

Titre: Pregnancy-associated myocardial infarction in Alberta

Auteurs: Gibson PS et coll. **Source:** JACC Adv 2025; 4(2):101554. PMID: 39886306.

Type d'étude : Rétrospective, multicentrique, 2003-2017

Pays: Canada (Alberta)

Buts : Identifier la prévalence, les étiologies et la morbidité/mortalité de l'infarctus du myocarde (IM) chez les femmes enceintes.

Méthodologie: Combinaison de 3 registres albertins : registre des données administratives (identification des femmes, examen des dossiers médicaux) + registre APPROACH (registre des patients qui ont une angiographie coronarienne) + registre des décès maternels. Révision de l'imagerie si disponible et de la prise en charge.

Indicateur de morbidité maternel et néonatal utilisés : Maternal Morbidity Outcome Indicator (MMOI) et Neonatal Adverse Outcome Indicator (NAOI). Séparation des événements en antépartum, péripartum (+/- 48h de l'accouchement) et postpartum (jusqu'à 6 mois)

Issues primaires : Causes classifiées en : MCAS, thrombose, embolie, dissection d'une artère coronarienne spontanée (DACS), avec dissection aortique, pathologie maternelle liée à une augmentation de la demande (ex : hypotension, hémorragie importante) et sans pathologie.

Inclusions : IM défini par : $\uparrow$ troponines $\geq$ 99^{ème} p + DRS ou modification ischémique de l'ECG

Exclusions : $\uparrow$ troponines sans signe d'ischémie (Ex : cardiomyopathie, prééclampsie sévère)

Résultats: 43 cas identifiés = 5,64/100 000 accouchements. Augmentation avec le temps non statistiquement significative. Antépartum: 16,3%, péripartum 30,2% et postpartum: 53,4%. 1 facteur de risque d'IM chez 49% des femmes. En postpartum IM diagnostiqué en moyenne 8,4 semaines post accouchement.

2 femmes décédées, 7,5% perte fœtale. Morbidité maternelle sévère de 57,5% et néonatale de 16,2%.

Diagnostics les + usuels : antépartum: MCAS (43%); péripartum : demande $\uparrow$ (38%) ; postpartum : DASC (74%)
70% des femmes ont eu une coronarographie; sur les 22 révisées, le diagnostic a été modifié dans 57% des cas (surtout de MCAS ou absence de pathologie à DACS).

Médicaments prescrits : aspirine 56%, aspirine et clopidogrel 28%, bêtabloqueurs 56%, IECA ou ARA 40%, statine 13%, anticoagulants 23%.

Discussion des auteurs : Prévalence supérieure à des données canadiennes antérieures mais correspondant aux observations publiées récemment + à la physiopathologie sous-jacente de chaque étiologie + sensibilisation au diagnostic de dissection coronarienne spontanée.

Forces: méthodologie, cohorte consécutive; examen en profondeur des dossiers.

Limitations : étude rétrospective (biais de classification); imprécision sur les facteurs de risque, prise en charge et évolution à long terme.

Conclusions des auteurs : les cliniciens doivent rester alertes à la possibilité d'un IM chez une femme enceinte.

Discussion du groupe : Combinaison des 3 registres est géniale! Incroyable que les auteurs aient pu consulter les dossiers médicaux à partir du registre provincial. Des données sur 15 ans reflètent l'augmentation de la prise de conscience concernant l'IM chez les femmes enceintes et l'évolution de la prise en charge de l'IM. Nous aurions aimé savoir la prévalence de consommation de drogues dans cette population. Il est difficile de séparer le rôle de la pathologie de base (ex : dissection aortique, hémorragie massive) de celui de l'IM dans le score de morbidité maternelle.

Conclusions : Le fait d'être jeune et d'avoir eu une grossesse « normale » ne devrait pas faire oublier le fait qu'un IM est possible.