

DIAGNOSTIC : Cardiomyopathie non-compactée du ventricule gauche

Diagnostic connu avant la grossesse et sous bisoprolol pendant la grossesse

Autres diagnostics :

Tachycardie ventriculaire non soutenue de novo

CIA fermée chirurgicalement et petite CIV musculaire

Symptômes : Dyspnée, oppression thoracique et orthopnée à partir de 20 semaines de grossesse. Palpitations occasionnelles.

Prise en charge : Scintigraphie pulmonaire (N), doppler des membres inférieurs (N), RX poumons (augmentation de la vascularisation pulmonaire), échographie cardiaque (stable; FEVG normale), télémétrie à 35.5 semaines: découverte de salves répétées de tachycardie ventriculaire. Bisoprolol changé pour métoprolol. NT-proBNP augmentés de 10x à partir de 28 semaines.

ÉVOLUTION : Induction décidée à 36 semaines en raison de la tachycardie ventriculaire. Bonne évolution. Dose habituelle de métoprolol titrée (diminuée) pour obtenir une fréquence cardiaque supérieure à 60 batt/min. Holter normal 4 semaines postpartum.

Commentaires

La cardiomyopathie non-compactée est un **rare** défaut de cardiogénèse pour lequel plusieurs mutations génétiques ont été identifiées. Elle affecte surtout l'apex et la paroi inférieure et latérale midventriculaire gauche. Elle se caractérise par une trabéculatation anormale du myocarde, \pm dilatation ou hypertrophie, \pm dysfonction systolique ou diastolique, \pm d'autres anomalies cardiaques congénitales. On décrit un myocarde à deux couches : une bande mince extérieure compactée et une couche intérieure non compactée plus épaisse comprenant un réseau trabéculaire avec des espaces endocardiques profonds (rapport NC/C>2). Le diagnostic peut se faire dans l'enfance ou à l'âge adulte. 0.05 à 0.26% des adultes se présentant pour une échographie cardiaque sont affectés, mais ce chiffre augmente à 3.7% chez ceux avec une FEVG <45%. La mortalité est causée par l'insuffisance cardiaque et les arythmies malignes. Le traitement vise à diminuer la dysfonction systolique et à prévenir la mort subite.

Il existe peu de données (21 cas) sur le devenir des grossesses et de la fonction cardiaque des femmes atteintes de cardiomyopathie non-compactée. Il semble que les pires complications (insuffisance cardiaque, ACV, décès) soient relatées lorsque le diagnostic a été fait **pendant** la grossesse. Une détérioration de la fonction cardiaque au 3ème trimestre ou en postpartum est concevable, mais il est impossible actuellement de chiffrer ce risque. Reuschel et coll ont rapporté une femme dont la FEVG a diminué jusqu'à 38% pendant la grossesse avec augmentation des troponines et des proBNP et qui a porté un défibrillateur **externe** à partir de 24 semaines! Les arythmies ventriculaires observées chez notre patiente sont fort probablement reliées à la grossesse, mais sur un cœur

'chatouilleux'. Il faut noter que les NT-proBNP n'augmentent pas pendant la grossesse normale, mais ils peuvent être augmentés en présence de prééclampsie et évidemment d'insuffisance cardiaque franche.

Articles à conseiller

Reuschel E et coll. Interdisciplinary management of left ventricular hypertrabeculation/noncompaction during pregnancy with a wearable defibrillator. Int J Cardiol 2016;223 :154-8.

Towbin JA et coll. Left ventricular non-compaction cardiomyopathy. Lancet 2015;386:813-25.

NT-proBNP: when is it useful in Obstetric medicine? Obstet Med 2018;11:3-5.