RÉPUBLIQUE DU BÉNIN

****

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

****

UNIVERSITÉ D'ABOMEY-CALAVI

****

FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SANTÉ

****

UNITÉ DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN MÉDECINE

******

Année : 2023

N° 2597

FACTEURS ÉPIDEMIOLOGIQUES, DIAGNOSTICS ET ÉVOLUTIFS DE LA CARDIOMYOPATHIE DU PÉRIPARTUM DANS LE SERVICE DE RÉANIMATION OBSTÉTRICALE DU CHU-MEL DE 2018 A 2023

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement en décembre 2023 pour obtenir le grade de :

DOCTEUR EN MÉDECINE (Diplôme d'État)

Par

Arielle Loriane KEMGNE MOBOU

Née le 07 septembre 1999 à Bafoussam au Cameroun

Directeur de thèse

Docteur Joseph AKODJENOU

Maitre de Conférences Agrégé

Co-directeurs de thèse

Docteur Philippe ADJAGBA

Docteur Patrice DANGBEMEY

Président du jury

Professeur Justin DENAKPO

Membres du jury

Professeur Léopold CODJO

Docteur Mathieu OGOUDJOBI

Docteur Joseph AKODJENOU

Année Universitaire : 2022-2023

LISTE DES ENSEIGNANTS

[1]

REPUBLIQUE DU BENIN

*****

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

****

N°1965 /2023/UAC/FSS/VD-Ecoles/VD-UFR Pharma/VD UFR Méd/SGE/OSRH/SA

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

LE DOYEN

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

DOYEN : Professeur AVAKOUDJO Josué Dejinnin Georges

VICE-DOYEN U.F.R Médecine : Maître de Conférences Agrégé VODOUHE Ulrich Bidossèssi

VICE-DOYEN U.F.R Pharmacie : Maître de Conférences Agrégé GANFON Medessou Yowel Habib

VICE-DOYENNE /ECOLES : Professeur AZON KOUANOU Angèle

Année : 2023-2024 (version octobre 2023)

[2]

PROFESSEURS TITULAIRES

1.	Dr ADJIBABI Wassi	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
2.	Dr MEHINTO Delphin Kuassi	Chirurgie Viscérale
3.	Dr LALEYE Anatole O. A	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
4.	Dr AMOUSSOU-GUENOU Marcellin Kuassi	Biophysique, Médecine Nucléaire
5.	Dr FIOGBE Michel Armand	Chirurgie Pédiatrique
6.	Dr HANS-MOEVI Aristote	Orthopédie -Traumatologie
7.	Dr KPADONOU Toussaint Godonou	Médecine Physique et de Réadaptation
8.	Dr ODOULAMI-YEHOUESSI Lisette	Ophtalmologie
9.	Dr ZOUMENOU Eugène	Anesthésie-Réanimation
10.	Dr DENAKPO Justin Lewis	Gynécologie Obstétrique
11.	Dr DOSSOU Francis Moïse	Chirurgie Générale
12.	Dr ADEGBIDI Hugues Daniel Gbadébo	Dermatologie Vénérologie
13.	Dr AFFOLABI Dissou	Bactériologie-Virologie
14.	Dr ALAO Modjere Ola Maroufou Jules	Pédiatrie et Génétique Médicale
15.	Dr ATADOKPEDE Agbomènou Félix	Dermatologie- Vénérologie
16.	Dr AWEDE Bonaventure Lucien Sévérin	Physiologie
17.	Dr FIOSSI KPADONOU Emilie	Pédopsychiatrie
18.	Dr TONATO BAGNAN Josiane Angéline A.	Gynécologie-Obstétrique
19.	Dr ADJIEN Kodjo Constant	Neurologie
20.	Dr OGOUYEMI HOUNTO Aurore Bertille	Parasitologie
21.	Dr SEHONOU Jean	Hépato-Gastro-Entérologie
22.	Dr AGODOKPESSI Gildas	Pneumo-Phtisiologie
23.	Dr ALAMOU Soulé	Ophtalmologie
24.	Dr ALLABI Aurel Constant Eustache	Pharmacologie Clinique
25.	Dr AVAKOUDJO Josué D. Georges	Urologie-Andrologie
26.	Dr AYELO Ahounmènou Paul	Médecine du Travail
27.	Dr GNONLONFOUN Dieu donné	Neurologie
28.	Dr HOUNKPATIN Benjamin I. Bodounrin	Gynécologie Obstétrique
29.	Dr TSHABU AGUEMON Christiane	Gynécologie Obstétrique
30.	Dr ZOMALHETO Zavier Cossi	Rhumatologie
31.	Dr YEKPE AHOUANSOU Hermione Patricia Frida	Imagerie Médicale
32.	Dr AGUEMON Badirou Din	Santé Publique
33.	Dr ALAGNIDE Hountondji Etienne	Médecine Physique et de Réadaptation
34.	Dr AZON KOUANOU Angèle	Médecine Interne

LE DOYEN

[3]

35. Dr GBESSI Dansou Gaspard	Chirurgie Générale
36. Dr HINSON Vikkey Antoine	Médecine du Travail
37. Dr HOUNKPE Pierre Claver	Anesthésie-Réanimation
38. Dr LALYA Francis Honorat	Pédiatrie et Génétique Médicale
39. Dr VIGAN Jacques	Néphrologie
40. Dr CODJO Houétondji Léopold	Cardiologie
41. Dr YEMOA Loconon Y. Achille	Chimie Analytique-Bromatologie

MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

1. Dr AVAKOUDJO François	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
2. Dr LAWSON AFOUDA Sonia	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
3. Dr SISSINTO SAVI DE TOVE Yolande	Parasitologie-Mycologie
4. Dr AGBODANDE Kouessi Anthelme	Médecine Interne
5. Dr ALIHONOU Thierry	Neurochirurgie
6. Dr BAGNAN TOSSA Léhila	Pédiatrie et Génétique Médicale
7. Dr GANFON M. Yowel Habib	Pharmacognosie
8. Dr KEREKOU Annelie Célestine	Endocrinologie
9. Dr VODOUHE Ulrich B.	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
10. Dr WANVOEGBE Armand	Médecine Interne
11. Dr ABOUBACAR Moufalilou	Gynécologie-Obstétrique
12. Dr ABOUKI Chakiratou Olaïdé Adoukè	Ophtalmologie
13. Dr ADJADOHOUN Sonia B.M. Gwladys	Radiologie, Radiodiagnostic et Imagerie médicale
14. Dr AKODJENOU Joseph	Anesthésie Réanimation
15. Dr AKPADJAN Gbèmawonmédè Fabrice	Dermatologie-Vénérologie
16. Dr ALIHONOU Florence Nathalie Yacoba	Pédiatrie et Génétique Médicale
17. Dr ANAGONOU LARY Lucrèce	Pédopsychiatrie
18. Dr ATTOLOU Sètondji Roger Gilles	Chirurgie Générale
19. Dr AZONBAKIN Azandégbé Simon	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
20. Dr BIGOT Cédric Egnonwa Parfait	Médecine Légale
21. Dr BOGNON Gilles Modeste Alain	Pédiatrie et Génétique Médicale
22. Dr CHIGBLO Sègla Pascal Eric	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
23. Dr DEGBOE Kaï Bérénice Esthelle	Dermatologie-Vénérologie
24. Dr GNANGNON Freddy Houehanou Rodrigue	Cancérologie Chirurgicale
25. Dr HODONOU Dètondji Fred Jean-Martin	Urologie-Andrologie
26. Dr IMOROU SOUAÏBOU Yacoubou	Chirurgie Général
27. Dr KLIKPO Tchédié Etdéchié Elvire	Psychiatrie Adulte

LE DOYEN

[4]

28. Dr KPOSSOU Aboudou Raïmi	Gastroentérologie et Hépathologie
29. Dr LAWANI Ismaïl	Chirurgie Viscérale
30. Dr MIKPONHOUE OLOU Rose Christelle	Médecine du Travail
31. Dr OGOUDJOBI Ogourindé Mathieu	Gynécologie-Obstétrique
32. Dr PADONOU Abiodun Adébola Djossè	Traumatologie-Orthopédie
33. Dr PADONOU Caroline Sourou Clémence	Pédiatrie et Génétique Médicale
34. Dr PADONOU Sètondji Géraud Roméo	Santé Publique
35. Dr SEIDOU Falilatou	Anatomie et Cytologie Pathologique
36. Dr SONOU Djidjoho Joël Arnaud	Cardiologie
37. Dr TOGNIFODE Medesse Véronique	Gynécologie-Obstétrique
38. Dr WACHINOU Ablo Prudence	Pneumo-Phtisiologie
39. Dr YEVI Dodji Magloire Inès	Urologie Andrologie
40. Dr ZOHOUN GUIDIGBI Lutécia Myria A	Pédiatrie et Génétique Médicale

MAITRES ASSISTANTS

LE DOYEN

1. Dr GANDAHO Hugues Jean-Thierry	Neurochirurgie
2. Dr AGBOTON Bruno Léopold	Néphrologie
3. Dr ADJAGBA Mahouna Philippe Dotou	Cardiologie
4. Dr AMOSSOU Labissi François	Traumatologie-Orthopédie
5. Dr BADOU Agnès Oladun Sylvie	Sociologie et Anthropologie sociale
6. Dr GNINKOUN Comlan Jules	Endocrinologie Métabolisme et Nutrition
7. Dr LOKOSSOU Mègnissè S. Houévi Symphorose	Gynécologie-Obstétrique
8. Dr TOKOUDAGBA Kossi Jean-Marie Dénis	Chimie Organique et Chimie des Substances Naturelles
9. Dr ADJOBIMEY Mènonli	Santé au Travail
10. Dr BANCOLE POGNON Sylvie Arlette A	Chirurgie Buccale
11. Dr ZOHOUN Comlan Gildas Alban	Hématologie
12. Dr AHOUNOU Ernest Stéphane	Anesthésie-Réanimation
13. Dr AÏGBE Nestor	Ophtalmologie
14. Dr DANGBEMEY Djima Patrice	Gynécologie-Odstrétique
15. Dr DO SANTOS ZOUNON Alexis	OTO-Rhino Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale
16. Dr HOUNKPONOU AMOUSSOU-GUENOU Eliane Kayivi Murielle	Cardiologie
17. Dr LALEYE Christel Marie Fortunat Olatumbossum B.I.	Anatomie
18. Dr MIZEHOUN Gbédécon Carmelle	Nutrition
19. Dr AGBOKPONTO Janvier Engelbert	Chimie Analytique

OCTOBRE 2023

[5]

20. Dr ASSANHOU Assogba Gabin	Pharmacie Galénique
21. Dr AZA-GNANDJI Guy-Gérard	Psychiatrie
22. Dr BAGLO Dédé Priscillia Tatiana	Hématologie Biologie
23. Dr GOUKODADJA Oswald	Traumatologie Orthopédie
24. Dr SOSSA Jean	Urologie
25. Dr HOUNDETOUNGAN David Gilles	Biophysique
26. Dr VIGNON Koffi Rodolphe	Hépato-Gastroentérologie

ASSISTANTS

1. Dr LANKPEKO AFFOLABI Clémence M.	Pédiatrie et Génétique Médicale
2. Dr YAKOUBOU YOBO Annatou	Pédiatrie et Génétique Médicale
3. Dr AMONLES Yves D.	Psychiatrie
4. Dr HOUESSOU ENIANLOKO TCHIAKPE Nicole Zinhoué	Pédiatrie
5. Dr DADJO Kinski Aumar	Traumatologie Orthopédie

ASSISTANTS EN POSITION PROBATOIRE

1. Dr HOUEZE Richard Ghislain Constantin	Neurologie
2. Dr CHABI Yossounon	Pharmacie hospitalière
3. Dr DANSOU Eugénie	Médecine interne
4. Dr DJOSSOU Hontongnon Julien	Rhumatologie
5. Dr AYI MEGNANGLO Codjo Austher	Radiologie et Imagerie médicale
6. Dr DAHOUE Togbédji Richard	Orthopédie Dento-Faciale
7. Dr HOUNSOU Nounagnon René	Chirurgie générale
8. Dr KOGUI DOURO Akim	Urologie-Andrologie

ASSISTANTS DE RECHERCHE DE RANG DOCTORAL

1. Dr TOHON Gbèdolo Honesty	Toxicologie et Analyse du risque

OCTOBRE 2023

Le Doyen,

LE DOYEN

Professeur Josué Dejinnin Georges AVAKOUDJO

ACTION DE GRÂCE

« Fais de l'Éternel tes délices, Et il te donnera tout ce que ton cœur désire. Recommande ton sort à l'Éternel, Mets en lui ta confiance et il agira »

Psaumes 37 V 4-5

Gratitude au Seigneur pour ma vie et le souffle renouvelé chaque jour.

DÉDICACES

- **À l'Éternel Dieu Tout-Puissant**

Rien de tout ceci n'aurait été possible sans ta volonté. Tu es mon espérance et en toi, je me suis toujours confiée. Depuis mon enfance, tu as semé en moi le rêve de devenir médecin. C'est toi qui m'as donné la force d'y croire même quand aucune issue ne se présentait. Tu m'as guidée au Bénin afin que j'y réalise mon rêve. Tu m'as protégée pendant ces sept années passées au Bénin. A chaque fois que c'était difficile, je me suis toujours tournée vers toi et tu ne m'as jamais déçue. Je me réfugiais à l'église catholique Bon Pasteur de Cadjehoun pour pleurer et te prier. Tu essuyais toujours mes larmes. Tu m'as donné la santé, le courage et la motivation.

Toi, mon papa et meilleur ami, ce modeste travail t'est dédié pour te remercier pour toutes les grâces dont tu m'as comblée.

À présent, je souhaite remettre entre tes mains ma carrière et les défis futurs. Que ta faveur ne cesse de m'accompagner ! Permets-moi d'être au service de mes semblables avec la sagesse, la compétence et la réussite qu'il faut. Amen !

- **À mon père Michel KEMGNE**

Le meilleur papa du monde, merci pour tout ce que tu as fait pour moi. Je suis fière de t'avoir comme papa. Tu as toujours cru en moi même quand je n'y croyais pas et tu m'as toujours encouragée à donner le meilleur de moi. L'éducation que tu m'as donnée, m'a permis d'affronter les difficultés de la vie sans jamais abandonner. Tu m'as appris l'amour du travail bien fait et le sens du sacrifice. Je me souviens de ces nuits blanches que tu passais devant ton ordinateur à travailler pour qu'on ne manque de rien et qu'on n'envie jamais personne. Je me souviens tes appels réguliers et de tes messages d'encouragement au cours de ces sept dernières années. Tu as toujours mis les moyens qu'il faut pour que j'excelle dans les études. Tu as tenu à ce que je réalise mon rêve malgré le coût que ça impliquait et tu ne t'en es jamais plaint. Je ne saurais te remercier pour tous les sacrifices indescriptibles que tu as consentis jusque-là pour moi. Ma réussite, je te la dois.

Je prie que Dieu te donne plus de moyens afin que j'évolue sur la route sur laquelle tu m'as mise. Qu'il te comble de ses grâces, t'accorde longévité et santé de fer afin que tu jouisses des fruits de tes efforts.

- **À ma mère Odette TCHOUIMBOU**

Merci de m'avoir donné la vie. Je ne finirai jamais de te remercier. Tu as toujours été présente pour moi, tu m'as beaucoup soutenue dans mes études par tes prières ; tu as été ma première enseignante depuis la maternelle ensuite ma meilleure répétitrice de mathématiques au secondaire. Ta bienveillance, tes conseils ainsi que ton amour m'ont toujours motivée à donner le meilleur de moi afin de réussir. Tu as toujours voulu que j'atteigne les sommets que tu n'as pas pu atteindre et pour cela, tu t'es fortement investie pour que mon rêve soit aujourd'hui réalité. Tu t'es toujours arrangée pour m'envoyer les mets camerounais. Tu n'as jamais manqué de m'écrire pour prendre de mes nouvelles ; tu es la meilleure maman du monde, un beau cadeau que le Seigneur a su choisir pour moi. Aucune dédicace

ne saurait être assez éloquente pour exprimer ma gratitude. Loin d'être une perfection, j'ai toujours essayé de faire le nécessaire pour te rendre fière et j'espère avoir été à la hauteur jusque-là. Je n'oublierai jamais tous les sacrifices que tu as faits pour moi. Seul Dieu Tout Puissant sera capable de te les rendre. Je te dédie ce travail en témoignage de mon profond amour. Puisse Dieu, l'Omnipotent, te préserver et t'accorder santé, longévité et bonheur.

- **À ma sœur et mes frères : Léticia, Kilian et Dilan KEMGNE**

Vous voir venir au monde après moi m'a fait sortir de ma solitude. Nos jeux, nos débats, le partage quotidien de notre tendre enfance ainsi que cette chaleur fraternelle dont vous m'avez comblée ont contribué favorablement à ma réussite d'aujourd'hui. Vous m'avez toujours soutenue, encouragée et conseillée. Je ne saurai jamais suffisamment vous remercier pour tous ces moments.

Léticia, ma seule sœur, je suis fière de la femme que tu es déjà et de celle que tu seras.

Kilian et Dilan, je suis fière de vous avoir comme frères.

Que Dieu vous bénisse, vous comble de toutes ses grâces et nous rapproche davantage.

Sincère gratitude !

- **À toi Biole, l'amour de ma vie**

Mon meilleur ami, mon second papa, te rencontrer a entièrement bouleversé ma vie, tu ne cesses de me prouver la chance que j'ai de t'avoir. Merci à Dieu et à tes parents pour ta vie, ton éducation et les valeurs qu'ils t'ont inculquées. Merci pour tout l'amour que tu me procures, ta tendresse et surtout pour ton soutien dans les moments les plus difficiles. Tu as été présent à chaque étape de ce travail, à croire en moi, à me conseiller, à me soutenir, à me supporter et à veiller sur moi. Je grandis et deviens la meilleure version de moi, chaque jour que je passe à tes côtés. Tu éclaires ma vie et me combles de bonheur. Aucune dédicace ne saurait

exprimer l'amour que je te porte. Ce travail est une victoire parmi les multiples victoires que nous avons eues et que nous aurons ensemble. Je prie Dieu de bénir notre rapprochement afin qu'il devienne union et que nous réalisions ensemble nos rêves les plus fous.

➢ **À ma tata chérie Liliane MOTSEBO**

Avec toi, je sais enfin ce qu'est le bonheur d'avoir une grande sœur et complice sur laquelle je peux compter en toute occasion. Tu m'as toujours soutenue, encouragée et réconfortée. Tu es mon modèle, j'espère un jour devenir aussi forte et battante que toi. Merci pour ces longs appels à parler de la vie à l'extérieur et à me conseiller sur les pièges de la vie. Merci pour ta disponibilité et le soutien financier. Trouve à travers cette dédicace l'expression de mon amour et de ma gratitude. Que Dieu te bénisse abondamment !

REMERCIEMENTS

- **Au Bénin**

Qui m'a offert une terre d'accueil pour la formation médicale et qui, aujourd'hui est ma seconde patrie. Gratitude infinie !

- **À mes grand-mères Martine et Thérèse**

Merci pour les soutiens multiformes. Mon souhait a toujours été de vite terminer mes études et de revenir prendre soin de vous. Je rends grâce à Dieu. Demeurez bénies !

- **À mon grand-père Emmanuel MOTSEBO**

Merci pour les soutiens multiformes.

- **À mes oncles, tantes, cousins et cousines**

Merci pour vos encouragements, votre soutien et vos prières.
Un merci particulier :

- **À Tonton Emmanuel FOTSO MOTSEBO :** merci pour le soutien matériel et financier. C'est le cœur rempli de joie et de reconnaissance que j'ouvrais les colis que tata Lili et toi m'envoyiez.
- **À Tata Sylvie Nina NGOMPE :** une très belle rencontre que j'ai faite au cours de mes dernières vacances au Cameroun. Merci pour l'accueil, l'hospitalité et les conseils. Merci pour ce magnifique colis que tu m'as fait lors de ton dernier séjour en Afrique de l'Ouest. Tu es une femme forte et battante. J'espère te ressembler un jour. Soyez honorés par ce travail !

- **Aux abbés Ghislain SIMO, Daniel TCHINDEBE, Innocent NOUBISSI, Joseph MEMEH et Albert LAM**

Merci de m'avoir toujours porté dans vos prières. Que le Seigneur continue d'être votre seul guide, vous accompagne dans l'exercice de votre mission et qu'il comble tous vos désirs.

- **À Maman Géneviève KAMDOM**

  Merci pour tes prières et encouragements. Que Dieu te bénisse et veille toujours sur toi.

- **À Maman Vi et tata Hubette**

Sans me connaitre, vous m'avez été la première famille à m'accueillir sur la terre béninoise et m'avez logé pendant plusieurs semaines. Vous m'avez guidé et aidé à m'installer. Merci pour votre hospitalité et pour vos soutiens multiformes. Que Dieu vous bénisse abondamment.

- **À monsieur Amos ATODJINOU et à monsieur Aziz**

Merci d'avoir constitué et déposé mon dossier d'admission en médecine et de m'avoir soutenu pendant tout mon parcours.

- **À la famille FOKAM**

Vous m'avez accueilli et adopté. Merci pour vos nombreux conseils et votre soutien. Merci pour les délicieux repas camerounais de Mama Agnès. Dans votre maison, j'ai toujours eu la sensation d'être au pays. Merci pour les fêtes de fin d'année en famille. Vous avez rendu mon parcours inoubliable. J'espère que ce travail vous rendra fiers. Dieu vous bénisse !

- **À Grace NGATSONGO et Murielle ISSANGA**

Vous m'avez accueillie et adoptée. Vous êtes des grandes sœurs formidables ! Vous avez été présentes pendant l'une des périodes les plus difficiles de ma vie. Vous avez été présentes et m'avez encouragé tout au long de ce parcours. Merci pour vos nombreux conseils, vos prières et votre soutien. Je vous aime ! J'espère que ce travail vous rendra fières. Dieu vous bénisse !

- **Joseph MOÏRA, mon ami d'enfance**

Merci d'être toujours là pour moi. Dieu te bénisse !

- **À Monsieur Jean Christophe BOBDA**

Merci pour ton soutien, tes conseils et nos échanges enrichissants. Dieu te bénisse !

- **À mes grands frères cinq étoiles et amis rencontrés au Bénin : Marcos YEDJENOU, Patrick SEMBEYA, Robert AMOUSSOU, Cédric SEMILINKO, Cyrus SOSSA, Emmanuel MURHABAZI.**

Fofo Marcos, merci pour tout. Tu es une personne formidable et exemplaire ! Depuis notre rencontre en endocrinologie au cours de mon stage de deuxième année, tu m'as pris sous ton aile. Je me souviens des multiples discussions chez toi, de tous les conseils que tu m'as toujours prodigués et des délicieux repas que tu préparais. Tu m'aidais à réviser pour mes évaluations malgré la fatigue liée aux multiples gardes que tu enchainais. J'espère que ce travail te rendra fier. Dieu te bénisse !

Patrick, tu es une personne formidable, l'une de mes meilleures rencontres au Bénin. Merci de m'avoir toujours guidé et conseillé. Merci pour l'immense travail que tu as abattu et les explications que tu n'as cessées de me donner pour la perfection de ce travail. Dieu t'aide dans ta carrière !

Robert, mon ami de longue date, merci pour tout. Tu m'as beaucoup soutenu au cours de ces sept dernières années. Tu m'as régulièrement écouté me plaindre et stresser pour tout et rien. Tu as cru en moi plus que moi-même et m'as guidé dans cette faculté. Trouve à travers cette dédicace l'expression de ma considération et de ma gratitude. Dieu te bénisse abondamment !

Fofo Cédric SEMILINKO, merci pour tout. L'un des ainés qui m'a le plus marqué positivement au cours de ma formation. Tu as cru en moi alors que je doutais et m'as toujours conseillé. Tu m'as appris à avoir confiance en moi. J'espère te rendre fier un jour. Dieu te bénisse abondamment !

Dr Cyrus SOSSA, un grand frère que l'internat m'a offert. Je ne cesserai jamais de remercier le Seigneur de t'avoir mis sur mon chemin. Sincères gratitudes !

Dr Emmanuel MURHABAZI, merci pour toutes les fois où vous avez su me remonter le moral à travers vos paroles, merci pour vos prières. Vos conseils et votre aide m'ont vraiment permis de mûrir. Je ne cesserai jamais de vous dire merci. Dieu vous bénisse abondamment !

- **À mes amis et collègues : NACH-AT Abdallah, GANKPE Marlène, Aimé YEDENOU**

Je suis reconnaissante de vous avoir fréquenté tout au long de ce parcours. Merci du fond du cœur pour tout. Brillante carrière à vous.

- **À mes cadets et enfants au Benin, Marcellin TALOM, Pauline FAMBEU, Anushka KAMDOM**

Mes frères et sœurs d'une valeur inestimable. Merci d'avoir été présents pour moi et de m'avoir soutenu dans mes études. Merci pour tous ces moments inoubliables de joie. Je suis fière de vous connaitre et je vous souhaite le meilleur. Je compte sur vous pour rester sage et continuer à travailler sans relâche.

- **À la communauté camerounaise de Cotonou, en particulier Dr Corinne DZEMTA, Dr Corinne KOUAM, Dr MVONDO Desmond, Dr FOPA Stéphane et Dr KOTTO Aimée**

Que ce travail soit un témoignage de l'estime, du respect et de la reconnaissance sincère que j'ai pour vous. Je ne cesserai jamais de remercier le Seigneur de vous avoir mis sur mon chemin. Dieu vous comble de grâces !

- **À la communauté camerounaise du Togo, en particulier Dr Arvis KAGHO, Dr Lynne MBOGNING, Dr Gaël AZANGUE, Dr Gabriel TCHAMGWE et Dr Jores ZOLEKO**

Recevez ici toute ma reconnaissance pour votre soutien, vos conseils et votre présence. Que Dieu vous comble de ses grâces !

- **À mes collègues du groupe d'internat**

Merci pour tous ces moments inoubliables, de joie et de réflexions enrichissantes.

- **A tous mes camarades de la 45e promotion**

Que Dieu nous accorde une vie prospère, une longue et brillante carrière.

- **À tous mes amis**

Que j'ai oublié de citer, mais qui se reconnaitront, merci pour votre soutien.

- **Au personnel du CHU-MEL de Cotonou**

Merci pour votre sollicitude et votre franche collaboration.

- **A toutes les patientes qui ont participé à l'étude**

Merci pour votre disponibilité et votre patience.

- **À tous ceux qui ont participé de loin ou de près à ce travail**

Mes sincères remerciements.

HOMMAGES

- **A tous les Maîtres de la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou**

Chers Maîtres, nous sommes au terme des sept (7) années d'études auprès de vous. Nous sommes le résultat de vos efforts et nous sommes fière d'avoir été formée par vous. Nous vous prions d'accepter notre profonde gratitude pour tous vos enseignements. Hommages respectueux !

- **À notre Maître et Directeur de thèse, MCA Joseph AKODJENOU**

Cher Maître, merci d'avoir accepté de diriger ce travail malgré vos nombreuses occupations. Nous avons été grandement émerveillées par votre simplicité, votre promptitude, votre disponibilité pour nous, vos étudiants et votre amour pour la science et le travail bien fait. Veuillez trouver ici l'expression de notre respectueuse considération et notre profonde admiration pour toutes vos qualités scientifiques et humaines. Ce travail est pour nous l'occasion de vous témoigner notre profonde gratitude. Recevez, cher Maître, nos hommages respectueux !

- **Aux docteurs Philippe ADJAGBA et Patrice DANGBEMEY, nos codirecteurs de thèse**

Conseillers et Maîtres dans la rédaction de ce travail, votre appui nous a été d'une grande aide dans l'accomplissement de ce travail. Merci énormément pour vos conseils qui nous servirons tout au long de notre carrière. Votre ardeur au travail nous a permis de réaliser ce travail. Permettez-nous, chers Maîtres, en la circonstance de vous exprimer notre grande admiration, notre profonde reconnaissance et nos chaleureux remerciements. Ce travail est le vôtre, Profonds remerciements !

- **À notre Président du Jury**

C'est un immense honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury de soutenance de thèse afin d'apprécier ce modeste travail. Vos conseils et recommandations serviront à perfectionner ce travail. Daignez recevoir l'expression de notre profond respect.

- **Aux honorables Membres du Jury**

Votre disponibilité à juger ce travail témoigne de votre détermination de toujours continuer à améliorer notre formation. Vos observations et remarques ne pourront que parfaire notre document. Hommages respectueux !

LISTES DES SIGLES ET ABREVIATIONS

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ATCD	:	Antécédent
AVC	:	Accident vasculaire cérébral
AVK	:	Anti Vitamine K
BAV	:	Bloc Auriculo-ventriculaire
BBD	:	Bloc de branche droite
BDC	:	Bruit du cœur
BNP	:	Brain Natriuretic Peptide
CMPP	:	Cardiomyopathie du péripartum
CHU-MEL	:	Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune
CPN	:	Consultation Prénatale
CMD	:	Cardiomyopathie dilatée
CNHU-HKM	:	Centre Hospitalier Universitaire Hubert-Koutoukou-MAGA
CRP	:	C-réactive Protein
DTDVG	:	Diamètre télé diastolique du ventricule gauche
ECG	:	Électrocardiogramme
ESC	:	Société européenne de cardiologie
EP	:	Embolie pulmonaire
ETT	:	Échographie Trans Thoracique
FA	:	Fibrillation atriale
FEVG	:	Fraction d'éjection systolique du ventricule gauche
FR	:	Fraction de raccourcissement
HAG	:	Hypertrophie atriale gauche
HTA	:	Hypertension artérielle
HVG	:	Hypertrophie ventriculaire gauche
IC	:	Insuffisance cardiaque
ICT	:	Index cardiothoracique

IEC	:	Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion
IL	:	Interleukine
IM	:	Insuffisance mitrale
IMC	:	Indice de masse corporel
NFS	:	Numeration formule sanguine
NHLBI	:	National Heart, Lung, and Blood Institute
NYHA	:	New York Heart Association
OAP	:	Œdème aigu du poumon
OD	:	Oreillette Droite
OG	:	Oreillette Gauche
OMI	:	Œdème des membres inférieurs
OS	:	Objectif Spécifique
RHJ	:	Reflux hépato-jugulaire
PF	:	Planification familiale
VD	:	Ventricule droit
VG	:	Ventricule gauche

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Diagnostic différentiel de la CMPP (partie 1)..... 23
Tableau II : Diagnostic différentiel de la CMPP (partie 2)..... 24
Tableau III : Diagnostic différentiel de la CMPP (partie 3)..... 25
Tableau IV : Répartition selon leur âge des cas de CMPP admis en réanimation obstétricale du CHU-MEL de 2018 à 2023..... 45
Tableau V : Répartition selon leur profession des cas de CMPP admis en réanimation obstétricale du CHU-MEL de 2018 à 2023. 46
Tableau VI : Répartition selon le niveau d'instruction des cas de CMPP admis en réanimation obstétricale du CHU-MEL de 2018 à 2023. 46
Tableau VII : Répartition selon l'ethnie des cas de CMPP admis en réanimation obstétricale du CHU-MEL de 2018 à 2023..... 47
Tableau VIII : Répartition selon les facteurs de risque présentés par les cas de CMPP admis en réanimation obstétricale du CHU-MEL de 2018 à 2023..... 48
Tableau IX : Répartition selon les antécédents personnels des cas de CMPP admis en réanimation obstétricale du CHU-MEL de 2018 à 2023 (partie 1)..... 50
Tableau X : Répartition selon les antécédents personnels des cas de CMPP admis en réanimation obstétricale du CHU-MEL de 2018 à 2023 (partie 2)..... 51
Tableau XI : Répartition selon le suivi de grossesse des cas de CMPP admis en réanimation obstétricale du CHU-MEL de 2018 à 2023. 51
Tableau XII : Répartition selon les motifs de consultation des cas de CMPP admis en réanimation obstétricale du CHU-MEL de 2018 à 2023. 53
Tableau XIII : Répartition selon les signes physiques présentés par les cas de CMPP admis en réanimation obstétricale du CHU-MEL de 2018 à 2023..... 54
Tableau XIV : Répartition selon les anomalies biologiques présentées par les cas de CMPP admis en réanimation obstétricale du CHU-MEL de 2018 à 2023 (partie 1)..... 55
Tableau XV : Répartition selon les anomalies biologiques présentées par les cas de CMPP admis en réanimation obstétricale du CHU-MEL de 2018 à 2023 (partie 1)..... 56
Tableau XVI : Répartition selon les anomalies retrouvées à l'ECG chez les cas de CMPP admis en réanimation obstétricale du CHU-MEL de 2018 à 2023. ... 57
Tableau XVII : Répartition selon les anomalies retrouvées à l'échographie trans thoracique chez les cas de CMPP admis en réanimation obstétricale du CHU-MEL de 2018 à 2023..... 58

Tableau XVIII : Répartition selon les anomalies retrouvées à radiographie pulmonaire des cas de CMPP admis en réanimation obstétricale du CHU-MEL de 2018 à 2023. 59
Tableau XIX : Répartition selon les traitements médicaux administrés aux cas de CMPP admis en réanimation obstétricale du CHU-MEL de 2018 à 2023. ... 60
Tableau XX : Analyse univariée de la relation entre le décès et les caractéristiques sociodémographiques des cas de CMPP admis en réanimation obstétricale du CHU-MEL de 2018 à 2023 (partie 1). 63
Tableau XXI : Analyse univariée de la relation entre le décès et les caractéristiques sociodémographiques des cas de CMPP admis en réanimation obstétricale du CHU-MEL de 2018 à 2023 (partie 2). 64
Tableau XXII : Analyse univariée de la relation entre le décès et les caractéristiques sociodémographiques des cas de CMPP admis en réanimation obstétricale du CHU-MEL de 2018 à 2023 (partie 3). 65
Tableau XXIII: Analyse univariée de la relation entre le décès et le délai d'apparition de la maladie chez les cas de CMPP admis en réanimation obstétricale du CHUMEL de 2018 à 2023. 65
Tableau XXIV : Analyse univariée de la relation entre le décès et les facteurs de risque chez les cas de CMPP admis en réanimation obstétricale du CHU-MEL de 2018 à 2022. 66
Tableau XXV : Analyse univariée de la relation entre le décès et les antécédents personnels des cas de CMPP admis en réanimation obstétricale du CHU-MEL de 2018 à 2023. 67
Tableau XXVI: Analyse univariée de la relation entre le type d'insuffisance cardiaque et le décès des cas de CMPP admis en réanimation obstétricale du CHU-MEL de 2018 à 2023. 68
Tableau XXVII : Analyse univariée de la relation entre la FEVG, la valvulopathie, le délai d'hospitalisation, la survenue des complications et le décès des cas de CMPP admis en réanimation obstétricale du CHU-MEL de 2018 à 2023..... 68
Tableau XXVIII : Modèle multivarié final des facteurs associés au décès des cas de CMPP admis en réanimation obstétricale du CHU-MEL de 2018 à 2023 69

LISTES DES FIGURES

Figure 1 : Ensemble des mécanismes physiopathologiques supposés ou démontrés contribuant à la survenue d'une cardiomyopathie du péripartum [35]. 12
Figure 2 : Impact des facteurs génétiques dans la survenue de CMPP [36] 14
Figure 3 : Hypothèse vasculo-hormonale de la physiopathologie de la cardiomyopathie du péripartum [11,38]..... 16
Figure 4 : Physiologie de la cardiomyopathie du péripartum [39]. 16
Figure 5 : Aspect représentatif d'une cardiopathie du péripartum en imagerie de rehaussement tardif [43] 21
Figure 6 : Diagnostic, prise en charge et devenir des cas de cardiomyopathie du péripartum [12] 31
Figure 7 : Carte du Bénin 33
Figure 8 : CHU-MEL Cotonou 34
Figure 9 : Diagramme de flux des patientes CMPP en réanimation obstétricale du CHU-MEL entre 2018 et 2023. 44
Figure 10 : Répartition selon le milieu de résidence des cas de CMPP admis en réanimation obstétricale du CHU-MEL de 2018 à 2023. 47
Figure 11 : Répartition selon la situation matrimoniale des cas de CMPP admis en réanimation obstétricale du CHU-MEL de 2018 à 2023. 48
Figure 12 : Répartition selon le délai d'apparition des symptômes des cas de CMPP admis en réanimation obstétricale du CHU-MEL de 2018 à 2023..... 52
Figure 13 : Répartition selon l'évolution sous traitement en hospitalisation des cas de CMPP admis en réanimation obstétricale du CHU-MEL de 2018 à 2023. 61
Figure 14 : Répartition selon l'évolution sous traitement après hospitalisation des cas de CMPP admis en réanimation obstétricale du CHU-MEL de 2018 à 2023. (n=42)..... 61
Figure 15 : Répartition des cas de CMPP admis en réanimation obstétricale du CHU-MEL de 2018 à 2023 selon la conclusion du suivi à 30 jours 62

PAR DELIBERATION, LA FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE DE COTONOU A ARRETE QUE LES OPINIONS EMISES DANS CETTE THESE N'ENGAGENT QUE LEUR AUTEUR.

SOMMAIRE

INTRODUCTION 1

OBJECTIFS 4

1. GÉNÉRALITÉS 6

2. CADRE ET MÉTHODE DE L'ÉTUDE 32

3. RÉSULTATS 43

4. DISCUSSION 70

CONCLUSION ET SUGGESTIONS 83

INTRODUCTION

La cardiomyopathie du péripartum (CMPP), pathologie décrite pour la première fois par Meadows en 1957, est une maladie cardiaque qui survient chez des femmes précédemment en bonne santé, le dernier mois de la grossesse ou dans les cinq premiers mois suivant l'accouchement, sans pathologie ou facteurs de risque cardiovasculaires préexistants [1–7].

C'est une cause majeure d'insuffisance cardiaque (IC) liée à la grossesse, avec une morbidité et une mortalité élevées [8]. Sa prévalence semble varier en fonction de la race et de la situation géographique. Les Africaines et les Afro-Américaines courent un risque plus élevé de développer une CMPP [9,10] , avec des rapports allant de 1 sur 100 accouchements au Nigeria et 1 sur 300 accouchements en Haïti, à un peu moins de 1 sur 20 000 accouchements au Japon [6,10–12]. Au Bénin, elle représente 2,04% des admissions en cardiologie à Parakou en 2019 contre 2,20% en 2016 à Cotonou [8,13].

Il s'agit d'un diagnostic d'exclusion dont le tableau classique est celui d'une IC gauche ou globale, de survenue inopinée, en général sévère et d'installation extrêmement rapide. Elle peut être difficile à diagnostiquer dans le contexte des changements physiologiques normaux de la grossesse et nécessite un indice de suspicion élevé [2,4]. Les facteurs favorisants et les différentes présentations cliniques de la CMPP sont presque similaires dans les différentes publications. Néanmoins, il existe encore des points d'ombre concernant son éthiopathogénie et son évolution autant dans les pays développés que ceux en voie de développement [14].

L'échocardiographie transthoracique (ETT) est l'examen clef, permettant d'affirmer le diagnostic, d'éliminer les diagnostics différentiels et de surveiller l'évolution [2].

Le diagnostic précoce et la mise en place d'un traitement médical de cette maladie sont essentiels, car une prise en charge inadéquate peut affecter le pronostic à long terme des patientes et entraîner des complications graves, y compris le décès[15].

On observe une grande variation des taux de mortalité déclarés, allant de 2% en Allemagne à 12,6% en Afrique du Sud. Les femmes Africaines et Afro-américaines seraient plus susceptibles d'aggraver leur état clinique après le diagnostic initial et auraient moins de chances de guérir malgré un traitement apparemment adéquat. Au Benin, en particulier Adjagba et al. notifiaient un taux de mortalité de 15,79%, mais dans cette étude, il y avait 45,95% de patientes perdues de vues[13].

Le Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune ne disposant pas d'unité de soins intensifs de cardiologie, les cas de CMPP à la phase aigüe sont pris en charge en unité de réanimation obstétricale. Cette unité de réanimation obstétricale comme celle de nombreux autres établissements de santé en Afrique subsaharienne, fait face à de nombreux défis dans la prise en charge des patientes atteintes de CMPP en raison des ressources limitées et des systèmes de santé sous-développés. Cependant, malgré ces défis, les professionnels de la santé dans ce service font de leur mieux pour fournir des soins optimaux aux patientes atteintes de CMPP.

Ce travail vise à explorer les facteurs épidémiologiques, diagnostics et évolutifs de la CMPP dans le contexte spécifique du service de réanimation obstétricale du CHUMEL au Bénin. Nous espérons ainsi trouver une adaptation de la stratégie diagnostique et thérapeutique à la situation économique des patients béninois.

OBJECTIFS

OBJECTIF GÉNÉRAL

Étudier la cardiomyopathie du péripartum dans l'unité de réanimation obstétricale du service d'anesthésie réanimation du CHU-MEL de 2018 à 2023.

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

- Calculer la prévalence hospitalière de la CMPP dans le service de réanimation obstétricale du CHU-MEL de 2018 à 2023 ;
- Décrire les aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs de la CMPP
- Identifier les facteurs associés au décès.

1. GÉNÉRALITÉS

1.1 DÉFINITION

La cardiomyopathie du péripartum (CMPP) est définie par la survenue d'une insuffisance cardiaque congestive se manifestant dans la période du péripartum chez une patiente préalablement en bonne santé. Elle consiste en une dysfonction ventriculaire gauche systolique avec diminution de la fraction d'éjection ventriculaire gauche (FEVG) attestée en échocardiographie. Elle se manifeste dans le dernier mois de grossesse, ou dans les 5 mois suivant l'accouchement, ce qui exclut donc les cardiomyopathies préexistantes et préalablement silencieuses se décompensant en cours de grossesse [2,6,11–15].

Elle répond à quatre (4) critères :

- Le développement d'une insuffisance cardiaque dans le dernier mois de la grossesse ou dans les 5 mois suivant le postpartum ;
- L'absence de cause identifiable ;
- L'absence de maladie cardiaque connue avant le dernier mois de la grossesse ;
- La présence de signes échographiques de dysfonction ventriculaire gauche: la FEVG < 45% ou la fraction de raccourcissement (FR) < 30% et/ou d'une dilatation cavitaire avec un diamètre télé diastolique ventriculaire > 2,7 cm/m^2 [11].

Les critères précédemment décrits de la CMPP, établis en 1971, limitaient la période du CMPP entre 1 mois antépartum et 5 mois postpartum avec un dysfonctionnement systolique du ventricule gauche (FEVG <45% ou FR <30%, ou les deux). L'exclusion des femmes souffrant d'insuffisance cardiaque avant le dernier mois de la grossesse avait pour but d'éviter une classification erronée des cardiomyopathies préexistantes, qui deviennent typiquement symptomatiques plus tôt au cours de la grossesse. Cependant, de nombreuses publications ultérieures ont décrit un développement plus précoce ou plus tardif de la

cardiomyopathie pendant la grossesse. Ce qui fait craindre que la définition du National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI) soit trop restrictive et conduise à un sous-diagnostic de la CMPP [11].

La définition a été révisée en 2010 par le groupe de travail sur la CMPP de l'Association pour l'insuffisance cardiaque de la Société européenne de cardiologie et définie comme une IC idiopathique associée à la grossesse qui se développe vers la fin de la grossesse ou dans les mois qui suivent l'accouchement chez une femme sans maladie cardiaque structurelle connue auparavant [11,16]. L'*European Society of Cardiology* (ESC) en 2018 a simplifié la définition : il s'agit d'une cardiomyopathie idiopathique se présentant comme une défaillance cardiaque secondaire à une dysfonction systolique ventriculaire gauche apparaissant vers la fin de la grossesse ou dans les mois qui suivent l'accouchement sans autres causes expliquant cette défaillance. Le ventricule gauche peut ne pas être dilaté et la FEVG peut ne pas être inférieure à 45 % [6].

1.2 HISTORIQUE

Les premières observations de ce syndrome avaient été rapportées par Ritchie en 1849 à Edinburg chez des femmes de milieu modeste [21]. Puis Virchow, en 1870, employa le terme de dégénérescence myocardique idiopathique en parlant de cette cardiopathie survenant chez des femmes décédées dans le postpartum [22]. En 1880, Porack confirma la thèse de Virchow et souligna l'évolution bénigne de cette affection [22].

La bonne connaissance des cardiomyopathies du péripartum ne commença qu'à partir de 1937 quand Hull fit une étude clinique détaillée à propos de vingt-sept casetGouley, Mcmillan et Bellet présentaient quatre cas avec des données autopsiques [23]. C'est Meadows qui en 1957, en s'appuyant sur un groupe de 15 patientes, a posé le premier cadre nosologique du « syndrome de myocardiopathie du postpartum », consistant en l'apparition d'une myocardiopathie dilatée lors du

dernier trimestre de la grossesse ou les premiers mois suivant la délivrance, chez une patiente indemne d'antécédents cardiovasculaires. En 1965, Walsh établissait les premières restrictions du cadre de la maladie en limitant la période d'apparition des premiers symptômes entre la 2e et la 20e semaine suivant l'accouchement, afin d'exclure les affections pouvant être révélées par la grossesse, l'accouchement et le postpartum immédiat [23]. En Afrique, c'est en 1961 qu'apparurent les premières observations par Seftel en Afrique du Sud et Reid à Durban. Ce dernier rapportait 13 cas qu'il qualifiait de "cardiomyopathie africaine exacerbée par la grossesse". En 1971, Demakis et ses collaborateurs publiaient les données de 27 patientes atteintes de cardiomyopathie associée à la grossesse survenue dans la période du péripartum [23]. Ces chercheurs définissaient les circonstances d'apparition de la cardiomyopathie du péripartum et établissaient ainsi les critères diagnostiques.

1.3 ÉPIDÉMIOLOGIE

L'incidence de la CMPP est difficile à évaluer, d'une part, du fait de l'ancienneté et de la rareté des études publiées et d'autre part, du fait des difficultés rencontrées pour différencier une CMPP d'une cardiopathie dilatée préexistante avec décompensation lors de la grossesse [2]. Cette incidence varie fortement, principalement en fonction de l'origine raciale et géographique des patientes. De nombreuses études ont montré que les Africains et les Afro-Américains semblent présenter un risque plus élevé de développer une CMPP [9,10]. La plupart des données épidémiologiques proviennent des États-Unis, d'Afrique du Sud, du Nigeria et d'Haïti [11]. Les estimations mondiales de l'incidence de la CMPP varient selon les régions, avec des rapports allant de 1 sur 100 accouchements au Nigeria et 1 sur 300 accouchements en Haïti, à un peu moins de 1 sur 20 000 accouchements au Japon [6,10–12]. Aux USA, l'incidence varie de 1 pour 1000 à 1 pour 4 000 en fonction de l'ethnie. En effet, chez les Afro-Américaines, l'incidence est plus élevée, avec une survenue plus fréquente chez les plus jeunes

[10,11,24]. Les études faites en Afrique de l'Ouest montrent que les taux les plus élevés sont enregistrés au Nigeria, avec 995 cas pour 100 000 accouchements, et au Togo, avec 781 cas pour 100 000 accouchements [25]. Les études faites au Bénin montrent qu'elle représente 2,04% des admissions en cardiologie à Parakou en 2019 contre 2,20% en 2016 à Cotonou [8,13].

1.4 FACTEURS FAVORISANTS

Plusieurs facteurs de risque ont été identifiés. cependant, un tiers des cas surviennent chez des patientes sans aucun facteur de risque [18]. Nous pouvons citer entre autres :

- L'âge maternel avancé : l'incidence de la CMPP est fortement associée à l'âge. Bien que la maladie puisse toucher les femmes de tout âge, plus de 50 % des cas surviennent chez les femmes de plus de 30 ans avec un odds ratio de 10 dans une comparaison entre les femmes de plus de 40 ans et celles de moins de 20 ans [16] ;
- La prééclampsie et l'hypertension artérielle chronique : un trouble hypertensif quelconque (prééclampsie, hypertension gestationnelle ou hypertension chronique) prédispose fortement à la CMPP. Plus de 90 % des femmes souffrant de prééclampsie, même sévère, ne développent pas de CMPP et, inversement, au moins 50 % des femmes souffrant de CMPP n'ont pas de prééclampsie. Ces deux maladies sont donc des entités différentes, mais elles sont fortement associées et se chevauchent. Cette forte association suggère que la CMPP et la prééclampsie pourraient avoir des mécanismes physiopathologiques communs. La suspicion de CMPP ne doit pas être réduite en présence d'une prééclampsie[2] ;
- La race noire : la CMPP frappe plus souvent les femmes noires et est de mauvais pronostic chez ces dernières. Aux USA, bien que moins de 15%

de la population américaine soit noire, 40 % des cas surviennent chez des Afro-Américaines avec une incidence trois à quatre fois plus élevée chez les femmes noires que chez les femmes blanches et plus faible chez les femmes hispaniques [11,24,26]. La CMPP était également élevée dans les pays africains et en Haïti, ce qui indique que le risque de CMPP est le plus élevé dans la race noire [10] ;

- Des carences en vitamine B1, A, E, C et B12, ainsi qu'en zinc, cuivre, magnésium et sélénium ont été observées dans certains cas de CMPP et peuvent contribuer à des perturbations des processus oxydatifs cellulaires et à diminution du rendement énergétique cardiomyocytaire [14] ;
- Les conditions de vie défavorables : il est rapporté une incidence croissante de CMPP chez les femmes de race noire, multipares soumises à des travaux physiques intenses et provenant de milieux économiques très pauvres et malnutris [13] ;
- La malnutrition constitue vraisemblablement un terrain favorisant mais elle ne peut expliquer seul la survenue d'une CMPP [27];
- Les grossesses multiples et la multiparité ;
- La tocolyse de longue durée ;
- Le tabagisme ;
- L'alcoolisme ;
- Le régime riche en sodium: il augmente la volémie et le liquide extracellulaire [2,6,14,16,17,27–32].

À ce jour, aucun de ces facteurs de risque ne possède une valeur prédictive (positive ou négative) suffisante pour permettre son utilisation comme un outil de dépistage car un tiers des patientes développant une CMPP ne présente aucun de ces facteurs [18].

1.5 PHYSIOPATHOLOGIE

Il s'agit d'une entité pathologique rare dont le mécanisme physiopathologique reste mal connu [33,34]. Néanmoins, de nombreuses causes potentielles ont été suggérées. Celles-ci incluent des facteurs génétiques, la myocardite (virale ou induite par des antigènes), une réponse immunitaire pathologique à la grossesse (c'est-à-dire aux antigènes fœtaux), une réponse pathologique aux changements hémodynamiques de la grossesse (c'est-à-dire la sollicitation cardiaque accrue de la grossesse et l'hypertension), des anomalies hormonales, un déséquilibre antigénique, des cytokines activées par le stress et des déficiences nutritionnelles (par exemple, le sélénium) [2].

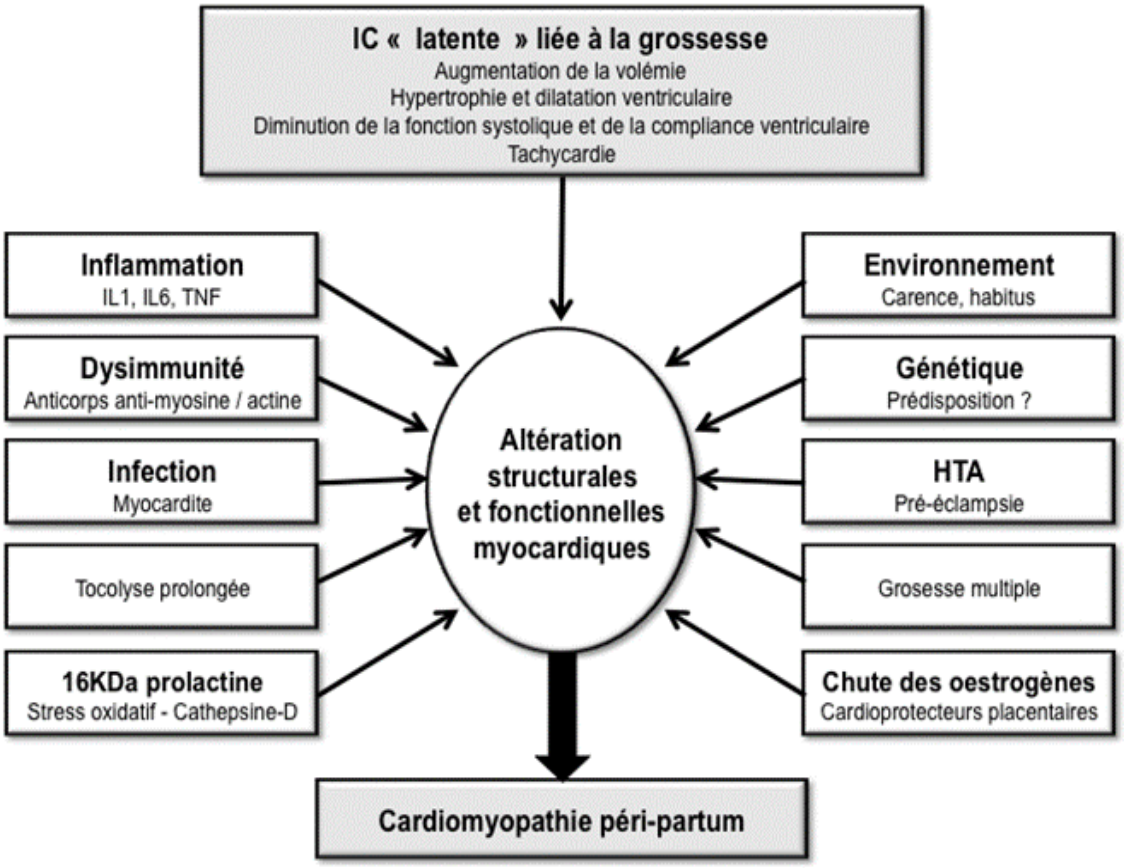


Figure 1 : Ensemble des mécanismes physiopathologiques supposés ou démontrés contribuant à la survenue d'une cardiomyopathie du péripartum [35].

- La théorie génétique

Le rôle de la génétique dans le développement du CMPP a été confirmé par de nombreux rapports, une cause génétique de la maladie ayant été identifiée chez près de 20 % des patients étudiés [19]. L'exemple le plus notable est celui des mutations du gène sarcomérique de la titine (TTN), d'un gène pathologique bien établi pour la CMD. Plusieurs mutations tronquantes rares (c'est-à-dire non-sens, décalage du cadre ou site d'épissage) dans le TTN ont été signalées chez des patientes atteintes de CMPP issues de populations européennes et américaines. Ces mutations représentaient 10-15% d'une cohorte de CMPP, soit un taux de mutation TTN similaire aux 17% observés dans une cohorte correspondante de patientes atteintes de CMD non ischémique. Associé à d'autres découvertes de mutations du gène de la CMD chez des patientes atteintes de CMPP, cela suggère un chevauchement substantiel de la susceptibilité génétique entre le CMPP et les formes héréditaires de cardiomyopathie. En effet, un certain nombre de patientes atteintes de CMPP ont fait état d'antécédents familiaux positifs au premier degré d'insuffisance cardiaque et de cardiomyopathie, y compris celles présentant des mutations associées à la cardiomyopathie. Des rapports limités ont également fait état de CMPP chez des porteuses de formes de CMD liées au chromosome X, telles que la dystrophie musculaire de Duchenne et la maladie de Danon [33].

Elle a été aussi évoquée devant la constatation de formes familiales liées à des mutations de la troponine, des chaînes lourdes, de la myosine ou des canaux sodiques. Il s'agirait donc probablement de cardiomyopathies latentes, révélées par la grossesse [18].

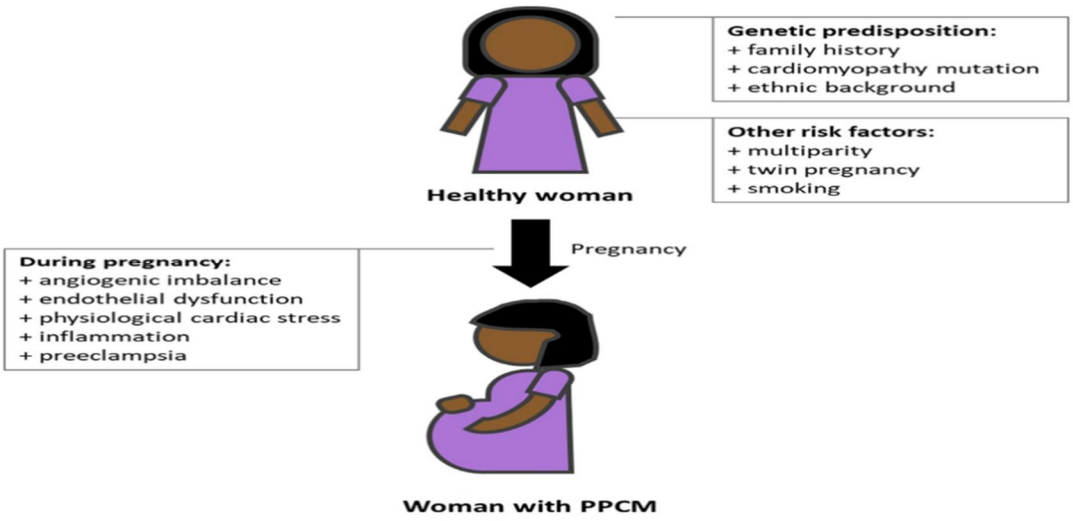


Figure 2 : Impact des facteurs génétiques dans la survenue de CMPP [36] .

- Inflammation

En effet, il existe des perturbations de la réponse inflammatoire au cours de la grossesse, avec une élévation des taux des cytokines pro-inflammatoires (TNF, IL1, IL6) pouvant contribuer à la constitution de lésions myocardiques exagérées en réponse à un stress, notamment infectieux. L'hypothèse d'un facteur infectieux initiateur ou aggravant de cette réaction inflammatoire inappropriée a été avancée, certains auteurs, retrouvant par exemple une corrélation entre les taux d'anticorps anti-Chlamydia (pneumoniae, trachomatis, ou psittaci) ou anti-coxackies et la survenue d'une CMPP [2,6,9,14,16,28,37].

- L'hypothèse auto-immune

L'immunodépression relative de la grossesse permet de limiter d'éventuelles réactions contre les cellules fœtales pouvant éventuellement passer dans la circulation maternelle. Cependant, si ces cellules fœtales résident dans le tissu cardiaque après l'accouchement, le rétablissement d'une immunité maternelle normale pourrait être responsable d'une réaction contre ces cellules fœtales, responsable de la dysfonction myocardique et de la CMP-PP. Ainsi, la présence

d'anticorps anti-actine/myosine a été identifiée sur des biopsies myocardiques [18].

- La théorie hormonale

Des données récentes suggèrent l'implication d'une cascade engageant le stress oxydatif, la protéase de clivage de la prolactine , de la cathepsine D, par la suite, clive la prolactine en un sous fragment angiostatique et pro-apoptique, la prolactine de 16 kDa pourrait jouer un rôle physiopathologique dans la CMPP en induisant des lésions endothéliales [14]. Dans un murin, la prolactine de 16 kDa pourrait jouer un rôle physiopathologique dans la CMPP en induisant des lésions endothéliales [18]. La libération de microparticules endothéliales chargées de composés actifs tels que les microARN, dont la libération dans la circulation est également induite par prolactine de 16 kDas, peut par la suite altérer le métabolisme des cardiomyocytes et contribuer davantage à la manifestation de la CMPP. Les patientes atteintes de CMPP aiguë présentent une augmentation des taux sériques de lipoprotéines de faible densité(LDL) oxydés, ce qui indique un stress oxydatif systématique accru, ainsi qu'une augmentation des taux sériques de cathepsine D activée, de prolactine totale et prolactine 16kDa [31].

À cet égard un mécanisme de défense antioxydant efficace dans le cœur maternel, en fin de grossesse et en période postpartum, semble crucial car les marqueurs de l'oxydation cellulaire augmentent pendant la grossesse, culminant au dernier trimestre[2]. Ce rôle dépend du STAT 3 (Signal Transducteur and Activator of Transcription-3) responsable d'une augmentation de l'angiogenèse cardiaque.

En outre, le rôle fonctionnel clé de la cascade de stress oxydatif activé-cathepsine D-prolactine 16 kDa dans la CMPP est fortement corroboré par l'observation que la suppression de la production de prolactine par l'antagoniste des récepteurs de la dopamine D2, la bromocriptine, a empêché l'apparition de la CMPP chez les animaux[27].

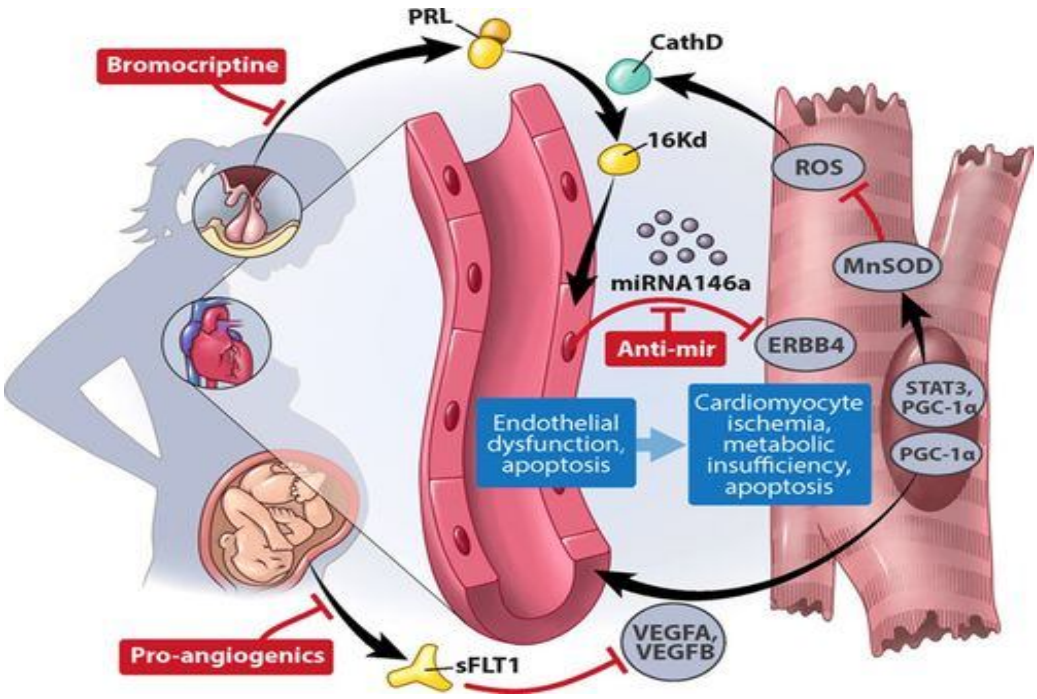


Figure 3 : Hypothèse vasculo-hormonale de la physiopathologie de la cardiomyopathie du péripartum *[11,38]*

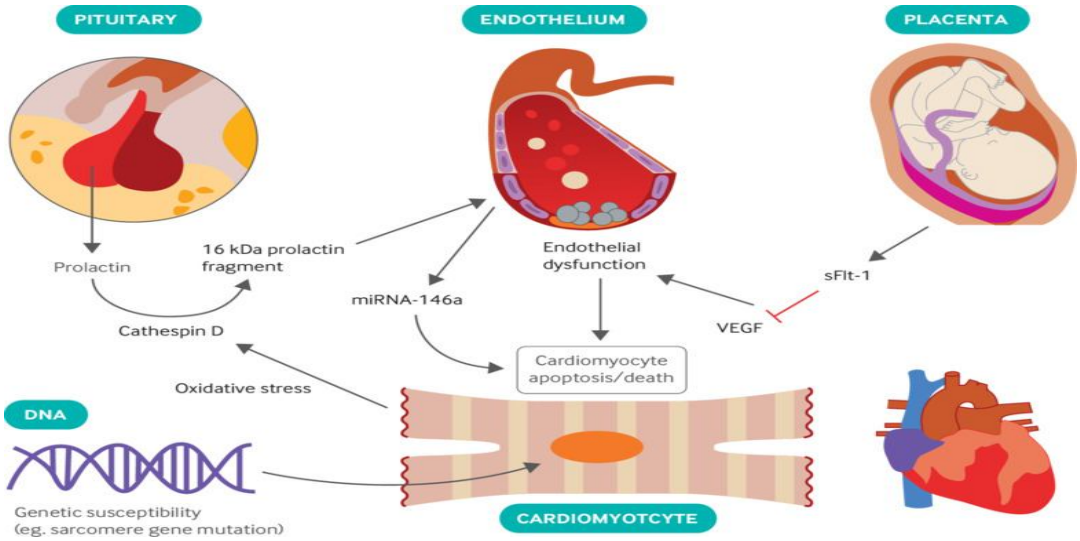


Figure 4 : Physiologie de la cardiomyopathie du péripartum *[39]*.

La sécrétion de prolactine par l'hypophyse antérieure, l'augmentation du microARN-146a (miARN-146a) endothélial et la sécrétion placentaire du récepteur soluble de la tyrosine kinase de type fms (sFlt-1) entraînent un

dysfonctionnement endothélial et la mort des cardiomyocytes ; une susceptibilité génétique est également présente chez certaines patientes. [11]

- Malnutrition

Plusieurs études ont mentionné qu'une carence en sélénium et autres micronutriments pourrait jouer un rôle dans la pathogenèse du CMPP. Cette théorie n'a pas été soutenue par Fett et al. qui ont constaté que ni la carence en sélénium, ni les faibles niveaux sériques d'autres micronutriments (vitamine A, B12, C, E) ne jouent un rôle notable dans l'étiologie du CMPP chez les femmes haïtiennes [9,27].

- Rôle de l'hypertension artérielle

Le lien entre les complications vasculaires de la grossesse et la CMPP a été renforcé par l'observation que les femmes atteintes de CMPP avaient des taux élevés de tyrosine kinase 1 de type fin soluble, un puissant inhibiteur du facteur de croissance de l'endothélium vasculaire, qui a été impliqué dans la pathogénèse de la prééclampsie, suggérant un chevauchement entre ces conditions. En effet, les thérapies pro-angiogéniques pourraient sauver le phénotype CMPP dans les modèles expérimentaux [40].

En conclusion, la CMPP est une maladie complexe avec une physiopathologie assez hétérogène et mal comprise impliquant des facteurs de stress angiogéniques, métaboliques, hormonaux et oxydatifs [37].

1.6 ÉTUDE CLINIQUE

Le tableau classique est celui d'une insuffisance cardiaque globale, parfois purement gauche, survenant le dernier mois de la grossesse ou les 5 mois du postpartum en générale sévère et d'installation extrêmement rapide, parfois sur quelques heures [2,16]. La majorité des femmes atteintes de CMPP sont diagnostiquées après l'accouchement, généralement au cours du premier mois du postpartum [12]. Le diagnostic de la CMPP exige un degré élevé de suspicion [28]. Les retards de diagnostic sont fréquents en raison de la méconnaissance de cette maladie et du rapprochement des signes et symptômes de la grossesse normale avec ceux de l'IC. Malheureusement, les retards de diagnostic sont associés à une incidence accrue de complications évitables et à des résultats plus défavorables [16].

1.6.1 Circonstances de découverte

Elles sont variables, le début peut être :

- **Brutal se manifestant par**

- Une dyspnée : d'abord d'effort, puis au repos. La dyspnée d'effort et l'orthopnée sont communes au 3e trimestre de la grossesse. Le diagnostic de CMPP peut être retardé si ces symptômes sont à tort attribués aux modifications physiologiques normales de la grossesse [41]. Cette dyspnée est accompagnée dans près de deux tiers des cas d'une toux, le plus souvent la nuit, majorée par le décubitus et en rapport avec l'insuffisance ventriculaire gauche.
- Un œdème aigu pulmonaire : peut être le maître symptôme de la CMPP.
- Des douleurs thoraciques, présentes dans près de 50 % des cas, soit à type de précordialgies atypiques, soit rétrosternales constrictives de type angineux, voire infarctoïde [31].

- **Progressif**

Il s'agit d'asthénie et d'œdème des membres pelviens.

1.6.2 Examen physique

On retrouve :

- Des signes cliniques d'insuffisance cardiaque gauche : tachycardie, le bruit de galop, le souffle d'insuffisance mitrale fonctionnelle et les râles crépitants [17] ;
- Des signes d'insuffisance cardiaque droite associée sont souvent présents, avec la classique triade syndrome œdémateux – hépatomégalie – reflux hépato jugulaire ;
- Des signes de cardiomyopathie dilatée : il s'agit d'un choc de pointe mou et étalé avec un assourdissement des bruits du cœur traduisant la dilatation et l'hypocinésie. Un souffle systolique fonctionnel d'insuffisance mitrale ou tricuspidienne est retrouvé dans 50% des cas. Il peut s'agir d'un souffle piaulant ;
- Un tableau de choc cardiogénique peut s'installer en quelques heures avec une hypotension artérielle, des signes d'hypoperfusion périphérique et une oligo-anurie [2,42].

1.6.3 Examens Complémentaires

1.6.3.1 Radiographie thoracique

Elle est non spécifique, objectivant les signes d'insuffisance cardiaque :

- Cardiomégalie quasi-constante (ICT ≥ 0,5) ;
- Une surcharge périhilaire en ailes de papillon en faveur d'un œdème aigu du poumon ;
- Des signes de congestion veineuse et alvéolaire (œdème interstitiel avec Ligne de Kerley B ou alvéolaire surtout hilaire, scissurite) ;
- Une redistribution vasculaire vers les sommets ;

- Des pleurésies [2,16,18].

1.6.3.2 Électrocardiogramme

L'ECG peut être normal ou montrer :

- Une tachycardie sinusale, des troubles du rythme supraventriculaire (fibrillation atriale notamment), voire ventriculaire (extrasystoles, salves de tachycardie ventriculaire), des anomalies non spécifiques de la repolarisation, pouvant parfois prendre le masque d'une cardiopathie ischémique avec des modifications systématisées du segment ST à type de sus ou sous-décalage
- Une hypertrophie ventriculaire gauche et/ou auriculaire gauche

1.6.3.3 Échocardiographie transthoracique

L'échocardiographie est la forme d'imagerie la plus utile dans le cas de la CMPP. L'absence d'exposition aux radiations fait de l'échocardiographie la modalité d'imagerie idéale chez les femmes enceintes. Le diagnostic de CMPP requiert des preuves échocardiographiques de dysfonctionnement du ventricule gauche avec une FEVG <45% et souvent (mais pas toujours) une dilatation du ventricule gauche, une présentation péripartum ou au début de la période postpartum et l'absence d'une autre explication [11]. Elle permet d'affirmer le diagnostic et de surveiller l'évolution de la CMPP par des examens rapprochés [2].

En mode bidimensionnel : Les cavités cardiaques sont dilatées avec un ventricule gauche de forme sphérique le plus souvent. Les cavités droites sont aussi dilatées par atteinte du ventricule droit. Des épanchements péricardiques, des thrombi muraux de l'oreillette ou du ventricule gauche sont possibles [2,16].

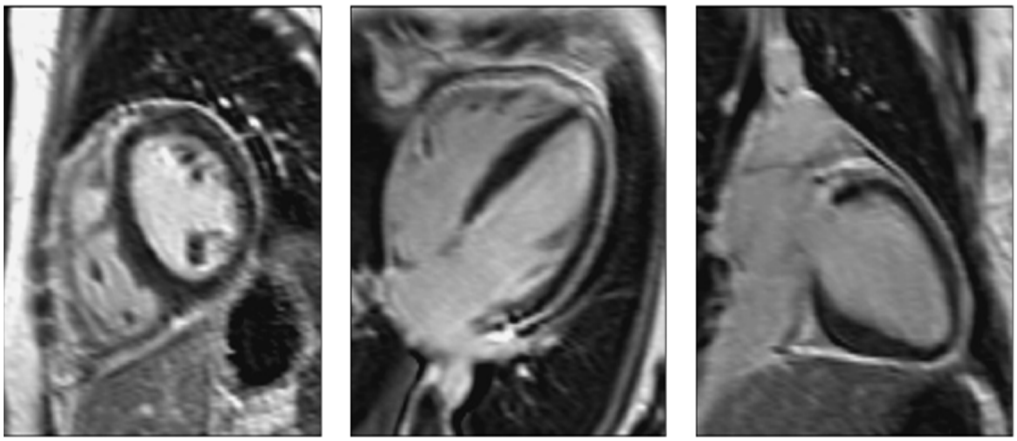


Figure 5 : Aspect représentatif d'une cardiopathie du péripartum en imagerie de rehaussement tardif *[43]*

1.6.3.4 Imagerie par Résonance Magnétique (IRM)

Elle est considérée comme sûre pendant la grossesse, bien que les recommandations déconseillent l'utilisation du gadolinium, qui traverse le placenta et peut-être tératogène [11]. L'IRM retrouve une prise de contraste intra myocardique au temps tardif [2] .

1.6.3.5 La biopsie endomyocardique et l'anatomopathologie

La coronarographie permet d'éliminer une cause coronarienne en cas de présomption du diagnostic et permet la réalisation d'une biopsie end myocardique [18].

Sur le plan macroscopique, on retrouve un myocarde qui est pâle, avec une dilatation des quatre cavités. Notons que les thrombi cardiaques sont fréquents [16].

Sur le plan microscopique, on retrouve des signes de myocardite dans 10 à 25%. Pour certains cette découverte histopathologique justifie la mise en route d'un traitement immunosuppresseur. Il s'agit d'infiltrats lympho-macrocytaires

interstitiels et péri-vasculaires, de lyse des myocytes cardiaques, de plages de fibrose [16].

1.6.3.6 Biologie

Elle est non spécifique, peu contributive au diagnostic positif, mais permettra d'évaluer la sévérité de l'atteinte cardiaque et hémodynamique, et permettra de suivre l'évolution :

- Une anémie (avec un taux d'hémoglobine < 11g /dl)
- Les troponines (témoin de lésions myocardiques) et le BNP (Brain Natriuretic Peptide, marqueur de l'insuffisance cardiaque) : aucune élévation de ces derniers n'étant observée au cours d'une grossesse normale, ces examens peuvent s'avérer une aide précieuse pour le diagnostic initial, notamment lorsqu'une échocardiographie n'est pas rapidement disponible.
- La CRP (évaluation du degré d'inflammation), les transaminases, les lactates et la créatinémie pour le retentissement systémique de l'insuffisance cardiaque [44].

1.6.4 Diagnostic différentiel

Les médecins doivent rester vigilants quant au diagnostic de CMPP, car ses symptômes se confondent avec ceux d'une grossesse normale et peuvent passer inaperçus lors de l'évaluation initiale. Le diagnostic différentiel comprend une cardiomyopathie préexistante, telle qu'une cardiomyopathie dilatée familiale, une myocardite antérieure et une cardiomyopathie induite par des médicaments ou des toxines ; une maladie valvulaire, la sténose mitrale et la sténose aortique étant les anomalies valvulaires les plus courantes démasquées par la grossesse ; une cardiopathie congénitale, telle que des lésions de shunt ; et l'hypertension artérielle pulmonaire. Comme le volume plasmatique circulant et le débit cardiaque augmentent de 50 % à la fin du deuxième trimestre et atteignent un

plateau pendant le reste de la grossesse, les femmes souffrant de ces pathologies ont tendance à présenter une dyspnée et une insuffisance cardiaque plus tôt au cours de la grossesse que les femmes souffrant de CMPP ; cependant, il convient de noter que l'insuffisance cardiaque causée par une cardiomyopathie ou une maladie valvulaire préexistante peut aussi parfois se manifester tardivement au cours de la grossesse. Le risque d'infarctus du myocarde, dû à la rupture d'une plaque d'athérome ou à une dissection spontanée de l'artère coronaire, est trois à quatre fois plus élevé dans la période péripartum et plus fréquemment, dans la période postpartum précoce que chez les femmes non enceintes, et peut se manifester par des douleurs thoraciques, une dyspnée, une insuffisance cardiaque ou une combinaison de ces symptômes. Le diagnostic différentiel inclut également l'embolie pulmonaire, dont le risque est cinq à dix fois plus élevé pendant la grossesse et la période postpartum et l'embolie amniotique, une condition marquée par un choc et une insuffisance respiratoire pendant le travail ou immédiatement après l'accouchement [11,45].

Tableau I : Diagnostic différentiel de la CMPP (partie 1)

	Histoire de la maladie	**Début**	**Biomarqueurs**	**Échocardiographie/ IRM cardiaque**	**Différenciation de la CMPP**
CMPP	Pas d'antécédents de pathologies cardiaques, pas de signes et/ou symptômes de défaillance cardiaque avant la grossesse	Au cours du dernier mois de grossesse ou des 5 premiers mois après l'accouchement	Élévation des peptides natriurétiques	Réduction de la fonction d'éjection du VG, FEVG < 45%	–

Tableau II : Diagnostic différentiel de la CMPP (partie 2)

	Histoire de la maladie	**Début**	**Biomarqueurs**	**Échocardiographie/ IRM cardiaque**	**Différenciation de la CMPP**
Myocardite	Infection virale antérieure (respiratoire par exemple)	Apparition aiguë ou subaiguë après une infection virale	Troponine et CRP élevés	Fonction ventriculaire gauche normale ou réduite, image atypique de rehaussement tardif du myocarde au gadolinium, épanchement péricardique	IRM cardiaque (model rehaussement tardif), biopsie du myocarde
Cardiomyopathie idiopathique/familiale dilatée ou acquise préexistante	Signes et/ou symptômes de défaillance cardiaque et/ou cardiopathie connue avant la grossesse	Pendant le deuxième trimestre de la grossesse	Peptides natriurétiques élevés	FEVG réduite, Dysfonctionnement VD possible	Dysfonctionnement VD possible, schéma myocardique rehaussement tardif typique (CMD) Antécédents, échocardiographie, IRM cardiaque
Syndrome de Takotsubo	Douleur thoracique, accouchement très stressant ou en urgence lié à des complications fœtales	Apparition aigue, pendant ou immédiatement après l'accouchement	Peptides natriurétiques élevés	Anomalies régionales du mouvement de la paroi avec des schémas anatomiques	Anamnèse, échocardiographie
Infarctus du myocarde associé à la grossesse	Douleur thoracique ou épigastrique	Apparition aiguë, pendant la grossesse ou immédiatement après l'accouchement	Troponine élevée	Anomalies régionales du mouvement de la paroi avec cicatrice myocardique ischémique	Antécédents, ECG, coronarophie, IRM cardiaque

Tableau III : Diagnostic différentiel de la CMPP (partie 3)

	Histoire de la maladie	**Début**	**Biomarqueurs**	**Échocardiographie /IRM cardiaque**	**Différenciation de la CMPP**
Embolie pulmonaire	Douleur thoracique, dyspnée, grosse jambe unilatérale douloureuse	Apparition aiguë, pendant la grossesse ou immédiatement après l'accouchement	Élévation des peptides natriurétiques et/ou de la troponine, élévation des D-dimères	Dysfonctionnement du VD, dilatation VD, fonction du VG généralement normal	Scanner, scintigraphie ventilation-perfusion
Cardiomyopathie Hypertensive/ prééclampsie severe	Hypertension préexistante ou, proteinurie	Au cours du deuxième trimestre de grossesse	Peptides natriurétiques élevés	Hypertrophie ventriculaire gauche transitoire ou permanent, dysfonction diastolique	Anamnèse, échocardiographie
Cardiomyopathie Hypertrophique	Prédisposition Familiale	Au cours du deuxième trimestre de grossesse	Peptides natriurétiques élevés	Hypertrophie VG, schéma typique du rehaussement tardif du myocarde, obstruction des voies d'écoulement du VG	Anamnèse, échocardiographie, IRM cardiaque
Cardiomyopathie du VIH /SIDA	Infection à VIH	Au cours du deuxième trimestre de grossesse	Peptides natriurétiques élevés	Reduction de la fonction systolique VG, le VG/VD ne sont souvent pas dilatés	Sérologie VIH
Cardiopathie congénitale préexistante (inconnue)	Signes de dysfonctionnement cardiaque au cours de la grossesse, cardiopathie connue, chirurgie cardiaque antérieure	Au cours du deuxième trimestre de grossesse	Peptides natriurétiques élevés	Malformations cardiaques congénitales, shunts cardiaque	Antécédents, échocardiographie
Cardiopathie valvulaire préexistante	Défaillance cardiaque au cours des grossesses antérieures cardiopathie connue	Au cours du deuxième trimestre de grossesse	Peptides natriurétiques élevés	Régurgitation ou sténose valvulaire, valves cardiaques prothétiques	Antécédents, échocardiographie

1.7 TRAITEMENT

1.7.1 Traitement symptomatique

Le traitement symptomatique de l'insuffisance cardiaque de la CMPP vise à réduire la précharge, augmenter la contractilité myocardique et diminuer les résistances vasculaires périphériques [18]. Ce traitement ne présente pas de spécificité par rapport aux autres étiologies d'insuffisance cardiaque et repose à la phase aigüe, selon le degré de sévérité sur :

- La limitation de l'activité physique ;
- La restriction hydro sodée
- La position demi-assise
- L'oxygénothérapie si nécessaire
- L'association de diurétiques de l'anse et de dérivés nitrés en cas de signes congestifs ;
- Les digitaliques en cas de tachycardie sinusale ;
- Le recours aux cardiotropes (essentiellement dobutamine) en seconde intention si le traitement conventionnel s'avère insuffisant ;
- Une anticoagulation (héparine et AVK) à dose curative, en raison du risque thromboembolique particulièrement élevé dans ce contexte (thrombus intracardiaque avec risque d'embolie systémique, maladie thromboembolique veino-pulmonaire).

L'introduction précoce des inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) est recommandée dans le postpartum, du fait de leur effet bénéfique sur le remodelage ventriculaire gauche et d'une réduction démontrée de mortalité dans la CMPP. Leur utilisation avant l'accouchement reste contre-indiquée en raison de leur potentiel tératogène et du risque d'insuffisance rénale fœtale. Une fois l'insuffisance cardiaque stabilisée, les bétabloquants spécifiques de l'insuffisance cardiaque (comme le carvédilol ou le bisoprolol) seront introduits.

Les antagonistes des récepteurs minéralo-corticoides type spironolactone peuvent avoir des effets anti-androgéniques sur le fœtus au cours de la grossesse. Bien que les effets de l'Eplérénone sur le fœtus soient incertains, il devrait être également évité pendant la grossesse.

Les inhibiteurs de SGLT2 (giflozines) est une classe pharmacologique qui était initialement utilisée chez les patients diabétiques insuffisants cardiaques puis secondairement chez l'ensemble des patients insuffisants cardiaques avec ou sans diabète et à FEVG abaissée. Ceci pourrait réduire la mortalité cardiovasculaire et d'hospitalisation des insuffisants cardiaques.

D'un point de vue obstétrical, il n'existe pas de consensus sur le mode d'accouchement et le moment de celui-ci. Tout dépend de l'état fœtal et maternel. Si les deux sont stables, un accouchement en urgence n'est pas nécessaire. Si la patiente est instable ou gravement atteinte, une césarienne est évidemment préconisée mais une voie basse reste possible dans un centre adapté, habitué à prendre en charge des patientes cardiaques[2,16,44].

1.7.2 Traitements spécifiques

Dans les formes « fulminantes » avec biopsies myocardiques mettant en évidence une myocardite très inflammatoire ou lymphocytaire, un traitement immunosuppresseur et/ou l'injection d'immunoglobulines intraveineuses ont été utilisés avec succès dans certaines séries, sans qu'aucun essai clinique randomisé contrôlé n'ait toutefois fait la preuve de leur efficacité.

Tout récemment, la bromocriptine (une anti-prolactine) a fait la preuve de son efficacité dans un essai randomisé contrôlé. Reposant sur l'hypothèse physiopathologique du rôle cardiotoxique de la prolactine de petit poids moléculaire (16KDa-prolactine) comme facteur déclenchant ou favorisant la CMPP. Son utilisation et ses effets secondaires sont bien connus du fait de son

emploi en obstétrique afin de stopper la lactation [2,16,28,44,46]. Elle sera contre-indiquée en cas d'antécédents d'accident thromboembolique artériel, en cas de thrombus intracardiaque ou en cas d'HTA sévère mal contrôlée ou de pré-éclampsie [18]. La bromocriptine (Parlodel® 2,5mg) : ½ comprimé le premier jour, 1 comprimé le deuxième jour, puis 2cp par jour pendant plusieurs semaines [2]. La bromocriptine a été introduite en tant que traitement basé sur la physiopathologie pour les patientes atteintes de CMPP il y a près de 15 ans et est associée à d'excellents résultats dans plusieurs études. Le traitement à la bromocriptine devrait être envisagé pour améliorer la récupération de la FEVG et arrêter la lactation au moins chez les patientes atteintes de CMPP modéré à sévère.[28]

La transplantation cardiaque : elle peut se faire en situation d'urgence, avec une fonction ventriculaire gauche quasi-nulle résistante aux digitaliques. Les résultats de la transplantation sont mitigés du fait des rejets plus importants que dans les autres cardiomyopathies dilatées. Ces rejets surviennent dans les six mois, d'autant plus que la patiente est jeune ou qu'il y a l'association d'une myocardite où la mortalité précoce est importante. Les rejets sont liés à la présence d'anticorps contre le myocarde. À long terme, le risque de rejet est comparable à celui des cardiomyopathies dilatées. En dehors des rejets, il y a peu de donneurs compatibles, car il y a une immunisation secondaire à l'exposition aux antigènes fœtaux. En cas de transplantation, la survie à 5 ans est de 50% [43].

1.8 ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

L'évolution initiale en phase aigüe est imprévisible avec risque d'état de choc cardiogénique réfractaire et de complications thromboemboliques. Le taux de mortalité est estimé entre 10-15%. La mortalité périnatale se situe aux alentours de 10%. L'évolution à long terme est aussi imprédictible : une restitution ad integrum de la fonction cardiaque est observée dans la moitié des cas. Dans un

tiers des cas, on note une stabilisation des lésions. Seul un faible nombre va évoluer progressivement vers l'insuffisance cardiaque réfractaire nécessitant de poser l'indication d'une transplantation cardiaque. L'absence de récupération d'une fonction cardiaque intégrale dans les six mois du post-partum témoigne d'une évolution vers la cardiomyopathie chronique. Se référant à la théorie hormonale, l'allaitement maternel serait déconseillé. L'usage d'estrogènes est contre-indiqué vu le risque thromboembolique.

Le risque de récidive au cours d'une grossesse ultérieure est variable selon les études (25 à 100%). Il semble plus élevé en cas d'insuffisance cardiaque séquellaire. Ainsi, la Société européenne de cardiologie préconise de déconseiller toute grossesse en cas d'insuffisance cardiaque persistante, de la contre-indiquer si la FEVG reste inférieure à 50% en raison du risque de décompensation cardiaque, de réaliser une échocardiographie de dépistage au troisième trimestre chez les patientes aux antécédents de CMPP complètement récupérée ou en cas d'antécédent familial de CMPP chez une parenté de premier degré. De nombreuses femmes, cependant, désirent fortement des grossesses ultérieures. La décision de poursuivre ou non est donc difficile et très individuelle. Les données disponibles ne permettent pas de formuler des recommandations fermes à ce sujet. Néanmoins, il est prudent d'attendre la normalisation de la fonction ventriculaire gauche en l'absence de médicaments, et les femmes doivent être informées qu'elles courent un risque élevé de récidive même si leur fonction ventriculaire gauche s'est rétablie, ce qui pourrait entraîner un déclin grave et parfois persistant de la fonction ventriculaire gauche ou des complications mettant la vie en danger, et que les résultats à long terme ne sont pas connus à l'heure actuelle. Il est fortement recommandé d'adopter une approche d'équipe pour la prise de décision, y compris des cliniciens et des patientes bien informés. Si la décision de poursuivre la grossesse est prise, une surveillance étroite des symptômes, de la fonction ventriculaire gauche et du peptide natriurétique cérébral est fortement

recommandée pendant et après la grossesse. Les IEC doivent immédiatement être interrompus en raison du risque tératogène. Chez ces patientes, la bromocriptine sera discutée au cours du dernier mois de grossesse, car elle préviendrait la récidive [18,29,43].

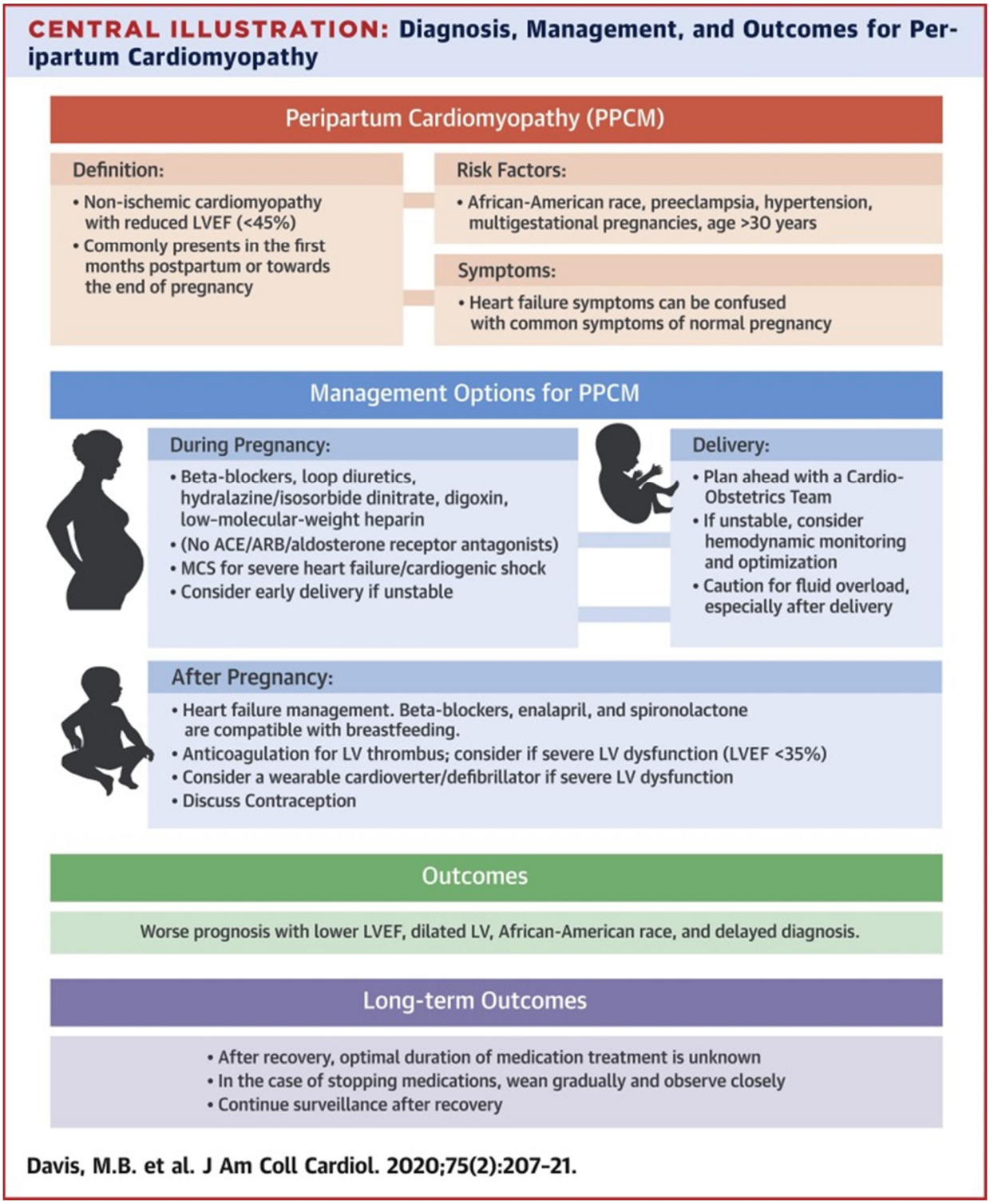


Figure 6 : Diagnostic, prise en charge et devenir des cas de cardiomyopathie du péripartum *[12]*

2. CADRE ET MÉTHODE DE L'ÉTUDE

2.1 CADRE D'ÉTUDE

Notre étude s'est déroulée dans le service de réanimation obstétricale au Centre Hospitalier et Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune (CHU-MEL) situé dans la ville de Cotonou en République du Bénin.

Cotonou est la capitale économique de la République du Bénin, commune à statut particulier, elle comporte 13 arrondissements et représente le département du Littoral. La ville de Cotonou s'étend sur une superficie de 79 km² et sa population est de 722 000 habitants en 2023 [47]. Elle est limitée au nord par la commune de So-ava (lac Nokoué) ; au sud par l'océan Atlantique, à l'est par la commune de Sèmè-kpodji et à l'ouest par la commune d'Abomey-Calavi.



Figure 7 : Carte du Bénin

La ville de Cotonou abrite quatre hôpitaux de référence :

- Le Centre National Hospitalier Universitaire Hubert K. MAGA (CNHU-HKM) ;
- Le Centre Hospitalier et Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune (CHU-MEL) ;

- Le Centre National hospitalier et universitaire Neuropsychiatrique de Jacquot ;
- Le Centre National hospitalier et universitaire de Pneumo-Phtisiologie Lazaret de Akpakpa.

Le Centre Hospitalier et Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune

Créé depuis 1958, le CHU-MEL est un établissement public à caractère social, un hôpital universitaire de référence dans les domaines de la gynécologie, de l'obstétrique et de la pédiatrie. En tant qu'établissement hospitalier de l'espace hospitalo-universitaire, le CHU-MEL a trois principales missions : les soins (préventifs, curatifs, promotionnels et ré adaptatifs), la formation et la recherche. Il est situé au bord de la lagune à Tokpa-hoho dans le 5e arrondissement de Cotonou et couvre environ 9,95 hectares.



Figure 8 : CHU-MEL Cotonou

➢ **Structure organisationnelle des services médicaux**

Le CHU-MEL est organisé en grands secteurs d'activités dont les plus importants sont :

- Le secteur des consultations externes : consultation prénatale (CPN), consultation gynécologique, consultation postnatale, planification familiale, kinésithérapie ;
- Le bloc obstétrical regroupant les urgences, la salle de dilatation, la salle d'accouchement, et le bloc opératoire ;
- Le service d'hospitalisation des mères avec plusieurs sites : Bâtiment D1, D2 et G1 ;
- Les soins intensifs ;
- Le secteur de la vaccination ;
- Le service d'anesthésie-réanimation ;
- Le service des urgences pédiatriques.

Notre enquête a été réalisée dans le secteur d'anesthésie-réanimation de cet hôpital.

Présentation du secteur d'anesthésie-réanimation du CHU-MEL

- **Sur le plan des infrastructures**

Il est composé de : trois salles d'hospitalisation comportant au total 11 lits, une salle de garde des DES, une salle de garde des infirmiers, une salle de garde du surveillant des infirmiers anesthésistes, une salle de garde des aides-soignants, un magasin, trois bureaux, des toilettes et le bureau du chef de service.

- **Sur le plan des ressources humaines**

Le service d'anesthésie réanimation du CHU-MEL est dirigé par le Maître de Conférences Agrégé Joseph AKODJENOU et ses collaborateurs y compris le personnel paramédical. Ils constituent le personnel permanent du service. Le personnel non permanent est constitué de médecins en année de formation en DES d'anesthésie-réanimation et des étudiants de l'Institut National Médico-Sanitaire (INMeS) en master d'anesthésie.

- **Les activités du service**

Le service de garde est assuré par une équipe composée d'un médecin anesthésiste et réanimateur (qui reste en astreinte), d'au moins deux résidents en anesthésie-réanimation, de deux infirmiers et deux aides-soignants. Les patientes proviennent de la consultation ou des autres services. Sous la supervision de médecins anesthésistes et réanimateurs, les DES participent à la consultation pré-anesthésique, à la visite des malades en réanimation obstétricale et à la pratique de l'anesthésie opératoire. Outre ces activités, il y a également les travaux de recherche faisant l'objet de thèses de Doctorat d'Etat en Médecine Générale, de mémoires de fin de formation et autres publications médicales.

2.2 MÉTHODE D'ÉTUDE

2.2.1 Type d'étude

Il s'est agi d'une étude rétrospective transversale à visée descriptive .

2.2.2 Période d'étude

Elle s'est étendue du 1er janvier 2018 au 30 septembre 2023. Les données ont été collectées de mai à septembre 2023.

2.2.3 Population d'étude

- Population cible

Elle était constituée de l'ensemble des patientes ayant été admises dans le service de réanimation obstétricale au CHU-MEL au cours de la période d'étude pour pathologies cardiovasculaires.

- Population source

Elle était constituée de l'ensemble des patientes ayant été admises dans le service de réanimation obstétricale au CHU-MEL pour CMPP au cours de la période d'étude.

2.2.4 Critères d'éligibilité

2.2.4.1 Critères d'inclusion

Nous avons utilisé les dossiers médicaux des patientes, en âge de procréer, hospitalisées dans le service de réanimation obstétricale au cours de la période d'étude pour une insuffisance cardiaque confirmée à l'échographie cardiaque installée un mois avant l'accouchement ou dans les cinq mois qui le suivent sans aucune étiologie retrouvée [31].

2.2.4.2 Critères de non-inclusion

N'ont pas été incluses dans l'étude :

- Les parturientes avec une cardiopathie antérieure.
- Les femmes enceintes ou accouchées avec une cardiopathie installée hors des délais sus précisés.
- Les patientes hospitalisées pour d'autres pathologies.
- Les patientes avec une échographie cardiaque normale
- Les patientes n'ayant pas bénéficié d'une échographie cardiaque

2.2.4.3 Critères d'exclusion

- Patientes dont le dossier médical est non exploitable ou mal rempli.

2.2.5 Échantillonnage

➢ Taille de l'échantillon

La taille de notre échantillon a été calculée par la formule de SCHWARTZ avec une limite de confiance de 95% selon la formule suivante.

$$n = t^2 \times p \times (1-p) / m^2$$

- n : Taille d'échantillon minimale pour l'obtention de résultats significatifs.
- t : Niveau de confiance (la valeur type du niveau de confiance de 95 % sera 1,96)

- p : prévalence estimée de la cardiomyopathie du post partum dans le service de réanimation obstétricale(2.04 % en 2019 selon Codjo au Benin)
- m : Marge d'erreur (généralement fixée à 5 %)

Ainsi, pour un événement ayant une probabilité de réalisation de 40 %, en prenant un niveau de confiance de 95 % et une marge d'erreur de 5 %, la taille d'échantillon devra être de

$$n = 1{,}96^2 \times 0{,}0204 \times 0{,}9796 / 0{,}05^2 = \mathbf{30{,}70}$$ soit 31 patientes

Afin de pallier les non-réponses, une majoration de 10% sera effectuée. **Soit une taille d'échantillon de 33 patientes**.

➢ Méthodes d'échantillonnage

Nous avons effectué un recrutement exhaustif des dossiers de toutes les patientes éligibles durant la période d'étude.

2.2.6 Variables

2.2.6.1 Variable dépendante

La variable dépendante de cette étude était la cardiomyopathie du péripartum.

2.2.6.2 Variables indépendantes

Les variables sont de plusieurs ordres.

➢ Variables sociodémographiques

- Age, situation matrimoniale, profession, ethnie, résidence, niveau d'instruction

➢ Terrain

- Facteurs de risque et habitudes de vie : travail physique intense, consommation de tisane au cours de la grossesse, régime hypersodé, tabac, alcool
- Comorbidités : anémie, diabète, hypertension artérielle, insuffisance rénale, insuffisance hépatique, pneumopathie, sepsis

- Caractéristiques de la grossesse
  - Suivi de grossesse
  - Type de grossesse (monofoetale, gémellaire)
  - Gestité et parité
  - Notion d'HTA gravidique ou prééclampsie
  - Utilisation de tocolyse au cours de la grossesse
  - Voie d'accouchement, indication si césarienne
- Caractéristiques de la CMPP
  - Manifestation révélatrice de la pathologie,
  - Délai d'apparition de la maladie par rapport à l'accouchement et à la consultation,
  - Type d'insuffisance cardiaque
  - Sévérité de la CMPP
- Variables biologiques
  - Signes à l'ECG : hypertrophie ventriculaire droite et/ou gauche, bloc atrio-ventriculaire et/ou de branche, troubles du rythme, tachycardie sinusale, extrasystoles ventriculaires, fibrillation atriale.
  - Signes radiologiques tels que : cardiomégalie, épanchement pleural, opacités parenchymateuses…
  - Signes échocardiographies : la dilatation de l'oreillette droite et/ou gauche et/ou une dilatation du ventricule droit et/ou gauche, épanchement péricardique, valvulopathies.
  - Signes biologiques (NFS, urée, créatininémie, ASAT, ALAT)
- Variables thérapeutiques
  - Mesures hygiéno-diététiques : régime hyposodé, restriction hydrique, Oxygénothérapie, Position demi-assise
  - Traitement médicamenteux (IEC, dérivés nitrés, diurétiques, digitaliques, antihypertenseurs, anticoagulants, antiagrégants, bromocriptine)

- Évolution
  - Complications : embolie pulmonaire, accident vasculaire cérébral, troubles du rythme et/ou de la conduction, insuffisance cardiaque chronique
  - Perdue de vue
  - Guérison
  - Décès et facteurs associés

2.2.7 Opérationnalisation des variables

- Critères diagnostic de l'insuffisance cardiaque

Syndrome d'insuffisance cardiaque gauche : dyspnée à quantifier selon les stades de la NHYA, tachycardie, bruit de galop gauche, râles crépitants bilatéraux symétriques, épanchement pleural droit

Syndrome d'insuffisance cardiaque droite : bruit de galop droit, hépatomégalie douloureuse à surface régulière, reflux hépato-jugulaire, turgescences des jugulaires, œdèmes des membres pelviens et/ou signe de Harzer

Insuffisance cardiaque globale : association de l'insuffisance cardiaque gauche et droite

- Critères diagnostiques de CMPP

Aucune autre cause identifiable à l'insuffisance cardiaque

- Sévérité de la CMPP

FEVG inférieure à 30%

- Critères biologiques

- Anémie : taux d'hémoglobine inférieur à 10 ,5 g/dl
- Thrombopénie : plaquettes inferieures à 150 G/l
- Créatinine normale si située entre 7 et 14 mg/l

2.2.8 Recueil des données

2.2.8.1 Technique de collecte de données

La collecte des données était rétrospective. Nous avons inclus de façon exhaustive, les patientes hospitalisées pour CMPP après exclusion des causes de

cardiomyopathie secondaire à l'aide des données cliniques et de l'échocardiographie. Tous les dossiers médicaux devaient comporter un compte rendu d'échocardiographie confirmant le diagnostic initial. Le diagnostic de CMPP était retenu lorsque les patientes répondaient aux 4 critères diagnostiques du National Heart Blood and Lung Institute (NHBLI)[16].

2.2.8.2 Outil de collecte

Nous avons élaboré une fiche de collecte qui a servi de recueil de données portant systématiquement les paramètres cliniques, échocardiographies, électrocardiographiques, biologiques, thérapeutiques et évolutifs.

2.2.8.3 Déroulement de la collecte de données

L'équipe de collecte était constituée de nous-même et d'une étudiante en cinquième année d'étude en médecine qui avait des prérequis dans l'utilisation de l'outil et de la technique de collecte, ainsi qu'une maitrise des langues locales. Les patientes non décédées en cours d'hospitalisation ont été contactées par appel téléphonique afin d'obtenir des informations supplémentaires, notamment la réalisation d'une échographie de contrôle. Au cours de l'appel un consentement éclairé a été obtenu. Les patientes non joignables ou qui ne disposaient pas de plus d'information sur la réalisation de l'échographie contrôle étaient considérées comme perdues de vue. Les patientes décédées étaient celles dont l'information était disponible dans leur dossier médical ou dont les parents avaient déclaré le décès lors de l'appel téléphonique.

2.2.9 Traitement et analyse des données

La complétude des données recueillies ainsi que leur cohérence étaient vérifiées à la fin de chaque journée afin de se rassurer de la qualité des données collectées. Les données ont été saisies à l'aide du logiciel Epi Data 3.1 et analysées avec le logiciel Stata version 18. Le traitement du texte, la confection des tableaux et des

graphiques étaient faits à l'aide des logiciels d'applications Microsoft WORD et EXCEL version 2013.

En analyse descriptive, la moyenne et l'écart type étaient calculés pour les variables quantitatives dont la distribution était normale tandis que la médiane et l'intervalle interquartile (Q1 ; Q3) pour les variables quantitatives dont la distribution était asymétrique. Les proportions ou pourcentages étaient calculés pour les variables qualitatives.

La recherche d'association entre la variable « Décès (Oui/Non) » et les différentes variables indépendantes en analyse univariée, a été faite grâce à la méthode de régression logistique simple. Les associations ont été appréciées à travers les rapports de cote ou Odds Ratio (OR) bruts et leur intervalle de confiance à 95 % [IC 95%]. Des croisements entre variables indépendantes ont été également faits pour rechercher les interactions ainsi que les facteurs de confusion. Nous avons utilisé un modèle de régression logistique multiple pas à pas descendant basé sur la p-value pour rechercher les facteurs associés au décès. Pour ce faire, les variables ayant un seuil de significativité inférieur ou égal à 0,20 lors de l'analyse uni variée. Le seuil de significativité retenu était de 5%. La force des associations a été appréciée à travers les rapports de cote ou Odds Ratio (OR) ajustés et leur intervalle de confiance à 95 % [IC95%]. Le test de Hosmer-Lemeshow a été utilisé pour vérifier l'adéquation du modèle final.

2.3 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

L'étude a été réalisée en respectant des conditions prévues par l'éthique et la déontologie médicale. Nous avons rencontré le Directeur Général du CHU-MEL, le chef de service concerné et le personnel dudit service afin d'obtenir les différentes autorisations.

3. RÉSULTATS

Durant la période d'étude, 48 patientes atteintes de CMPP avaient été colligées sur 2548 patientes reçues pour pathologies cardiovasculaires soit une fréquence de 1,88% et sur 13476 admissions soit 0,35% des patientes hospitalisées dans le service. La figure suivante représente le diagramme de flux.

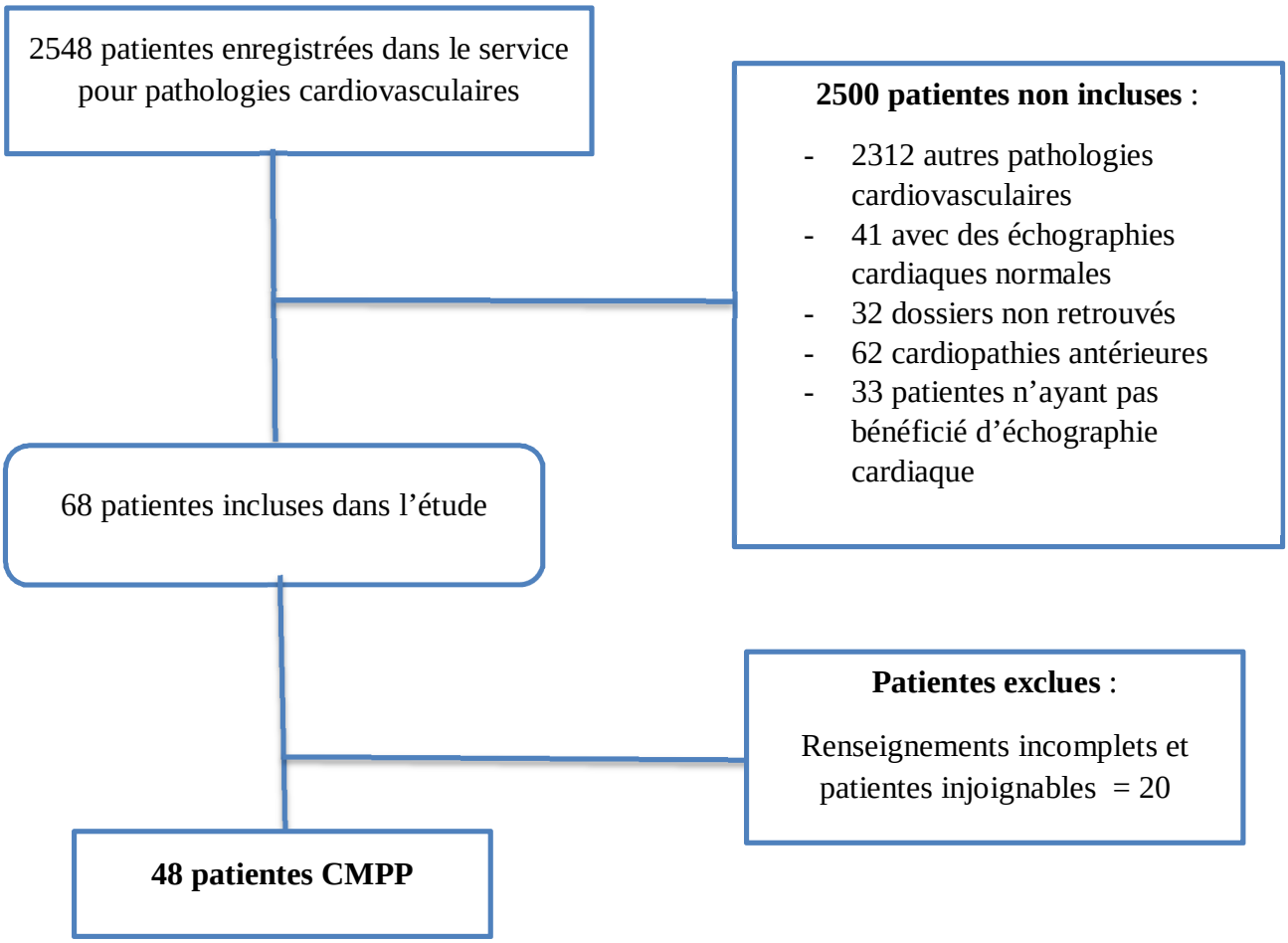


Figure 9 : Diagramme de flux des patientes CMPP en réanimation obstétricale du CHU-MEL entre 2018 et 2023.

3.1 ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET SOCIODÉMOGRAPHIQUES

3.1.1 Fréquence de la CMPP

De 2018 à 2023, un total de 2548 patientes avait été admises pour pathologies cardiovasculaires en réanimation obstétricale du CHU-MEL dont 48 étaient des cas de CMPP ; soit une fréquence de 1,88 %.

3.1.2 Caractéristiques sociodémographiques

- Âge des patientes

L'âge des patientes variait de 18 à 42 ans. L'âge moyen était de 28,69 ans ± 5,89. Les patientes dont l'âge était compris entre 25 et 32 ans étaient les plus représentées (41,67%). Le tableau IV représente la répartition des patientes selon l'âge.

Tableau IV : Répartition selon leur âge des cas de CMPP admis en réanimation obstétricale du CHU-MEL de 2018 à 2023.

	Effectif	**Fréquence (%)**
Tranche d'âge		
[18 – 25[	12	25,0
[25 – 32[	20	41,7
[32 – 42]	16	33,3
Total	48	100

- Répartition selon la profession et le niveau d'instruction

La classe socioprofessionnelle la plus représentée était celle des commerçantes à 27,08%. Le tableau V représente la répartition des patientes selon leur profession.

Tableau V : Répartition selon leur profession des cas de CMPP admis en réanimation obstétricale du CHU-MEL de 2018 à 2023.

	Effectif	Pourcentage
Profession		
Fonctionnaire	8	16,7%
Commerçante	13	27,1%
Ménagère	8	16,7%
Élève/Étudiant	4	8,3%
Autres	15	31,2%
Total	48	100%

Les patientes atteintes de CMPP qui étaient non scolarisées ou qui s'étaient limitées aux études primaires représentaient 75% des cas. Le tableau VI représente la répartition des patientes selon leur niveau d'instruction.

Tableau VI : Répartition selon le niveau d'instruction des cas de CMPP admis en réanimation obstétricale du CHU-MEL de 2018 à 2023.

	Effectif	Fréquence (%)
Niveau d'instruction		
Non scolarisée	20	41,7
Primaire	16	33,3
Secondaire	12	25
Total	48	100

- Zone de résidence des patientes

Les patientes résidaient pour la plupart en milieu rural (62,50%). Le tableau VIII présente la répartition selon la zone de résidence.

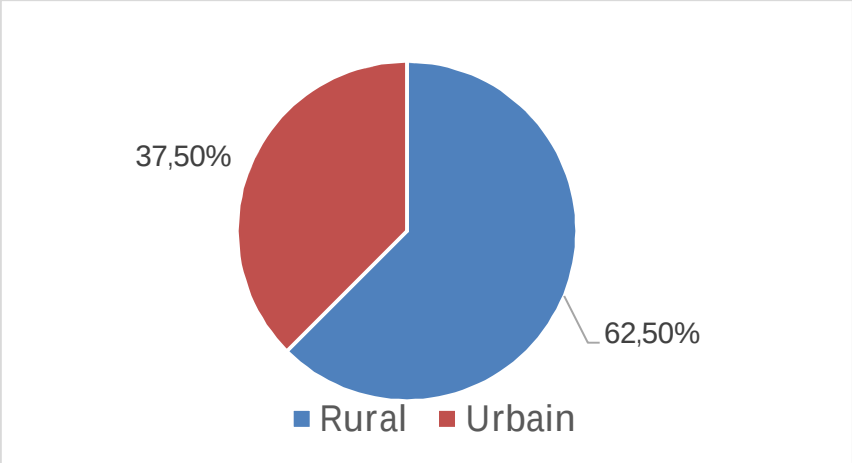


Figure 10 : Répartition selon le milieu de résidence des cas de CMPP admis en réanimation obstétricale du CHU-MEL de 2018 à 2023.

- Répartition selon l'origine ethnique

La plupart des patientes étaient d'ethnie fons et apparentés (66,67%). Le tableau VII représente la répartition des cas selon l'ethnie.

Tableau VII : Répartition selon l'ethnie des cas de CMPP admis en réanimation obstétricale du CHU-MEL de 2018 à 2023.

	Effectif	Fréquence (%)
Ethnie		
Fon et Apparentés	32	66,7
Adja et apparentés	8	16,7
Nago et apparentés	2	4,1
Dendi	3	6,2
Autres	3	6,3
Total	48	100

- Répartition selon la situation matrimoniale

Elles étaient en majorité mariées ou en union (79,17%). Le tableau X représente la répartition des cas selon leur situation matrimoniale.

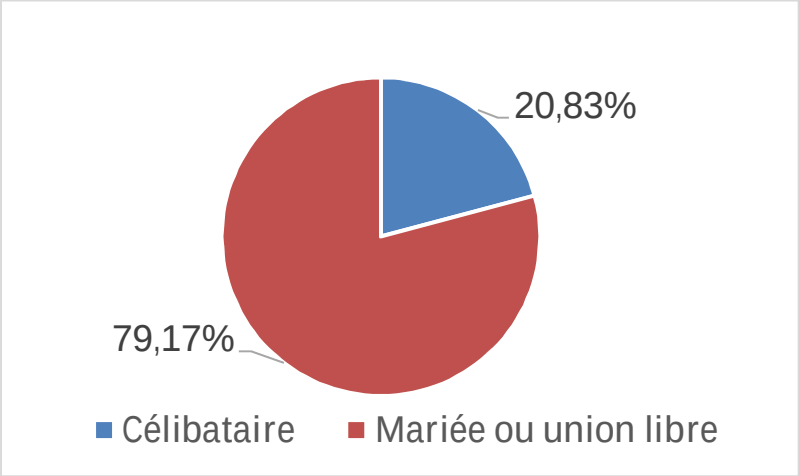


Figure 11 : Répartition selon la situation matrimoniale des cas de CMPP admis en réanimation obstétricale du CHU-MEL de 2018 à 2023.

3.2 FACTEURS FAVORISANTS

Les principaux facteurs de risque étaient le travail physique intense (91,67%), la consommation de tisane pendant la grossesse (83,33%), le syndrome infectieux pendant la grossesse (75%), le régime hypersodé (75%) et l'utilisation de tocolyse pendant la grossesse (60,42%). Le tableau VIII ci-après présente la répartition des enquêtées selon les facteurs de risques retrouvés.

Tableau VIII : Répartition selon les facteurs de risque présentés par les cas de CMPP admis en réanimation obstétricale du CHU-MEL de 2018 à 2023

	Effectif (n=48)	Pourcentage (100%)
Travail physique intense pendant la grossesse	44	91,7
Tisane	40	83,3
Syndrome infectieux pendant la grossesse	36	75,0
Régime hypersodé	36	75,0
Utilisation de Tocolyse pendant la grossesse	29	60,4
Grossesse gémellaire	7	14,6
Alcool	1	2,08
IMC avant grossesse		
18-24,9	16	33,33
25-29,9	15	31,25
30-35,9	16	33,33
35-39,9	1	2,08

3.3 ANTÉCÉDENTS

3.3.1 Antécédents familiaux

Les antécédents familiaux retrouvés étaient constitués d'antécédents familiaux d'insuffisance cardiaque (16,67%) ; de diabète (27,08%) et d'HTA (75%).

3.3.2 Antécédents personnels

Il s'agissait beaucoup plus de l'HTA (70,83%) ; du diabète (4,17%).

Concernant la gestité, la moyenne était de 2,93 ± 1,90. La parité moyenne était de 2,56 ± 1,71 (Extrêmes : 1 et 7). Les multipares représentaient 77,08 % des cas.

Le nombre médian de CPN effectué était de 2 donc 50% ont effectué au moins 2 CPN (Q1 = 0,5 ; Q3=4,5) et un quart des femmes n'a pas effectué de CPN (25%).

Par ailleurs, 20 femmes (29,17%) ont des antécédents personnels de fausses couches. Les tableaux IX et X présentent la répartition selon les antécédents personnels des enquêtés.

Tableau IX : Répartition selon les antécédents personnels des cas de CMPP admis en réanimation obstétricale du CHU-MEL de 2018 à 2023 (partie 1).

	Effectif (n=48)	**Pourcentage (100%)**
HTA chronique		
Non	34	70,83
Oui	14	29,17
Diabète		
Non	46	95,83
Oui	2	4,17
Gestité		
1-2	23	47,92
3 et plus	25	52,08
Parité		
1	16	33,33
2-3	21	43,75
4 et plus	11	22,92
Fausses couches		
0	28	58,33
1-2	20	29,17

Tableau X : Répartition selon les antécédents personnels des cas de CMPP admis en réanimation obstétricale du CHU-MEL de 2018 à 2023 (partie 2).

	Effectif (n=48)	**Pourcentage (100%)**
HTA Gravidique		
Non	34	70,83
Oui	14	29,17
Prééclampsie		
Non	31	64,58
Oui	17	35,42

- Suivi de grossesse

Le tableau XI représente la répartition des cas selon le suivi de grossesse.

Tableau XI : Répartition selon le suivi de grossesse des cas de CMPP admis en réanimation obstétricale du CHU-MEL de 2018 à 2023.

Nombre de CPN effectué	**Effectif**	**Pourcentage (%)**
0	12	25,00
1 – 3	19	39,58
4 – 8	17	35,42
Total	48	100

3.4 ASPECTS CLINIQUES, THÉRAPEUTIQUES ET ÉVOLUTIFS DE LA CMPP

3.4.1 Données cliniques

3.4.1.1 Délai d'apparition de la maladie

La maladie était apparue chez 30 femmes (62,50%) dans le postpartum, chez 10 femmes (20,83%) dans l'antépartum et chez 16,67% au cours du travail. La figure VII représente la répartition des cas selon le délai d'apparition.

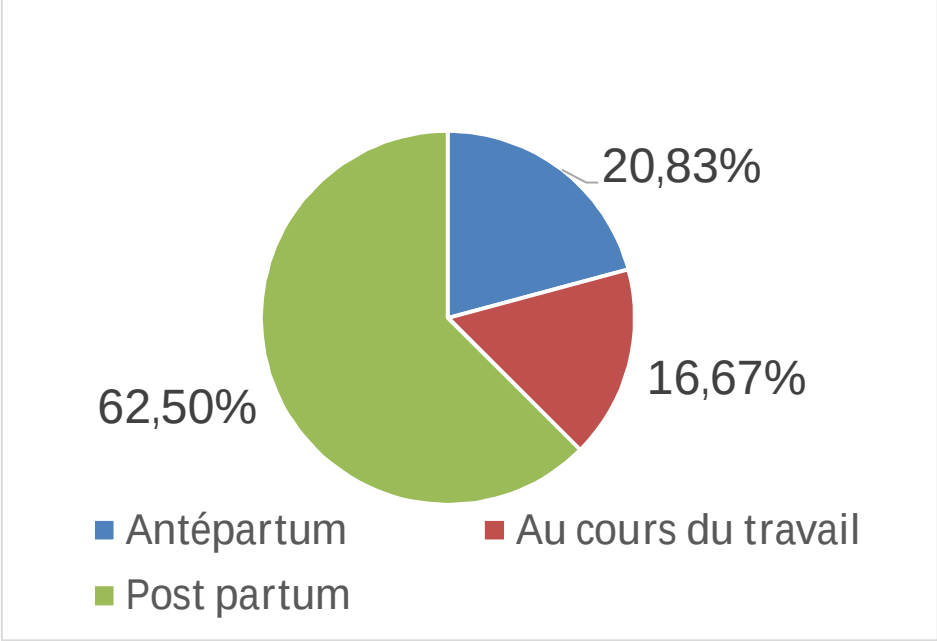


Figure 12 : Répartition selon le délai d'apparition des symptômes des cas de CMPP admis en réanimation obstétricale du CHU-MEL de 2018 à 2023

3.4.1.2 Le délai d'apparition des symptômes en antépartum et postpartum

Le délai moyen de survenue des symptômes dans le postpartum et l'antépartum étaient respectivement de 4,5 jours (IIQ : 2 et 6) et 17,09 ± 7,52 jours (Extrêmes : 5 et 27).

3.4.1.3 Le délai d'hospitalisation en réanimation

Le délai moyen entre l'apparition des signes et l'hospitalisation était de 1,5 jours (IIQ : 0 et 3).

3.4.1.4 Motifs de consultation

Toutes les patientes enquêtées avaient comme motif de consultation une dyspnée dont 35,42% étaient au stade 4. Les douleurs thoraciques avaient été enregistrées chez 56,25% des patientes. Le tableau XII présente la répartition selon les motifs de consultations des enquêtées.

Tableau XII : Répartition selon les motifs de consultation des cas de CMPP admis en réanimation obstétricale du CHU-MEL de 2018 à 2023.

	Effectif (n=48)	**Pourcentage (100%)**
Stade de la Dyspnée		
Stade 1	1	20,8
Stade 2	18	37,5
Stade 3	12	25,0
Stade 4	17	35,4
Œdèmes des membres inférieurs	41	85,4
Palpitations	34	70,8
Toux	32	66,7
Douleurs thoraciques	27	56,3
Fièvre	11	22,9
Hémoptysie	2	4,2
Asthénie	6	12,5

3.4.2 Signes physiques

Toutes les patientes avaient des râles crépitants. Les autres signes physiques les plus retrouvés comprenaient les œdèmes des membres pelviens (97,92%), la tachycardie (89,58%), le choc de pointe dévié (33,33%) et l'ascite (31,25%). Par ailleurs, 43 patientes, soit 89,58% des enquêtées, avaient une tension artérielle élevée dont 41,86% étaient de grade 3. Le tableau XIII présente la répartition selon les caractéristiques des signes physiques des enquêtées.

Tableau XIII : Répartition selon les signes physiques présentés par les cas de CMPP admis en réanimation obstétricale du CHU-MEL de 2018 à 2023.

	Effectif (n=48)	Pourcentage (100%)
Râles crépitants	48	100,00
Œdèmes des membres pelviens	47	97,92
Tachycardie	43	89,58
Choc de pointe dévié	16	33,33
Ascite	15	31,25
Turgescence jugulaire	9	18,75
Bruit de galop	8	16,67
Hépatomégalie	1	2,08
Reflux hépato-jugulaire	9	18,75
Souffle d'insuffisance mitrale	7	14,58
Souffle d'insuffisance tricuspidienne	1	2,08
Syndrome d'épanchement pleural	8	16,67
Tension artérielle		
Basse	1	2,08
Normal	4	8,33
Elevée	43	89,58
HTA Grade		
Grade 1	8	18,60
Grade 2	17	39,53
Grade 3	18	41,86
Insuffisance cardiaque		
Gauche	29	60,42
Globale	19	39,58

3.4.3 Données paracliniques

3.4.3.1 Anomalies biologiques

La NFS avait pu être réalisée par 45 (93,75%) femmes. Parmi ces dernières, 30 étaient anémiées (62,50%). Le taux d'hémoglobine moyen était de 8,73 ± 1,32 (Extrêmes : 5,2 et 10). Par ailleurs, 75% femmes présentaient une hyperleucocytose et huit une thrombopénie (16,67%). On retrouvait chez plus

d'une patiente sur deux, une hypercréatinémie (58,33%). Les tableaux XIV et XV présentent la répartition des patientes selon les anomalies biologiques retrouvées.

Tableau XIV : Répartition selon les anomalies biologiques présentées par les cas de CMPP admis en réanimation obstétricale du CHU-MEL de 2018 à 2023 (partie 1).

	Effectif (n=48)	Pourcentage (100%)
NFS réalisé		
Non	3	6,25
Oui	45	93,75
Anémie		
Non	18	37,50
Oui	30	62,50
Hyperleucocytose		
Non	9	20,00
Oui	36	80,00
Thrombopénie		
Non	37	82,22
Oui	8	17,78
Créatinémie		
Normal	28	58,33
Non disponible	20	41,67

Tableau XV : Répartition selon les anomalies biologiques présentées par les cas de CMPP admis en réanimation obstétricale du CHU-MEL de 2018 à 2023 (partie 1).

	Effectif (n=48)	Pourcentage (100%)
HIV		
Positif	3	6,25
Négatif	17	35,42
Indéterminé	28	58,33
ASAT		
< Deux fois la normale	1	2,08
> Deux fois la normale	5	10,42
Normal	12	25,00
Non disponible	30	62,50
ALAT		
< Deux fois la normale	1	2,08
> Deux fois la normale	5	10,42
Normal	12	25,00
Non disponible	30	62,50

3.4.3.2 Anomalies à l'ECG

L'ECG avait été réalisé chez toutes les patientes. Les principales anomalies retrouvées étaient la tachycardie sinusale (100%), l'hypertrophie ventriculaire gauche (95,83%) et les signes d'ischémie (52,08%). Le tableau XVI ci-après présente la répartition des patientes selon les anomalies retrouvées à l'ECG.

Tableau XVI : Répartition selon les anomalies retrouvées à l'ECG chez les cas de CMPP admis en réanimation obstétricale du CHU-MEL de 2018 à 2023.

	Effectif (n=48)	Pourcentage (100%)
Tachycardie sinusale	48	100,00
Hypertrophie ventriculaire gauche	46	95,83
Signes d'ischémie	25	52,08
Extrasystoles ventriculaires	22	45,83
Hypertrophie ventriculaire gauche	8	16,67
Bloc de branche gauche	4	8,33
Bloc de branche droit	3	6,25
Bloc atrio-ventriculaire	1	2,08
Fibrillation atriale	0	0
Hypertrophie ventriculaire droit	0	0

3.4.3.3 Anomalies à l'imagerie

3.4.3.3.1 Anomalies à l'échographie trans thoracique

Une dilatation des cavités cardiaques a été constatée chez toutes les patientes, notamment aux oreillettes droites (43,75%) et gauche (66,67%) ; puis au ventricule droit (2,08%) et au ventricule gauche (97,92%). Par ailleurs,45,83% patientes présentaient une valvulopathie, toutes de type insuffisance mitrale.

Le tableau XVII ci-après présente la répartition selon les anomalies retrouvées à l'échographie trans thoracique.

Tableau XVII : Répartition selon les anomalies retrouvées à l'échographie trans thoracique chez les cas de CMPP admis en réanimation obstétricale du CHU-MEL de 2018 à 2023.

	Effectif (n=48)	Pourcentage (100%)
Siège de la dilatation		
Oreillette droite	21	43,75
Ventricule droit	1	2,08
Oreillette gauche	32	66,67
Ventricule gauche	47	97,92
IM fonctionnelle		
Non	26	54,17
Oui	22	45,83
Epanchement péricardiques		
Non	30	62,50
Oui	18	37,50
Epaisseur des parois		
Fines	6	12,50
Epaisses	36	75,00
Non précisé	6	12,50
Diamètre télé diastolique du VD		
Entre 27 et 32 mm/m2	25	52,08
Supérieur à 32 mm/m2	13	27,08
Non précisé	10	20,83
FEVG		
<30%	8	16,67
Entre 30 et 44%	40	83,33

3.4.3.3.2 Radiographie pulmonaire

La radiographie pulmonaire a été réalisée chez 37,50% des patientes. La topographie et les types de lésions sont présentés dans le tableau XVIII ci-après.

Tableau XVIII : Répartition selon les anomalies retrouvées à radiographie pulmonaire des cas de CMPP admis en réanimation obstétricale du CHU-MEL de 2018 à 2023.

	Effectif (n=48)	Pourcentage (100%)
Topographie des lésions		
Unilatérale gauche	5	27,78
Bilatérale	13	72,22
Types de lésions		
Cardiomégalie	18	100,00
Epanchement pleural	11	61,11
Opacités parenchymateuses	4	22,22
Surcharge vasculaire périhilaire	16	88,89

3.5 TRAITEMENT

3.5.1 Mesures hygiéno-diététiques

Le repos au lit et la restriction hydrique avaient été proposés à toutes les 48 femmes. Par ailleurs, un régime hyposodé avait été prescrit à 95,83% des femmes.

3.5.2 Traitement médicamenteux

Les diurétiques, les anticoagulants et le fer étaient administrés à toutes les patientes. Le tableau XIX ci-après présente la répartition selon les traitements administrés aux patientes.

Tableau XIX : Répartition selon les traitements médicaux administrés aux cas de CMPP admis en réanimation obstétricale du CHU-MEL de 2018 à 2023.

	Effectif (n=48)	Pourcentage (100%)
Diurétiques	48	100,00
Inhibiteur de l'enzyme de conversion	13	27,08
Antiagrégants plaquettaires	33	68,75
Anticoagulation préventive	48	100,00
Dérivés nitrés	15	31,25
Beta bloquant	16	33,33
Fer oral	48	100,00
Antibiotiques administrés	47	97,92
Bromocriptine	0	
Planning familial	23	47,92

3.6 ÉVOLUTION

3.6.1 Évolution en réanimation

L'évolution en réanimation a été marquée par une régression des signes de l'insuffisance cardiaque chez 27 femmes (56,25%) et par la survenue de complication chez 12 femmes (25,00%). Les types de complications suivantes ont été observées : embolie pulmonaire (n=4), insuffisance cardiaque chronique (n=3) ; choc cardiogénique (n=3) et troubles du rythme ou de la conduction (n=2). La figure ci-après présente la répartition selon l'évolution sous traitement en hospitalisation.

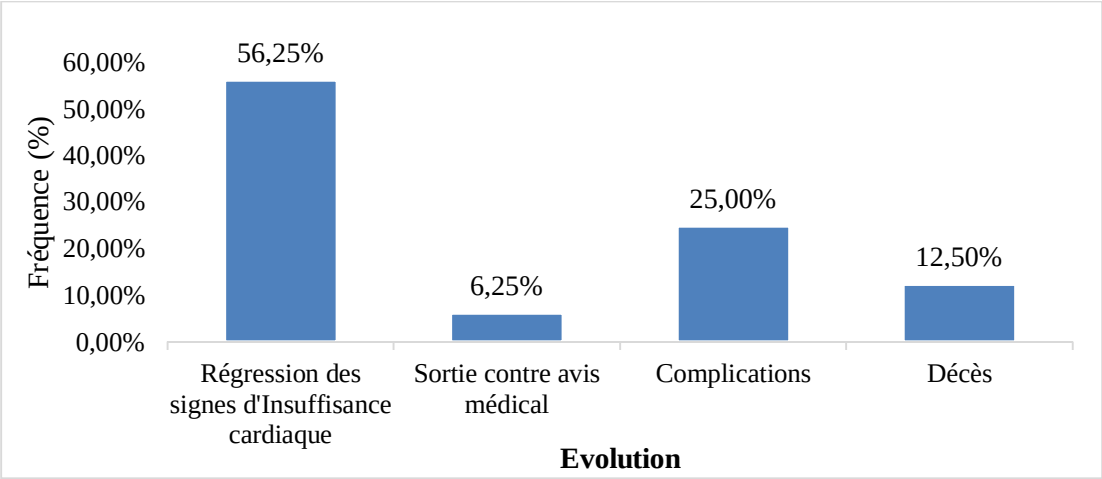


Figure 13 : Répartition selon l'évolution sous traitement en hospitalisation des cas de CMPP admis en réanimation obstétricale du CHU-MEL de 2018 à 2023.

3.6.2 Évolution à la sortie de la réanimation

A leur sortie de la réanimation, une régression des signes de l'insuffisance cardiaque a été constatée chez 29 (65,05%) femmes tel que l'illustre la Figure 3. L'échographie de contrôle a été faite chez 13 patientes dont sept avaient une échographie anormale.

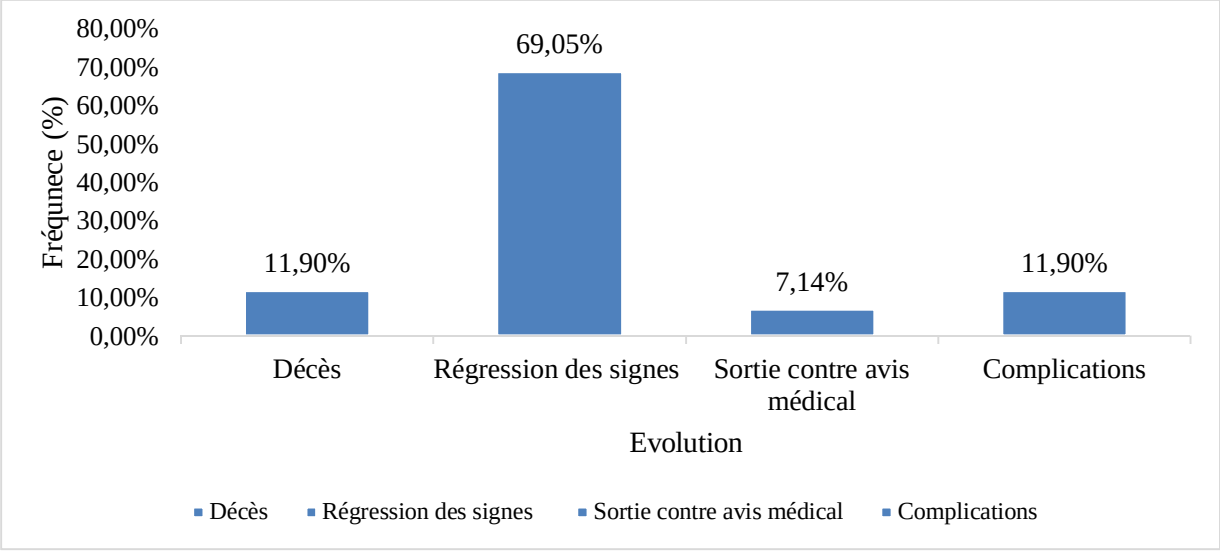


Figure 14 : Répartition selon l'évolution sous traitement après hospitalisation des cas de CMPP admis en réanimation obstétricale du CHU-MEL de 2018 à 2023. (n=42)

3.6.3 Conclusion de la prise en charge

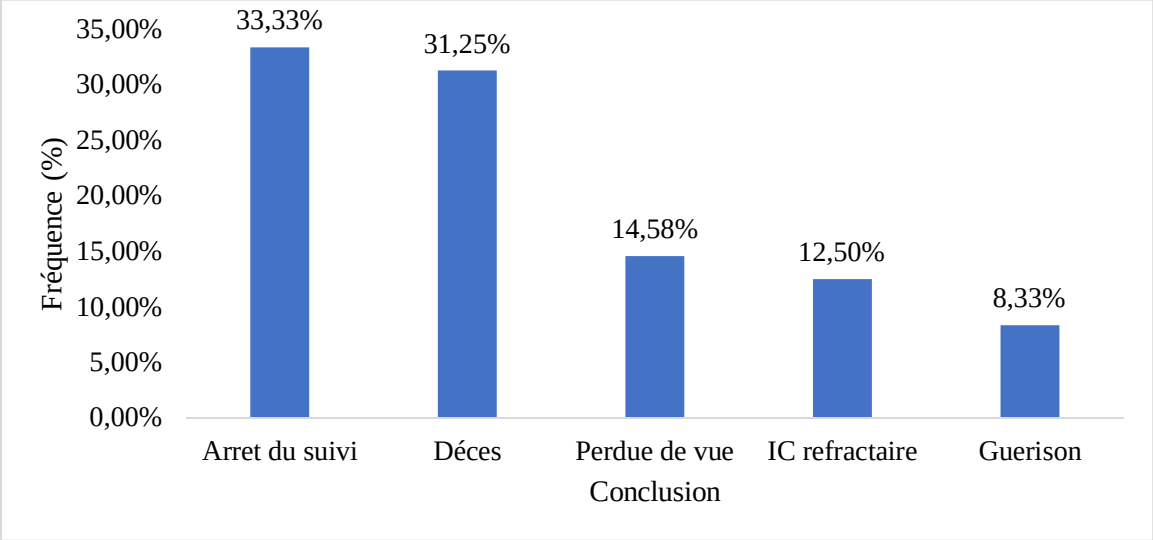


Figure 15 : Répartition des cas de CMPP admis en réanimation obstétricale du CHU-MEL de 2018 à 2023 selon la conclusion du suivi à 30 jours

3.7 MORTALITÉ

Au total, parmi les 48 cas de CMPP, 11 décès étaient survenus en réanimation, 2 étaient décédés après sortie de la réanimation, et enfin 2 étaient survenus après sortie du CHUMEL. Le nombre total de patients décédés était donc de 15 ; soit une fréquence de 31,25%.

3.8 ANALYSE DES FACTEURS ASSOCIÉS AU DÉCÈS

3.8.1 Analyse univariée

3.8.1.1 Relation entre les caractéristiques socio-démographiques et le décès

Aucune relation significative entre le décès et les caractéristiques sociodémographiques des cas de CMPP admis en réanimation obstétricale du CHUMEL de 2018 à 2022 n'avait été retrouvée, tel que l'illustrent les tableaux XX, XXI et XXII.

Tableau XX : Analyse univariée de la relation entre le décès et les caractéristiques sociodémographiques des cas de CMPP admis en réanimation obstétricale du CHU-MEL de 2018 à 2023 (partie 1).

		Décès		OR [IC95%]	P-value
		Oui (%)	Non (%)		
Tranche d'âge					0,710
[18 – 25[		4 (33,33)	8 (66,67)	1	
[25 – 32[		5 (25,00)	15 (75,00)	0,66 [0,13 – 3,20]	
[32 – 42]		6 (37,50)	10 (62,50)	1,2 [0,24 – 5,76]	

Tableau XXI : Analyse univariée de la relation entre le décès et les caractéristiques sociodémographiques des cas de CMPP admis en réanimation obstétricale du CHU-MEL de 2018 à 2023 (partie 2).

	Décès		OR [IC95%]	P-value
	Oui (%)	Non (%)		
Ethnie				0,545
Fon et Apparentés	8 (25,00)	24 (75,00)	1	
Adja et apparentés	4 (50,00)	4 (50,00)	3 [0,60 – 14,86]	
Nago et apparentés	1 (50,00)	1 (50,00)	3 [0,16 – 53,71]	
Dendi	2 (33,33)	4 (66,67)	1,5 [0,22 – 9,79]	
Profession				0,475
Fonctionnaire	1 (12,50)	7 (87,50)	1	
Commerçante	4 (30,77)	9 (69,23)	3,11 [0,28 – 34,41]	
Ménagère	4 (50,00)	4 (50,00)	7 [0,56 – 86,32]	
Elève/Etudiant	2 (50,00)	2 (50,00)	7 [0,39 – 123,34]	
Autres	4 (26,67)	11 (73,33)	2,54 [0,23 – 27,70]	
Milieu de résidence				0,379
Rural	8 (26,67)	22 (73,33)	1	
Urbain	7 (38,89)	11 (61,11)	1,75 [0,50 – 6,08]	

Tableau XXII : Analyse univariée de la relation entre le décès et les caractéristiques sociodémographiques des cas de CMPP admis en réanimation obstétricale du CHU-MEL de 2018 à 2023 (partie 3).

	Décès		OR [IC95%]	P-value
	Oui (%)	Non (%)		
Niveau d'instruction				0,140
Non scolarisé	4 (20,00)	16 (80,00)	1	
Primaire	8 (50,00)	8 (50,00)	4 [0,91 – 17,39]	
Secondaire	3 (25,00)	9 (75,00)	1,33 [0,24 – 7,33]	

3.8.1.2 Relation entre le délai d'apparition de la maladie et le décès

Il n'existait pas de relation significative entre le délai d'apparition de la maladie et le décès des cas de CMPP admis en réanimation obstétricale du CHU-MEL de 2018 à 2023, tel que l'illustre le tableau XXIII.

Tableau XXIII: Analyse univariée de la relation entre le décès et le délai d'apparition de la maladie chez les cas de CMPP admis en réanimation obstétricale du CHUMEL de 2018 à 2023.

Délai d'apparition de la maladie	Décès		OR [IC95%]	p-value
	Oui (%)	Non (%)		
Antépartum	4 (40,00)	6 (60,00)	2 [0,26 – 15,38]	
Au cours du travail	2 (25,00	6 (75,00)	1	0,773
Postpartum	9 (30,00)	21 (70,00)	1,28 [0,21 – 7,62]	

3.8.1.3 Relation entre les facteurs de risque et le décès

Il n'existait pas de relation significative entre les facteurs de risque et le décès des cas de CMPP admis en réanimation obstétricale du CHU-MEL de 2018 à 2023, tel que l'illustrent les tableaux XXIV.

Tableau XXIV : Analyse univariée de la relation entre le décès et les facteurs de risque chez les cas de CMPP admis en réanimation obstétricale du CHU-MEL de 2018 à 2022.

Délai d'apparition de la maladie	Décès		OR [IC95%]	p-value
	Oui (%)	Non (%)		
Travail physique intense*				
Non	0 (0,00)	4 (100,00)		
Oui	15 (34,09)	29 (65,91)		
Tisane				
Non	0 (0,00)	8 (100,00)		
Oui	15 (37,50)	25 (62,50)		
Syndrome infectieux *				0,591
Non	3 (25,00)	9 (75,00)	1	
Oui	12 (33,33)	24 (66,67)	1,5 [0,34 – 6,58]	
Régime hyper sodé				0,221
Non	2 (16,67)	10 (83,33)	1	
Oui	13 (36,11)	23 (63,89)	2,82 [0,53 – 14,91]	
Utilisation de Tocolyse *				**0,071**
Non	3 (15,79)	16 (84,21)	1	
Oui	12 (41,38)	17 (58,62)	3,76 [0,89 – 15,85]	
Grossesse gémellaire				0,869
Non	13 (31,71)	28 (68,29)	1	
Oui	2 (28,57)	5 (71,43)	0,86	

*au cours de la grossesse

3.8.1.4 Relation entre les antécédents personnels et le décès

L'antécédent personnel d'HTA était associé au décès. En effet, les femmes qui avaient des antécédents d'HTA étaient 5,14 fois plus susceptibles de mourir que celles qui n'en avaient pas. Le tableau XXV ci-après présente la relation entre les

antécédents personnels et le décès chez les cas de CMPP admis en réanimation obstétricale du CHU-MEL de 2018 à 2023

Tableau XXV : Analyse univariée de la relation entre le décès et les antécédents personnels des cas de CMPP admis en réanimation obstétricale du CHU-MEL de 2018 à 2023.

	Décès		OR [IC95%]	p-value
	Oui (%)	Non (%)		
HTA chronique				**0,017**
Non	7 (20,59)	27 (79,41)	1	
Oui	8 (57,14)	6 (42,86)	5,14 [1,33 – 19,75]	
Parité				0,510
1	4 (25,00)	12 (75,00)	1	
2-3	6 (28,57)	15 (71,43)	1,2 [0,27 – 5,24]	
4 et plus	5 (45,45)	6 (54,55)	2,5 [0,48 – 12,88]	
Fausses couches				0,088
0	6 (21,43)	22 (78,57)	1	
Nombre de CPN effectué				**0,584**
0	5 (41,67)	7 (58,33)	2,32 [0,46 – 11,54]	
1 – 3	6 (31,58)	13 (68,42)	1,5 [0,34 – 6,59]	
≥ 4	4 (23,53)	13 (76,47)	1	
HTA Gravidique				0,932
Non	6 (27,27)	16 (72,73)	1	
Oui	4 (28,57)	10 (71,43)	1,06 [0,24 – 4,74]	
Pré-éclampsie				0,345
Non	4 (21,05)	15 (78,95)	1	
Oui	6 (35,29)	11 (64,71)	2,04 [0,46 – 9,03]	

3.8.1.5 Relation entre le type d'insuffisance cardiaque et le décès

Aucune relation retrouvée entre le type d'insuffisance cardiaque et le décès des cas de CMPP admis en réanimation obstétricale du CHU-MEL de 2018 à 2023, tel que l'illustrent les tableaux XXVI.

Tableau XXVI: Analyse univariée de la relation entre le type d'insuffisance cardiaque et le décès des cas de CMPP admis en réanimation obstétricale du CHU-MEL de 2018 à 2023.

	Décès		OR [IC95%]	p-value
	Oui (%)	Non (%)		
Insuffisance cardiaque				0,500
Gauche	8 (27,59)	21 (72,41)	1	
Globale	7 (36,84)	12 (63,16)	1,53 [0,44 – 5,27]	

3.8.1.6 Relation entre la FEVG, la valvulopathie, le délai d'hospitalisation, la survenue des complications et le décès

Aucune relation retrouvée, tel que l'illustre le tableau XXVII.

Tableau XXVII : Analyse univariée de la relation entre la FEVG, la valvulopathie, le délai d'hospitalisation, la survenue des complications et le décès des cas de CMPP admis en réanimation obstétricale du CHU-MEL de 2018 à 2023

	Décès		OR [IC95%]	p-value
	Oui (%)	Non (%)		
FEVG				0,677
< 30%	3 (37,50)	5 (62,50)	1	
Entre 30% et 44%	12 (30,00)	28 (70,00)	0,71 [0,14 – 3,47]	
IM fonctionnelle				0,189
Non	6 (23,08)	20 (76,92)	1	
Oui	9 (40,91)	13 (59,09)	2,30 [0,66 – 8,02]	

3.8.2 Analyse multivariée

Après ajustement, l'âge, l'antécédent de fausses couches, la valvulopathie et l'antécédent personnel d'HTA était associé au décès. En effet, toutes choses égales par ailleurs, les femmes âgées de 18 à 24 ans étaient 16,90 fois plus susceptibles de décéder comparé à celles âgées de 25 à 31 ans. Celles qui avaient des antécédents de fausses couches étaient 11,32 fois plus susceptibles de décéder. De même, celles qui avaient des valvulopathies étaient dix (10) fois plus

susceptibles de décéder comparé à celles qui n'en avaient pas. Enfin, celles qui avaient un antécédent personnel d'HTA étaient 17,72 fois plus susceptibles de décéder que celles qui n'en avaient pas

Le tableau XXVIII présente le modèle final des facteurs associés au décès des cas de CMPP admis en réanimation obstétricale du CHU-MEL de 2018 à 2023

Tableau XXVIII : Modèle multivarié final des facteurs associés au décès des cas de CMPP admis en réanimation obstétricale du CHU-MEL de 2018 à 2023

	OR Ajusté	**IC 95%**	**p-value**
Tranche d'âge			
18 – 24	16,90	[1,10 – 259,17]	**0,042**
25 – 31	1	-	
32 – 42	0,67	[0,06 – 7,02]	0,745
Fausses couches			**0,040**
Non	1		
Oui	11,32	[1,11 – 115,24]	
IM fonctionnelle			**0,042**
Non	1		
Oui	10,01	[1,09 – 91,89]	
Antécédent personnel d'HTA			**0,032**
Non	1		
Oui	17,72	[1,27 – 247,07]	
Antécédents familiaux d'HTA			0,148
Non	1		
Oui	7,94	[0,47 – 132,06]	

4. DISCUSSION

La discussion que nous avons menée s'est établie selon le plan suivant :

- l'atteinte des objectifs de l'étude,

- la qualité et la validité des résultats,

- l'analyse des résultats et la comparaison avec les données de la littérature scientifique.

4.1 ATTEINTE DES OBJECTIFS

Les objectifs spécifiques (OS) fixés à cette étude étaient au nombre de 4 :

OS1 *: Calculer la prévalence de la CMPP dans le service de réanimation obstétricale du CHU-MEL sur les cinq dernières années*

La prévalence de la CMPP au CHU-MEL était de 1,88%

OS2 *: Décrire les caractéristiques sociodémographiques des patientes suivies pour CMPP ;*

L'âge moyen était de 28,69 ans ± 5,89 ans avec une prédominance de la tranche d'âge comprise entre 25 et 32 ans (41,67%). Les commerçantes étaient la profession la plus représentée (27,08%) et les patientes atteintes de CMPP étaient non scolarisées ou s'étaient limitées aux études primaires dans 75% des cas. La plupart des patientes résidaient en milieu rural (62,5%) et elles étaient en majorité d'ethnie fons et apparentés (66,67%). En ce qui concerne leur situation matrimoniale, elles étaient en majorité mariées ou en union libre (79,17%). La moyenne de parité était de 2, 56 +/- 1, 71 (extrême : 1 et 7). Les multipares représentaient 66,66%.

OS3 *: Décrire les aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs de la CMPP*

Les symptômes avaient débuté dans le postpartum dans 62,5% des cas. L'insuffisance cardiaque gauche était le mode de décompensation dans 60,42%. Les signes électrocardiographiques étaient essentiellement la tachycardie sinusale

(100%). L'échographie cardiaque a montré dans tous les cas une cardiomyopathie dilatée avec une FEVG variant entre 30 et 44% dans 83,33%. On notait la présence de valvulopathies à type d'insuffisance mitrale dans 45,83% des cas. Le traitement était essentiellement fait de diurétiques (100%), IEC les bêtabloquants et les dérivés nitrés. La récupération était complète chez 65,05% des cas, la survenue de complications dans 25% et le taux de mortalité était de 31,25%.

OS4 : *Analyser les facteurs associés au décès.*

L'intervalle d'âge de 18 à 24 ans, l'antécédent de fausses couches, la valvulopathie et l'antécédent personnel d'HTA était les facteurs associés au décès retrouvés.

4.2 QUALITÉ ET VALIDITÉ DES RÉSULTATS

L'objectif principal était d'étudier la cardiomyopathie du péripartum dans le service de réanimation obstétricale du CHU-MEL au cours des 5 dernières années, c'est-à-dire entre 1er janvier 2018 au 1er septembre 2023. Pour réaliser ce travail, nous avons mené une enquête rétrospective et prospective à visée analytique. Nous avons effectué un recrutement exhaustif de toutes les patientes éligibles durant la période d'étude.

Ainsi donc, quarante-huit (48) dossiers de patientes atteintes de CMPP ont été collectés à l'aide d'une fiche d'enquête préalablement testée. Ces fiches tenaient compte des informations à rechercher pour atteindre les différents objectifs spécifiques de notre étude.

Ainsi, nous avons obtenu des résultats proches de ceux de la littérature avec des particularités qui sont propres au CHU-MEL. Nous n'avons pas de moyens pour vérifier si les résultats obtenus sont fiables, ce qui constitue d'une part une des limites de notre étude. D'autre part, nous pouvons citer les dossiers médicaux et registres partiellement remplis, les difficultés financières empêchant les patientes

résidentes loin et/ou de venir en consultation et/ou contrôle, la non-réalisation des bilans paracliniques. Certaines patientes sont vues après la phase aigüe expliquant l'absence de certains signes ou leur faible proportion. Toutefois, nous avons pu étudier la CMPP au CHU-MEL en 2023 à travers des objectifs spécifiques qui ont été atteints.

4.3 COMMENTAIRES ET COMPARAISONS DES RÉSULTATS OBTENUS AVEC CEUX D'AUTRES AUTEURS

4.3.1 Aspects épidémiologiques et sociodémographiques

4.3.1.1 Fréquence de la CMPP

De 2018 à 2023, 2548 patientes avaient été admises pour pathologies cardiovasculaires en réanimation obstétricale du CHU-MEL dont 48 étaient des cas de CMPP ; soit une fréquence de 1,88 %. Des résultats similaires à notre étude ont été retrouvés par Codjo et al. en 2019 au Nord du Benin où on notaient 2,04% [8]. Kamdem et al. au Cameroun en 2023 notaient un taux inférieur à notre étude soit 1,3% [48]. En revanche, des taux supérieurs à notre étude avaient été enregistrés par plusieurs auteurs à savoir : Adjagba et al. au Sud du Benin en 2016 qui notaient 2,2%, Ngamami et al. au Congo en 2014 qui notaient 2,7% et Coulibaly et al. au Mali en 2023 qui notaient 6,55% [13,17,49]. Cette différence de taux significative pourrait s'expliquer par le niveau socioéconomique bas enregistré dans les différentes études [17,49].

4.3.1.2 Caractéristiques sociodémographiques

- Âge des patientes

La moyenne d'âge dans notre étude était de 28,69 ans ± 5,89 ans avec des extrêmes variant entre 18 à 42 ans. Cette moyenne corrobore celles retrouvées dans la littérature. Au Bénin, ADJAGBA et al. , CODJO et al rapportaient en

2016 et en 2019 des âges moyens respectifs de 28,8 ± 6,6 ans et 28,55 ± 6,86 ans [8,13]. Ayo et al au Gabon retrouvaient un âge moyen de 27,1 ± 5,5 ans [50] et Pavida et al. aux USA en 2023, retrouvaient un âge moyen de 27.04 ± 6.06 [15]. En revanche, Mariko et al au Mali retrouvaient un âge moyen inférieur à notre étude 23.50 ± 3.50 [31]. Lee et al. en Corée du Sud en 2018 retrouvaient par contre un âge moyen supérieur à notre étude 32.1±4.3 [20]. Cette différence pourrait s'expliquer par les différences socioculturelles observées dans le monde.

Dans notre étude, les patientes dont l'âge était compris entre 25 et 32 ans étaient les plus représentées (41,67%). De même, Coulibaly et al avaient retrouvé comme tranche d'âge la plus représentée 25 à 34 ans [2] ainsi que Kamdem et al. au Cameroun notaient au cours de leur étude que 51,7 % des patientes avaient plus de 30 ans [48]. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que, la plupart des patientes de cette tranche sont des grandes multipares dues aux mariages précoces. Ces observations reflètent que la CMPP pourrait survenir chez toute femme en âge de procréer, mais avec une fréquence accrue après 30 ans.

- Profession et niveau d'instruction

Les patientes atteintes de CMPP étaient non scolarisées ou s'étaient limitées aux études primaires dans 75% des cas. Les commerçantes et les femmes sans activité représentaient 43,75% des patientes. Nos résultats sont largement inférieurs à ceux de Ngamami et al qui avaient retrouvé 64,3% des femmes sans profession [50]. De même, Boubakar et al avaient noté en 2023 au Mali que les patientes étaient en majorité femmes au foyer (83,3%) [23]. Dans le même sens, Coulibaly et al notaient dans une autre ville du Mali que les femmes au foyer représentaient 92% des patientes [17]. Cette forte proportion de femmes sans activités professionnelles et non scolarisées pourrait s'expliquer par les différences culturelles et religieuses que nous avons avec les pays sahéliens où la femme est bien souvent cantonnée aux travaux domestiques et champêtres.

- Zone de résidence

Dans notre étude, les patientes résidaient en majorité en milieu rural (62,50%). Coulibaly et al. au Mali et par Naibe et al. au Tchad avaient retrouvé des résultats similaires où les patientes provenaient de la zone rurale pour la plupart avec des fréquences respectives de 65,33% et 60% [17,51]. Ceci pourrait s'expliquer par le fait les patientes sont peu scolarisées, présentent un niveau socioéconomique bas et un accès limité aux soins ce qui rend le suivi de grossesse difficile dans ces zones.

4.3.2 Facteurs favorisants

Les principaux facteurs favorisants retrouvés dans notre étude étaient le travail physique intense (91,67%), la consommation de tisane pendant la grossesse (83,33%), l'HTA (70,83%), la multiparité (77, 08 %) et le régime hypersodé (75%). Ce résultat est similaire à ceux retrouvés par Adjagba et al. et Coulibaly et al. Néanmoins, nous notons les facteurs de risque supplémentaires tels que la consommation de tisane et le régime hyper sodé [13,17]. Par contre Karaye et al. au Nigeria en 2020,retrouvaient des facteurs de risque différents de ceux de notre étude tels que la sous-scolarisation, le chômage, l'insuffisance pondérale, l'usage de bains chauds[42]

4.3.3 Antécédents

4.3.3.1 Antécédents personnels

4.3.3.1.1 Antécédents médicaux

On retrouvait l'HTA gravidique chez 70,83% des patientes avec une prédominance de la prééclampsie à 64,58%. Les données de la littérature rapportent des fréquences inférieures à celle de notre étude. Pio et al. au Gabon notaient une proportion de 10,4% d'HTA gravidique [40], au Tchad selon Naibe et al. notaient 27% [51] et 48,1% au Gabon selon Ayo et al.[50].Cela pourrait

s'expliquer par les differences socioculturelles. Nos résultats suggèrent que l'HTA gravidique est un facteur de risque de survenue de la CMPP comme décrit dans la littérature.

4.3.3.1.2 Parité moyenne

Elle était de 2,56 ± 1,71. Les multipares représentaient plus de trois quarts (77, 08 %) des patientes. Cette multiparité étant décrite dans la littérature comme un facteur favorisant la CMPP. Des résultats similaires ont été retrouvés par Adjagba et al. au Sud du Bénin, où les multipares représentaient 55,3% avec une parité moyenne de 2,5±1,6 des cas [37]. De même, Pio et al. retrouvaient au Togo en 2014 une parité moyenne de 3,0 ± 1,6[40], Ngamami et al. au Congo qui avaient retrouvé en 2017 une parité moyenne était de 3,2 ± 2 [49]. Nos résultats sont inférieurs à ceux de Naibe et al avaient trouvé en 2016 au Tchad un nombre moyen de pare de 4,2 avec 58% des patientes ayant plus de trois parités.[51] Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que le Tchad possède le deuxième taux de fécondité le plus élevé en Afrique (6,12) alors que le Bénin se classe au dixième rang (4,82) [52].

4.3.4 Aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs de la CMPP

4.3.4.1 Données cliniques

4.3.4.1.1Délai d'apparition

La maladie était apparue chez 62,50% dans le postpartum, chez 16,66% au cours du travail et chez 20,83% dans l'antépartum. Les données de proportions prédominantes de CMPP dans le postpartum similaires à notre étude avaient été retrouvées par Mariko et al. au Mali à 87% [31], Pio et al. au Togo à 91,7% [40], Ngamami et al. au Congo à 90,5 % [49] . Ces données témoignent de la prédominance de cette affection dans le postpartum.

4.3.4.1.2Motif de consultation

Le maitre symptôme à l'admission était la dyspnée d'effort. Les autres motifs de consultation les plus fréquents étaient la toux (66,67%) et les douleurs thoraciques (56,25%). Nos résultats concordent avec ceux retrouvés dans la littérature. En effet, la dyspnée avait été retrouvée chez la totalité des patientes selon Ngamami et al. , Kamdem et al. et Naibe et al. et à celle-ci s'associaient une toux et des douleurs thoraciques [48,49,51]. Cette dyspnée pose un problème de diagnostic différentiel dans ce contexte de postpartum avec la survenue d'une d'embolie pulmonaire grave. Elle est accompagnée dans près de deux tiers des cas d'une toux, volontiers nocturne, majorée par le décubitus et en rapport avec l'insuffisance ventriculaire gauche [35].

4.3.4.2 Signes physiques

Au cours de notre étude, l'insuffisance cardiaque gauche était le mode de décompensation dans 60,42% des cas. L'insuffisance cardiaque globale était présente dans 39,52% des cas. PIO et al. au Togo retrouvaient des données similaires à notre étude avec une prédominance de l' IC gauche à 52,1% [40]. En revanche, des données différentes de notre étude où l'IC globale prédominait avaient été rapportées par Mariko et al. au Mali avec 70% [31] , 81% des cas au Congo selon Ngamani et al. [49], 84,2% des cas au Benin selon Adjagba et al. [13] et 97% des cas au Tchad selon Naibe et al. [51]. Ces données expliquent une évolution progressive du tableau clinique d'insuffisance cardiaque gauche vers une insuffisance cardiaque globale. Dans notre service, les patientes sont très souvent vues au début de la symptomatologie. De plus, un nombre significatif des patientes reçues dans notre service bénéficie d'une exploration cardiovasculaire par un cardiologue avec ECG presque systématique et échographie cardiaque autant que possible. Ceci permet donc une détection précoce de la CMPP.

4.3.4.3 Données paracliniques

4.3.4.3.1 Anomalies biologiques

A la NFS, on retrouvait une anémie biologique dans 62,50% des cas. Adjagba et al. avaient 63,9% [13]. Adjagba et al. avaient retrouvé des résultats similaires à 63,9% [13] tandis que Ngamami et al. au Congo, retrouvaient une anémie biologique a été notée à 28,6 % [49]. L'anémie est l'une des anomalies biologiques non spécifiques pouvant être rencontrée au cours de la CMPP [2,16]. Elle est secondaire à une hémodilution et /ou des apports en fer insuffisants durant la gestation et/ou une spoliation sanguine à l'accouchement et contribue à la majoration des signes d'insuffisance cardiaque.

4.3.4.3.2 Anomalies à l'ECG

Au cours de notre étude, la tachycardie sinusale était présente chez toutes nos patientes. Ceci est similaire aux résultats rapportés par plusieurs auteurs tels que Ngamami et al., Pio et al. et Adjagba et al. [13,40,49]. L'hypertrophie ventriculaire gauche était fréquente et était associée à des signes d'ischémie et à des troubles non spécifiques de la repolarisation. Ces résultats sont rapportés par plusieurs auteurs tels qu'Ersball et al. et Arany et al. [38,40,53].La rareté de trouble du rythme dans cette étude en comparaison à la littérature mondiale a déjà été relevée dans les précédentes études au Bénin. Ceci est lié à l'absence de disponibilité de surveillance télémétrique dans les hôpitaux du territoire national et l'absence de réalisation systématique d'holter rythmique souvent limitée par le niveau socioéconomique bas des patientes.

4.3.4.3.3 Échographie transthoracique

- Dilatation des cavités cardiaques

Il s'agit de l'examen de référence permettant de poser le diagnostic, d'évaluer la sévérité et de rechercher les thrombi intra cavitaires. L'hypokinésie globale est l'anomalie constamment retrouvée, tel a été le cas chez nos patientes. La dilatation

du ventricule gauche était présente chez la quasi-totalité de nos patientes à 97,92%. Ceci est similaire aux résultats rapportés par plusieurs auteurs tels que Dembélé, Coulibaly , Adjagba, Pio et Ngamami [13,16,17,40,49].

- FEVG

La fraction d'éjection ventriculaire gauche inférieure à 30% à 16,7 %. Dans d'autres études, les auteurs ont retrouvé une proportion plus élevée. Au Tchad, en 2018, Naibe et al. retrouvaient à 34% la FEVG était inférieure à 30% [51]. Tandis que, à Libreville, Ayo et al. retrouvaient en 2018 une FEVG inférieure à 30 % chez 51,8 % des cas [50]. Kamdem et al. retrouvaient qu'au Cameroun, 51,7 % des patientes avaient une FEVG < 30 % [48] et Adjagba et al. rapportaient 50% au Benin [13]. Cette différence pourrait s'expliquer par la prise en charge précoce des cas sous nos cieux limitant sa sévérité.

- Valvulopathies

Par ailleurs, au cours de notre étude, 45,83% des patientes présentaient une valvulopathie, toutes de type insuffisance mitrale. Coulibaly et al. retrouvaient au Mali que l'insuffisance mitrale fonctionnelle était présente chez 28,57% des cas[2] et Naibe et al. notaient 31,6%. Ces résultats montrent la place importante de l'échographie cardiaque qui est l'élément clé paraclinique du diagnostic et des complications.

4.3.4.3.4Radiographie thoracique

Dans notre étude, à la radiographie thoracique, la cardiomégalie était constante avec des signes de surcharge périhilaire (88, 89%) et épanchement pleural (61,11%). La localisation des lésions était bilatérale à 72,22%. La présence constante de cardiomégalie est décrite par plusieurs auteurs tels que Codjo, Pio, Coulibaly, Dembele [2,8,16,17,40,49]. La cardiomégalie est variable et évolutive et sa régression témoigne d'une amélioration clinique, alors que sa persistance est un facteur péjoratif [33,49].

4.3.5 Traitement

Le traitement de la phase aigüe et chronique de la CMPP se résume au traitement classique de cardiomyopathie dilatée, à l'exception de certains médicaments qui ne peuvent être utilisés au cours de la grossesse et pendant l'allaitement à cause de leur effet foeto-toxique et de leur passage dans le lait maternel. Dans notre étude toutes les patientes ont bénéficié de mesures hygiéno-diététiques (repos au lit, position demi-assise, régime hyposodé et restriction hydrique) et d'une médication à base de diurétique de l'anse. On retrouve des résultats similaires dans plusieurs études tels que Mariko, Naibe, Adjagba, Coulibaly et Dembélé [2,13,16,31,51].

L'anticoagulation préventive a été systématique chez toutes nos patientes. Il est conseillé une anticoagulation curative par de l'héparine à bas poids moléculaire (HBPM) avec un relais par AVK lorsque la FEVG est inférieure à 35% [14]. En raison du risque thromboembolique particulièrement élevé dans ce contexte d'insuffisance cardiaque sur grossesse ou en postpartum. Elle doit être prolongée durant les 6-8 premières semaines du postpartum [31]. A défaut de l'anticoagulation curative, les antiagrégants plaquettaires en particulier l'aspirine ont été utilisée dans 68,75% des cas, faute de moyens financiers.

Après la phase aigüe de l'IC, les bétabloquants cardio-sélectifs peuvent être introduits de manière progressive par titration. 33,33% des patientes en cours d'hospitalisation dans notre étude avaient bénéficié de bétabloquant. Adjagba retrouvaient 5,4% d'utilisation de bétabloquants [13].

Au cours de notre étude, aucune de nos patientes n'avait bénéficié de bromocriptine. D'autres auteurs tels que Mariko et al. au Mali et Adjagba et al. au Benin notaient que la bromocriptine avait été utilisé chez deux patientes[13,49]. La bromocriptine a fait la preuve de son efficacité dans un essai randomisé contrôle « preuve de concept » [46]. L'utilisation de bromocriptine

dans la CMPP ne découlant pas d'une recommandation de l'ESC, sa prescription est laissée à l'appréciation des soignants. Lorsque la CMPP est guérie le risque de récidive lors d'une prochaine grossesse est de 25 à 100% [17]. Il est donc important de conseiller la patiente de réaliser une planification familiale. Ainsi dans notre étude, le planning familial a été fait 47,92% des patientes. Au cours de l'étude d'Adjagba et al., la planification familiale n'avait été abordée que chez 50% des patientes avant leur sortie d'hospitalisation [13].

4.3.5.1 Évolution en réanimation

L'évolution en cours d'hospitalisation en réanimation a été marquée par une régression des signes de l'insuffisance cardiaque chez 56,25% des femmes. Pio et al. notaient au Togo une régression des symptômes chez 42,3% des femmes [40]. La CMPP fait partie de l'une des rares cardiomyopathies dilatées dont on peut guérir à condition d'un diagnostic précoce et d'une prise en charge adaptée.

Nous avons observé des complications chez 25,00% des femmes. Il s'agissait de l'embolie pulmonaire dans 8,33% des cas, insuffisance cardiaque chronique dans 6,25 % des cas, choc cardiogénique dans 6,25 % des cas et troubles du rythme ou de la conduction dans 4,16 % des cas. Naibe et al. au Tchad notaient qu'à l'admission 39% des patientes présentaient au moins une complication dont la plus représentée était l'embolie pulmonaire. L'hypercoagulabilité gravidique qui persiste plusieurs semaines après la délivrance, aggravée par la chute du débit cardiaque et la stase veineuse en sont les principales causes de l'embolie pulmonaire. Ce qui soulève la question de la mise en route systématique d'une anticoagulation efficace pendant la phase aigüe (surtout lorsque la FEVG est inférieure à 35%) chez les patientes porteuses de CMPP.

Nous avons noté onze décès en cours d'hospitalisation soit 12,6% des cas. Le taux de mortalité associé à la CMPP était de 27,7 %. Naibe et al. notaient au Tchad une mortalité de 19,3% [51] , Youzan et al. 15,42 au Mali [30] et Pio et al. 8,3% au

Togo [40]. Le retard au diagnostic et à la prise en charge adéquate, la sévérité des tableaux cliniques au moment du diagnostic, l'insuffisance du plateau thérapeutique et l'inaccessibilité financière des patientes aux soins (majoritairement de bas niveau socioéconomique et sans couverture sanitaire) dans notre contexte, pourraient expliquer cette constatation.

4.3.5.2 Durée d'hospitalisation

La durée moyenne d'hospitalisation était de 6,5 jours (IIQ : 5-9). Naibe au Tchad et Pio au Togo avaient retrouvé respectivement une durée moyenne d'hospitalisation de 10 ± 4,3 jours (extrêmes : 2-20 jours) [51] et 8,3 ± 2,9 jours (extrêmes :4-15jours) [40].

4.3.5.3 Des facteurs associés au décès

Les facteurs associés au décès retrouvés dans notre étude étaient : l'intervalle d'âge de 18 à 24 ans, l'antécédent de fausses couches, la valvulopathie et l'antécédent personnel d'HTA. Dans la littérature on notait des résultats de ceux de notre étude. Coulibaly et al. notaient au Mali que les facteurs associés aux décès étaient tranche d'âge de 25-34 ans et une parité entre 4-6 [2] et au Cameroun, Kamdem et al. retrouvaient uniquement l'âge inférieur à 30 ans. Cette variabilité de facteurs pourrait s'expliquer par les différences socioculturelles entre les pays.

CONCLUSION ET SUGGESTIONS

CONCLUSION

La cardiomyopathie du péripartum est une cardiomyopathie dilatée survenant au cours de la grossesse. Elle constitue du fait de la population cible et du contexte une entité particulière. Elle est évoquée devant l'apparition d'un tableau d'insuffisance cardiaque dans le dernier mois de grossesse ou les cinq premiers mois du postpartum chez toute jeune femme avec ou sans facteurs de risque.

Au terme de notre étude, il ressort que :

- Sa prévalence de CMPP en unité réanimation obstétricale du CHUMEL est de 1,88%
- L'âge moyen dans notre étude était de 28,69 ans ± 5,89
- La maladie était apparue chez 62,50% dans le postpartum avec l'insuffisance cardiaque gauche comme le mode de décompensation prédominant dans 60,42% des cas
- Aucune de nos patientes n'avait bénéficié de bromocriptine
- La mortalité liée à la CMPP est de 31,25%, 14,58% avaient eu une rémission complète après sortie d'hospitalisation et 39,58% n'avaient pas pu poursuivre le suivi ambulatoire
- Les facteurs associés au décès : Intervalle d'âge de 18 à 24 ans, l'antécédent de fausses couches, présence de valvulopathie et l'HTA

Il s'agit donc d'une pathologie dont la prise en charge doit être précoce et multidisciplinaire associant les réanimateurs, cardiologues, gynécologues et pédiatres. Sa prévention peut être envisagée au cours des consultations prénatales et une bonne couverture en matière de planification familiale pourrait être bénéfique à la prise en charge des récidives.

SUGGESTIONS

- À l'endroit des autorités politiques et administratives
  - Améliorer le plateau technique des structures sanitaires
  - Établir un système d'assurance et/ou de prise en charge pour la population à bas niveau socio-économique.
  - Subventionner certains examens complémentaires tels que l'ECG et l'échocardiographie

- À l'endroit du ministère de la Santé
  - Mettre en place un registre national de surveillance de CMPP au Bénin
  - Organiser des enseignements post-universitaires pour sensibiliser tous les praticiens pouvant avoir un premier contact avec les cas de CMPP
  - Organiser au niveau régional des séances de formation des obstétriciens et sage-femmes au dépistage rapide des facteurs de risque cardiovasculaires, plus précisément ceux de la CMPP en vue d'une référence précoce

- Aux chercheurs ou sociétés savantes
  - S'associer avec des laboratoires d'analyses biomédicales et de génétique afin d'étudier les aspects génétiques et les bio marqueurs associés à la CMPP
  - Effectuer une étude sur le devenir des nouveau-nés de patientes atteintes de CMPP.
  - Poursuivre notre étude sur toute l'étendue du territoire national, voire dans toute la sous-région

- Entreprendre des études prospectives pour identifier les patientes à risque afin d'optimiser la stratégie thérapeutique permettant de prévenir la CMPP.
- Etudier la présence de récidives au cours des grossesses ultérieures chez les patientes n'ayant pas respecté le planning
- Conduire une étude afin d'évaluer la corrélation entre l'HTA gravidique et la survenue de CMPP
- Conduire une étude comparative du devenir des cas de CMPP en fonction de la période de survenue (antépartum et postpartum)
- Établir une plateforme électronique de collecte des données afin de limiter les biais à la collecte de données
- Établir un plan de prise en charge uniformisé de la CMPP dans les unités de réanimation à l'échelle nationale
- Organiser des campagnes d'Information Éducation Communication de la population

➢ À l'endroit des formations sanitaires

- Elaborer un protocole consensuel de prise en charge des cas de CMPP entre réanimateurs, cardiologues et gynéco obstétriciens.

➢ À l'endroit des praticiens hospitaliers :

- Ne pas négliger une dyspnée apparue en fin de grossesse ou dans le post-partum et penser à une insuffisance cardiaque. Réaliser systématiquement dans ces cas un électrocardiogramme et une échographie cardiaque.
- Mettre en route systématiquement une anticoagulation à dose curative pendant la phase aigüe (surtout lorsque la FEVG est inférieure à 35%) chez les patientes porteuses de CMPP

- Insister à la sortie d'hospitalisation sur le planning familial et si possible l'instituer avant la sortie
- Insérer dans nos habitudes les prescriptions de bromocriptine

➢ À l'endroit des gestantes :

- Respecter les rendez-vous pour consultation prénatale
- Consulter dans les brefs délais lors de l'apparition d'une dyspnée brutale ou d'aggravation progressive au cours d'une grossesse ou dans le postpartum.
- Adopter la planification familiale recommandée en cas de CMPP

RÉFÉRENCES

1. Pfeffer TJ, Berliner D, Bauersachs J. Peripartum Cardiomyopathy is Missing. Deutsches Arzteblatt International. janv 2022;119(4):57.

2. Coulibaly MB. Cardiomyopathie du péripartum dans le service de cardiologie de l'HNF de Ségou. [thèse]. Segou: universite des sciences des techniques et des technologies de bamako 2017. 97 p

3. Adjagba, P.M., Vlavonou, M., Codjo, L., etal. (2017) Peripartum Cardiomyopathy in the Cardiology Department of CNHU-HKM, Cotonou, Benin. CardiologieTropicale, 149.

4. Farrell AS, Kuller JA, Goldstein SA, Dotters-Katz SK. Peripartum Cardiomyopathy. Obstetrical and Gynecological Survey. août 2021;76(8):485-92.

5. Karafiatova L, Lazarova M, Taborsky M. Peripartum cardiomyopathy – A case report and concise review. Cor et Vasa. juin 2017;59(3):e272-6.

6. Benson B, Theret P, Tonini F, Marang A, Sergent F, Gondry J, et al. Peripartum cardiomyopathy: A review of the literature. Gynecologie Obstetrique Fertilite et Senologie. mars 2022;50(3):266-71.

7. Sliwa K, Hilfiker-Kleiner D, Petrie MC, Mebazaa A, Pieske B, Buchmann E, et al. Current state of knowledge on aetiology, diagnosis, management, and therapy of peripartum cardiomyopathy: A position statement from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology Working Group on peripartum cardiomyopathy. European Journal of Heart Failure. août 2010;12(8):767-78.

8. Codjo, H.L., Dohou, S.H.M., Adjagba, P.M.,etal. (2021) Peripartum Cardiomyopathy: Epidemiological, Diagnostic, Therapeutic and Outcome Aspects in a Cardiology Setting at Parakou from 2012 to 2019. Cardiologie Tropicale, 166, 10-18.

9. Iorgoveanu C, Zaghloul A, Ashwath M. Peripartum cardiomyopathy: a review. Heart Failure Reviews. nov 2021;26(6):1287-96.

10. Isogai T, Kamiya CA. Worldwide incidence of peripartum cardiomyopathy and overall maternal mortality. International Heart Journal. 2019;60(3):503-11.

11. Honigberg MC, Givertz MM. Peripartum cardiomyopathy. BMJ (Online). janv 2019;364:k5287

12. Davis MB, Arany Z, McNamara DM, Goland S, Elkayam U. Peripartum Cardiomyopathy: JACC State-of-the-Art Review. Journal of the American College of Cardiology. janv 2020;75(2):207-21.

13. Cardiomyopathie du péripartum au service de cardiologie du CNHU-HKM, Cotonou, Bénin. [Internet]. [cité 14 déc 2022]. Disponible sur: http://tropical-ca8rdiology.com/Accueil/index.php/fr/2013-08-10-06-44-55/annee-2017/n-149-juil-aout-sep-2017/191-cardiomyopathie-du-peripartum-au-service-de-cardiologie-du-cnhu-hkm-cotonou-benin

14. Jha N, Jha AK. Peripartum cardiomyopathy. Heart Failure Reviews. juill 2021;26(4):781-97.

15. Roldán MC. Peripartum cardiomyopathy. Insuficiencia Cardiaca. 2022;17(2):42-60.

16. Dembele MA. Cardiomyopathie du péripartum dans le service de cardiologie du CHU du POINT G BAMAKO. [These]. Mali : USTTB; 2020. 53 p.

17. Coulibaly S. Cardiomyopathie du péripartum, aspects socioéconomiques des patientes dans le service de cardiologie de l'hôpital de Sikasso [These]. Mali : USTTB; 2023 [cité 4 oct 2023]. 74 p. Disponible sur: https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/12284

18. Drissi J, Idri Z, Kouach J, Moussaoui D, Dehayni M. Cardiomyopathie du péripartum. The Pan African Medical Journal [en ligne]. 2018 [cité 4 avr 2023]; 29(7). Disponible sur: https://www.panafrican-med-journal.com/content/article/29/7/full

19. Azibani F, Sliwa K. Peripartum Cardiomyopathy: an Update. Current Heart Failure Reports. oct 2018;15(5):297-306.

20. Lee S, Cho GJ, Park GU, Kim LY, Lee TS, Kim DY, et al. Incidence, Risk Factors, and Clinical Characteristics of Peripartum Cardiomyopathy in South Korea. Circ Heart Fail. avr 2018;11(4):e004134.

21. Ritchie C. Clinical Contributions to the Pathology, Diagnosis, and Treatment of Certain Chronic Diseases of the Heart. Edinb Med Surg J. 1 oct 1849;72(181):325-39.

22. Cardiomyopathie du péripartum - PMC [Internet]. [cité 20 oct 2023]. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5889515/

23. Diarra B. Cardiomyopathie du peripartum : aspects clinique therapeutique et evolutif dans le service de cardiologie du CHU GabrieL TOURE [Thèse].

Mali : USTTB ; 2023 [cité 4 oct 2023]. 82p. Disponible sur: https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/12195

24. Gibelin P. Cardiomyopathie du péripartum. La Presse Médicale Formation. 1 juin 2020;1(2):167-73.

25. Douglass EJ, Blauwet LA. Peripartum Cardiomyopathy. Cardiology Clinics. 1 févr 2021;39(1):119-42.

26. Irizarry OC, Levine LD, Lewey J, Boyer T, Riis V, Elovitz MA, et al. Comparison of Clinical Characteristics and Outcomes of Peripartum Cardiomyopathy Between African American and Non–African American Women. JAMA Cardiol. nov 2017;2(11):1256-60.

27. Fett JD, Sundstrom BJ, King ME, Ansari AA. Mother–daughter peripartum cardiomyopathy. International Journal of Cardiology. 1 déc 2002;86(2):331-2.

28. Bauersachs J, König T, van der Meer P, Petrie MC, Hilfiker-Kleiner D, Mbakwem A, et al. Pathophysiology, diagnosis and management of peripartum cardiomyopathy: a position statement from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology Study Group on peripartum cardiomyopathy. European Journal of Heart Failure. juill 2019;21(7):827-43.

29. Arany Z, Elkayam U. Peripartum cardiomyopathy. Circulation. 2016;133:1397–1409. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.115.020491.

30. Youzan BKJ. Aspects sociodémographiques et cliniques des pathologies cardio-vasculaires [thèse]. Mali : USTTB; 2019 [cité 4 oct 2023]. 76 p. Disponible sur: https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/2081

31. Mariko S, Konaté M, Sidibé S, Kantako K, Dara C, Kassogué D, et al. Peripartum Cardiomyopathy: Epidemiological, Clinical, Para-Clinical and Therapeutic Aspects at the Tombouctou Hospital. World Journal of Cardiovascular Diseases. 2021;11(03):167-80.

32. Hoes MF, Arany Z, Bauersachs J, Hilfiker-Kleiner D, Petrie MC, Sliwa K, et al. Pathophysiology and risk factors of peripartum cardiomyopathy. Nature Reviews Cardiology. août 2022;19(8):555-65.

33. Tibazarwa K, Sliwa K. Peripartum Cardiomyopathy in Africa: Challenges in Diagnosis, Prognosis, and Therapy. Progress in Cardiovascular Diseases. janv 2010;52(4):317-25.

34. Masson E. Myocardiopathie du péripartum : incidence, physiopathologie, manifestations cliniques, prise en charge thérapeutique et pronostic [en ligne].

2023 [cité 6 oct 2023]. Disponible sur: https://www.em-consulte.com/article/201206/myocardiopathie-du-peripartum-incidence-physiopath

35. Vanzetto G. Cardiopathie du péripartum. 2011;870-90.

36. Sliwa K, Bauersachs J, Arany Z, Spracklen TF, Hilfiker-Kleiner D. Peripartum cardiomyopathy: From genetics to management. European Heart Journal. août 2021;42(32):3094-102.

37. Karaye KM, Ishaq NA, Sai'du H, Balarabe SA, Ahmed BG, Adamu UG, et al. Disparities in clinical features and outcomes of peripartum cardiomyopathy in high versus low prevalent regions in Nigeria. ESC Heart Failure. août 2021;8(4):3257-67.

38. Arany Z, Elkayam U. Peripartum cardiomyopathy. Circulation. avr 2016;133(14):1397-409.

39. Honigberg MC, Givertz MM. Peripartum cardiomyopathy. BMJ. 30 janv 2019;364:k5287.

40. Pio, M., Afassinou , Y., Atta , B., etal. (2013) Evolution and Prognostic Factors of Peripartum Cardiomyopathies in Lomé. CardiologieTropicale, 146.cardiomyopathies-du-peripartum-a-lome

41. Brown EJ, Rucklidge M. Traduction par Dr OURO BANG' NA MAMAN AF, PH Anesthésie Réanimation, CH Alès, France. 2015;

42. Karaye KM, Ishaq NA, Sa'idu H, Balarabe SA, Talle MA, Isa MS, et al. Incidence, clinical characteristics, and risk factors of peripartum cardiomyopathy in Nigeria: results from the PEACE Registry. ESC Heart Failure. févr 2020;7(1):236-44.

43. Bouabdallaoui N, De Groote P, Mouquet F. Cardiomyopathie du péripartum. La Presse Médicale. juin 2009;38(6):995-1000.

44. Louvain Médical. La cardiomyopathie du péri-partum : une entité méconnue | [en ligne].2023 [cité 22 mars 2023]. Disponible sur: https://www.louvainmedical.be/fr/article/la-cardiomyopathie-du-peri-partum-une-entite-meconnue

45. Constance KCC. Aspects étiologiques des cardiomyopathies dilatées (CMD) [thèse]. Abidjan: Institut de Cardiologie d'Abidjan;2018. 173 p.

46. Hilfiker-Kleiner D, Haghikia A, Berliner D, Vogel-Claussen J, Schwab J, Franke A, et al. Bromocriptine for the treatment of peripartum cardiomyopathy:

A multicentre randomized study. European Heart Journal. sept 2017;38(35):2671-9.

47. World population review. Cotonou Population 2023 [].2023 [cité 8 nov 2023]. Disponible sur: https://worldpopulationreview.com/world-cities/cotonou-population

48. Kamdem F, Nganou-Gnindjio CN, Ymele HK, Eboutibe POM, Djomou A, Léle ECB, et al. Epidemiological features and mortality risk factors of peripartum cardiomyopathy in a group of Sub-Saharan African population. Annales de Cardiologie et d'Angéiologie. 1 oct 2023;72(4):101615.

49. Mongo ngamami, F.S., Ellenga-mbolla, B.F., Nzaka-sikou, S., Koualalanda, C., Ikama, S.M., Gombet, T.R., et al. (2014) Peripartum Cardiomyopathy: Epidemiological, Clinical and Prognostic Aspects in the Department of Cardiology and Internal Medicine of the Chu de Brazzaville (Congo). Revue.CamesSante, 2.

50. Ayo BE, Allognon MC, Ecke NE. Profil de la cardiomyopathie du péripartum au Centre Hospitalier Universitaire de Libreville. Science et Technique, Sciences de la Santé. 2018;41(1):71-8.

51. Naibe, D.T., Bamouni , J., Mandi, D.G., etal. (2018) Peripartum Cardiomyopathy: Epidemiological and Evolutionary Aspects at the Hôpital Général de référénce National de N'Djamena/Tchad. BlackAfricanMedicine, 65, 439-447.

52. World population prospects, population division, department of economic and social affairs, United states. Classement des États d'Afrique par indice de fécondité (taux de fécondité) [en ligne]2023 [cité 14 oct 2023]. Disponible sur: https://atlasocio.com/classements/demographie/fecondite/classement-etats-par-indice-de-fecondite-afrique.phpf

53. Ersbøll AS, Johansen M, Damm P, Rasmussen S, Vejlstrup NG, Gustafsson F. Peripartum cardiomyopathy in Denmark: a retrospective, population-based study of incidence, management and outcome. Eur J Heart Fail. déc 2017;19(12):1712-20.

ANNEXES

FACTEURS ÉTIOLOGIQUES, THÉRAPEUTIQUES ET ÉVOLUTIFS DE LA CARDIOMYOPATHIE DU PERIPARTUM ADMIS EN RÉANIMATION OBSTÉTRICALE DU CHUMEL

FICHE DE COLLECTE

4.1DONNÉES PERSONNELLES

1.1. Numéro du dossier :

1.2. Date d'entrée :

1.3. Date de sortie :

1.4. Durée d'hospitalisation :

1.5. Téléphone :

1.6. Délai d'apparition : □ antépartum⁄délai {……} □ postpartum

Si postpartum, préciser :

Le délai : …. …….. Jours

La voie d'accouchement : □ césarienne □ voie basse

Si césarienne, donner l'indication : □ prééclampsie □ autres

1.7. Délai entre le début des symptômes et l'hospitalisation : …jours

1.8. Données sociodémographiques

Age :

Résidence des patientes : □ urbaine □ rurale

Profession : □ commerçante □ élève □ fonctionnaire □ ménagère □ artisan

1.9. Facteurs de risque

Travail physique intense pendant la grossesse : □ oui □ non

Grossesse gémellaire : □ oui □ non

Syndrome infectieux pendant la grossesse : □ oui □ non

Régime hyper sodé : □ oui □ non Alcool : □ oui □ non

Tabac : □ oui □ non Tisane : □ oui □ non

IMC de la patiente avant la grossesse : □18-24,9 □25-29,9 □30-35,9 □35-39,9 □≥ 40

Antécédents familiaux :

- De CMPP : □ oui □ non
- D'insuffisance cardiaque : □ oui □ non
- Diabète : □ oui □ non
- HTA : □ oui □ non

1.10. Antécédents

Médicaux : □ HTA □ diabète

Gynéco-obstétricaux :

Gestion : □ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5 □ 6 □ ≥7

Parité : □ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5 □ 6 □ ≥7

Fausses couches : □ 0 □ 1 □ 2 □ 3 □ ≥ 4

Consultation prénatale réalisée : □ oui □ non

Si oui, préciser le nombre : □ 1 □ 2 □ 3 □ ≥4

HTA gravidique : □ oui □ non

Prééclampsie : □ oui □ non

2 – DIAGNOSTIC

2 – 1. SIGNES CLINIQUES

2 – 1 – 1. Signes fonctionnels

Dyspnée □ oui (=1) □ non (=0)

Si oui, □ stade 1 □ stade 2 □ stade 3 □ stade 4

Douleurs thoraciques □ oui (=1) □ non (=0)

Toux □ oui (=1) □ non (=0) Hémoptysie □ oui (=1) □ non (=0)

Palpitations □ oui (=1) □ non (=0) Œdèmes des membres pelviens □ oui (=1) □ non (=0)

Fièvre □ oui (=1) □ non (=0)

2 – 1 – 2. Signes physiques

Œdèmes des membres inférieurs □ oui (=1) □ non (=0)

Tachycardie □ oui (=1) □ non (=0)

Tension artérielle : □ basse □ normale □ élevé

Si élevé : □ HTA grade 1 □ grade 2 □ grade 3

Turgescence de la jugulaire □ oui (=1) □ non (=0)

Bruit de galop □ oui (=1) □ non (=0)

Choc de pointe dévié □ oui (=1) □ non (=0)

Hépatomégalie □ oui (=1) □ non (=0)

Reflux hépato-jugulaire □ oui (=1) □ non (=0)

Râles crépitant (OAP) □ oui (=1) □ non (=0)

Souffle d'insuffisance mitrale □ oui (=1) □ non (=0)

Souffle d'insuffisance tricuspidienne □ oui (=1) □ non (=0)

Syndrome d'épanchement pleural : □ oui (=1) □ non (=0)

Insuffisance cardiaque □ droite □ gauche □ globale

2 – 2. SIGNES PARACLINIQUES

2 – 2 – 1 – 1. Radiographie pulmonaire

Radiographie pulmonaire réalisée □ oui (=1) □ non (=0)

Si oui, préciser

□ Normale (=1) □ Anormale (=0)

Si anormale, préciser :

- Topographie des lésions : □ Unilatérale □ Bilatérale

Si unilatérale, préciser □ Droite □ Gauche

-Type des lésions :

□ Cardiomégalie (=1) □ Épanchement pleural (=2) □ Opacités

Parenchymateuses (=3)

2 – 2 – 1 – 2. L'électrocardiogramme

Électrocardiogramme réalisé □ oui (=1) □ non (=0)

Si oui, préciser □ Normale □ Anormale

Si anormale, préciser :

□ Tachycardie sinusale (=1) □ extrasystoles ventriculaires (=2) □ hypertrophie ventriculaire gauche (=3) □ hypertrophie ventriculaire droit (=4) hypertrophie ventriculaire gauche (=5) □ Bloc de branche droit (=6) □ Bloc de branche gauche (=7) □ Bloc atrioventriculaire (=8) □ fibrillation atriale (=9)

□ signes d'ischémie (=10)

2 – 2 – 1 – 3. Echodoppler cardiaque

Echodoppler cardiaque réalisé □ oui (=1) □ non (=0)

Si oui, préciser :

- ✓ Dilatation □ oui (=1) □ non (=0)

Si oui, préciser le siège :

□ Oreillette droite (=1) □Ventricule droit (=2) □Oreillette gauche (=3)

□Ventricule gauche (=4)

- ✓ Valvulopathies □ oui (=1) □ non (=0)

Si oui, préciser :

□ Insuffisance mitrale (=1) □insuffisance tricuspidienne (=2)

- ✓ Épanchement péricardique □ oui (=1) □ non (=0)
- ✓ Fraction d'éjection du ventricule gauche : □ <30% (=1) □entre 30-44% (=0)

2 – 2 – 1 – 4. Signes biologiques

NFS fait □ oui (=1) □ non (=0)

Anémie □ oui (=1) □ non (=0)

Si oui, préciser le taux …….

Thrombopénie □ oui (=1) □ non (=0)

Hyperleucocytose □ oui (=1) □ non (=0)

Créatininémie fait □ oui (=1) □ non (=0)

Si oui, altéré □ oui (=1) □ non (=0)

Transaminases réalisées □ oui (=1) □ non (=0)

Si oui, altéré □ oui (=1) □ non (=0)

3 – TRAITEMENTS REÇUS

Repos au lit fait □ oui (=1) □ non (=0)

Régime hyposodé fait □ oui (=1) □ non (=0)

Restriction hydrique fait □ oui (=1) □ non (=0)

Diurétiques administrés □ oui (=1) □ non (=0)

Si oui, préciser le nom …….

Inhibiteur de l'enzyme de conversion administré □ oui (=1) □ non (=0)

Si oui, préciser le nom …….

Digitaliques administrés □ oui (=1) □ non (=0)

Si oui, préciser le nom …….

Antiagrégants plaquettaires administrés □ oui (=1) □ non (=0)

Si oui, préciser le nom …….

Anticoagulants administrés □ oui (=1) □ non (=0)

Si oui, préciser le nom …….

Dérivés nitrés administrés □ oui (=1) □ non (=0)

Si oui, préciser le nom …….

Beta bloquants administrés □ oui (=1) □ non (=0)

Si oui, préciser le nom …….

Fer administré □ oui (=1) □ non (=0)

Si oui, préciser le nom …….

Antibiotiques administrés □ oui (=1) □ non (=0)

Si oui, préciser le nom …….

Corticothérapie faite □ oui (=1) □ non (=0)

Bromocriptine □ oui (=1) □ non (=0)

Planning familial □ prévu (=1) □ non prévu (=0)

Autres médicaments administrés □ oui (=1) □ non (=0)

Si oui, préciser le nom …….

4 – ÉVOLUTION ET COMPLICATIONS

Complications □ oui (=1) □ non (=0)

Si oui, préciser

□ Accident vasculaire cérébral (=1) □embolie pulmonaire (=2) □insuffisance cardiaque chronique (=3)

□troubles du rythme ou de la conduction (=4)

Guérison □ complète (=1) □ incomplète (=0)

Perdue de vue □ oui (=1) □ non (=0)

Référé □ oui (=1) □ non (=0)

Décès □ oui (=1) □ non (=0)

Lieu de deces : □ hospitalisation gynécologique (=1) □ réanimation (=0)

Date de deces :

Cause du deces :

Devenir apres hospitalisation : □ vivante (=1) □ décédée (=0)

Si vivante,échocardiographie de contrôle réalisée : □ oui (=1) □ non (=0)

Si oui, □ normal □ Anormal

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
RÉPUBLIQUE DU BÉNIN

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
DE LA MERE ET DE L'ENFANT-LAGUNE
(CHU - MEL)
****
DIRECTION GENERALE

01 BP 107 -
COTONOU
Tél : +229 21-14-04-38 / 65 19 38 09
humeclag@gmail.com
lalokoo@uoiv.bj

0015494-00

N° 142 2023/DG/DAF/SRH/DGPFE/SA

Cotonou, le 08 FEV 2023

AUTORISATION DE RECHERCHE

****

Je soussigné **Lambert LOKO TONOUDJI**, Directeur Général du Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant-Lagune (CHU-MEL), autorise la nommée **KEMGNE MOBOU Arielle Loriane**, étudiante en 7ème année de médecine générale à la Faculté des Sciences de la Santé de l'Université d'Abomey-Calavi, à collecter dans l'Unité de Réanimation dudit Centre des données dans le cadre de la rédaction de sa thèse de doctorat sur le thème **« FACTEURS ETIOLOGIQUES, THERAPEUTIQUES ET EVOLUTIFS DE LA CARDIOMYOPATHIE DU PERIPARTUM DANS LE SERVICE DE REANIMATION OBSTETRICALE DU CHU-MEL ».**

En foi de quoi, la présente autorisation lui est établie pour servir et valoir ce que de droit.

Le Directeur Général

Le Directeur Général

Lambert LOKO TONOUDJI

AMPLIATIONS

Commission Médicale d'Etablissement	1
Service Anesthésie-Réanimation	1
Intéressée	1
Chrono/Archives	1

Certificat d'analyse

Date d'émission: 21/11/2023
Compte évaluateur: Arielle loriane KEMGNE MOBOU

AUTEUR DU DOCUMENT : KEMGNE MOBOU ARIELLE LORIANE
TITRE DU DOCUMENT : These Medecine Kemgne Mobou Arielle Loriane

e-Plagiat est un évaluateur certifié de prévention et de détection de plagiat intelligent et autonome basé sur l'IA

Type de document	Nombre de mots	Nombre de pages (approximatif)	Taux de plagiat
Thèse	23589	95	7.6%

M. Pierre ROUAN

Ce document est signé électroniquement et certifié.
Le fichier constitue un original électronique de valeur probatoire, il est enregistré sous la référence suivante :

aac6f75df5366804c77d91e738f9bbd42e87

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ENSEIGNANTS ii
ACTION DE GRÂCE v
DÉDICACES vii
REMERCIEMENTS xii
HOMMAGES xxi
LISTES DES SIGLES ET ABREVIATIONS xxiv
LISTE DES ABRÉVIATIONS xxii
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES xxvii
LISTE DES TABLEAUX xxv
LISTES DES FIGURES xxvii
SOMMAIRE 29
INTRODUCTION 1
OBJECTIFS 4
Objectif général 5
Objectifs spécifiques 5
1. GÉNÉRALITÉS 6
1.1 Définition 7
1.2 Historique 8
1.3 Épidémiologie 9
1.4 Facteurs favorisants 10
1.5 Physiopathologie 12
1.6 Étude Clinique 18
1.6.1 Circonstances de découverte 18
1.6.2 Examen physique 19
1.6.3 Examens Complémentaires 19
1.6.4 Diagnostic différentiel 22
1.7 Traitement 26
1.7.1 Traitement symptomatique 26
1.7.2 Traitements spécifiques 27
1.8 Évolution et Pronostic 28
2. CADRE ET MÉTHODE DE L'ÉTUDE 32

2.1 Cadre d'étude 33
2.2 Méthode d'étude 36
2.2.1 Type d'étude 36
2.2.2 Période d'étude 36
2.2.3 Population d'étude 36
2.2.4 Critères d'éligibilité 37
2.2.5 Échantillonnage 37
2.2.6 Recueil des données 40
2.2.7 Variables 38
2.2.8 Traitement et analyse des données 41
2.3 Considérations éthiques 42
3. RÉSULTATS 43
3.1 Aspects épidémiologiques et sociodémographiques 44
3.1.1 Fréquence de la CMPP 44
3.1.2 Caractéristiques sociodémographiques 45
3.2 Facteurs de risque 48
3.3 Antécédents 49
3.3.1 Antécédents familiaux 49
3.3.2 Antécédents personnels 49
3.4 Aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs de la CMPP 52
3.4.1 Données cliniques 52
3.4.2 Signes Physiques 53
3.4.3 Données paracliniques 54
3.5 Traitement 59
3.5.1 Mesures hygiéno-diététiques 59
3.5.2 Traitement médicamenteux 59
3.6 Évolution 60
3.6.1 Évolution en réanimation 60
3.6.2 Évolution à la sortie de la réanimation 61
3.6.3 Conclusion de la prise en charge 62
3.7 Mortalité 63

3.8 Analyse des facteurs associés au décès 63
3.8.1 Analyse univariée 63
3.8.2 Analyse multivariée 68
4. DISCUSSION 70
4.1 Atteinte des objectifs 71
4.2 Qualité et validité des résultats 72
4.3 Commentaires et comparaisons des résultats obtenus avec ceux d'autres auteurs 73
4.3.1 Aspects épidémiologiques et sociodémographiques 73
4.3.2 Facteurs de risque 75
4.3.3 Antécédents 75
4.3.4 Aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs de la CMPP 76
4.3.5 Traitement 80
CONCLUSION ET SUGGESTIONS 83
Conclusion 84
Suggestions 85
RÉFÉRENCES ..... A
ANNEXES ..... G
TABLE DES MATIÈRES ..... a

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraire.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui lui sont confiés, et mon état ne servira ni à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de sexe, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai aux générations futures l'instruction que j'ai reçue d'eux.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

JE LE JURE !

VU LE PRÉSIDENT DU JURY

VU LE DOYEN

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

LE RECTEUR DE L'UNIVERSITÉ D'ABOMEY – CALAVI

RÉSUMÉ

Introduction : La cardiomyopathie du peripartum est une grave complication de la grossesse survenant préférentiellement chez la femme noire.

Objectifs : Décrire les aspects épidémiologiques, thérapeutiques et évolutifs de la cardiomyopathie du peripartum dans le service de réanimation obstétricale du CHUMEL au cours des cinq dernières années

Méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective et prospective à visée analytique et descriptive dans le service de réanimation obstétricale du CHUMEL de Cotonou portant sur une période de cinq années allant du 1er janvier 2018 au 30 septembre 2023. Au cours de cette période, 48 dossiers de patientes hospitalisées pour le diagnostic de CMPP ont été dépouillés. Les patientes ayant des données manquantes en ce qui concerne le suivi post hospitalisation ont été rappelées pour un complément d'information.

Résultats : La fréquence de la CMPP était de 1,88% des patients hospitalisés dans le service. L'âge moyen était de 28, 69 +/-5,89 ans (extrême : 18 à 42 ans). Le milieu de résidence des patientes enquêtées était rural à 62,50%. La moyenne de parité était de 2, 56 +/- 1, 71 (extrême : 1 et 7). Les multipares représentaient 66,66%. Les symptômes avaient débuté dans le post parfum dans 62,5% des cas. L'insuffisance cardiaque gauche était le mode de décompensation dans 60, 42%. Les signes électrocardiographiques étaient essentiellement la tachycardie sinusale (100%). L'échographie cardiaque a montré dans tous les cas une cardiomyopathie dilatée avec une FEVG variant entre 30 et 44% dans 83,33%. On notait la présence de valvulopathies à type d'insuffisance mitrale dans 45,83% des cas. Le traitement était essentiellement fait de diurétiques (100%), IEC les bêtabloquants et les dérivés nitrés. La récupération était complète chez 65,05% des cas, le taux de mortalité était de 31,25% et la survenue de complications dans 25%.

Conclusion : La cardiomyopathie du péripartum est une cause d'insuffisance cardiaque qui doit être évoquée devant l'apparition d'une insuffisance cardiaque dans le dernier mois de grossesse ou les cinq premiers mois du post-partum chez toute femme en âge de procréer. Au Bénin, cette pathologie se présente sous diverses formes et avec des complications non négligeables.

Mots clés : insuffisance cardiaque-grossesse-cardiomyopathie-post-partum¸

ABSTRACT

Introduction: peripartum cardiomyopathy is a serious complication of pregnancy occurring preferentially in black women

Objective: describe the epidemiological, therapeutic and evolutive aspects of peripartum cardiomyopathy in the obstetric intensive unit of care of CHUMEL over the last five years.

Methods: This was a retrospective and prospective study with analytical and descriptive carried out in the obstetric resuscitation department of CHUMEL in Cotonou covering a five-year period from January 1, 2018, to September 30, 2023. During this period, 48 records of patients hospitalized for the diagnosis of CMPP were reviewed. Patients with missing data regarding post-hospitalization follow-up were recalled for further information.

Results: The frequency of CMPP was 1, 88% of patients hospitalized in the department. The mean age was 28.69 +/- 5.89 years (extreme: 18 to 42 years). 62.50% of patients surveyed lived in rural areas. Average parity was 2.56 +/- 1.71 (extremes: 1 and 7). Multiparous women accounted for 66.66%. Symptoms had begun in the post-partum period in 62.5% of cases. Left heart failure was the mode of decompensation in 60.42%. Electrocardiographic signs were essentially sinus tachycardia (100%). Cardiac echography showed dilated cardiomyopathy in all cases, with LVEF varying between 30 and 44% in 83.33%. Valvulopathy such as mitral insufficiency was present in 45.83% of cases. Treatment consisted mainly of diuretics (100%), beta-blockers and nitrate derivatives. Recovery was complete in 65.05% of cases, the mortality rate was mortality rate was 31.25% and complications occurred in 25%.

Conclusion: Peripartum cardiomyopathy is a cause of heart failure that should be considered in any woman of childbearing age who develops heart failure in the last month of pregnancy or the first five months postpartum. In Benin, this pathology presents itself in various forms, with significant complications.

Key words: heart failure-pregnancy-cardiomyopathy-post-partum