

SFAR 2012 - Soumission de Résumés

N° de résumé : SFAR12-1446

Hypertension artérielle pulmonaire et grossesse: prise en charge multidisciplinaire durant la période 2005-2011

J.-D. M. Moyer ^{1,*}, S. Roger-Cristoph ¹, X. Jaïs ², F. J. Mercier ¹

¹APHP - Hôpital antoine Béclère, Anesthésie-Réanimation, ²APHP - Hôpital Antoine Béclère, Pneumologie, Clamart, France

Type de soumission: Médecin

Catégorie Transversale: Anesthésie/Douleur – ALR

Thème: Obstétrique

Type d'étude: Autre

Autre étude: observationnelle et rétrospective

Introduction: L'hypertension artérielle pulmonaire (HTAP) est une maladie rare mais grave dont le retentissement est classiquement incompatible avec une grossesse. En effet, les modifications physiologiques induites par la grossesse peuvent déséquilibrer l'HTAP et l'insuffisance ventriculaire droite secondaire, entraînant une mortalité importante (35 à 50%). L'objectif de cette étude a été d'évaluer la gestion et le pronostic des parturientes porteuses d'HTAP que nous avons prises en charge durant la période 2005-2011 et de la mettre en perspective avec notre expérience antérieure.

Matériel et Méthodes: Cette étude monocentrique, observationnelle et rétrospective a porté sur la période 2005-2011 et a consisté en un recueil de données démographiques, hémodynamiques, obstétricales et anesthésiques.

Résultats: Neuf cas de grossesses chez des femmes suivies pour HTAP ont été identifiés: 4 avec une HTAP idiopathique, 2 HTAP associée à une connectivite, 1 HTAP sur syndrome hépato-pulmonaire, 1 HTAP sur maladie post-embolique. Six grossesses ont été poursuivies sans décès maternels per et post-partum à déplorer. Une mort fœtale a été diagnostiquée à 13 SA. Dans 2 cas, les patientes atteintes d'HTAP sévère ont accepté une ITG qui a été réalisée précocement (ITG à 8 SA et 14 SA); ces deux ITG ainsi que l'aspiration de la MFIU ont été réalisées sous anesthésie locale + sédation par propofol en mode AIVOC permettant le maintien de la ventilation spontanée. Le traitement de fond n'a pas été modifié dans 8 cas (88%) et il a été intensifié pour majoration de la dyspnée dans 1 cas. Une césarienne a été pratiquée à 34 SA sous rachianesthésie-péridurale combinée chez les 6 patientes dont la grossesse a été poursuivie. Les deux patientes qui étaient anticoagulées au long cours ont eu leur traitement anticoagulant suspendu temporairement pour la césarienne. Les 6 patientes ont bénéficié d'une anesthésie périmédullaire (rachianesthésie faible dose et péridurale combinée). En peropératoire, 2 patientes ont reçu de la noradrénaline (1 en association avec de la dobutamine), 1 a été mise sous NO. Une patiente (G2P2) a bénéficié d'emblée d'une hystérectomie devant la découverte peropératoire d'un placenta accreta, afin de prévenir le risque d'une hémorragie secondaire sur ce terrain médical précaire d'HTAP.

Discussion: Depuis 2005 la mortalité des patientes atteintes d'HTAP et devenant enceintes paraît avoir nettement diminué (0% vs 36%). Plusieurs explications peuvent être avancées: 1) une meilleure sélection des patientes pouvant devenir enceintes, du fait d'une contraception plus active notamment pour les HTAP les plus sévères, 2) une politique active de proposition d'ITG pour les patientes ayant une HTAP cliniquement instable 3) des progrès importants dans le traitement de l'HTAP (facteur probablement prépondérant) et 4) une prise en charge multidisciplinaire péripartum désormais bien codifiée, avec un accouchement programmée précoce par césarienne vers 34 SA, un monitoring très complet et un recours systématique à l'anesthésie locorégionale sauf contre-indications incontournables.

Références: Anesthesiology;102:1133-37