

Arcachon, GERS octobre 2015

CAS CLINIQUE

-

réadaptation post infarctus... lors d'une grossesse

Laurie Aimable
Cardiologue

Réadaptation cardiaque ambulatoire, Pr Douard,
Hôpital Haut Lévêque
CHU Bordeaux

Mme A. Lydie, 33 ans

- Patiente adressée en réadaptation cardiaque ambulatoire 1 mois après un infarctus
- 1 épisode de gêne thoracique atypique, dans un contexte d'angine traitée par ABT
 - considéré comme du stress par SOS médecin
- Récidive 1 semaine après, avec douleur retrosternale irradiant bras G
- Appel 18, amené à l'hôpital militaire Robert Picqué

SCA ST+ inférieur

- ECG : sus décalage inférieur avec miroir
- Traitement du SCA: Aspegic, Brilique, Angiox
- Transfert à l' Hôpital Haut Lévêque pour coronarographie (H+6)

Prise en charge initiale



Thrombose IVP et RVP

avec aspect en faveur d'une
origine embolique

dilatation au ballon de l' IVP,
échec sur la RVP qui reste
sténothermosée

pas de stent (calibre <2mm)

pic Troponine I =17 ng/ml
(N<0.04 ng/dl)

FE conservée, IM grade 1-2

Pas d'arythmie enregistrée

Bilan initial

- Mode de vie: travaille à la blanchisserie de l'hôpital (haute température)
- En couple, sans enfant
- Ttt antidépresseur (Seroplex), pas de contraception
- Facteurs de risque cardiovasculaires:
 - Sédentaire,
 - Tabagisme actif, 17PA, 5 cigarettes/j
 - Dyslipidémie (LDL 1.66 g/l, HDL 0.46g/l), Lpa 362 (N<300 mg/l),
 - Surpoids 75 kg, IMC=27, P Abdo=95cm
 - Pas d'HTA, ni diabète (HbA1c 5%)
 - Homocystéine normale,
- Bilan de thrombophilie et immunologique normal
- Antécédents familiaux de TVP (grand-mère)
- bétaHCG négatif

Antécédent de chirurgie bariatrique

Le sleeve-gastrectomie

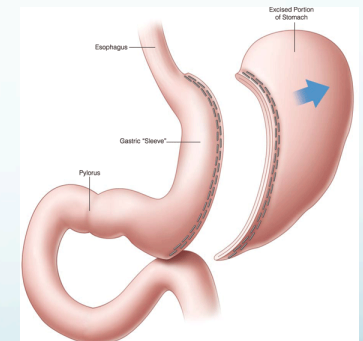
- 1^{ère} technique de chirurgie bariatrique utilisée, pratiquée depuis une dizaine d'année dans le traitement de l'obésité sévère (IMC>40)
- Gastrectomie longitudinale avec résection verticale des 2/3 de l'estomac réalisée en coelio-laparoscopie

Opérée en 2011: Poids max 120 kg, actuel 75 kg (IMC=27)

Sur le plan biologique :

- présence d'une carence en vit-D
- carence en vit-A
- carence en vit-B12
- carence en zinc
- dénutrition avec préalbumine à 0.14 g/L ;
- anémie à 10.5 g/dL avec carence martiale

Pas de sur-risque thromboembolique connu



Prise en charge initiale

- **Traitement médicamenteux du SCA**

- Kardegic, Ticagrelor, Statine
- Pas d'IEC ni BB car hypoTA
- Supplémentation ferrique, vitaminique, IPP, suivi endocrinologique

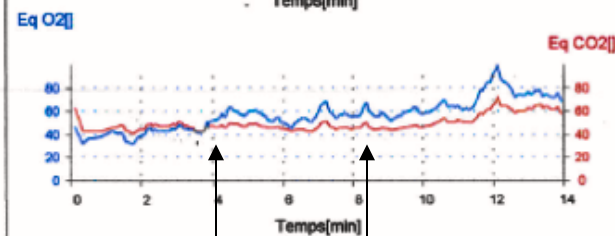
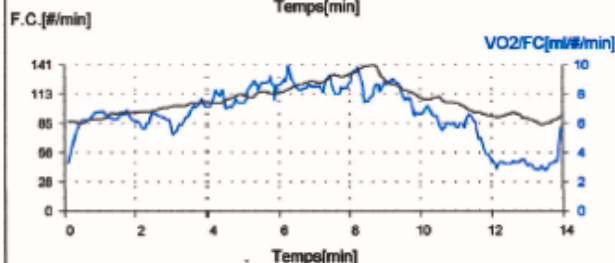
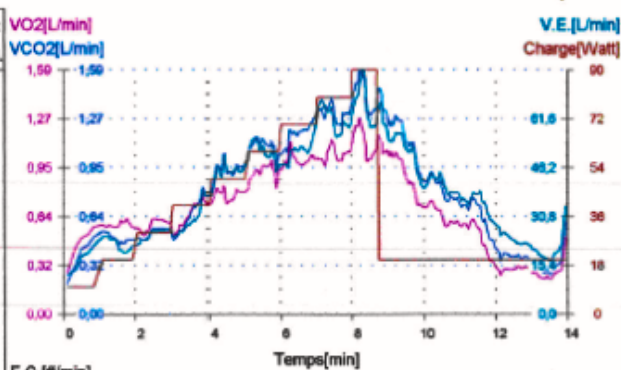
- **Prise en charge étiologique?**

- **Réadaptation cardiaque**

- Mise en place d'une activité physique
Limitations orthopédiques: syndrome fémoro-patellaire
- Sevrage tabagique mais peur de la prise pondérale à l'arrêt du tabac
- Suivi diététique
- Soutien psychologique

se plaint de gênes thoraciques... Angor réfractaire ou angoisse?

		Repos	SV 1	Eff.max	Vo2 max	Vo2 max
		Mesuré	Mesuré	Mesuré	Préd.	% Préd.
Travail						
Temps	min	01:54		08:42		
Charge	Watt	0		90	166	54%
Met		2,1		4,5		
Cardiaque						
F.C.	#/min	86		141	188	73%
VO2/FC	ml/#/min	6,1		8,0	11,9	74%
TA Sys.	mm Hg	0		0		
TA Dia.	mm Hg	0		0		
Echange Gazeux						
VO2 sp	ml/kg	7		16	31	54%
VO2	L/min	0,52		1,13	2,24	54%
VCO2	L/min	0,37		1,41		
Q.R.		0,71		1,25		
Ventilation						
V.E.	L/min	15,3		62,7	112,3	67%
Vt	L	1,57		1,55		
F.R.	#/min	8,9		38,1		
Rés Ven	%	86		44		
Eq O2		29		55		
Eq CO2		41		44		
V/Q						
PetO2	mm Hg	113		124		
PetCO2	mm Hg	27		28		
Vd/Vt		0,19		0,25		
P(A-a)O2	mm Hg	0,0		0,0		
Hématose						
pH		0,0		0,0		
PaO2	mm Hg	0,0		0,0		
PaCO2	mm Hg	26,6		27,4		
HCO3 act	mmole/L	0,0		0,0		
SaO2	%	0		0		



SV1
Charge 40 W
FC 105/min

Pic
Charge 90 W
FC 141/min

Arrêt pour faiblesse musculaire

Patiente déconditionnée

- Performance modérée
- SV1 précoce,
- récupération lente,
- épuisement musculaire

Programmation du réentraînement

20 séances avec ETP

- Gymnastique
- Marche
- Vélo

FC entrainement au SV1
105/min – 40W

Commentaires

PENTE VE /VCO2 46.74
TA REPOS 100/70
TA EFFORT MAX 140/80

Début de grossesse 4 semaines après l'IDM

Diagnostic de grossesse 2 semaines après le début de la réadaptation

Faut-il poursuivre la réadaptation?

- **Quels sont les bénéfices attendus?**

- Éducation thérapeutique
- Psychologique: patiente inquiète+++
- Sevrage tabagique, peur de prise de poids, situation de couple conflictuelle, angoisses et douleurs itératives, questionnement sur le pronostic cardiovasculaire

Elle souhaite poursuivre

- **Quels sont les risques?**

- De l'activité physique
- Des traitements (risque tératogène?)
- Risque cardiovasculaire (récidive d'un événement thromboembolique?)

Activité physique et grossesse

Les activités physiques recommandées en priorité sont les activités **d'endurance** :

- la marche
- le jogging (premier trimestre de grossesse),
- le vélo d'appartement
- la natation (où le poids du corps est porté par l'eau).

Les AP d'endurance peuvent s'accompagner d'activités de type **« renforcement musculaire »** :

- gymnastique douce,
- aquagym,
- Tai-chi-chuan

Activité physique et grossesse

Les activités déconseillées

- Risque de chute (sport de glisse, terrain instable)
- Risque de traumatisme (sport collectif, combat)
- Secousses et déplacements brusques (sports de raquette, jogging (2^{ème} trimestre), équitation)
- Exercice couchés sur le dos (4^{ème} mois)
- Plongée sous-marine
- Activité en altitude > 1600 m

Les contre-indications

- Saignements vaginaux
- Essoufflement important
- Maux de tête
- Douleurs thoraciques
- Sensations de faiblesse musculaire
- Œdème des membres inférieurs
- Contractions utérines
- Diminutions des mouvements fœtaux
- Perte de liquide amniotique

Coronaropathie et grossesse

- **Grossesse chez une femme coronarienne**
 - Traitements poursuivis : Aspirine, bêtabloquants, nitrés, calciques
 - Ttt contre-indiqués: IEC, ARA2
 - Poursuite non codifiée: clopidogrel, statine, et autres antiagrégants
- **Infarctus chez une femme enceinte:**
 - Aspirine 500mg, Plavix 600mg, Fondaparinux 2.5mg SC,
 - Coronarographie ATL au ballon simple, voir stent nu (2 AAP 6sem),
 - anti-Gp2b3a en relais du plavix pour l'accouchement si haut risque de thrombose de stent)

Mme A. Lydie

1^{er} trimestre de grossesse en réadaptation

- Traitements cardiovasculaires
 - Poursuite Kardégic seul, (IPP, vitamines)
 - Arrêt statine, clopidogrel – ticagrelor
- Poursuite de la réadaptation
 - Gym, vélo, tapis, marche
 - 30 minutes de vélo: 45 W durant 30 min– FC 105/min
- EE-VO2 en fin de réadaptation: SV1 repoussé de +1 min
- Évènements: angoisses, gênes thoraciques, fatigue++, hypotension artérielle, palpitations
- Bilans rassurants: Holter ECG, ECG, troponine...

Mme A. Lydie

1^{er} trimestre de grossesse en réadaptation

- Ateliers ETP en groupe
- Prise en charge psychologique (1/semaine) – relais dans l'unité mère - enfant
- Prise en charge diététique individuelle – suivi en endocrinologie
- Consommation tabagique: 1 cigarette occasionnelle...
- Prise de poids: +4 kg au 4^{ème} mois
- PEUR de terminer la réadaptation (symptômes récurrents, angoisses (dépression), peur des récives)
- Suivi cardiologique rapproché

Mme A. Lydie

suivi durant la grossesse et l'accouchement

- **Marqueurs biologiques de risque de T21:**
 - Amniocentèse normale (ponction sous Kardégic)
- **Suivi endocrinologique:**
 - Dépistage du diabète gestationnel par 6 glycémies/j vers 24SA (Contre-indication à l' HGPO lié eu sleeve-gastrectomie)
 - Suivi des carences
- **Douleurs des mollets:**
 - Doppler rassurant
 - En cas de TVP durant la grossesse: HBPM curatif (arrêt Kardégic?)
- **Gestion du peripartum:**
 - Remplacement du kardégic par HBPM à partir de 34 SA en vue de la péridurale?