cas (89,9)

ICG : insuffisance cardiaque globale ; AVC : accident vasculaire cérébral.

sans particularité avec en moyenne 2,7 consultations prénatales.

Toutes les gestantes avaient mené leur grossesse à terme avec un accouchement sans complications obstétricales majeures. Le délai moyen de survenu de la symptomatologie par rapport à la grossesse était d'un mois après l'accouchement avec des extrêmes de trois jours et de cinq mois. Pour cinq patientes (15%), la symptomatologie avait débuté durant la grossesse et, parmi elles, trois patientes avaient perçu les manifestations trois mois avant l'accouchement et les deux autres les avaient respectivement perçues à deux mois et à un mois avant l'accouchement. Le délai moyen de consultation en cardiologie était de 50,9 jours avec des extrêmes d'un jour et de trois mois.

Les données cliniques étaient dominées par l'insuffisance cardiaque gauche ([Tableau 1](#)). La cardiomégalie était constante.

Sur le plan biologique, on retrouvait une anémie modérée chez 20 patientes (60%).

L'électrocardiogramme standard retrouvait : une tachycardie sinusale dans 30 cas (90,1%), une hypertrophie ventriculaire gauche chez 22 patientes (66,6% des cas), des troubles secondaires de la repolarisation dans 42,4% (14 cas), un bas voltage périphérique dans 18,1% (six cas), un cas de fibrillation auriculaire (chez une patiente n'ayant présenté ni thrombus ni contraste spontané) et un cas de tachycardie atriale multifocale.

À l'ETT, nous avons noté : une hypokinésie constante des parois du ventricule gauche, un septum interventriculaire paradoxal chez cinq patientes (15%), hypokinétique dans 13 cas (39%) et akinétique chez 15 autres (45%). Une dilatation des cavités gauches était notée chez 27 patientes (81,8%) et celle des cavités droites chez 15 patientes (45%). Il existait une altération constante de la FE. Chez les malades qui avaient une cinétique ventriculaire homogène, le calcul du pourcentage de raccourcissement et de la fraction d'éjection retrouvait des valeurs moyennes respec-

Tableau 2 Description des thromboses retrouvées à l'échocardiographie transthoracique.
Description of the thrombosis found in the transthoracic echography.

Patientes (N°)	Caractéristiques du thrombus			
	Nombre	Siège	Aspects	Grade « Asinger »
1	1	Apex VG	Pariétalisé	4
2	1	SIV, apex et paroi latérale VG	En fer à cheval	4
3	1	Apex VG	En fer à cheval	4
4	2	Apex VG	Pariétalisé	4
5	2	SIV, apex	Pariétalisé	4
6	1	Apex VG	Pariétalisé	4
7	1	Apex VG	Pariétalisé	4
8	1	Apex VG	Pariétalisé	4
9	1	SIV, apex et paroi latérale VG	Pariétalisé	4
10	1	Apex VG	Pariétalisé	4

SIV : septum interventriculaire ; VG : ventricule gauche.

tives de $15,25 \pm 4,9\%$ (extrêmes : 7 et 19%) et $32,2 \pm 10\%$ (extrêmes : 15 et 39%). Un accident « B-mitral » était retrouvé chez 18 patientes (54,4%). L'index cardiaque était bas chez 29 patientes (87,8%) avec une valeur moyenne de $1,70 \pm 0,53$ L par minute par mètre carré (extrêmes : 3,37–0,9 L par minute par mètre carré). Nous avons objectivé un volumineux thrombus intraventriculaire gauche chez dix patientes (30,3%), les caractéristiques de celui-ci sont précisées au **Tableau 2**. Un contraste spontané intraventriculaire gauche était retrouvé dans deux cas (6%) à l'échographie cardiaque transthoracique et était associé à la thrombose. Parmi les quatre patientes qui avaient présenté un accident vasculaire cérébral, deux d'entre elles avaient présenté un thrombus dans le ventricule gauche.

À l'ETO, la fonction de l'auricule gauche était altérée chez une patiente qui présentait, par ailleurs, un accident vasculaire cérébral et un contraste spontané dans l'oreillette gauche.

Le contraste spontané était présent chez six patientes (18%) dont trois dans le ventricule gauche, deux dans l'oreillette gauche et une dans l'auricule gauche. Il était associé à un thrombus chez cinq malades.

L'ETO était superposable à l'échographie transthoracique en ce qui concerne les dimensions des cavités cardiaques mais également par rapport à la présence de thrombus (**Tableau 3**).

De tous les paramètres étudiés, seul le contraste spontané était significativement plus important dans le groupe des patientes ayant une thrombose. Les variables les plus corrélées à la présence de thrombose étaient un taux

d'hémoglobine compris entre 10 et 14 g/dL ($p=0,05$) et la présence de contraste spontané ($p=0,003$).

Les patientes avaient bénéficié du traitement classique d'une insuffisance cardiaque congestive comportant des diurétiques, des dérivés nitrés, des inhibiteurs de l'enzyme de conversion. Neuf patientes (27%) avaient en plus un traitement digitalique et un β -bloquant (bisoprolol) était administré à neuf autres patientes après disparition des signes d'insuffisance cardiaque congestive. Pour les deux patientes (6%) qui présentaient une insuffisance cardiaque rebelle au traitement classique, nous avions eu recours aux amines vasopressives (dobutamine, dopamine).

L'instauration d'une contraception provisoire était systématique pour l'ensemble de la population étudiée.

La durée moyenne du suivi était de $8,9 \pm 1,6$ mois avec des extrêmes d'une semaine à 28 mois. L'évolution était marquée par une amélioration clinique après une moyenne de 25 ± 5 jours de traitement (extrêmes : sept à 30 jours).

Une patiente avait présenté des récurrences fréquentes d'insuffisance cardiaque après un suivi de 26 mois. Celles qui avaient présenté un accident vasculaire cérébral avaient gardé un déficit moteur. La fibrillation auriculaire était réduite après une injection intraveineuse de digoxine 0,25 mg, et la tachycardie atriale multifocale avait été réduite par une cardioversion électrique externe à 200 joules.

Aucun cas de décès durant la période du suivi n'avait été noté. En revanche, quatre patientes (12%) avaient été perdues de vue mais aucune d'entre elles ne présentaient de thrombus ou de contraste spontané.

Tableau 3 Sensibilité et spécificité de l'échocardiographie transthoracique (ETT) par rapport à l'échocardiographie transœsophagienne (ETO) dans la détection de thrombose et de contraste spontané.
Sensitivity and specificity of the transthoracic echography (ETT) with regard to the transoesophageal echocardiography (ETO) in the detection of thrombosis and spontaneous contrast.

Paramètres	ETT	ETO	Sensibilité ETT/ETO (%)	Spécificité ETT/ETO (%)
Thrombose	10	10	100	100
Contraste Spontane	2	6	66	100

Les paramètres échocardiographiques (dimensions des cavités, FE, cinétique des parois) s'étaient normalisés chez huit patientes (24%) après cinq mois de suivi en moyenne (extrêmes : quatre et six mois) pendant que chez les autres patientes persistaient une dysfonction systolique du ventricule gauche et une dilatation des cavités avec cependant une stabilisation clinique sous traitement. Globalement, après un suivi de $8,9 \pm 1,6$ mois, il y avait une augmentation de 8,25% du pourcentage de raccourcissement, de 12,6% de la fraction d'éjection et de 1,9 L par minute par mètre carré de l'index cardiaque ; on notait en même temps une diminution de 1,2 mm du diamètre télédiastolique du ventricule gauche, de 5,1 mm du diamètre télésystolique et de 3,78 mm du diamètre du ventricule droit. Le thrombus et le contraste spontané avaient disparu chez toutes les patientes en cours d'hospitalisation dans un délai moyen de 30 ± 11 jours (extrêmes : un et deux mois). La dysfonction de l'auricule s'était normalisée après un mois d'évolution.

Trois patientes avaient obtenu une nouvelle grossesse. Deux d'entre elles avaient normalisé leurs paramètres échocardiographiques tandis que la troisième gardait des cavités cardiaques dilatées et une altération de la FE. La grossesse s'était déroulée sans incidents dans les trois cas.

Commentaires

La MIPP est une affection qui survient le plus souvent chez une patiente d'âge jeune, multipare même si elle peut toucher toutes les tranches d'âge [2–5]. Les primipares ne sont pas épargnés : 36% selon Ferriere et al. en France [6,7] et 48% dans notre série. Elkayam et al., dans une étude réalisée aux États-Unis [8], avaient retrouvé une prédominance de caucasienne (67%), suivie de noire (19%), d'hispaniques (10%) et d'asiatiques (1%). Ces données sont en contradiction avec ce qui est habituellement admis à savoir que la MIPP était plus fréquente chez les noires [8]. La gémellité qui constitue un facteur étiologique de la MIPP a été retrouvée dans notre étude chez trois patientes (9,09%) alors que Ferriere et al. [7] rapportent une fréquence de trois pour cent.

La dyspnée, quasi constante dans notre travail, est fréquemment décrite au cours de la MIPP variant entre 81 et 89% [9,10].

Les anomalies électrocardiographiques étaient dominées par la tachycardie sinusale (90,1%) et les hypertrophies ventriculaires gauches (66,6%) suivies par les troubles secondaires de la repolarisation (42,4%) et le bas voltage périphérique (18,1%). Ces résultats sont en corrélation avec les données de la littérature [7].

Sur le plan échographique, la MIPP est caractérisée par une dilatation fréquente et non constante des cavités cardiaques surtout gauches retrouvée dans 81% des cas dans notre travail où elle est associée à une dilatation des cavités cardiaques droites dans 45% comme rapporté également dans la littérature [2,7].

La dysfonction systolique du ventricule gauche est constante et constitue un critère diagnostique obligatoire de la MIPP. La fraction d'éjection moyenne dans notre série était de $32,2 \pm 10\%$; Sliwa et al. [11] avaient trouvé une meilleure évolution pour les patientes dont la fraction d'éjection était

supérieure ou égale à $29 \pm 5\%$. L'abaissement de l'index cardiaque ($1,7 \pm 0,5$ L par minute par mètre carré en moyenne dans notre étude) est également un élément fréquent.

L'échographie transthoracique en mode bidimensionnel est un examen clé pour la détection des thromboses intracardiaques. La fréquence des thromboses dans notre série est de 30,3%, alors qu'elle varie de trois à 10,5% selon les auteurs [12,13]. La fréquence élevée des thromboses intracardiaques dans notre étude peut s'expliquer par le fait que les études réalisées jusqu'ici étaient rétrospectives, n'utilisant essentiellement que l'ETT, mais aussi par les valeurs de fraction d'éjection ($< 35\%$) qui sont plus corrélées à l'apparition de thrombus [11]. Nous avons observé essentiellement des thromboses du ventricule gauche de grade quatre selon la classification d'Asinger sachant que la localisation bi-ventriculaire est possible comme rapportés par d'autres auteurs [14].

Dans notre étude, la sensibilité et la spécificité de l'échographie transthoracique en ce qui concerne la détection des thromboses intraventriculaires gauches étaient de 100%. Dans la littérature, la sensibilité et la spécificité de l'échographie transthoracique sont respectivement de 85 et 90% [12]. L'ETO est plus sensible comme l'ont montré plusieurs études. Ainsi, Mügge et al. [13], dans leur série comportant 26 thromboses atriales et 12 thromboses au niveau de l'auricule, notent une sensibilité de l'ETO de 100% pour ces deux localisations contre 69% pour les localisations atriales et une absence de sensibilité de l'ETT pour les localisations au niveau de l'auricule.

Les facteurs favorisant la survenue de thrombose et de contraste spontané au cours de la MIPP sont : l'hypocinésie des parois ventriculaires, le bas débit cardiaque, la dysfonction systolique du ventricule gauche, la dilatation des cavités cardiaques et la défaillance cardiaque [15]. Ces facteurs avaient été retrouvés chez toutes les patientes présentant un thrombus et un contraste spontané dans notre série. Il faut ajouter à ces facteurs, l'hypercoagulabilité gravidique liée aux œstrogènes qui augmentent l'activité du fibrinogène et des facteurs VII, VIII et X et diminuent celle de l'antithrombine III ainsi que l'intensité de la fibrinolyse physiologique [16]. Ces modifications disparaissent au bout de six semaines après l'accouchement. Au cours de la grossesse normale, à cause de l'hémodilution et de l'augmentation du débit cardiaque, le risque de thrombose est minoré. En cas de chute du débit cardiaque, telle qu'observée chez nos patientes, la tendance à l'hypercoagulabilité augmente le risque de développer une thrombose. Les facteurs associés à la survenue de thromboses sont : le contraste spontané ($p = 0,003$) et un taux d'hémoglobine compris entre 10 et 14 g/dL ($p = 0,05$). Cela confirme que la présence de contraste spontané est un facteur prédictif dans la survenue de thrombose intracavitaire [15]. Également, un taux d'hémoglobine compris entre 10 et 14 g/dL est également lié à la survenue de thrombose dans notre série. L'anémie entraîne alors une augmentation du débit cardiaque et une accélération de la vitesse circulatoire « protégeant » contre la stase et la survenue de thrombose.

L'évolution était en général favorable ; dans notre étude, elle était marquée par une régression complète des anomalies cliniques et échocardiographiques chez huit patientes (24%) après un suivi moyen de cinq mois. Une régression des signes d'insuffisance cardiaque, sans normalisation des para-

mètres échocardiographiques était notée chez 19 patientes (57%). Nos résultats rejoignent et reflètent les données de la littérature [17].

Après un traitement anticoagulant, le thrombus et le contraste spontané avaient complètement disparu chez huit malades après un mois de traitement et pour les deux autres patientes deux mois de traitement étaient nécessaires. Il n'avait pas été noté de complications thromboemboliques après la mise en route du traitement anticoagulant.

Notre étude montre que malgré leur gravité potentielle, les thromboses peuvent évoluer favorablement sous traitement anticoagulant bien conduit. Il n'est pas besoin de recourir, malgré le caractère volumineux des thromboses, à d'autres thérapeutiques telles que la thrombolyse et la thrombectomie qui, dans nos conditions de travail, constituent des traitements lourds, coûteux et pouvant être associés à une morbidité et une mortalité importantes.

Le pronostic globale de la MIPP est meilleur que celui des autres myocardiopathies et une amélioration clinico-échocardiographique peut être observée jusqu'à cinq ans de suivi [18]. Le pronostic d'une grossesse ultérieure après une MIPP est associé à une sur mortalité maternelle certaine pour les femmes qui gardent une dysfonction systolique du ventricule gauche et un risque probable pour celle ayant une fonction systolique normale [19].

Conclusion

La MIPP est une affection rare dans les pays développés et relativement fréquente en zone soudano-sahélienne.

La survenue de complications notamment thromboemboliques sont fréquentes lors de cette affection et l'ETO est plus sensible dans la détection de ses complications. Notre étude a montré l'évolution favorable sous réserve d'un traitement bien conduit précoce et rigoureux et d'une surveillance régulière de cette affection. Il persiste cependant le problème des grossesses ultérieures après une MIPP ayant bien évoluée.

Conflit d'intérêt

Les auteurs n'ont pas transmis de conflit d'intérêt.

Références

- [1] Asinger RW, Mikell FL, Sharma B, Hodges M. Observations on detection left ventricular thrombus with two-dimensional echography: emphasis on avoidance of false positive diagnosis. *Am J Cardiol* 1981;47:145–56.
- [2] Sanderson JE, Olsen EGJ, Gatei D. Peripartum heart disease: an endomyocardial biopsy study. *Br Heart J* 1986;56:285–91.
- [3] Cenac A, Gaultier Y, Soumana I. La myocardiopathie du post-partum. Évolution clinique et échocardiographique de la réponse au traitement. Trente cas observés en région soudano-sahélienne. *Presse Med* 1988;17:940–4.
- [4] Cloatre G, Gueye PM, Niang B. La myocardiopathie du post-partum. À propos de 30 cas. *Med Trop* 1996;56:35.
- [5] Reid J. Post-partal cardiomyopathy. *South Afr Med J* 1961;35:163.
- [6] Marin-Neto JA, Maciel BC, Almeiden-Filho OC, Amorim DS. High output failure in patients with peripartum cardiomyopathy: a comparative study with dilated cardiomyopathy. *Am Heart J* 1991;121:134–40.
- [7] Ferriere M, Sacrez A, Bouhour JB. La myocardiopathie du peripartum: aspects actuels. Étude multicentrique: 11 observations. *Arch Mal Cœur* 1990;83:1563–9.
- [8] Elkayam U, Akhter MW, Singh H, Khan S, Bitar F, Hameed A, et al. Pregnancy-associated cardiomyopathy: clinical characteristics and a comparison between early and late presentation. *Circulation* 2005;111:2050–5.
- [9] Demakis JC, Rahimtoolah SH, Sutton GC. Natural course of peripartum cardiomyopathy. *Circulation* 1971;44:1053–61.
- [10] Niakara A, Belemwire S, Nebie LVA, Drabo YJ. Cardiomyopathie du post-partum de la femme noire africaine: aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs de 32 cas. *Cardiol Trop* 2000;26:69–73.
- [11] Sliwa K, Skudicky D, Bergemann A, Candy G, Puren A, Sareli P. Peripartum cardiomyopathy: analysis of clinical outcome, left ventricular function, plasma levels of cytokines and Fas/apo-1. *J Am Coll Cardiol* 2000;35:701–5.
- [12] Druis S, Assyag P, Muller JJ. Thrombose intraventriculaire gauche: du diagnostic au traitement. *Ann Cardiol Angeiol* 1985;34:83–7.
- [13] Mügge A, Daniel WG, Avehrich A. Diagnosis of noninfective cardiac mass lesions by two-dimensional echocardiography. Comparison of the transthoracic and transoesophageal approaches. *Circulation* 1991;83:70–8.
- [14] Napporn AG, Kane A, Damourou JM, Dia AA, Diop IB, Sarr M, et al. Les thromboses intraventriculaires gauches compliquant la myocardiopathie idiopathique du péripartum. *Ann Cardiol Angeiol* 2000;49:309–14.
- [15] Cormier B, Bertrand S, Roger V. Transoesophageal echocardiography for the detection of prosthetic complications. *Circulation* 1990;82. III–67, [Abstract].
- [16] Lambert MB, Lang RM. Peri-partum cardiomyopathy. *Am Heart J* 1995;130:860–70.
- [17] Elkayam U, Tummala PP, Rao K. Maternal and fetal outcomes of subsequent pregnancies in women with cardiomyopathy. *N Eng J Med* 2001;344:1567–71.
- [18] Fett JD, Christie LG, Garraway RD, Murphy JG. Five years prospective study of the incidence and prognosis of peripartum cardiomyopathy at a single institution. *Mayo Proc* 2005;80:1602–6.
- [19] Felker MG, Thompson ER, Hare MJ, Hruban HR. Underlying causes and long-term survival in patients with initially unexplained cardiomyopathy. *N Eng J Med* 2000;342:1077–84.