

## Obstétrique - Divers

ID: 92

### Analyse rétrospective sur 9 ans d'une cohorte de femmes enceintes suivies en Centre Expert pour une Hypertension Artérielle Pulmonaire (HTP).

V. Jouffroy\*(1), A.Esnault(2), M.Bruyère(1), L.Savale(3), J.Duranteau(1)

(1) Département d'Anesthésie Réanimation, CHU le Kremlin Bicêtre, Le kremlin bicêtre, France , (2) Réanimation, CHU Saint Antoine, Paris, France , (3) Service de pneumologie, CHU Le Kremlin Bicêtre, Le kremlin bicêtre, France

*\*Auteur présenté comme orateur*

#### Position du problème et objectif(s) de l'étude:

L'HTP est une cardiopathie à très haut risque (grade OMS 4) avec un risque d'événements cardiaques >40% déconseillant une grossesse (1). Malgré la prise en charge multidisciplinaire et les nouvelles thérapeutiques, la mortalité des femmes enceintes souffrant d'une HTP reste élevée (16-30%). Il est recommandé de suivre ces femmes dans un Centre Expert HTP pendant toute la grossesse et le péripartum, période particulièrement à risque de complications cardiaques (1).

#### Matériel et méthodes:

Nous avons réalisé une étude rétrospective monocentrique de l'ensemble des femmes enceintes prises en charge entre février 2012 et décembre 2020 dans notre établissement. Celui-ci regroupe une maternité de niveau III (3500 acc/an), une réanimation chirurgicale adulte et un service de pneumologie incluant une unité de soins intensifs (USIP) et le Centre Français de référence de l'HTP. L'objectif principal était d'évaluer la morbidité maternelle en péripartum. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer la prise en charge anesthésique, les complications peropératoires, la durée d'hospitalisation, les modifications de traitements en post-partum et la morbidité néonatale.

#### Résultats & Discussion:

Dix-sept femmes avec une grossesse monofoetale ont accouché au cours de la période de 9 ans. Six femmes présentaient une dyspnée d'effort avant la grossesse malgré le traitement médicamenteux (bosentan (12%), sildanafil ou tadalafil (53%), epoprosténol (29%), diurétiques (35%)). Le Tableau 1 regroupe les données démographiques et hémodynamiques. Les moyennes des PAPmoyennes et des PAPsystoliques étaient respectivement à 5,5 mmHg et 76,5 mmHg.

Quinze femmes ont bénéficié d'une césarienne programmée vers 34 SA sous péri-rachianesthésie combinée low-dose et 2 femmes ont accouché par voie basse (Tableau 2). Un réanimateur pneumologue et un chirurgien vasculaire étaient présents respectivement pour 13 et 5 femmes. Quatorze nouveaux nés sont nés entre 32 et 34 SA et 2 nouveaux nés entre 35 et 37 SA. Les scores d'Apgar médian étaient à 7/9/9, et un seul nouveau-né avait un pH<7,2. Cinq nouveaux nés ont été hospitalisés en réanimation néonatale (29,4%) avec un décès.

#### Conclusion:

La durée moyenne d'hospitalisation était de 14,3 jours dont 5,6 jours en soins critiques. En post-partum, 7 femmes ont aggravé leur HTP (43,7%) dont 3 ont nécessité une ré-hospitalisation pour décompensation cardiaque droite ou événement thrombo-embolique dans les 6 mois. Une femme est décédée en post-partum (5,7%) malgré la pose d'une ECMO veino-artérielle et le transfert en réanimation. Notre étude retrouve une morbidité maternelle faible, probablement en lien avec le suivi en « Centre Expert » dès le préconceptionnel, et un transfert en USIP en post-partum immédiat. Il n'existe pas de législation en France sur le "Centre Expert", qui se définirait par la présence d'une équipe pluridisciplinaire (spécialiste d'organe, obstétricien et anesthésiste) experte dans la prise en charge de femmes enceintes souffrant d'une pathologie rare et complexe.

Notre expertise a probablement permis de limiter la grande prématurité. Le suivi en maternité de niveau III reste néanmoins nécessaire.

### Références bibliographiques:

1. Regitz-Zagrosek V. ESC Guidelines for the management of cardiovascular diseases during pregnancy. European Heart Journal. 7 sept 2018;39(34):3165-241.

Caractéristiques	Valeurs
Age (années)	Moy = 29,6 [20-39]
Poids (kg)	Moy = 66,0 [49-104]
Taille (cm)	Moy = 163,8 [155-175]
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	Moy = 24,8 [19,0-34,7]
Diabète	N = 1
HTA préexistante	N = 1
Pathologie cardiovasculaire	N = 7
Pathologie respiratoire autre	N = 2
Tabac	N = 2
Gestité	Médiane = 2 [1-6]
Parité	Médiane = 1 [0-4]
Classe HTP 1	N = 10
Classe HTP 2	N = 3
Classe HTP 4	N = 3
Classe HTP 5	N = 1
PAPm avant accouchement (mmHg)	Moy = 27,9 [16-51]
PAPs avant accouchement (mmHg)	Moy = 71,5 [25-90]
Index cardiaque avant accouchement (L/min/m <sup>2</sup> )	Moy = 3,0 [2,1-4,7]
Résistantes vasculaires pulmonaires avant accouchement	Moy = 6,4 [4,6-10] (UW)

Caractéristiques	Nombre patientes	Valeurs moyennes
Péri-rachianesthésie combinée	n=16	
Anesthésie générale + IOT	n=1	
PCA rémifentanil	n=1	
Saignement per-opératoire (ml)		530 [150-1600]
Transfusion de PSL	n=4	
Noradrénaline (mg/h)	n=10	1,5 [0,1-4,0]
Dobutamine (µg/kg/min)	n=3	5,0 [2,5-7,5]
Adrénaline (mg/h)	n=2	20,0
Monoxyde d'azote (L/min)	n=4	2,1 [0,5-4,0]

Les auteurs déclarent ne pas avoir toute relation financière impliquant l'auteur ou ses proches (salaires, honoraires, soutien financier éducationnel) et susceptible d'affecter l'impartialité de la présentation.